คู่มือการขับเคลื่อนมาตรา 12 สิทธิด้านสุขภาพ

เสียงของชีวิต พลังของชุมชน

เชื่อม Living Will กับการดูแลในชุมชน



โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการ	รศ.เกศิณี ประทุมสุวรรณ
	นายทรงพล ตุละทา
จัดทำต้นฉบับ	นางสาวพรทิพย์ เชื้องาม
	นายอดิศักดิ์ วรวิชวลิตวัชระ
	นางสาวปิยรัตน์ ศรีสุขวงษ์
	นางสายใจ วงค์นาค
	นางพรทิพย์ ขุนวิเศษ
	ผศ.อัญญา วรรณพัฒน์
	นางสาวพันธุ์ถาวร วิสิทธิ์
	นางสาวสุภาภรณ์ ดำรงพันธ์
ออกแบบปก-รูปเล่ม	นางสาวพรทิพย์ เชื้องาม
พิมพ์ครั้งที่ 1	ตุลาคม 2569
จัดพิมพ์เผยแพร่	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
	ชั้น 2-3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
	ถนนสาธารณสุข 3 ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข
	อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
	โทรศัพท์ 0 2832 9000
	โทรสาร 0 2832 9001
	www.nationalhealth.or.th
	http://e-livingwill.nationalhealth.or.th/

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

Living Will

คำนิยม

จากประสบการณ์ที่ผมเคยร่วมพัฒนางานสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำนิยามปฏิบัติการการดูแลระยะท้ายของชีวิต การจัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แนวทางการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา หรือ Living Will ทั้งแบบที่เขียนเป็นเอกสารและแบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e- Living Will ตลอดจนการฝึกอบรม ให้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไป ในพื้นที่ทุกเขตสุขภาพ ไปจนถึงการชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กรรมาธิการ สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา เพียงหวังให้สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชน ได้รับการดูแลผ่านกลไกกระบวนการต่างๆ อย่างครอบคลุมและเป็นผลดีต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศด้วย

มาถึงวันนี้ **การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิกับการมีส่วนร่วมและของชุมชน**ต่างๆ มีมากขึ้น งานนี้ก็เช่นกัน ผมเห็นด้วยว่า การดูแลช่วงท้ายของชีวิตที่ดี ไม่ใช่เพียงการทำให้ความตายเกิดขึ้นอย่างถูกต้อง แต่คือการทำให้ชีวิตที่มีอยู่ยังคงมีความหมาย ไม่ทุกข์ทรมานจนถึงลมหายใจสุดท้าย และหากจะจากไปก็จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลที่มุ่งไปที่ชุมชนพร้อมกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิจึงเป็นทิศทางที่สำคัญมาก และเริ่มต้นจากคำถามง่าย ๆ แต่ลึกซึ้งว่า **“อะไรคือสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของเรา และหากวันหนึ่งสุขภาพเปลี่ยนไป เราอยากได้รับการดูแลอย่างไร”** คำถามนี้ดูเป็นเรื่องส่วนตัว แต่ที่จริงแล้วเป็นเรื่องของครอบครัว ชุมชนและระบบสุขภาพ เพราะเมื่อถึงวันที่บุคคลไม่อาจสื่อสารหรือตัดสินใจเองได้ ความเข้าใจที่พูดคุยกันไว้ล่วงหน้าคือ สิ่งที่ช่วยรักษาคุณค่าและศักดิ์ศรีของเจ้าของชีวิตไว้

จากผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปี 2569 พบว่า สถานบริการสุขภาพได้ขึ้นทะเบียนกับระบบ e-Living Will แล้ว โดยในโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 100 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 89.90 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 81.95 แต่ใน รพ.สต. มีเพียงร้อยละ 9.34 ขณะที่ผู้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง 161,759 คน จัดทำ Living Will แล้ว 118,500 คน หรือร้อยละ 73.26 ตัวเลขนี้บอกเราว่าระบบบริการมีความพร้อมและประชาชนให้ความสนใจ แต่ระดับตำบลซึ่งอยู่ใกล้ชีวิตผู้คนมากที่สุด ยังเป็นช่องว่างที่ต้องเติมเต็มให้มากขึ้น

หัวใจของคู่มือเล่มนี้ คือมุ่งเสนอการดูแลช่วงท้ายของชีวิตเป็น **ระบบเดียวที่มี 4 องค์ประกอบ** ทำงานเชื่อมโยงและหนุนเสริมกัน โดยมี**เจ้าของชีวิตอยู่ตรงกลาง** ได้แก่ **การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)** ซึ่งเป็นพื้นที่ของการพูดคุยและสร้างความเข้าใจร่วมกัน **หนังสือแสดงเจตนา (Living Will)** ซึ่งเป็นเครื่องมือบันทึกและสื่อสารเจตนา **การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ซึ่งนำคุณค่าและเป้าหมายของบุคคลไปสู่การดูแลจริง และ**การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน** ซึ่งเชื่อมบ้าน ครอบครัว ระบบบริการ และทุนทางสังคมเข้าด้วยกัน ทั้งสี่ส่วนแยกจากกันไม่ได้ ซึ่งหาก ACP ที่ไม่ถูกบันทึกอาจสูญหายเมื่อถึงเวลาจำเป็น Living Will ที่ไม่ผ่านการพูดคุยก็เป็นเพียงกระดาษหรือข้อมูลในระบบอิเลคทรอนิคส์ การดูแลที่ไม่รู้เจตนาก็อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และทั้งหมดจะต่อเนื่องได้ก็ต่อเมื่อมีชุมชนรองรับ การพัฒนาระบบจึงไม่อาจมุ่งเพียงการเพิ่มจำนวนหนังสือแสดงเจตนาหรือบริการด้านใดด้านหนึ่ง แต่ต้องสร้าง**ระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตแบบบูรณาการ**

การนำแนวคิดนี้ลงสู่ระดับตำบลและยังพบอีกว่า **รพ.สต. ไม่สามารถสร้างระบบนี้ได้เพียงลำพัง** บทบาทของ รพ.สต. จึงเป็น**ผู้เชื่อมและจัดระบบความร่วมมือ** คือประสานภาคี กำหนดผู้รับผิดชอบ และเชื่อมทรัพยากรในตำบลเข้าด้วยกัน โดย อบต./เทศบาล หนุนแผนงบประมาณและกองทุนสุขภาพท้องถิ่น อสม. เข้าถึงครัวเรือน ค้นหากลุ่มเป้าหมาย และสะท้อนสถานการณ์กลับมา วัดและผู้นำทางศาสนาต่างๆ ช่วยดูแลจิตใจและทำให้เรื่องชีวิตและความตายพูดคุยกันได้ ผู้ดูแลและจิตอาสาช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว และโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดการอาการ การปรึกษากรณีซับซ้อนและการส่งต่อ การขับเคลื่อนมาตรา 12 ให้เกิดผลจึงไม่ได้ขึ้นกับเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง แต่ขึ้นกับการที่ **ทั้งตำบลทำงานเป็นระบบเดียวกัน** และชุมชนเป็น หุ้นส่วนของการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้งานขับเคลื่อนได้จริง ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากร ระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้แสดงเจตนาและครอบครัว ตลอดจนการป้องกันและจัดการความเสี่ยง ทั้งด้านข้อมูล ความคลาดเคลื่อนของเจตนาและความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เพื่อให้ระบบต่อเนื่อง ปลอดภัยและยึดเจตนาของเจ้าของชีวิตเป็นสำคัญ คู่มือจึงไม่ได้บอกเพียง**สิ่งที่ควรทำ** แต่ตอบว่า**จะทำอย่างไรให้เกิดขึ้นจริงในพื้นที่**

คู่มือนี้จะมีคุณค่าที่สุดเมื่อถูกนำไปใช้ นำไปต่อยอดขยายผล จึงขอเชิญชวน รพ.สต. และภาคีในตำบล หรืออาจจะร่วมกันหลายตำบลทำงานร่วมกัน โดยร่วมมือกันกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ เสริมหนุนซึ่งกันและกัน เริ่มทำงานจากก้าวเล็กๆ ที่ทำได้ทันที ปรับให้เข้ากับทุนและบริบทของตนเอง และผลักดันให้เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของธรรมนูญสุขภาพตำบล แผนท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพ เพื่อให้เป็นข้อตกลงร่วมของชุมชนที่ยั่งยืน พร้อมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง **เพราะการดูแลช่วงท้ายของชีวิตที่ดี เกิดจากชุมชนที่พร้อมจะเริ่มต้นดูแลกันและกัน** อยู่ที่ว่าผู้คนได้คิดและพูดคุยถึงสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตหรือไม่ ครอบครัวเข้าใจกันหรือไม่ และระบบรักษาเจตนานั้นไว้ได้จริงหรือไม่ **เพราะในวันที่เราไม่อาจพูดแทนตัวเองได้อีกแล้ว สิ่งที่จะพูดแทนเรา คือความเข้าใจที่เราได้สร้างไว้กับคนที่เรารัก และชุมชนที่พร้อมจะรับฟัง** หากเราช่วยกันสร้างสิ่งนี้ให้เกิดขึ้นได้ในทุกตำบล ทุกอำเภอ เราจะไม่ได้มีเพียงระบบสุขภาพที่ดีขึ้น แต่จะมีสังคมที่ดูแลชีวิตของกันและกันด้วยความเข้าใจ ไม่ทอดทิ้งกัน มีความเอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จนถึงลมหายใจสุดท้าย

ในท้ายนี้ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เกศิณี ประทุมสุวรรณ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะทำงานผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนทีมพื้นที่และทีมสำนักนโยบายสาธารณะภาคเหนือ ที่ได้ร่วมกันทำงานและถอดบทเรียนจากบทปฏิบัติการในพื้นที่จนเกิดเป็นแนวทางที่เชื่อมความคิด นโยบาย และการปฏิบัติเข้าด้วยกันได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาสังคมสุขภาวะของเราทุกคนที่อยู่ดีมีพลังในอนาคต ต่อไป

นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล
รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ความปรารถนาของคู่มือ (คำนำ)

“จากโลกอย่างสวยงาม” คงเป็นความปรารถนาของทุกท่านที่เกิดมาบนโลกใบนี้ ซึ่งก็เป็นความปรารถนาของคู่มือฉบับนี้เช่นกัน ดังนั้นเราควรเปิดใจศึกษาคู่มือเล่มนี้กันคะ

“เกิดมาแล้วให้ทำประโยชน์ตน ประโยชน์ท่าน และประโยชน์โลก ท่านก็จะจากโลกนี้อย่างสวยงาม” ขอให้เริ่มตั้งแต่ศึกษาจากบทที่ 1 บทนำและแนวคิดของ Living Will เมื่อเริ่มอินแล้ว ต้องไม่พลาดบทที่ 2 และบทที่ 3 โดยเฉพาะแผนภาพที่ 3.1 และ 3.2 จะทำให้ท่านจุดประกายจากเนื้อหาที่จะทำให้เห็นว่าท่านสามารถเป็นส่วนหนึ่งของประโยชน์ของชาติได้ จากนั้นก็มาลงรายละเอียดกันต่อในบทที่ 5 – 8

สิ่งสำคัญของคู่มือนี้คือ การลงมือทำ e-Living Will เริ่มต้นจากตัวเราก่อน และถึงแม้ท่านจะเป็นใครสวมหมวกใบไหน มีบทบาทอะไรของสังคมในชุมชนนั้น ท่านจะเป็นผู้สื่อสารและเดินเรื่องราว เติมเต็มประสบการณ์ของผู้คนต่อจากที่คณะผู้จัดทำเริ่มต้นเขียนไว้ในคู่มือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

“การจากโลกนี้อย่างสวยงาม ด้วยการทำประโยชน์ตน คือการได้รับการรักษาสอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของตน ประโยชน์ท่าน คือการทำให้ลูก หลาน คนในครอบครัว ได้เข้าใจความต้องการเคารพความต้องการของเรารวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการรักษาตามความต้องการของเราอย่างเต็มที่และสุดท้ายประโยชน์โลก การลดค่าใช้จ่ายจากการบริการสาธารณสุขของประเทศ

คณะผู้จัดทำขอฝากทุกท่านที่เข้ามาศึกษาคู่มือ และลงมือทำ e-Living will ทำให้เนื้อหาในบทที่ 2 – 8 เป็นความจริง และสะท้อนเป็นบทที่ 9 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากระดับพื้นที่สู่ระดับประเทศต่อไป เพราะเราเชื่อว่า คู่มือฉบับนี้ยังคงต้องปรับปรุงอีกเรื่อย ๆ จนกว่า “เราจะจากโลกนี้อย่างสวยงาม” ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

รายการ	หน้า
บทที่ 1 บทนำและแนวคิด	**1**
1.1 ทำไมต้องทำเรื่องนี้	2
1.2 กรอบกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	3
1.3 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากระดับประเทศสู่พื้นที่	4
1.4 e-Living Will: เครื่องมือสนับสนุนความต่อเนื่องของข้อมูล	4
1.5 มอง ACP, Living Will, Palliative Care และชุมชนเป็นระบบเดียวกัน	6
1.6 ความสัมพันธ์ของทั้ง 4 องค์ประกอบ	8
1.7 ความแตกต่างของ ACP, หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12, DNR และการุณยฆาต	8
บทที่ 2 โครงสร้างการทำงาน	**13**
2.1. ระดับจังหวัด : กำหนดทิศทาง ประสานทรัพยากร และเชื่อมโยงกลไกการทำงาน	14
2.2 ระดับอำเภอ: สนับสนุนด้านวิชาการและจัดระบบรับ–ส่งต่อ	16
2.3 ระดับตำบล: ประสานการทำงานในพื้นที่และดูแลความต่อเนื่องของข้อมูลเจตนา	16
2.3.1 กลไกการขับเคลื่อนหนังสือแสดงเจตนาในระดับตำบล	16
2.3.2 รพ.สต.: ศูนย์ประสานการดูแลและข้อมูลเจตนาในระดับตำบล	18
2.4 ระดับชุมชนและครัวเรือน: พื้นที่ที่การดูแลเกิดขึ้นจริง	19
2.4.1 เมื่อไรที่ชุมชนควรเชื่อมกลับมายัง รพ.สต.	20
2.4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการในระดับชุมชนและครัวเรือน	21

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
บทที่ 3 จากโครงสร้างจังหวัดสู่ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	**23**
3.1 จากโครงสร้างจังหวัดสู่ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	24
3.2 ระดับตำบล/พื้นที่	24
3.2.1 เป้าหมายของการทำงานระดับตำบล	24
3.2.2 หลักการของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	25
3.2.2.1 คนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	25
3.2.2.2 รพ.สต. เป็นผู้เชื่อมระบบ	25
3.2.2.3 รักษาความต่อเนื่องของ “เสียงของประชาชน”	25
3.2.3 บทบาทหลัก 5 ด้านของ รพ.สต.	25
3.3 การทำงานร่วมกันของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	29
3.4 ผลลัพธ์ที่ต้องการในระดับตำบล	31
บทที่ 4 บทบาทของหน่วยงานและภาคีในการขับเคลื่อน	**33**
4.1 บทบาทของหน่วยงานและภาคีในการขับเคลื่อน	34
4.1.1 บทบาทของประชาชน ครอบครัว อสม. ผู้ดูแล วัด และชุมชน ในระดับตำบล	34
4.1.2 ชุมชนทำหน้าที่เฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชน	36
4.2 บทบาท แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และข้อควรระวังของแต่ละภาคส่วน	38
4.3 หลักร่วมของทุกภาคี	57

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
บทที่ 5 แนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล	**58**
5.1 แนวคิดของแนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล	59
5.2 แนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล	59
บทที่ 6 ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล	**76**
6.1 ข้อมูลขั้นต่ำที่ควรส่งต่อเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล	77
6.2 การกำกับดูแลและสิทธิการเข้าถึงข้อมูล	77
6.3 หลักการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลตามบทบาท	78
6.4 ผู้รับผิดชอบในการบันทึก/ทบทวนข้อมูล (Revision Control)	80
6.5 กระบวนการตรวจสอบและยืนยันความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล	81
6.6 การทบทวนข้อมูล	81
6.7 ระบบสำรองเมื่ออินเทอร์เน็ตขัดข้อง (Offline Contingency Plan)	82
6.8 ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล	83
บทที่ 7 ปัจจัยความสำเร็จและการบริหารความเสี่ยง	**86**
7.1 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ	87
7.2 ตารางวิเคราะห์และการบริหารความเสี่ยง	88
7.3 หลักการบริหารความเสี่ยงของศูนย์ประสานงานระดับตำบล	93

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
บทที่ 8 เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการทำงาน	**94**
8.1 บทนำ	95
8.2 แผนที่เครื่องมือตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	95
8.2.1 ขั้นที่ 1: เตรียมระบบในพื้นที่	98
8.3 เครื่องมือข้ามขั้นตอน: แนวทางจัดการความเสี่ยงและส่งต่อปัญหา	105
8.4 เครื่องมือฉบับพร้อมใช้ในภาคผนวก	107
8.5 หลักการใช้เครื่องมือ	107
บทที่ 9 ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนระดับตำบล	**108**
รายการเครื่องมือภาคผนวกและช่องทางดาวน์โหลด	**114**
ภาคผนวก ก แผนที่ภาคีและทรัพยากรในพื้นที่	114
ภาคผนวก ข แผนที่ผู้ประสานงานและการส่งต่อ	114
ภาคผนวก ค แบบตรวจสอบความพร้อมของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	114
ภาคผนวก ง การ์ดสร้างความเข้าใจและแนวคำถามชวนคุย	114
ภาคผนวก จ แบบค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน	114
ภาคผนวก ฉ แนวทางประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน	114
ภาคผนวก ช แบบประเมินความพร้อมในการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	114
ภาคผนวก ซ แนวทางสนทนาและแบบบันทึกความต้องการเกี่ยวกับการดูแล	114
ภาคผนวก ฌ แนวทางประชุมร่วมกับครอบครัว	114
ภาคผนวก ญ แบบตรวจสอบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา	114
ภาคผนวก ฎ แบบตรวจสอบการประสานแผนการดูแล	115
ภาคผนวก ฏ แผนผังการส่งต่อและเปลี่ยนผ่านการดูแล	115
ภาคผนวก ฐ แบบติดตามและทบทวนการดูแล	115
ภาคผนวก ฑ แบบประเมินความเสี่ยงและแนวทางยกระดับการจัดการ	115
ภาคผนวก ฒ แบบทบทวนผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	115
ภาคผนวก ณ แบบบันทึกปัญหาเชิงระบบและแนวทางปรับปรุง	115
ภาคผนวก ด แนวทางการบันทึกและใช้งานระบบ e-Living Will	115
อ้างอิง	**116**

สารบัญภาพ

รายการ	หน้า
แผนภาพที่ 1.1 แสดงการขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากระดับประเทศสู่พื้นที่	5
แผนภาพที่ 1.2 แสดงความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	7
แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการทำงาน	14
แผนภาพที่ 2.2 โมเดล “ระบบการขับเคลื่อน หนังสือแสดงเจตนาระดับตำบล : รพ.สต. เป็นแกนกลางเชื่อมชุมชน เชื่อมระบบบริการ”	17
แผนภาพที่ 2.3 แสดงเมื่อไรที่ชุมชนควรประสานศูนย์ประสานงานระดับพื้นที่	21
แผนภาพที่ 3.1 แสดงการทำงานร่วมกันของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	30
แผนภาพที่ 3.2 แสดงบทบาทของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	32
แผนภาพที่ 4.1 แสดงบทบาทของประชาชน ครอบครัว อสม. ผู้ดูแล วัดและชุมชนในระดับตำบล	37
แผนภาพที่ 5.1 แสดง 10 ขั้นตอนการทำงานระดับตำบล	74
แผนภาพที่ 6.1 กระบวนการตรวจสอบและยืนยันการบันทึกข้อมูล	81
แผนภาพที่ 6.2 แนวทางเมื่อระบบหนังสือแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์ใช้งานไม่ได้	83
แผนภาพที่ 6.3 การไหลของข้อมูล	84
แผนภาพที่ 8.1 แสดงแผนที่เครื่องมือตามแนวทางปฏิบัติของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	105

สารบัญตาราง

รายการ หน้า

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบ ACP, หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 (Living Will), DNR ไม่กู้ชีพ และการุณยฆาต 8

ตารางที่ 2.1 บทบาทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 18

ตารางที่ 2.2 แสดงการส่งต่องานระหว่างระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชนและครัวเรือน 19

ตารางที่ 4.1 บทบาท แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และข้อควรระวังของแต่ละภาคส่วน 38

ตารางที่ 6.1 แสดงผู้ใช้งาน/บทบาท การเข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบ/ยืนยันการบันทึกข้อมูล 79

ตารางที่ 6.2 แสดงประเภทข้อมูล ผู้ให้/กำหนดข้อมูล และรับผิดชอบในการบันทึก/ทบทวนข้อมูล 80

ตารางที่ 7.1 แสดงการวิเคราะห์และการบริหารความเสี่ยง 88

ตารางที่ 8.1 เครื่องมือตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล 10 ขั้นตอน 95

ตารางที่ 8.2 แสดงแนวทางเลือกใช้เครื่องมือตามสถานการณ์ 106

ตารางที่ 9.1 แสดงข้อเสนอต่อการสนับสนุนจากระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ 109



บทที่ 1
บทนำและแนวคิด



1.1 ทำไมต้องทำเรื่องนี้

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีอายุยืนขึ้น ขณะที่โรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องเตรียมพร้อมไม่เพียงด้านการรักษา แต่รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง และการเคารพความต้องการของบุคคลในช่วงท้ายของชีวิต

“เมื่อการรักษาไม่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของบุคคล”

จากบริบทดังกล่าว นำมาสู่คำถามสำคัญที่สังคมและระบบสาธารณสุขต้องร่วมกันทบทวนเชิงจริยธรรม

ในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ และครอบครัวหรือทีมรักษาไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ และเป้าหมายการดูแลของบุคคล อาจนำไปสู่ความไม่แน่นอน ความขัดแย้ง หรือการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลให้คุณค่า ซึ่งอาจสร้างภาระทั้งต่อเจ้าของชีวิต ครอบครัว และทีมดูแล ประเทศไทยมีกลไกทางกฎหมายที่รองรับและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในมิตินี้อย่างชัดเจนปรากฏตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า:

> *“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”*

กฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์สำคัญ ในมาตรา 12 รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยไม่ใช่การเร่งให้เกิดความตาย

แม้กฎหมายจะคุ้มครองสิทธิไว้ แต่ในเชิงระบบ การทำให้สิทธิตามมาตรา 12 สามารถเชื่อมสู่การดูแลในทางปฏิบัติ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสำคัญ 2 ส่วนที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา

1. **กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP):** คือกระบวนการสื่อสารและสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้บุคคล ครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ และทีมสุขภาพได้พูดคุยร่วมกันล่วงหน้า เพื่อทำความเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่บุคคลให้คุณค่าและมีความหมายต่อชีวิต รวมทั้งร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลเมื่อสุขภาพหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป

2. **หนังสือแสดงเจตนา (Living Will):** หนังสือแสดงเจตนาเป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกและสื่อสารความประสงค์เกี่ยวกับการรับหรือไม่รับบริการสาธารณสุขตามขอบเขตของมาตรา 12 เพื่อให้ครอบครัวและทีมสุขภาพนำเจตนาของบุคคลไปประกอบการดูแล โดยเฉพาะเมื่อบุคคลไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง

3. ระบบปฐมภูมิ โดยเฉพาะ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมประชาชน ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ทำให้การพูดคุย การบันทึกเจตนา และการดูแลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รายละเอียด ศูนย์ประสานการดูแล หรือรูปแบบศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล ดูบทที่ 3)

คู่มือฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการทำงานเชิงระบบ ให้คนทำงานในระดับพื้นที่สามารถขับเคลื่อนและเปลี่ยน "สิทธิบนแผ่นกระดาษ" ให้กลายเป็น "วิถีปฏิบัติแห่งความเอื้ออาทร" ที่สร้างสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและสมศักดิ์ศรี

1.2 กรอบกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ควรถูกมองเป็นงานแยกจากระบบปฐมภูมิ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สุขภาพดี โรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง จนถึงช่วงท้ายของชีวิต

การขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาในประเทศไทยมีฐานสำคัญ 3 ระดับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
2. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดทำ แก้ไข หรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนา การตรวจสอบและทำความเข้าใจเจตนาของผู้ทำหนังสือ การอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรค ตลอดจนแนวทางที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องดำเนินการเมื่อผู้ทำหนังสือเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตหรืออยู่ในภาวะที่กฎหมายกำหนด
3. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 วางกรอบให้ ACP เป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคคล ครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการและเป้าหมายการดูแลของบุคคล แล้วนำข้อมูลดังกล่าวไปประกอบการวางแผนดูแลในอนาคต

กระบวนการต้องเคารพความสมัครใจและความสามารถในการตัดสินใจของเจ้าของชีวิต และเปิดโอกาสให้ทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสุขภาพ ความต้องการ หรือสถานการณ์เปลี่ยนไป

กฎหมายและมาตรฐานทั้ง 3 ระดับจึงทำหน้าที่เชื่อมโยงกัน โดยมาตรา 12 เป็นฐานรับรองสิทธิ กฎกระทรวง พ.ศ. 2553 กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา และมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พ.ศ. 2565 วางกรอบกระบวนการสื่อสารและวางแผนการดูแลก่อนนำไปสู่การบันทึกเจตนาและการดูแลจริง

1.3 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากระดับประเทศสู่พื้นที่

การทำให้ Advance Care Planning (ACP), Living Will และการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้เป็นภารกิจของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องอาศัยการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับนโยบาย จังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงครอบครัวและชุมชน แต่ละระดับมีบทบาทแตกต่างกัน ทั้งการกำหนดทิศทาง สนับสนุนทรัพยากร เชื่อมภาคี ประสานบริการ และทำให้เจตนาของประชาชนสามารถเชื่อมเข้าสู่การดูแลได้จริง รายละเอียดโครงสร้าง กลไก และบทบาทของแต่ละระดับจะอธิบายในบทที่ 2–4

1.4 e-Living Will: เครื่องมือสนับสนุนความต่อเนื่องของข้อมูล

การจัดทำ Living Will ในรูปแบบเอกสารเพียงอย่างเดียวอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลเมื่อบุคคลเปลี่ยนสถานที่หรือทีมดูแล e-Living Will จึงเป็นช่องทางดิจิทัลที่สนับสนุนการบันทึกและเข้าถึงข้อมูล Living Will ตามสิทธิและระบบที่กำหนด เพื่อช่วยให้ข้อมูลสำคัญสามารถเชื่อมต่อกับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง รายละเอียดการจัดการข้อมูลและสิทธิการเข้าถึงดูบทที่ 6

แผนภาพที่ 1.1 แสดงการขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากระดับประเทศสู่พื้นที่



ที่มา : ผู้จัดทำ

1.5 มอง ACP, Living Will, Palliative Care และชุมชนเป็นระบบเดียวกัน

คู่มือนี้มองการดูแลช่วงท้ายของชีวิตเป็นระบบที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งทำงานเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยมี **เจ้าของชีวิตเป็นศูนย์กลาง**

เพื่อช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงลมหายใจสุดท้าย การพัฒนาระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพ ไม่สามารถดำเนินการโดยมุ่งเน้นเพียงการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาหรือการพัฒนาบริการดูแลแบบประคับประคองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หากแต่ต้องมองทั้งระบบในฐานะ "ระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตแบบบูรณาการ" ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วนที่เชื่อมโยงและพึ่งพาอาศัยกันอย่างแยกไม่ออก

1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP): การเปิดใจคุย

- **ทำหน้าที่เป็น:** หัวใจของการสื่อสาร
- **ความสำคัญ:** คือการชวนประชาชน ครอบครัว และบุคลากรหรือทีมสุขภาพมานั่งคุยเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันล่วงหน้า เพราะการพูดคุยล่วงหน้าช่วยให้บุคคล ครอบครัว และทีมสุขภาพมีความเข้าใจร่วมกัน ทำให้ข้อมูลที่บันทึกไว้สามารถนำไปใช้ประกอบการดูแลได้อย่างสอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของบุคคลมากขึ้น

2. หนังสือแสดงเจตนา (Living Will): การบันทึกและสื่อสารเจตนา

- ทำหน้าที่เป็น: เครื่องมือช่วยสื่อสารความต้องการของเจ้าของชีวิต
- ความสำคัญ: ช่วยให้ครอบครัวและทีมสุขภาพรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเจตนาของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อบุคคลไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเอง

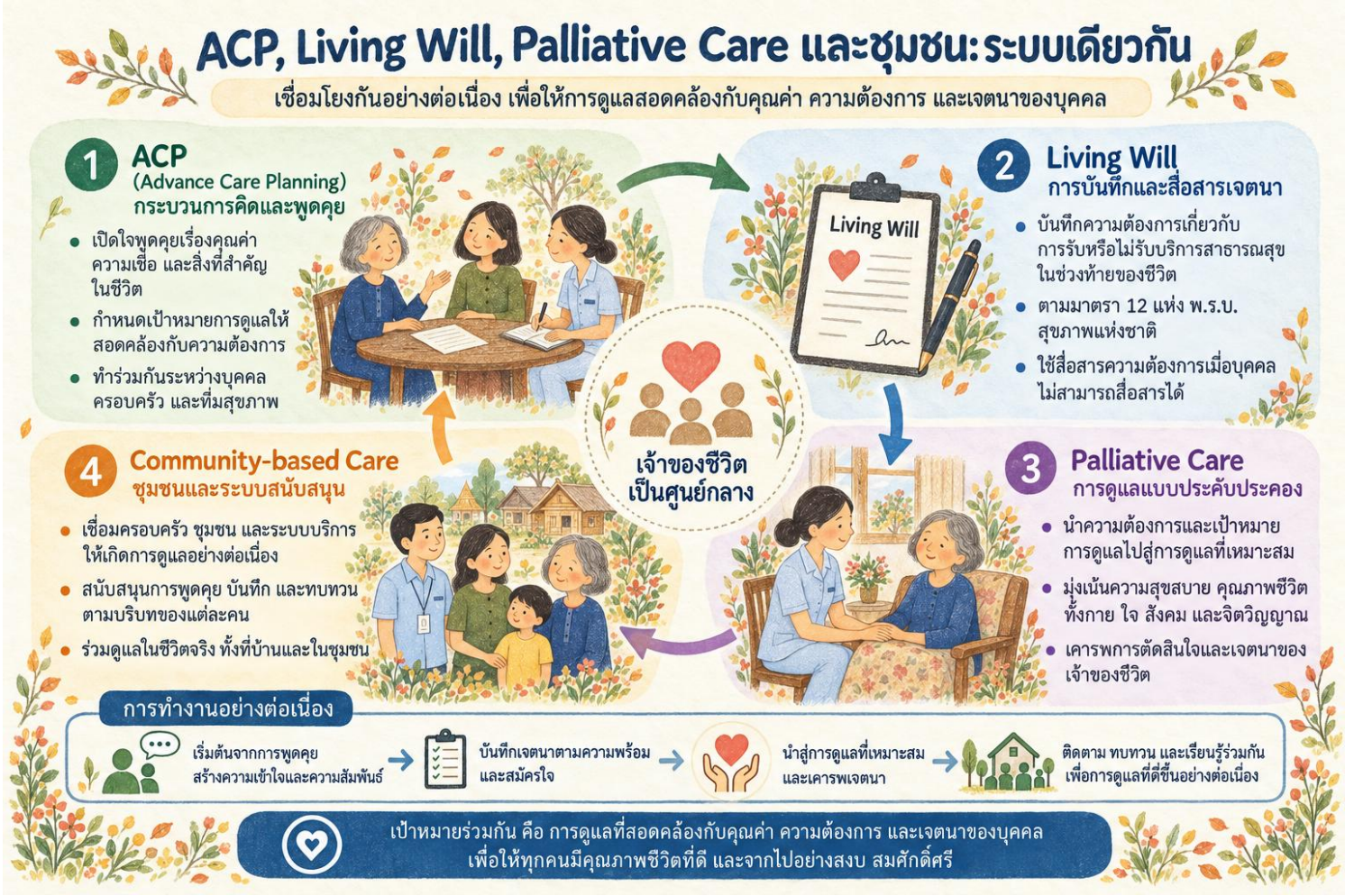
3. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care): การดูแลที่เกิดขึ้นจริง

- **ทำหน้าที่เป็น:** การดูแลที่นำคุณค่าและเป้าหมายของบุคคลไปสู่การปฏิบัติ
- **ความสำคัญ:** Advance Care Planning (ACP) และ Living Will ช่วยให้ทีม Palliative Care เข้าใจคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการดูแลของบุคคลได้ชัดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อบุคคลไม่สามารถสื่อสารได้

4. การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Care): ระบบสนับสนุนที่ทำให้เกิดขึ้นได้จริง

- **ทำหน้าที่เป็น:** กลไกเชื่อมบ้าน ชุมชน และระบบบริการ
- **ความสำคัญ:** ชุมชนเป็นพื้นที่ชีวิตที่ช่วยให้ประชาชนและครอบครัวเริ่มพูดคุยเรื่องคุณค่า ความต้องการ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยรุนแรง พร้อมเชื่อมโยง อสม. รพ.สต. ท้องถิ่น องค์กรศาสนา และเครือข่ายชุมชน เข้ามาสนับสนุนการดูแลที่บ้าน การเข้าถึงบริการและสวัสดิการ ตลอดจนการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูล ACP, Living Will และแผนการดูแลไม่สูญหายเมื่อเปลี่ยนสถานที่ดูแล และสามารถนำเจตนาของเจ้าของชีวิตไปสู่การดูแลจริงได้อย่างเหมาะสมและสมศักดิ์ศรี

แผนภาพที่ 1.2 แสดงความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน



ที่มา : ผู้จัดทำ

1.6 ความสัมพันธ์ของทั้ง 4 องค์ประกอบ

ทั้ง 4 องค์ประกอบไม่ได้ทำงานแยกจากกัน แต่เป็นวงจรการเรียนรู้และการดูแลที่เกื้อหนุนกันอย่างต่อเนื่อง

- ชุมชนสร้างความตระหนักรู้และเปิดพื้นที่ให้เกิดการพูดคุย
- การพูดคุยนำไปสู่กระบวนการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจนำไปสู่การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเมื่อประชาชนมีความพร้อมและสมัครใจ
- หนังสือแสดงเจตนาสนับสนุนให้ทีมดูแลแบบประคับประคองวางแผนการดูแลได้ตรงกับเจตนาของประชาชน
- ทีมดูแลร่วมกับครอบครัวทบทวนผลการดูแลและถอดบทเรียนในส่วนที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความยินยอมและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

1.7 ความแตกต่างของ ACP, หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12, DNR และการุณยฆาต

เมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทผู้เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการทำงาน จะเห็นความแตกต่างของ ACP เป็นกระบวนการพูดคุยและวางแผน ส่วน Living Will เป็นหนังสือแสดงเจตนาตามกฎหมาย และ DNR เป็นคำสั่งเฉพาะเรื่องการกู้ชีพ

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบ ACP, หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 (Living Will), DNR ไม่กู้ชีพ และการุณยฆาต ในประเทศไทย

เรื่อง	คืออะไร	ใครเป็นผู้ทำ	สถานะในประเทศไทย	ยังได้รับการดูแลหรือไม่
ACP	กระบวนการชวนประชาชน ครอบครัว และบุคลากรหรือทีมสุขภาพมานั่งคุยเพื่อทำความเข้าใจและวางแผนการดูแลร่วมกันล่วงหน้า พูดคุยถึง	**จัดทำเมื่อใด** เจ้าตัวเป็นผู้กำหนดความต้องการ โดยมีบุคลากรสุขภาพที่มีทักษะด้าน ACP ช่วยนำการสนทนา **นำมาใช้เมื่อใด**	มีมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 เป็นแนวทางให้สถานพยาบาลและบุคลากรนำไปใช้ แต่บันทึก ACP ไม่ได้เป็น	**ได้รับ** ทั้งการรักษาโรคและการดูแลอื่นตามแผน

เรื่อง	คืออะไร	ใครเป็นผู้ทำ	สถานะในประเทศไทย	ยังได้รับการดูแลหรือไม่
	คุณค่าชีวิต ความต้องการ และแนวทางดูแลในอนาคต โดยเฉพาะวันที่อาจสื่อสารหรือตัดสินใจเองไม่ได้	ก่อนป่วย และทบทวนเมื่อสุขภาพหรือความต้องการเปลี่ยน	หนังสือตามมาตรา 12 โดยอัตโนมัติ ต้องดูเนื้อหาและการจัดทำเอกสารด้วย	
หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 (Living Will)	หนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามเงื่อนไขกฎหมาย (เครื่องมือช่วยสื่อสารความต้องการของเจ้าของชีวิต)	**จัดทำเมื่อใด** เจ้าตัวเป็นผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ส่วนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ดำเนินการตามเจตนาภายใต้หลักเกณฑ์กฎหมาย **นำมาใช้เมื่อใด** ทำไว้ล่วงหน้าได้ แต่การนำมาใช้ต้องตรงกับภาวะและเงื่อนไขในหนังสือและกฎหมาย	มีกฎหมายรับรองชัดเจนตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติตามเจตนาอย่างถูกต้องตามกฎหมายได้รับความคุ้มครอง มีทั้งรูปแบบกระดาษและ e-Living Will	**ได้รับ** โดยเฉพาะการบรรเทาความทุกข์และการดูแลแบบประคับประคอง ไม่รับเฉพาะบริการตามเจตนาที่เข้าเงื่อนไข
DNR ไม่กู้ชีพ	คำสั่งทางการแพทย์ว่า เมื่อหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ จะไม่พยายามกู้ชีพด้วย CPR	แพทย์ผู้รับผิดชอบเป็นผู้พิจารณาและบันทึกคำสั่ง ส่วนทีมอื่นสนับสนุนข้อมูล ประสานและดูแลตามบทบาท	เป็นคำสั่งในการดูแลทางคลินิก ไม่ใช่หนังสือ Living Will โดยตัวมันเอง การดำเนินการต้อง	**ได้รับ** การรักษาอื่นตามข้อบ่งชี้และแผน เพียงไม่ทำ CPR เมื่อเกิดภาวะดังกล่าว

เรื่อง	คืออะไร	ใครเป็นผู้ทำ	สถานะในประเทศไทย	ยังได้รับการดูแลหรือไม่
	(เฉพาะการกู้ชีพเมื่อเกิดหัวใจหรือการหายใจหยุด ไม่ใช่คำสั่งหยุดการรักษาทั้งหมด)		พิจารณาสิทธิผู้ป่วยข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เจตนาของเจ้าของชีวิต และแนวทางของสถานพยาบาล หากเป็นการปฏิบัติตาม Living Will ก็ต้องเข้าเงื่อนไขมาตรา 12 ด้วย **การมีลายเซ็นญาติอย่างเดียวไม่ใช่คำตอบครบถ้วนของทุกกรณี**	
การุณยฆาตโดยเจตนาทำให้เสียชีวิต	การทำให้ชีวิตสิ้นสุดลงโดยตรง ในที่นี้หมายถึงการที่ผู้อื่นกระทำโดยมีเจตนาทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อยุติความทุกข์ทรมาน	ในประเทศไทยไม่มีผู้มีอำนาจดำเนินการการุณยฆาตโดยชอบด้วยกฎหมายตามขอบเขตที่กล่าวถึงในตารางนี้	ประเทศไทยยังไม่อนุญาต และมาตรา 12 ไม่ได้ให้สิทธิแพทย์หรือญาติทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรง	ประเทศไทยไม่อนุญาตให้ดำเนินการดังกล่าว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาและบรรเทาความทุกข์ตามความเหมาะสม

ข้อสำคัญ : การพูดคุย ACP ไม่จำเป็นต้องลงท้ายด้วยการทำ Living Will และการมี Living Will ไม่ได้ทำให้เกิดคำสั่ง DNR โดยอัตโนมัติ

จุดที่มักเข้าใจคลาดเคลื่อน

1. **DNR ไม่ได้แปลว่า “ไม่ใส่ท่อ ไม่ให้ยา ไม่ส่ง ICU” ทั้งหมด** DNR จำกัดเรื่อง CPR การใส่ท่อช่วยหายใจก่อนหัวใจหยุด การใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาปฏิชีวนะ การฟอกไต หรือการเข้า ICU ต้องพิจารณาและบันทึกแยกตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย หากต้องการไม่ใส่ท่อด้วย ควรระบุเรื่องนั้นให้ชัดเจน ไม่ใช้คำว่า DNR ครอบคลุมทุกอย่าง
2. **ทำ Living Will วันนี้ ไม่ได้หมายความว่าหยุดรักษาตั้งแต่วันนี้** ยังรักษาโรคหรือภาวะที่แก้ไขได้ตามความเหมาะสม การปฏิเสธบริการตามหนังสือต้องตรงกับเงื่อนไขที่กำหนด และมีการประเมินทางการแพทย์ ไม่ใช่นำมาใช้กับทุกการเจ็บป่วยทันที
3. **ไม่กู้ชีพหรือไม่ยื้อการตาย ยังต้องดูแลอย่างเต็มที่ตามเป้าหมายของผู้ป่วย** เช่น ลดปวด บรรเทาหอบ คลื่นไส้และความกังวล ดูแลความสะอาดและความสบาย รับฟังความต้องการด้านจิตใจและความเชื่อ รวมถึงช่วยครอบครัวเตรียมตัวและรับมือกับการสูญเสีย การดูแลแบบประคับประคองเริ่มร่วมกับการรักษาโรคได้ ไม่ต้องรอใกล้เสียชีวิต และไม่จำเป็นต้องมี Living Will หรือ DNR ก่อนจึงได้รับการดูแลนี้

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งคุย **ACP** ว่าอยากอยู่กับครอบครัวและให้ความสำคัญกับความสบาย ต่อมาทำ **Living Will** ว่าไม่ต้องการการรักษาที่เพียงยืดการตาย เมื่อถึงภาวะที่เข้าเงื่อนไข แพทย์จึงนำเจตนามาประกอบแผนและบันทึก **DNR** พร้อมระบุการรักษาอื่นให้ชัดเจน ผู้ป่วยยังได้รับยาบรรเทาอาการ การพยาบาล และการดูแลกายใจจนเสียชีวิตตามธรรมชาติ กระบวนการนี้ไม่ใช่การุณยฆาต

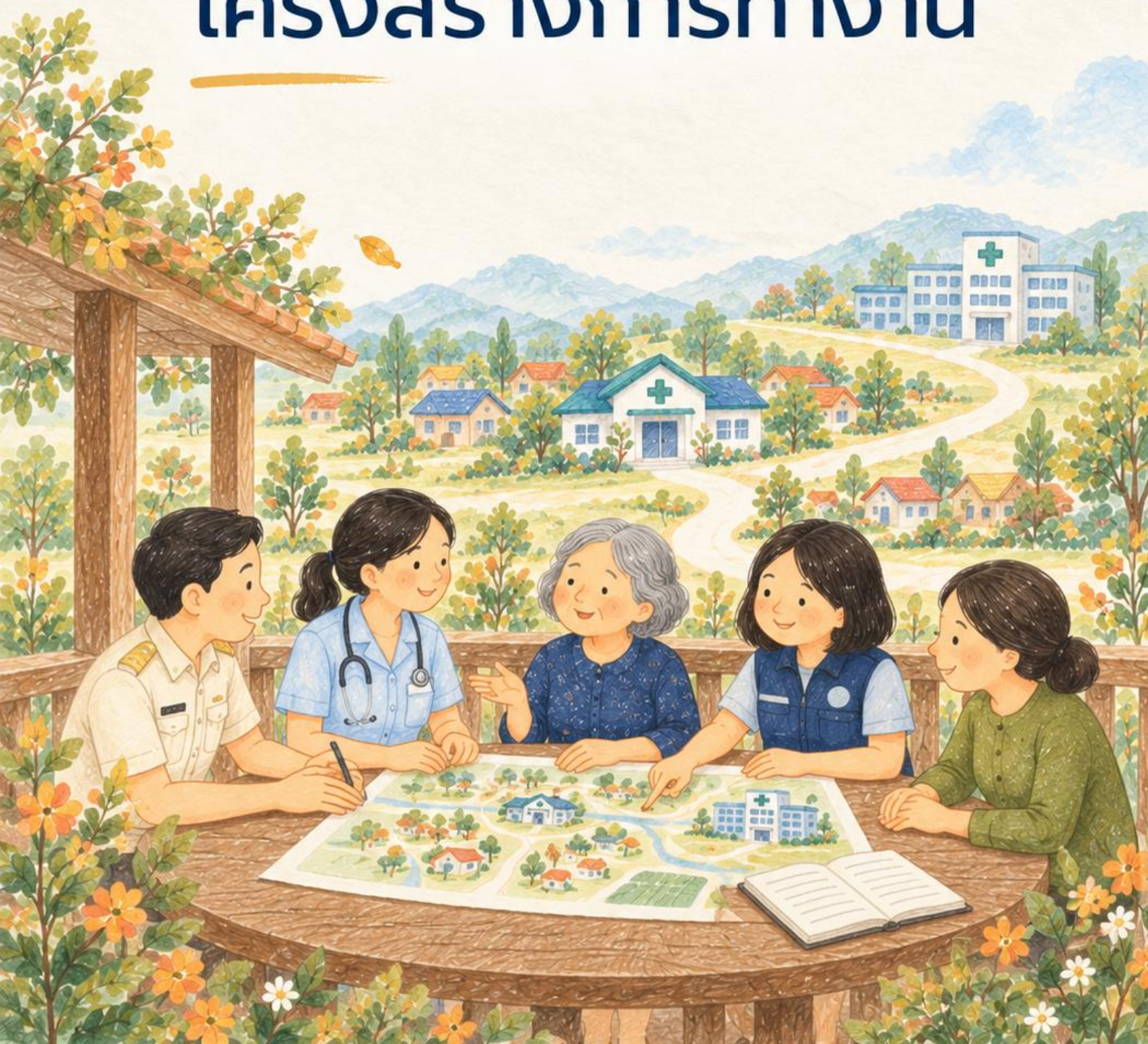
เมื่อองค์ประกอบเหล่านี้เชื่อมโยงกัน จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับคุณค่า ความต้องการ และเจตนาของบุคคลมากขึ้น ระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพจึงไม่ใช่ระบบที่ผลิตหนังสือแสดงเจตนาได้จำนวนมากที่สุด แต่เป็นระบบที่ทำให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ สามารถร่วมกันพูดคุย วางแผน ตัดสินใจ และดูแลกันได้อย่างเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. และภาคีในพื้นที่ให้สามารถนำแนวคิด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและการดูแลแบบประคับประคองไปเชื่อมกับระบบงานปฐมภูมิและชุมชน โดยเน้นการทำงานร่วมกันของประชาชน ครอบครัว ระบบสุขภาพ ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

บทถัดไปจะอธิบายตั้งแต่โครงสร้างและกลไกการทำงาน รูปแบบศูนย์ประสานงานระดับตำบล บทบาทของภาคีเครือข่าย ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ระบบข้อมูล การบริหารความเสี่ยง และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้แต่ละพื้นที่นำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม



บทที่ 2
โครงสร้างการทำงาน



โครงสร้างการขับเคลื่อนระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตแบบบูรณาการ

การพัฒนาระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิต (Integrated End-of-Life Care System) จำเป็นต้องอาศัยกลไกการทำงานที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน โดยแต่ละระดับมีบทบาทแตกต่างกันแต่เชื่อมโยงกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และทำงานบนเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง

แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการทำงาน



ที่มา : ผู้จัดทำ

2.1. ระดับจังหวัด : กำหนดทิศทาง ประสานทรัพยากร และเชื่อมโยงกลไกการทำงาน

เป้าหมาย: สร้างกลไกเชิงนโยบายและงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรและภาคีในพื้นที่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และลดข้อจำกัดในการทำงาน

กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด: จังหวัดควรมีกลไกขับเคลื่อนร่วม โดยอาจใช้กลไกที่มีอยู่เดิมหรือพัฒนากลไกเพิ่มเติมตามบริบทพื้นที่ เพื่อเชื่อมฝ่ายนโยบาย ระบบบริการ ท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างผู้ที่ควรอยู่ในโครงสร้างประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด, นายกอบจ., นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนสปสช. เขต ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทีมดูแลแบบ

ประคับประคอง ผู้แทนรพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแล ผู้แทนด้านสังคมและคุณภาพชีวิตตามบริบทของจังหวัดร่วมเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนหลัก เพื่อทำหน้าที่

- **กำหนดทิศทางร่วม** : เป้าหมาย นโยบาย และมาตรฐานการดูแล
- **เชื่อมทรัพยากร** : คน งบประมาณ อุปกรณ์ และแหล่งสนับสนุน
- **เชื่อมระบบข้อมูล** : ทำให้ข้อมูลสำคัญและเจตนาของประชาชนได้รับการส่งต่อตลอดกระบวนการดูแล
- **กำกับและพัฒนาระบบ** : ใช้ข้อมูลจากพื้นที่ติดตามปัญหา แก้ไขปัญหาและข้อจำกัดของการดำเนินงานและพัฒนาระบบ

ตัวอย่างการสนับสนุนของจังหวัด

1. **บูรณาการแผนและงบประมาณ**
    - **สสจ.** ประสานหน่วยบริการและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมาย แนวทางดำเนินงานและตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองของจังหวัดร่วมกัน
    - **สปสช.** ประสาน สปสช.เขตและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อพิจารณาใช้สิทธิประโยชน์และงบประมาณที่เกี่ยวข้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสนับสนุนให้ระบบการดูแลระยะยาว การดูแลที่บ้าน และการดูแลแบบประคับประคองเชื่อมโยงกัน
    - **อบจ.** พิจารณาบรรจุงานด้านการดูแลช่วงท้ายของชีวิตไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น เชื่อมโยงกับ **“แผนรองรับสังคมสูงวัย”** และสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นตามอำนาจหน้าที่ ระเบียบ และบริบทของพื้นที่
2. **พัฒนาระบบสารสนเทศร่วม:** ผลักดันพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลหนังสือแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **จัดทำแนวทางปฏิบัติส่วนกลางของจังหวัด:** จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมของจังหวัดให้สอดคล้องกับมาตรา 12 กฎกระทรวง และประกาศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรสามารถตรวจสอบ ประสานงาน และดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ

หมายเหตุ : ในจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไป อบจ.แจ้งกลไกจังหวัด กรณี อบจ.เป็นภาคีหลักร่วมกับ สสจ.เพื่อให้สามารถสนับสนุนวิชาการ และการส่งต่อ ไม่ขาดช่วง

2.2 ระดับอำเภอ: สนับสนุนด้านวิชาการและจัดระบบรับ–ส่งต่อ

เป้าหมาย: สนับสนุนความรู้และให้คำปรึกษาแก่ รพ.สต. รวมทั้งรับดูแลกรณีที่เกินศักยภาพของทีมตำบลและบริหารจัดการกรณีที่ซับซ้อน

ระดับอำเภออาจเชื่อมการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งบทบาทด้านนโยบาย คุณภาพชีวิต วิชาการ และระบบบริการให้ชัดเจน

ทำหน้าที่

ให้คำปรึกษา: สนับสนุนความรู้และการตัดสินใจทางคลินิก

รับส่งต่อ: มีช่องทางชัดเจนสำหรับกรณีซับซ้อน

ส่งกลับ: เมื่อกลับบ้านต้องส่งข้อมูลและแผนการดูแลกลับ รพ.สต.

พัฒนาศักยภาพ: เป็นพี่เลี้ยงให้ทีมตำบล

ตัวอย่างระบบสนับสนุนที่อำเภอสามารถพัฒนา

- ช่องทางปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง
- ระบบรับ–ส่งต่อกรณีซับซ้อน
- ระบบยาและอุปกรณ์สำหรับการดูแลที่บ้าน
- ช่องทางส่งกลับพร้อมแผนการดูแลรายบุคคล
- ระบบพี่เลี้ยงให้ รพ.สต.

2.3 ระดับตำบล: ประสานการทำงานในพื้นที่และดูแลความต่อเนื่องของข้อมูลเจตนา

“ระดับที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน ครอบครัว และชุมชน”

หนังสือแสดงเจตนาไม่ใช่ภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็น “ระบบการดูแลของชุมชน” ที่ต้องอาศัยทุกภาคส่วนในระดับตำบลร่วมกันทำงาน โดย รพ.สต. เป็นแกนกลาง (Hub) ในการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน ทั้งด้านวิชาการ การบริการสุขภาพ การประสานงาน และการติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

2.3.1 กลไกการขับเคลื่อนหนังสือแสดงเจตนาในระดับตำบล

การขับเคลื่อนหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานที่ใกล้ชิดประชาชน มีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมี รพ.สต. เป็นศูนย์ประสานงานหลักในระดับตำบล

หัวใจสำคัญของการดำเนินงาน คือ การให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่เป็น “แกนกลางของระบบศูนย์ประสานงานระดับพื้นที่” เชื่อมโยงการทำงานขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วัด ภาคประชาชน และหน่วยบริการสุขภาพในระดับอำเภอ ร่วมกันสร้างความรอบรู้ สนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) การจัดทำหนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างต่อเนื่อง ดังแผนภาพที่ 2.2

แผนภาพที่ 2.2 โมเดล “ระบบการขับเคลื่อน หนังสือแสดงเจตนาระดับตำบล : รพ.สต. เป็นแกนกลางเชื่อมชุมชน เชื่อมระบบบริการ”



ที่มา : ผู้จัดทำ

2.3.2 รพ.สต.: ศูนย์ประสานการดูแลและข้อมูลเจตนาในระดับตำบล

รพ.สต. ไม่ใช่หน่วยงานที่ต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง แต่เป็นหน่วยประสานกลางที่ทำให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพสามารถทำงานบนข้อมูลและเป้าหมายการดูแลเดียวกัน โดยมีหน้าที่สำคัญที่สุดคือทำให้ “ความต้องการของประชาชน” ไม่สูญหายเมื่อสถานการณ์สุขภาพหรือสถานที่ดูแลเปลี่ยนแปลง ทำให้ทุกคนทำงานไปในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 2.1 บทบาทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

บทบาท รพ.สต.	ความหมาย
1. เฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชน	ใช้ข้อมูล อสม.และการเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาคนที่ควรได้รับการชวนคุย ไม่ใช่รอจนเป็นผู้ป่วยระยะท้าย
2. เปิดพื้นที่ให้คุย	ทำให้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นบทสนทนาปกติในชุมชน ชวนคนคิดเรื่องคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายชีวิต
3. เชื่อมการดูแล	เมื่อพบผู้ที่มีความต้องการหรือเริ่มมีภาวะซับซ้อน รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลรายบุคคลเชื่อมครอบครัว อสม. การดูแลแบบประคับประคอง/การดูแลระยะยาว และท้องถิ่น
4. ดูแลความต่อเนื่องของข้อมูลเจตนา	ทำให้ข้อมูลจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาได้รับการบันทึก ส่งต่อ ทบทวน และนำไปใช้ในการดูแล
5. ทำให้ทั้งตำบลทำงานเป็นระบบเดียวกัน	เชื่อม อบต./เทศบาล อสม. วัด CG รพช. และทรัพยากรต่าง ๆ ให้ทำงานเป็นระบบเดียวกัน

รพ.สต. จึงมีบทบาทสำคัญในการ “เชื่อมทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน” ตั้งแต่การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อม การวางแผนล่วงหน้า การดูแลผู้ป่วย ไปจนถึงการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

การเชื่อมทุนทางสังคมเหล่านี้ จะทำให้ระบบดูแลมีความอบอุ่น ยืดหยุ่น และยั่งยืน แม้โครงการหรือการสนับสนุนจากภายนอกจะสิ้นสุดลง

ตารางที่ 2.2 แสดงการส่งต่องานระหว่างระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชนและครัวเรือน

ระดับ	หน้าที่หลัก	สิ่งที่ส่งต่อ
จังหวัด	กำหนดทิศทางและสนับสนุนระบบ	นโยบาย ทรัพยากร แนวทางปฏิบัติ
อำเภอ	สนับสนุนวิชาการและรับกรณีซับซ้อน	คำปรึกษา แผนการรักษา ข้อมูลส่งกลับ
ตำบล	ประสานบุคคล ข้อมูล และการดูแล	ข้อมูลสำคัญ แผนการดูแล และคำขอสนับสนุน
ชุมชนและครัวเรือน	ดูแล สังเกต และแจ้งการเปลี่ยนแปลง	สัญญาณความเสี่ยง ความต้องการ และปัญหาที่พบ

2.4 ระดับชุมชนและครัวเรือน: พื้นที่ที่การดูแลเกิดขึ้นจริง

เป้าหมาย: ทำให้ประชาชนและครอบครัวมีความรู้ ความมั่นใจ และได้รับการสนับสนุนให้สามารถ *“คิด–คุย–ตัดสินใจ–วางแผน–ดูแล”* เรื่องสุขภาพและช่วงท้ายของชีวิตได้ โดยมีชุมชนเป็นเครือข่ายช่วยเหลือใกล้ตัว และเชื่อมต่อกับ รพ.สต. เมื่อจำเป็น

การดูแลช่วงท้ายของชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาล แต่ส่วนสำคัญเกิดขึ้นใน บ้าน ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนใช้ชีวิต มีความสัมพันธ์กับคนรอบตัว และมีความเชื่อ คุณค่า วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของตนเอง

ดังนั้น ระดับชุมชนและครัวเรือนจึงไม่ควรถูกมองเพียงว่าเป็น “ผู้รับบริการ” หรือ “กลุ่มเป้าหมาย” ของระบบ แต่เป็น *“เจ้าของการตัดสินใจและหุ้นส่วนสำคัญของการดูแล”* โดยมีประชาชนและครอบครัวอยู่ตรงกลาง ขณะที่ อสม. ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน วัดหรือผู้นำศาสนา กลุ่มผู้สูงอายุ จิตอาสา และเครือข่ายต่าง ๆ เป็นผู้ช่วยให้การดูแลเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน

แนวคิดนี้ต่อยอดจากบทบาทที่วางไว้แล้ว เช่น อสม. ทำหน้าที่เข้าถึงครัวเรือน สร้างความเข้าใจ ชวนครอบครัวพูดคุย ประสานผู้สนใจไปยัง รพ.สต. และสะท้อนปัญหากลับสู่ทีมตำบล รวมถึงวัดและผู้นำศาสนาที่ช่วยสนับสนุนมิติด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และการช่วยเหลือทางสังคม

หลักสำคัญ: “เจ้าของชีวิตเป็นเจ้าของการตัดสินใจ”

หัวใจของการทำงานระดับชุมชนไม่ใช่การชักชวนให้ประชาชนทุกคนทำ หนังสือแสดงเจตนาแต่คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง มีโอกาสคิดทบทวนสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง พูดคุยกับคนในครอบครัว และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของตนเองอย่างอิสระ
จุดเริ่มต้นจึงไม่ควรเป็นคำถามว่า

“จะทำ หนังสือแสดงเจตนาหรือไม่?”
แต่ควรเริ่มจากคำถามเกี่ยวกับชีวิต

เช่น

“อะไรคือสิ่งสำคัญสำหรับเรา หากวันหนึ่งสุขภาพเปลี่ยนไป เราอยากได้รับการดูแลอย่างไร และอยากให้ใครช่วยดูแลหรือตัดสินใจร่วมกับเรา?”

2.4.1 เมื่อไรที่ชุมชนควรเชื่อมกลับมายัง รพ.สต.

“สัญญาณที่ควรประสานศูนย์ประสานงานระดับพื้นที่”

เมื่อพบว่า...

- สุขภาพหรือความสามารถในการใช้ชีวิตเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน
- เข้าโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น
- เจ้าของชีวิตหรือครอบครัวเริ่มถามเรื่องการดูแลในอนาคต
- ผู้ดูแลเริ่มรับภาระไม่ไหว
- สมาชิกครอบครัวเห็นต่างเรื่องการดูแล
- ผู้ป่วยต้องการพูดคุย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือ Living Will
- เจตนาหรือความต้องการของเจ้าของชีวิตเปลี่ยนไป
- แผนการดูแลรายบุคคลเดิมไม่สอดคล้องกับสถานการณ์
- มีปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ หรือการเข้าถึงการดูแลที่ครอบครัวจัดการเองไม่ได้

เมื่อพบสัญญาณเหล่านี้ *ชุมชนไม่ต้องแก้ปัญหาเองทั้งหมด* แต่ทำหน้าที่เชื่อมข้อมูลกลับมายัง รพ.สต. เพื่อประเมินและประสานความช่วยเหลือต่อ

แผนภาพที่ 2.3 แสดงเมื่อไรที่ชุมชนควรประสานศูนย์ประสานงานระดับพื้นที่



ที่มา : ผู้จัดทำ

2.4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการในระดับชุมชนและครัวเรือน

ความสำเร็จไม่ควรวัดเพียงว่า “ชุมชนมีคนทำ หนังสือแสดงเจตนากี่คน” แต่ควรมองว่า

คนคุยได้ : ประชาชนสามารถพูดเรื่องการดูแลช่วงท้ายชีวิตได้โดยไม่รู้สึกว่าเป็นเรื่องต้องห้าม

คนเลือกได้ : ประชาชนมีข้อมูลเพียงพอและสามารถตัดสินใจตามคุณค่าและความต้องการของตนเอง

ครอบครัวเข้าใจ : คนใกล้ชิดรับรู้และเข้าใจสิ่งที่เจ้าของชีวิตต้องการ

ชุมชนช่วยได้ : มีคนและทรัพยากรใกล้ตัวช่วยสนับสนุนครอบครัว

ระบบตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ : เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน ชุมชนสามารถแจ้งและเชื่อมเข้าสู่ รพ.สต. ได้

การดูแลต่อเนื่อง : สิ่งที่ประชาชนคิด พูด และตัดสินใจไว้ไม่สูญหายเมื่อย้ายจากบ้านไปโรงพยาบาล หรือกลับจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน

ประชาชนเป็นเจ้าของการตัดสินใจ ครอบครัวเป็นผู้ร่วมดูแล อสม. เป็นผู้เชื่อมชุมชนเป็นพลังสนับสนุน และ รพ.สต. เป็นศูนย์ประสานงานระดับพื้นที่เชื่อมทุกฝ่ายเข้าสู่ระบบบริการเมื่อจำเป็น เป้าหมายคือทำให้ทุกคนในชุมชน

“คุยกันได้ ตัดสินใจได้ ดูแลกันได้ และเชื่อมต่อระบบได้เมื่อจำเป็น”

“จังหวัดทำให้ระบบพร้อม
อำเภอทำให้บริการพร้อม
ตำบลทำให้การประสานพร้อม
ชุมชนทำให้การดูแลเกิดขึ้นจริง
ทุกระดับมีบทบาทต่างกัน แต่เชื่อมกันด้วยเป้าหมายเดียว คือ
ทำให้ “เสียงของประชาชน ไม่สูญหายระหว่างการดูแล”

บทนี้ได้อธิบายโครงสร้างและความเชื่อมโยงของการทำงานตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ไปจนถึงชุมชนและครัวเรือน บทที่ 3 จะอธิบายการทำงานในระดับตำบล โดยมี รพ.สต. เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นว่าสามารถนำโครงสร้างดังกล่าวไปจัดระบบการทำงานในพื้นที่ได้อย่างไร

บทที่ 3

จากโครงสร้างจังหวัดสู่ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล



3.1 จากโครงสร้างจังหวัดสู่ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล

“เมื่อจังหวัดกำหนดทิศทาง กลไก และระบบข้อมูล ขณะที่อำเภอหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านวิชาการ ให้คำปรึกษา และจัดระบบส่งต่อแล้ว ใครจะเป็นผู้เชื่อมระบบเหล่านี้ให้เข้าถึงประชาชน?”

คำตอบอยู่ที่ระดับตำบล ซึ่งเป็นพื้นที่เชื่อมเจตนาและความต้องการของประชาชน จากการคิดและพูดคุยไปสู่การดูแลที่เกิดขึ้นจริง โดยมี รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานการดูแล เชื่อมประชาชน ครอบครัว ภาคีในตำบล และหน่วยบริการสุขภาพให้ทำงานร่วมกัน

การเริ่มต้นงานควรกำหนดคณะทำงานและผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน โดยอาจใช้กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล หรือกลไกเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อให้การประสานงานดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ขณะเดียวกัน รพ.สต. ต้องรวบรวมปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดจากการดูแลในพื้นที่ แล้วสะท้อนกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและกลไกระดับจังหวัด เพื่อใช้ปรับระบบบริการ การสนับสนุนทรัพยากร และแนวทางดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพจริงของแต่ละพื้นที่

3.2 ระดับตำบล/พื้นที่

รพ.สต. ศูนย์ประสานการดูแลและผู้ดูแลความต่อเนื่องของเจตนาประชาชน

3.2.1 เป้าหมายของการทำงานระดับตำบล

ระดับตำบลคือพื้นที่สำคัญที่เชื่อมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดทำหนังสือแสดงเจตนา การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเข้าด้วยกัน เป้าหมายไม่ได้อยู่ที่การเพิ่มจำนวนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น แต่ต้องทำให้ประชาชนสามารถคิด พูดคุย ตัดสินใจ บันทึกความต้องการ และได้รับการดูแลตามเจตนาของตนเองอย่างต่อเนื่อง

หัวใจสำคัญคือ

“ทำอย่างไรให้เสียงและความต้องการของประชาชนไม่สูญหาย เมื่อสุขภาพ สถานการณ์ชีวิต หรือสถานที่ดูแลเปลี่ยนแปลงไป”

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงทำหน้าที่เป็น ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล โดยเชื่อมประชาชนและครอบครัวเข้ากับ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัดและผู้นำทางศาสนา ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลแม่ข่าย และทีมดูแลแบบประคับประคอง

รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง แต่ต้องทำให้ทุกฝ่ายสามารถทำงานบนข้อมูล ความเข้าใจ และเป้าหมายการดูแลเดียวกัน

3.2.2 หลักการของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล

หลักการของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลตั้งอยู่บนหลักคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

3.2.2.1 คนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จุดเริ่มต้นไม่ใช่แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา แต่คือการทำความเข้าใจว่า

- บุคคลให้คุณค่ากับอะไร
- ต้องการใช้ชีวิตอย่างไร
- หากเจ็บป่วยรุนแรงต้องการได้รับการดูแลแบบใด
- ใครคือบุคคลที่ไว้วางใจ
- ครอบครัวเข้าใจความต้องการนั้นหรือไม่
- ชุมชนและระบบบริการจะช่วยทำให้ความต้องการนั้นเกิดขึ้นจริงได้อย่างไร

หนังสือแสดงเจตนาจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนชีวิตและการดูแล ไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของระบบ

3.2.2.2 รพ.สต. เป็นผู้เชื่อมระบบ

จุดแข็งของ รพ.สต. คือความใกล้ชิดประชาชน รู้จักครอบครัว เข้าใจบริบทชุมชน และสามารถเชื่อมการดูแลจาก บ้านไปสู่ระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม บทบาทสำคัญของ รพ.สต. ไม่ใช่การรับภารกิจทุกอย่างมาไว้ที่ตนเองเพียงลำพัง แต่คือการทำให้ คน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพ สามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบ

3.2.2.3 รักษาความต่อเนื่องของ “เสียงของประชาชน”

ความต้องการของบุคคลอาจเริ่มจากการพูดคุยที่บ้าน เข้าสู่กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ รพ.สต. หรือจัดทำหนังสือแสดงเจตนาในชุมชน เมื่อเกิดภาวะวิกฤต บุคคลอาจถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด และอาจกลับมารับการดูแลต่อที่บ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับเจตนาและความต้องการของบุคคลจึงต้องได้รับการส่งต่อไปพร้อมกับการดูแลทุกครั้ง ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในจุดใดของระบบบริการ

3.2.3 บทบาทหลัก 5 ด้านของ รพ.สต.

บทบาทที่ 1 “เฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชน”

รพ.สต. ทำหน้าที่จัดระบบเฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชนโดยเชื่อมข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการเข้ากับข้อมูลจาก อสม. การเยี่ยมบ้าน ครอบครัว และสัญญาณจากเครือข่ายชุมชน

การค้นหาไม่ควรจำกัดเฉพาะ “ผู้ป่วยระยะท้าย” แต่ครอบคลุมกลุ่มที่อาจมีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตและสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะยาว ผู้ป่วยโรครุนแรงหรือมีแนวโน้มเข้าสู่ระยะท้าย ครอบครัวที่มีภาระการดูแลสูง กลุ่มเปราะบางที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ข้อมูลจาก อสม. การเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายชุมชนจึงต้องถูกนำมาใช้ร่วมกับข้อมูลสุขภาพของ รพ.สต.

ผลที่ต้องการ

รพ.สต. สามารถมองเห็นได้ว่า

“ใครควรได้รับการชวนคุย เมื่อไร และควรได้รับการช่วยเหลือในระดับใด”

บทบาทที่ 2 “สร้างพื้นที่ให้คนคิดและคุยเรื่องชีวิตได้”

รพ.สต. ร่วมกับ อสม. อปท. วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ และเครือข่ายชุมชน ทำให้เรื่องการเตรียมความพร้อมในช่วงท้ายของชีวิตกลายเป็นเรื่องที่ประชาชนสามารถพูดคุยได้อย่างเป็นธรรมชาติ พื้นที่พูดคุยสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น

- การเยี่ยมบ้าน
- คลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกโรคเรื้อรัง
- โรงเรียนผู้สูงอายุ
- เวทีชุมชน
- กิจกรรมในวัด
- ศูนย์ชีวาภิบาล
- กลุ่มผู้ดูแล
- การพูดคุยในครอบครัว

รพ.สต. และ อสม. ไม่ควรเริ่มต้นด้วยคำถามว่า

“จะทำ หนังสือแสดงเจตนา ไหม?”

แต่ควรเริ่มจากการช่วยให้คนคิดว่า

“อะไรสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตของเรา และถ้าวันหนึ่งป่วยหนัก เราอยากให้คนรอบตัวดูแลเราอย่างไร?”

เมื่อประชาชนและครอบครัวพร้อม จึงเข้าสู่กระบวนการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาตามความสมัครใจ เส้นทางของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกันไม่ใช่ทุกคนที่พูดคุย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า แล้วต้องจัดทำหนังสือแสดงเจตนาทันที และบุคคลสามารถจัดทำหรือทบทวนหนังสือแสดงเจตนาได้ตามความสมัครใจ

ผลที่ต้องการ

ประชาชนและครอบครัวสามารถพูดคุยเรื่องการดูแลช่วงท้ายของชีวิตได้ตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะวิกฤต โดยไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยรุนแรงก่อนจึงเริ่มพูดคุย

บทบาทที่ 3 “เชื่อมคนกับการดูแลที่เหมาะสม”

เมื่อระบบเฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชนพบผู้ที่ต้องการการดูแลหรือการวางแผนเพิ่มเติม รพ.สต. ทำหน้าที่เป็น ศูนย์ประสานการดูแล ที่เชื่อมโยงทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการดูแล เชื่อมต่อกับ อสม. และผู้ดูแลในพื้นที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านทรัพยากรและการสนับสนุนผ่านเข้าสู่ รพ.สต. ในฐานะศูนย์ประสานงานหลัก และเชื่อมต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคองเพื่อรับการสนับสนุนทางวิชาการและการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น ทั้งหมดนี้เป็นการทำงานสองทางที่หมุนเวียนแลกเปลี่ยนข้อมูลและการดูแลระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การส่งต่อในทิศทางเดียว

โดยพิจารณาความต้องการแบบองค์รวม ทั้ง

- สุขภาพกาย
- จิตใจ
- สังคม
- ครอบครัว
- เศรษฐกิจ
- จิตวิญญาณ
- ความต้องการเกี่ยวกับสถานที่และรูปแบบการดูแล

หากเป็นกรณีที่ซับซ้อน รพ.สต. ต้องสามารถขอคำปรึกษาหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยกลับมาดูแลที่บ้าน รพ.สต. ต้องสามารถรับช่วงการดูแลต่อได้

เช่น

- มีอาการปวด หอบ หรืออาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้
- ผู้ป่วยกับครอบครัวเห็นต่างกันเรื่องเป้าหมายการดูแล
- บุคคลไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจได้
- มีข้อสงสัยเกี่ยวกับความถูกต้องหรือการนำ หนังสือแสดงเจตนา ไปใช้
- ครอบครัวมีภาระการดูแลสูงหรือมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ
- ต้องปรับแผนการรักษาหรือประเมินโดยแพทย์และทีมดูแลแบบประคับประคอง

ผลที่ต้องการ

ประชาชนและครอบครัวจึงมีผู้ประสานงานที่ช่วยเชื่อมบริการ และไม่ต้องติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ด้วยตนเอง

บทบาทที่ 4 “ดูแลความต่อเนื่องของข้อมูลเจตนา”

บทบาทนี้เป็นหัวใจสำคัญของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล

งานของ รพ.สต. คือการให้ข้อมูล ชวนพูดคุย ประสานงาน บันทึกข้อมูล ติดตาม และส่งต่อ ส่วนการประเมินทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษา และการพิจารณานำหนังสือแสดงเจตนาไปใช้ในสถานการณ์จริงนั้นเป็นหน้าที่ของแพทย์และทีมรักษาตามกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางของแต่ละหน่วยบริการ

กระบวนการนี้เริ่มจากความต้องการของแต่ละบุคคล ผ่านการพูดคุยวางแผนล่วงหน้า จนนำไปสู่การจัดทำหนังสือแสดงเจตนา จากนั้นจึงบันทึกข้อมูลไว้ในระบบและนำมาจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ก่อนส่งต่อข้อมูล และเมื่อสถานการณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ก็ต้องกลับมาทบทวนกันใหม่อีกครั้ง

รพ.สต. จึงมีหน้าที่สนับสนุนให้ข้อมูลสำคัญได้รับการบันทึกและเชื่อมต่อกับระบบบริการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประสานให้โรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคองรับรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล

เมื่อสุขภาพหรือความต้องการของบุคคลเปลี่ยนไป ต้องมีการกลับมาทบทวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และแผนการดูแลรายบุคคล

ผลที่ต้องการ

ไม่ว่าประชาชนจะอยู่ที่บ้าน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด

“ทีมที่ดูแลต้องสามารถรับรู้และเคารพเสียงของเจ้าของชีวิตได้”

บทบาทที่ 5 “ทำให้ทั้งตำบลทำงานเป็นระบบเดียวกัน”

รพ.สต. ไม่สามารถสร้างระบบการดูแลช่วงท้ายของชีวิตได้เพียงลำพัง จึงต้องทำหน้าที่เชื่อมและจัดระบบความร่วมมือระหว่างภาคีในตำบล ได้แก่

- **อบต./เทศบาล** สนับสนุนแผน งบประมาณ ทรัพยากร กองทุนสุขภาพ และบริการด้านสังคม
- **อสม.** เป็นผู้เชื่อมโยงประชาชน ครอบครัว และหน่วยบริการ โดยเข้าถึงครัวเรือน สร้างความเข้าใจ ค้นหากลุ่มเป้าหมาย และสะท้อนสถานการณ์กลับมายัง รพ.สต.
- **วัดและผู้นำทางศาสนา** สนับสนุนพื้นที่เรียนรู้ การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และช่วยทำให้เรื่องชีวิตและความตายสามารถพูดคุยในชุมชนได้
- **ผู้ดูแลและเครือข่ายจิตอาสา** สนับสนุนการดูแลในชีวิตประจำวันและช่วยเหลือครอบครัว
- **โรงพยาบาลแม่ข่าย/ทีมดูแลแบบประคับประคอง** สนับสนุนด้านวิชาการ การประเมินทางคลินิก การจัดการอาการ การปรึกษากรณีซับซ้อน และระบบส่งต่อ

รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานภาคี กำหนดผู้รับผิดชอบ และเชื่อมทรัพยากรที่มีอยู่ในตำบลให้สนับสนุนการดูแลประชาชนและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

ผลที่ต้องการ

ตำบลมี “ระบบดูแล” ที่ดำเนินงานได้ต่อเนื่อง ไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือโครงการใดโครงการหนึ่ง

3.3 การทำงานร่วมกันของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล

การทำงานของ รพ.สต. ไม่ใช่ขั้นตอนแบบเส้นตรง แต่เป็นวงจรที่สามารถกลับมาทบทวนได้ตลอดเวลา ดังนั้น ความสำเร็จของระบบจึงไม่ได้วัดจากจำนวนเอกสาร หนังสือแสดงเจตนาเพียงอย่างเดียว แต่พิจารณาตั้งแต่ประชาชนได้รับข้อมูล ครอบครัวได้พูดคุยร่วมกัน เจตนาได้รับการบันทึกและส่งต่อ จนถึงการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลไม่ใช่ภารกิจของ รพ.สต. เพียงหน่วยงานเดียว แต่เป็นการทำงานร่วมกันของภาคีในพื้นที่ โดยแต่ละฝ่ายนำบทบาท ความรู้ และทรัพยากรที่มีอยู่มาเชื่อมต่อกัน ตั้งแต่การค้นหากลุ่มเป้าหมาย การสร้างความเข้าใจ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การบันทึกเจตนา การจัดทำแผนการดูแล ไปจนถึงการติดตามและส่งต่อเมื่อจำเป็น บทบาทหลักของแต่ละภาคีจะกล่าวต่อไปในบทที่ 4 ส่วนการทำงานร่วมกันของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลมีรายละเอียดดังแผนภาพที่ 3.1

แผนภาพที่ 3.1 แสดงการทำงานร่วมกันของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล



ที่มา : ผู้จัดทำ

3.4 ผลลัพธ์ที่ต้องการในระดับตำบล

- **ผลผลิต:** ประชาชนได้รับความรู้ ได้พูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ที่ประสงค์จัดทำหนังสือแสดงเจตนามีแผนการดูแลรายบุคคล และมีข้อมูลที่จำเป็นต่อการส่งต่อ
- **ผลลัพธ์ระดับระบบ:** ครอบครัวมีความเข้าใจ ภาคีทำงานร่วมกัน ข้อมูลเชื่อมต่อ และมีการติดตามทบทวนอย่างต่อเนื่อง
- **ผลลัพธ์ต่อประชาชน:** ประชาชนได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความต้องการ และเจตนาของตนเองอย่างต่อเนื่องและมีศักดิ์ศรี

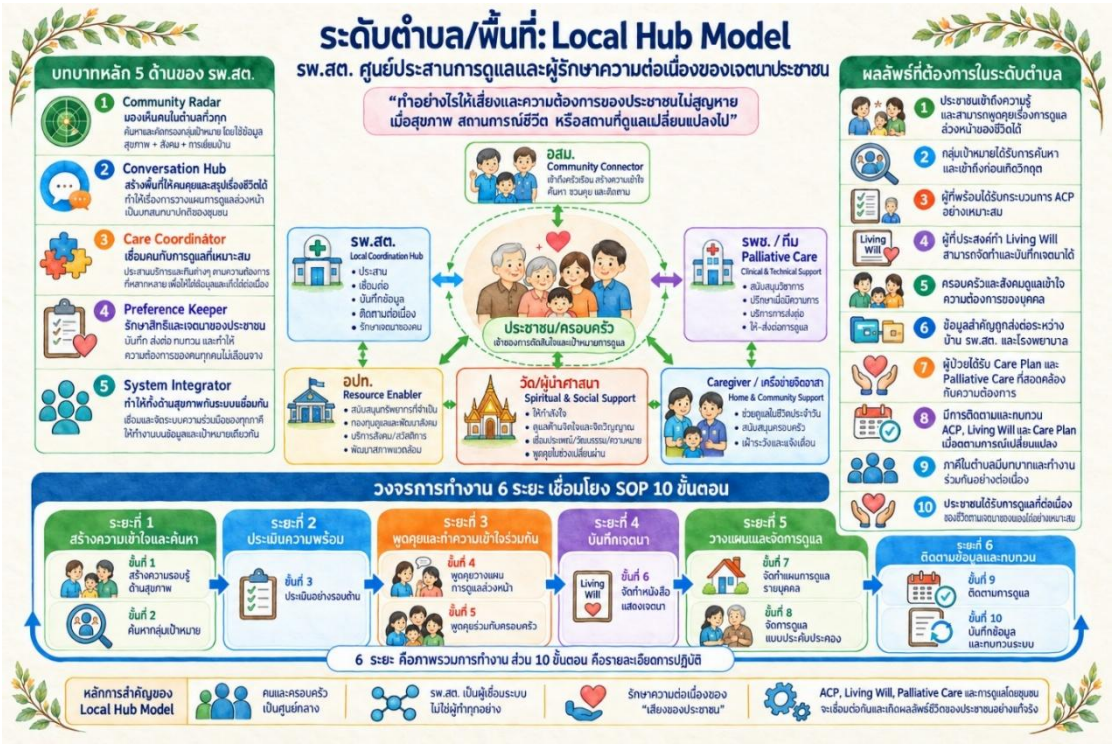
การบันทึกและส่งต่อข้อมูลต้องคำนึงถึง:

- ความยินยอมของเจ้าของข้อมูล
- การเข้าถึงข้อมูลตามบทบาทและความจำเป็น
- การตรวจสอบข้อมูลฉบับล่าสุด
- การทบทวนเมื่อสุขภาพหรือความต้องการเปลี่ยนแปลง
- การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบของหน่วยงาน

รพ.สต. ไม่ใช่เพียง “จุดรับทำหนังสือแสดงเจตนา” แต่เป็น “ศูนย์ประสานความต่อเนื่องของการดูแล” หน้าที่สำคัญจึงไม่ใช่การมุ่งเพิ่มจำนวนเอกสาร แต่คือการทำให้ความต้องการของประชาชนได้รับการรับฟัง บันทึก และเชื่อมโยงตั้งแต่การคิดและพูดคุย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาและแผนการดูแลรายบุคคล ไปจนถึงการดูแลจริงอย่างต่อเนื่อง แม้บุคคลจะเปลี่ยนสถานที่หรือระดับการดูแลก็ตาม

การทำงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลแบ่งเป็นภาพรวม 6 ระยะ โดยแต่ละระยะเชื่อมโยงกับรายละเอียดการปฏิบัติงานตาม SOP 10 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 3.2

แผนภาพที่ 3.2 แสดงบทบาทของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล



ที่มา : ผู้จัดทำ

เมื่อศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลทำงานได้อย่างเป็นระบบแล้ว บทต่อไปจะอธิบายว่าแต่ละภาคีมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงระดับครัวเรือน เพื่อให้ทุกฝ่ายทำงานเชื่อมต่อกันได้อย่างชัดเจน

บทที่ 4

บทบาทของหน่วยงาน และภาคีในการขับเคลื่อน



4.1 บทบาทของหน่วยงานและภาคีในการขับเคลื่อน

การดูแลช่วงท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขหรือหน่วยบริการเพียงฝ่ายเดียว เพราะเกี่ยวข้องทั้งเรื่องสุขภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ สิทธิของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในชุมชน

แม้แต่ละภาคีจะมีหน้าที่ต่างกัน แต่มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ทำให้ประชาชนได้คิด พูดคุย วางแผน และได้รับการดูแลช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยมี รพ.สต. เป็นแกนกลางประสานงาน ไม่ใช่ผู้สั่งการหรือผู้ดำเนินงานเพียงลำพัง สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีแผนรองรับสังคมสูงวัยอยู่แล้ว ควรใช้แผนดังกล่าวเป็นฐานเชื่อมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับงานสุขภาพ สวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยร่วมกับ รพ.สต. และภาคีทบทวนกิจกรรมผู้รับผิดชอบ และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้การเตรียมความพร้อมและการดูแลช่วงท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง บทนี้จึงจัดกลุ่มภาคีตามหน้าที่ในระบบ ดังนี้

- ผู้สร้างความรอบรู้: อสม. คนรุ่นใหม่ และสื่อชุมชน
- ผู้สร้างพื้นที่พูดคุย: วัด ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ
- ผู้ดูแลทางวิชาชีพ: รพ.สต. โรงพยาบาล ทีมดูแลแบบประคับประคอง และแพทย์แผนไทย
- ผู้เชื่อมแผนรองรับสังคมสูงวัยกับการจัดบริการและทรัพยากรเพื่อการดูแลในชุมชน: อปท. สสจ. สปสช. พม. และกองทุนที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน: ครอบครัว ผู้ดูแล และจิตอาสา

4.1.1 บทบาทของประชาชน ครอบครัว อสม. ผู้ดูแล วัด และชุมชน ในระดับตำบล

เมื่อบุคคลพร้อม จึงค่อยเชื่อมเข้าสู่กระบวนการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การพูดคุยกับครอบครัว และ หนังสือแสดงเจตนาตามความสมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักที่เน้นว่าเป้าหมายไม่ใช่เพียงจำนวนเอกสาร แต่คือการทำให้คนในชุมชน *“คุยกันได้ ตัดสินใจได้ และดูแลกันได้”*

1. ประชาชน: เจ้าของชีวิตและเจ้าของการตัดสินใจ

ประชาชนควรได้รับโอกาสในการเรียนรู้และทำความเข้าใจสิทธิของตนเอง รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และทางเลือกในการดูแลช่วงท้ายของชีวิต เพื่อให้สามารถคิดและบอกความต้องการของตนเองได้ตั้งแต่ยังสามารถสื่อสารและตัดสินใจได้

บทบาทสำคัญของประชาชนจึงประกอบด้วย *เรียนรู้ คิดทบทวน พูดคุย ตัดสินใจ สื่อสารเจตนา และทบทวนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง*

หนังสือแสดงเจตนาจึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยทำให้ความต้องการของเจ้าของชีวิตได้รับการบันทึกและสามารถนำไปใช้ประกอบการดูแลได้

2. ครอบครัว: ผู้รับฟัง เข้าใจ และร่วมดูแล

ครอบครัวเป็นคนที่อยู่ใกล้เจ้าของชีวิตมากที่สุด และมักเป็นผู้ที่ต้องมีบทบาทสำคัญเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะวิกฤต

บทบาทของครอบครัวจึงไม่ใช่การ “ตัดสินใจแทน” เจ้าของชีวิต แต่คือการ

- เปิดพื้นที่รับฟังโดยไม่ตัดสิน
- ทำความเข้าใจคุณค่าและความต้องการของเจ้าของชีวิต
- พูดคุยเรื่องการดูแลล่วงหน้าก่อนเกิดภาวะวิกฤต
- ร่วมวางแผนว่าหากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงจะทำอย่างไรและติดต่อใคร
- สนับสนุนการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล
- แจ้ง รพ.สต. เมื่อสุขภาพ ความต้องการ หรือสถานการณ์ของครอบครัวเปลี่ยนแปลง

การทำให้ครอบครัวรับรู้และเข้าใจความต้องการของเจ้าของชีวิตตั้งแต่เนิ่น ๆ จะช่วยลดความสับสนและความขัดแย้งเมื่อต้องตัดสินใจในช่วงวิกฤต ซึ่งให้ความสำคัญกับการพูดคุยในครอบครัวก่อนเข้าสู่การบันทึก หนังสือแสดงเจตนาอยู่แล้ว

3. อสม.: คนเชื่อมครัวเรือนกับระบบ

อสม. เป็นกลไกที่ใกล้ชิดประชาชนและมองเห็นความเปลี่ยนแปลงของครัวเรือนได้เร็ว จึงมีบทบาทเป็น *“ผู้เชื่อม”* มากกว่า *“ผู้ตัดสิน”*

อสม. สามารถช่วยสร้างความเข้าใจ เริ่มต้นบทสนทนา สังเกตการเปลี่ยนแปลง เยี่ยมบ้าน รับฟังปัญหา และเชื่อมผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเข้าสู่ รพ.สต.

สิ่งสำคัญคือ อสม. *ไม่จำเป็นต้องตอบทุกคำถาม ไม่วินิจฉัย ไม่ตัดสินว่าใครควรทำ หนังสือแสดงเจตนา และไม่ชักจูงให้ประชาชนลงนาม* แต่ควรรู้ว่าเมื่อพบสถานการณ์ใดควรประสานกลับมายัง รพ.สต.

บทบาทจึงจำง่าย ๆ ว่า

“เข้าถึง – รับฟัง – ชวนคุย – สังเกต – เชื่อมต่อ”

4. ผู้ดูแล (CG) และจิตอาสา: ผู้ช่วยให้การดูแลเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ผู้ดูแล (CG) และจิตอาสามีบทบาทสำคัญเมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะพึ่งพิงหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้าน โดยช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน สนับสนุนผู้ดูแลหลัก สังเกตความเปลี่ยนแปลง และประสาน รพ.สต. เมื่อพบปัญหา

บทบาทนี้ช่วยเชื่อม แผนปฏิบัติในการดูแลที่วางไว้ในระบบบริการ ให้กลายเป็น *“การดูแลที่เกิดขึ้นจริงที่บ้าน”*

5. วัด ผู้นำศาสนา และทุนทางสังคม: พื้นที่ดูแลใจและสร้างวัฒนธรรมการพูดคุย

เป็นพื้นที่สร้างความเข้าใจตามหลักธรรมและความเชื่อ สนับสนุนการสนทนา และช่วยดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การใช้ทุนทางสังคมของชุมชนสร้างวัฒนธรรมการเตรียมพร้อม เช่น วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน กลุ่มสตรี กลุ่มจิตอาสา หรือพื้นที่กิจกรรมของชุมชน สามารถเป็นพื้นที่ที่ทำให้ประชาชนค่อย ๆ เรียนรู้และพูดคุยเรื่องคุณค่าของชีวิต การดูแลกัน และการเตรียมพร้อมก่อนเกิดวิกฤต

4.1.2 ชุมชนทำหน้าที่เฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชน

ข้อมูลสุขภาพของ รพ.สต. อาจบอกได้ว่าใครเป็นผู้สูงอายุ ใครมีโรคเรื้อรัง หรือใครอยู่ในระบบการดูแลระยะยาวแต่คนในชุมชนอาจมองเห็นสิ่งที่ฐานข้อมูลไม่เห็น

เช่น

“คุณยายเริ่มอยู่คนเดียว”

“ลูกที่เคยดูแลต้องไปทำงานต่างจังหวัด”

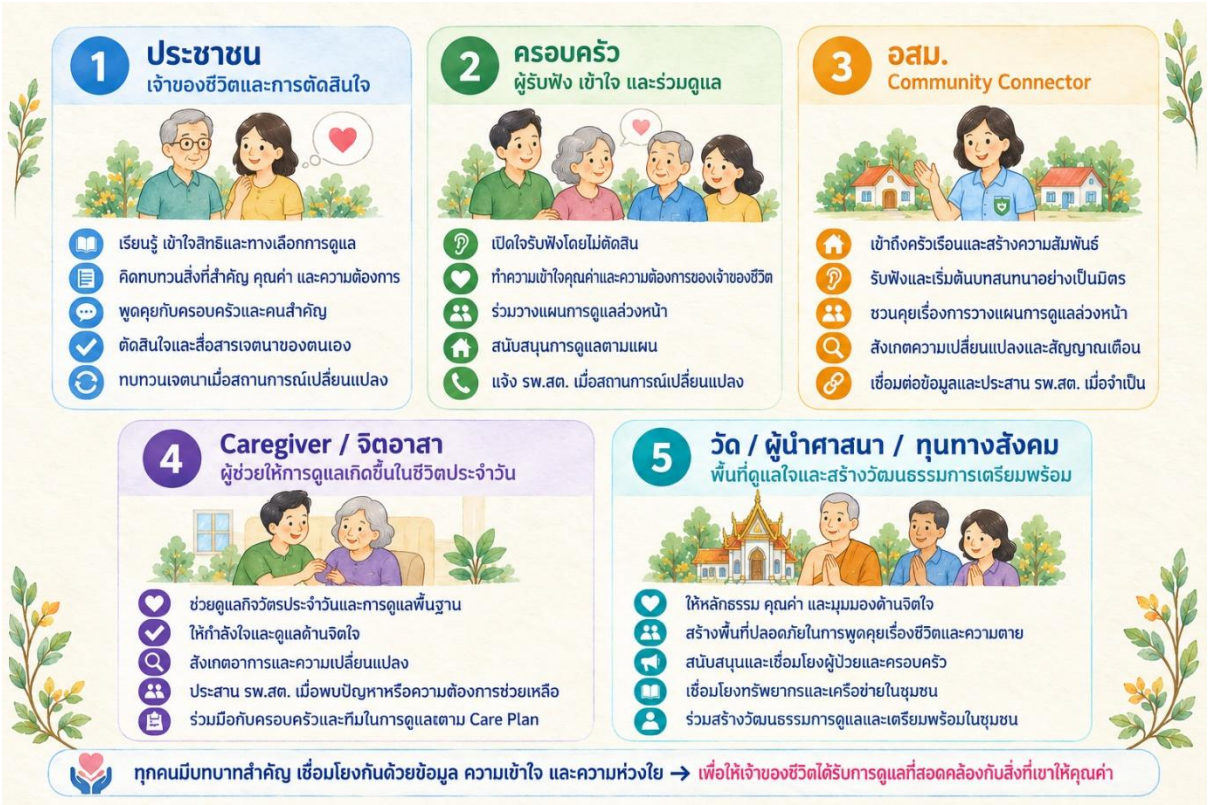
“ผู้ดูแลเริ่มไม่ไหว”

“ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อยขึ้น”

“ครอบครัวเริ่มกังวลว่าจะดูแลอย่างไรต่อ”

ข้อมูลเหล่านี้เป็น *สัญญาณจากชีวิตจริง* ที่ช่วยให้ รพ.สต. เข้าถึงบุคคลและครอบครัวได้ก่อนเกิดวิกฤต ดังนั้น การเฝ้าระวังและค้นหาสัญญาณจากชุมชนจึงควรเกิดจาก ข้อมูลสุขภาพของ รพ.สต. ร่วมกับข้อมูลจาก อสม. และสัญญาณจากครอบครัวและชุมชน ไม่ใช่จากฐานข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียว ดังแผนภาพที่ 4.1

แผนภาพที่ 4.1 แสดงบทบาทของประชาชน ครอบครัว อสม. ผู้ดูแล วัดและชุมชนในระดับตำบล



ที่มา : ผู้จัดทำ

4.2 บทบาท แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และข้อควรระวังของแต่ละภาคส่วน

เมื่อกำหนดบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนแล้ว ขั้นต่อไปคือการนำบทบาทดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ โดยเลือกวิธีดำเนินงานให้เหมาะกับหน้าที่ ศักยภาพ และบริบทของพื้นที่ เนื้อหาต่อไปนี้จึงอธิบายให้เห็นว่า แต่ละภาคส่วนมีบทบาทอย่างไร ควรดำเนินงานด้วยแนวทางใด ใช้เครื่องมือใดสนับสนุนการทำงาน และมีประเด็นใดที่ต้องระมัดระวัง เพื่อให้การดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมและเคารพสิทธิของเจ้าของชีวิต ดังนี้

ตารางที่ 4.1 บทบาท แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และข้อควรระวังของแต่ละภาคส่วน

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
อปท. (อบต./ เทศบาล/ อบจ.)	สนับสนุนนโยบาย งบประมาณ บริการสังคม อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อม ตามอำนาจหน้าที่ พร้อมร่วมแก้ปัญหาระดับพื้นที่	**หน้าที่หลัก** 1. ทบทวนแผนเดิม การเชื่อมหน่วยงานรับผิดชอบ และการนำความต้องการรายบุคคลไปจัดบริการ บรรจุการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ดูแลแบบประคับประคอง และการเตรียมความพร้อมช่วงท้ายของชีวิตไว้ในแผนงานที่เกี่ยวข้อง 2. สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรตามอำนาจหน้าที่และระเบียบที่เกี่ยวข้อง 3. สนับสนุนอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่บ้าน 4. สนับสนุนพื้นที่สาธารณะสำหรับการเรียนรู้และการพูดคุย 5. เชื่อมบริการด้านสังคมและคุณภาพชีวิตเข้ากับ ศูนย์ประสานงานระดับตำบล 6. ร่วมติดตามปัญหาและพัฒนาระบบระดับตำบล **เริ่มต้นอย่างไร** 1. ร่วมประชุมกับ รพ.สต. และภาคีเพื่อสำรวจสถานการณ์และทรัพยากร	**ข้อควรระวัง** 1. ไม่กำหนดจำนวนหนังสือแสดงเจตนาเป็นเงื่อนไขในการได้รับความช่วยเหลือ 2. ไม่ก้าวล่วงการตัดสินใจทางคลินิกหรือการตัดสินใจส่วนบุคคล

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		2. สำรวจแผน/กองทุน/งบประมาณที่สามารถสนับสนุนได้ 3. ระบุช่องว่างด้านอุปกรณ์ สวัสดิการ และบริการสังคม 4. กำหนดกลไกทำงานร่วมกับ ศูนย์ประสานงานระดับตำบล 5. ทบทวนแผนรองรับสังคมสูงวัยร่วมกับ รพ.สต. และภาคี เพื่อระบุกิจกรรมที่เชื่อมกับการสร้างความเข้าใจ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลที่บ้าน 6. กำหนดผู้ประสานงานของ อปท. เพื่อรับความต้องการด้านสังคม สวัสดิการ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมจากศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล 7. นำช่องว่างและปัญหาจากการดูแลจริงมาปรับกิจกรรมและทรัพยากรในแผนที่เกี่ยวข้อง ตามอำนาจหน้าที่และหลักเกณฑ์ของแต่ละแหล่งงบประมาณ เครื่องมือ/ทรัพยากร 1. แผนพัฒนาท้องถิ่น 2. กองทุนและงบประมาณที่เกี่ยวข้อง 3. แผนรองรับสังคมสูงวัย 4. ธรรมนูญสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 5. โรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ 6. เครือข่ายผู้ดูแลและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 7. ระบบบริการสังคม 8. อุปกรณ์สำหรับการดูแลที่บ้าน 9. พื้นที่และช่องทางสื่อสารของท้องถิ่น	

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		เมื่อไรต้องประสานศูนย์ประสานงานระดับตำบล 10. เมื่อได้รับข้อมูลครัวเรือนที่ต้องการการสนับสนุน 11. เมื่อต้องพิจารณาทรัพยากร/บริการให้สอดคล้องกับแผนดูแลรายบุคคล 12. เมื่อพบปัญหาที่ต้องใช้หลายหน่วยงานร่วมกัน 13. เมื่อต้องพัฒนานโยบายหรือมาตรการระดับพื้นที่	
สปสช.	สนับสนุนความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์และกลไกการเงินตามหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง	**หน้าที่หลัก** 1. สนับสนุนความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์และกลไกการเงินที่เกี่ยวข้อง 2. สนับสนุนหน่วยบริการและท้องถิ่นให้สามารถใช้กลไกกองทุนได้ถูกต้อง 3. เชื่อมกลไกการเงินกับบริการการดูแลระยะยาว, การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในชุมชนตามหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 4. รับฟังปัญหาการเบิกจ่ายจากพื้นที่และสนับสนุนการแก้ไขในระดับระบบ 5. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิอย่างต่อเนื่อง **เริ่มต้นอย่างไร** 1. สื่อสารหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องให้พื้นที่เข้าใจตรงกัน 2. เปิดช่องทางปรึกษาแก่ อปท. รพ.สต. และหน่วยบริการ 3. ทบทวนปัญหาการใช้สิทธิ/การเบิกจ่ายจากพื้นที่	**ข้อควรระวัง** 1. การใช้เงินและการเบิกจ่ายต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มีผลใช้บังคับ 2. ไม่ระบุสิทธิหรืออัตราเบิกจ่ายแบบตายตัว หากหลักเกณฑ์อาจเปลี่ยนแปลง 3. แยกให้ชัดระหว่างสิทธิประโยชน์ที่ใช้ได้ในปัจจุบันกับข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบ

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		4. ทำงานร่วมกับกลไกระดับจังหวัดในการแก้ข้อจำกัด **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง 2. กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น/การดูแลระยะยาว ตามหลักเกณฑ์ 3. ระบบเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้อง 4. ช่องทางให้คำปรึกษา 5. กลไกระดับเขตและจังหวัด **เมื่อไรต้องเข้ามาสนับสนุน** 1. พื้นที่ไม่มั่นใจหลักเกณฑ์การใช้เงิน 2. มีข้อจำกัดด้านสิทธิหรือการเบิกจ่าย 3. รูปแบบบริการเปลี่ยนและกระทบการเข้าถึงสิทธิ 4. พบปัญหาเชิงระบบที่หลายพื้นที่เผชิญร่วมกัน	
สสจ.	ผู้กำหนดทิศทางและสนับสนุนระบบบริการระดับจังหวัด	**หน้าที่หลัก** 1. กำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาระบบในระดับจังหวัด 2. สนับสนุนมาตรฐานและแนวทางวิชาการด้าน การวางแผนดูแลล่วงหน้า , หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคอง 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมพี่เลี้ยง 4. สนับสนุนการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. 5. สนับสนุนระบบข้อมูลที่จำเป็นต่อความต่อเนื่องของการดูแล 6. ใช้ข้อมูลจากพื้นที่เพื่อค้นหาข้อจำกัดและพัฒนาระบบ	**ข้อควรระวัง** 1. แนวทางระดับจังหวัดควรสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมาย และบริบทของหน่วยบริการ 2. ไม่กำหนดเป้าหมายเฉพาะจำนวน หนังสือแสดงเจตนา จนเกิดแรงกดดันต่อประชาชนหรือผู้ปฏิบัติงาน 3. กำหนดสิทธิเข้าถึงและแลกเปลี่

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		เริ่มต้นอย่างไร 1. ทบทวนสถานการณ์ของจังหวัด 2. กำหนดกลไกทำงานร่วมกับ อบจ. สปสช. โรงพยาบาล และ รพ.สต. 3. พัฒนาทีมพี่เลี้ยง/ทีมให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 4. กำหนดแนวทางการรับ–ส่งต่อและส่งกลับ 5. พัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมที่จำเป็น **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. กลไกระดับจังหวัด 2. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3. ทีมวิชาการ 4. แนวทางและขั้นตอนปฏิบัติระดับจังหวัด 5. ระบบข้อมูลสุขภาพ 6. เครือข่ายโรงพยาบาลและทีมดูแลแบบประคับประคอง **เมื่อไรต้องสนับสนุน/แก้ปัญหาระบบ** 1. พบปัญหาที่หลายอำเภอ/หลายหน่วยบริการเผชิญร่วมกัน 2. ระบบส่งต่อหรือข้อมูลไม่เชื่อมต่อ 3. บุคลากรขาดความมั่นใจหรือแนวปฏิบัติไม่ตรงกัน 4. มีข้อจำกัดจากโครงสร้างหรือการถ่ายโอนภารกิจ 5. ต้องการมาตรฐานหรือแนวทางระดับจังหวัด	ยนข้อมูล เท่าที่จำเป็นพร้อม คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
พม.	ผู้ประสานสิทธิสวัสดิการ	**หน้าที่หลัก**	**ข้อควรระวัง:**

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
	และการช่วยเหลือด้านสังคม ผู้เชื่อมสวัสดิการและกลุ่มเปราะบาง	1. เชื่อมข้อมูลและช่วยค้นหาบุคคล/ครอบครัวที่มีความเปราะบางทางสังคม 2. ประเมินปัญหาด้านสังคมและความต้องการสวัสดิการ 3. เชื่อมสิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 4. สนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจหรือสังคม 5. ทำงานร่วมกับ รพ.สต. อสม. และท้องถิ่นในกรณีที่มีความซับซ้อนทางสังคม 6. สนับสนุนการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มเปราะบางตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ **เริ่มต้นอย่างไร** 1. กำหนดช่องทางประสานระหว่าง พมจ./อพม. กับ ศูนย์ประสานงานระดับตำบล 2. ทบทวนกลุ่มเปราะบางร่วมกันโดยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูล 3. กำหนดแนวทางส่งต่อกรณีปัญหาสังคม 4. จัดทำแผนช่วยเหลือร่วมในกรณีซับซ้อน **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. ระบบข้อมูลด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง 2. นักสังคมสงเคราะห์ 3. อพม. 4. สิทธิและสวัสดิการตามหลักเกณฑ์ 5. เครือข่ายหน่วยงานด้านสังคม **เมื่อไรต้องประสานศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. พบปัญหาสุขภาพร่วมกับปัญหาสังคม 2. ต้องวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ	1. รักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคล 2. ไม่ตีตรากลุ่มเปราะบาง 3. กรณีมีข้อกฎหมายหรือข้อพิพาทต้องใช้ผู้มีหน้าที่/ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง 4. ไม่ทำหน้าที่ทางคลินิกแทนทีมสุขภาพ

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		3. ความช่วยเหลือด้านสังคมมีผลต่อแผนการดูแลรายบุคคล 4. สถานการณ์ของครอบครัวหรือผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง	
โรงพยาบาลแม่ข่าย / ทีมดูแลแบบประคับประคอง	พี่เลี้ยงทางวิชาการและระบบรับ–ส่งต่อ	**หน้าที่หลัก** 1. ให้คำปรึกษาด้านคลินิกแก่ รพ.สต. 2. ประเมินและจัดการกรณีที่มีความซับซ้อน 3. สนับสนุนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลทางการแพทย์ประกอบการตัดสินใจ 4. จัดการอาการและวาง แผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และ รพ.สต. 5. จัดระบบรับ–ส่งต่อและส่งกลับ 6. ส่งข้อมูลสำคัญและแผนการดูแลกลับมายัง รพ.สต. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 7. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมระดับตำบล **เริ่มต้นอย่างไร** 1. กำหนดทีม/ผู้ประสานการดูแลแบบประคับประคอง 2. เปิดช่องทางปรึกษา ที่ รพ.สต.เข้าถึงได้ 3. กำหนดเกณฑ์รับปรึกษา/ส่งต่อ/ส่งกลับ 4. กำหนดชุดข้อมูลที่ต้องส่งต่อพร้อมผู้ป่วย 5. ทำ การประชุมหารือกรณีผู้ป่วยในกรณีซับซ้อน	**ข้อควรระวัง:** 1. ไม่ให้การรักษาทางคลินิกแยกขาดจากบริบทชีวิตและความต้องการของบุคคล 2. เมื่อส่งผู้ป่วยกลับชุมชน โรงพยาบาลควรส่งข้อมูลสำคัญและแผนการดูแลให้ รพ.สต. เพื่อดูแลต่อเนื่อง 3. เคารพเจตนาและการตัดสินใจของเจ้าของชีวิตตามหลักวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		เครื่องมือ/ทรัพยากร 1. ทีมดูแลแบบประคับประคอง 2. แผนการดูแลรายบุคคล 3. ระบบที่ปรึกษา 4. ระบบส่งต่อและส่งกลับ 5. แนวทางวิชาการและแนวทางเวชปฏิบัติ 6. ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง **เมื่อไรต้องเชื่อมกลับ ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 2. เมื่อมีการเปลี่ยนแผนการดูแลรายบุคคล 3. เมื่อข้อมูลเจตนาหรือความต้องการเปลี่ยน 4. เมื่อครอบครัวต้องการการสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน 5. เมื่อจำเป็นต้องติดตามอาการหรือการดูแลที่บ้าน	
รพ.สต.	แกนกลางระดับตำบล ค้นหาและประเมินเบื้องต้น ชวนคุย ให้ข้อมูล สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาตามความสมัครใจ เชื่อมข้อมูล และติดตามการดูแลต่อเนื่อง	**หน้าที่หลัก** 1. จัดระบบสำรวจครัวเรือนเชิงรุกร่วมกับ อสม. ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อค้นหาบุคคลและครอบครัวที่ควรได้รับการสนับสนุนก่อนเกิดวิกฤต 2. สร้างโอกาสให้ประชาชนและครอบครัวได้รับข้อมูลและพูดคุยเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลช่วงท้ายของชีวิต 3. ประเมินความต้องการและประสานการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว และจิตวิญญาณ	**ข้อควรระวัง** 1. ไม่เร่งรัดหรือกดดันให้ประชาชนจัดทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ใช้จำนวนเอกสารเป็นเป้าหมายหลัก 2. ไม่ตัดสินใจแทนเจ้าของชีวิต 3. เคารพความสมัครใจ ความเชื่อ คุณค่า และบริบทของแต่ละบุคคล

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		4. สนับสนุนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา เมื่อเจ้าของชีวิตพร้อมและสมัครใจ 5. สนับสนุนการบันทึก ส่งต่อ และทบทวนข้อมูลสำคัญ เพื่อให้เจตนาของประชาชนสามารถใช้ประกอบการดูแลได้ 6. ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคอง เมื่อเกินขีดความสามารถของระดับตำบล 7. รับช่วงการดูแลต่อเมื่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน **เริ่มต้นอย่างไร** 1. ทบทวนข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่อยู่ในระบบ การดูแลระยะยาว 2. สำรวจครัวเรือนเชิงรุกร่วมกับ อสม. และเครือข่ายชุมชน 3. กำหนดผู้ประสานงานหลักของ รพ.สต. 4. จัดช่องทางปรึกษาและส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย/ทีมดูแลแบบประคับประคอง 5. เริ่มจากการพูดคุยกับประชาชนและครอบครัว ไม่เริ่มจากการขอให้ทำเอกสาร - **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลชุมชน 2. เครื่องมือสนทนา ดูแลแบบประคับประคอง	4. รักษาความลับและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		3. แบบ/ระบบหนังสือแสดงเจตนาและ e- living will ที่เกี่ยวข้อง 4. แผนการดูแลรายบุคคล 5. ระบบเยี่ยมบ้าน 6. ช่องทางปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคอง 7. เครือข่าย อสม. ผู้ดูแล อปท. และทุนทางสังคมในพื้นที่ **เมื่อไรต้องประสานระบบระดับอำเภอ/โรงพยาบาลแม่ข่าย** เมื่อพบว่า 1. ผู้ป่วยมีอาการหรือปัญหาทางคลินิกซับซ้อน 2. ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการข้อมูลทางการแพทย์เพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ 3. สมาชิกครอบครัวมีความเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 4. แผนการดูแลรายบุคคล เดิมไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ 5. ต้องการคำปรึกษาจากทีมดูแลแบบประคับประคอง หรือวิชาชีพเฉพาะ 6. มีปัญหาที่เกินทรัพยากรหรือขีดความสามารถของระดับตำบล	
อสม.	ผู้เชื่อมครัวเรือนกับศูนย์ประสานงานระดับตำบล	**หน้าที่หลัก** 1. สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม การดูแลช่วงท้ายของชีวิต ดูแลแบบประคับประคอง และ หนังสือแสดงเจตนาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	**ข้อควรระวัง** 1. ไม่วินิจฉัยโรค ไม่แนะนำการรักษา และไม่ตีความข้อกฎหมายเกินบทบาท

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		2. เปิดบทสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติ โดยเริ่มจากชีวิต คุณค่า และสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญ 3. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ครอบครัว และผู้ดูแล ส่งสัญญาณและประสาน รพ.สต. เมื่อพบผู้ที่ควรได้รับการประเมินหรือสนับสนุนเพิ่มเติม 4. ร่วมเยี่ยมบ้านและติดตามการดูแลตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย 5. สะท้อนปัญหาและสถานการณ์จากครัวเรือนกลับเข้าสู่ ศูนย์ประสานงานระดับตำบล **เริ่มต้นอย่างไร** 1. เรียนรู้พื้นฐานเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคอง 2. ทบทวนครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบร่วมกับ รพ.สต. 3. ใช้การเยี่ยมบ้านและกิจกรรมปกติเป็นโอกาสในการรับฟังและสร้างความเข้าใจ 4. รู้ช่องทางติดต่อ รพ.สต. เมื่อพบสัญญาณที่ต้องการความช่วยเหลือ **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. ความสัมพันธ์และความไว้วางใจในชุมชน 2. คู่มือ/แผ่นพับ/สื่อความรู้ 3. เครื่องมือหรือคำถามสำหรับเริ่มบทสนทนา	2. ไม่ชักจูง กดดัน หรือตัดสินว่าใครควรหรือไม่ควรทำ Living Will 3. รักษาความลับและเคารพการตัดสินใจของเจ้าของชีวิต

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		4. ระบบเยี่ยมบ้าน 5. ช่องทางประสาน รพ.สต. **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. สุขภาพหรือความสามารถในการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงชัดเจน 2. เข้าโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น 3. บุคคลหรือครอบครัวเริ่มถามเรื่องการดูแลในอนาคต 4. ผู้ดูแลเริ่มรับภาระไม่ไหว 5. ครอบครัวมีความเห็นต่างเกี่ยวกับการดูแล 6. บุคคลสนใจ ดูแลแบบประคับประคองหรือ Living Will 7. เจตนาหรือความต้องการเปลี่ยนแปลง 8. มีปัญหาที่ อสม. ไม่สามารถตอบหรือจัดการได้	
CG	ผู้ช่วยดูแลตามแผนในชีวิตประจำวัน	**หน้าที่หลัก** 1. สนับสนุนการดูแลกิจวัตรประจำวันตามแผนการดูแลรายบุคคล 2. สังเกตอาการ ความสุขสบาย และความเปลี่ยนแปลงของผู้รับการดูแล 3. รับฟังและเคารพความต้องการของเจ้าของชีวิต 4. ประสาน อสม. หรือ รพ.สต. เมื่อพบการเปลี่ยนแปลง 5. ร่วมให้ข้อมูลแก่ทีมดูแลเพื่อปรับแผนการดูแลรายบุคคล ให้เหมาะสม	**ข้อควรระวัง:** 1. ไม่ปรับยา/การรักษาเอง 2. ไม่ตัดสินใจแทนเจ้าของชีวิต 3. ไม่รับภาระเกินขอบเขตจนกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล 4. แจ้งทีมเมื่อมีข้อสงสัยหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		6. สนับสนุนครอบครัวในการจัดการดูแลที่บ้าน **เริ่มต้นอย่างไร** 1. ทำความเข้าใจแผนการดูแลรายบุคคลและเป้าหมายการดูแล 2. รู้ว่าต้องสังเกตอะไร 3. มีช่องทางติดต่อ อสม./รพ.สต. 4. ทบทวนร่วมกับครอบครัวว่าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์เปลี่ยนจะติดต่อใคร **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. แผนการดูแลรายบุคคล 2. คู่มือการดูแลที่บ้าน 3. แบบบันทึก/ข้อมูลที่จำเป็น 4. อุปกรณ์การดูแล 5. ช่องทางปรึกษา รพ.สต. **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. อาการหรือความสามารถในการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลง 2. ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหรืออาการที่จัดการไม่ได้ 3. ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยน 4. แผนการดูแลรายบุคคล เดิมไม่เหมาะสม 5. ครอบครัวหรือผู้ดูแลเริ่มไม่สามารถรับภาระได้ 6. มีปัญหาด้านอุปกรณ์ สวัสดิการ หรือการดูแลที่บ้าน	

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
ครอบครัว	ผู้รับฟัง เข้าใจ และร่วมดูแล	**หน้าที่หลัก** 1. เปิดพื้นที่ให้เจ้าของชีวิตพูดถึงคุณค่า ความต้องการ และสิ่งที่กังวล 2. ทำความเข้าใจความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต 3. ร่วมพูดคุยและวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อเจ้าของชีวิตต้องการ 4. สนับสนุนการดูแลตาม แผนการดูแลรายบุคคล และเจตนาที่บุคคลได้แสดงไว้ 5. สื่อสารกับ รพ.สต./ทีมดูแลเมื่อสถานการณ์หรือความต้องการเปลี่ยนแปลง 6. ร่วมสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้เจ้าของชีวิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีศักดิ์ศรี **เริ่มต้นอย่างไร** 1. หาเวลาที่เหมาะสมและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย 2. เริ่มจากคำถามเรื่องชีวิตและสิ่งที่สำคัญ ไม่เริ่มจากเอกสาร 3. รับฟังโดยไม่รีบตัดสินหรือโต้แย้ง 4. หากมีคำถามด้านสุขภาพหรือ หนังสือแสดงเจตนาให้ขอคำปรึกษาจาก รพ.สต./ทีมสุขภาพ **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. เครื่องมือสนทนา ดูแลแบบประคับประคอง 2. หนังสือแสดงเจตนาที่เจ้าของชีวิตจัดทำไว้ 3. แผนการดูแลรายบุคคล	**ข้อควรระวัง:** 1. ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจว่า การเคารพเจตนาและบรรเทาความทุกข์เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลด้วยความรัก ไม่ใช้ความรักหรือความกตัญญูเป็นเหตุในการกดดันเจ้าของชีวิต 2. ไม่ตัดสินใจแทนในเรื่องที่เจ้าของชีวิตยังสามารถตัดสินใจเองได้ 3. ไม่ตีความ หนังสือแสดงเจตนาหรือข้อมูลทางการแพทย์เองเมื่อไม่แน่ใจ 4. เคารพความเชื่อ คุณค่า และการตัดสินใจของเจ้าของชีวิต

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		4. ช่องทางติดต่อ รพ.สต./โรงพยาบาล 5. เครือข่ายญาติและชุมชนที่เจ้าของชีวิตไว้วางใจ **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. เจ้าของชีวิตต้องการพูดคุย การดูแลแบบประคับประคอง/หนังสือแสดงเจตนา 2. สมาชิกครอบครัวเข้าใจความต้องการไม่ตรงกัน 3. สุขภาพเปลี่ยนแปลง 4. เจ้าของชีวิตเปลี่ยนความต้องการ 5. ครอบครัวไม่มั่นใจว่าจะดูแลอย่างไร 6. ผู้ดูแลเริ่มรับภาระไม่ไหว	
ผู้นำชุมชน / ปราชญ์ชาวบ้าน/ ชมรมผู้สูงอายุ	ผู้สร้างพื้นที่ ความเข้าใจ การยอมรับและพลังสนับสนุนของชุมชนและเชื่อมครอบครัวเข้าสู่ระบบช่วยเหลือ	**หน้าที่หลัก** 1. สนับสนุนการสร้างความเข้าใจเรื่องการเตรียมพร้อมและการดูแลช่วงท้ายของชีวิต 2. เปิดพื้นที่กิจกรรมและการสนทนาในชุมชน 3. ใช้เรื่องเล่า ประสบการณ์ และภูมิปัญญาท้องถิ่นสนับสนุนการเรียนรู้ 4. เชื่อมครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือเข้าสู่ อสม. /รพ.สต. 5. ระดมทุนทางสังคมและเครือข่ายช่วยเหลือครอบครัว **เริ่มต้นอย่างไร** 1. ทำความเข้าใจแนวคิดร่วมกับ รพ.สต./อสม. 2. นำประเด็นเข้าสู่กิจกรรมหรือเวทีที่ชุมชนมีอยู่แล้ว	**ข้อควรระวัง:** 1. ไม่สร้างแรงกดดันทางสังคมให้ทำหนังสือแสดงเจตนา 2. ไม่ตีตราผู้ที่คิดหรือเลือกแตกต่าง 3. ไม่ให้ข้อมูลด้านกฎหมายหรือการแพทย์เกินขอบเขต 4. เคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความเชื่อ

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		3. ค้นหาบุคคลต้นแบบและเรื่องเล่าที่ช่วยสร้างการเรียนรู้ 4. เชื่อมเครือข่ายจิตอาสาและกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. เวทีประชาคม/เวทีชุมชน 2. เสียงตามสายและสื่อชุมชน 3. เรื่องเล่าและภูมิปัญญาท้องถิ่น 4. ชมรม/กลุ่ม/เครือข่ายชุมชน **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. มีบุคคลหรือครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ 2. มีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ ดูแลแบบประคับประคอง หรือ หนังสือแสดงเจตนา 3. เกิดความขัดแย้งหรือสถานการณ์ซับซ้อน 4. พบกลุ่มเปราะบางหรือครัวเรือนที่มีความเสี่ยง	
วัด/ ผู้นำศาสนา	ผู้สนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	**หน้าที่หลัก** 1. สร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการพูดคุยเรื่องชีวิต ความเจ็บป่วย ความตาย และการเตรียมพร้อม 2. สนับสนุนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามความเชื่อของบุคคล 3. สนับสนุนกิจกรรมสร้างความรอบรู้ร่วมกับ รพ.สต.และชุมชน	**ข้อควรระวัง:** 1. เคารพความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อ 2. ไม่ใช้ความเชื่อกดดันการตัดสินใจ 3. ไม่ให้คำแนะนำทางการแพทย์แทนบุคลากรสุขภาพ

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		4. ช่วยเชื่อมทุนทางสังคมและเครือข่ายช่วยเหลือ 5. สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิตตามความต้องการของบุคคล **เริ่มต้นอย่างไร** 1. สร้างความเข้าใจร่วมกับ รพ.สต. 2. สำรวจบทบาทที่วัด/องค์กรศาสนาสามารถสนับสนุนได้ 3. ใช้กิจกรรมที่มีอยู่แล้วเป็นพื้นที่เรียนรู้ 4. ผู้นำศาสนาที่เข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลแบบประคับประคอง **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. พื้นที่ทางศาสนาและพื้นที่ชุมชน 2. หลักธรรม/หลักความเชื่อตามศาสนา 3. เครือข่ายจิตอาสา 4. กิจกรรมชุมชน 5. สื่อความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบ **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. ผู้ป่วยมีความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรืออาการทางกาย 2. ผู้ป่วย/ครอบครัวต้องการข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง หรือ หนังสือแสดงเจตนา 3. พบความขัดแย้งในครอบครัว 4. พบปัญหาสังคมหรือการดูแลที่เกินบทบาทของผู้นำศาสนา	4. การสนับสนุนทางจิตวิญญาณต้องสอดคล้องกับความต้องการของเจ้าของชีวิต

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
กลุ่มคนรุ่นใหม่	ภาคีทางสังคมและการสื่อสาร สร้างการเรียนรู้และการสื่อสารรูปแบบใหม่	**หน้าที่หลัก** 1. ผลิตสื่อเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง, หนังสือแสดงเจตนาและการเตรียมพร้อมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 2. ใช้สื่อดิจิทัลสร้างความรอบรู้โดยไม่สร้างความกลัว 3. เชื่อมบทสนทนาระหว่างคนต่างวัย 4. สนับสนุนผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลและเทคโนโลยี 5. ร่วมกิจกรรมเรียนรู้ของชุมชน **เริ่มต้นอย่างไร** 1. เรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานจาก รพ.สต./ทีมวิชาการ 2. ทดลองผลิตสื่อจากคำถามที่คนในชุมชนสงสัยจริง 3. จัดกิจกรรมระหว่างวัย 4. เชื่อมโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย หรือเครือข่ายเยาวชนเข้ากับชุมชน **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. สื่อสังคมออนไลน์ 2. คลิปสั้นและอินโฟกราฟิก 3. การเล่าเรื่อง 4. เครือข่ายเยาวชนและสถานศึกษา 5. เทคโนโลยีดิจิทัล **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล** 1. มีคำถามด้านการแพทย์หรือกฎหมาย 2. ต้องการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาก่อนเผยแพร่	**ข้อควรระวัง:** 1. ไม่ใช้ความตายสร้างความกลัวเพื่อดึงความสนใจ 2. ไม่เผยแพร่ข้อมูลที่ยังไม่ได้ตรวจสอบ 3. ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือเรื่องราวของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต 4. เคารพความแตกต่างระหว่างวัย ศาสนา และวัฒนธรรม

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		3. พบผู้ที่ต้องการพูดคุย ดูแลแบบประคับประคอง/หนังสือแสดงเจตนา 4. พบครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือ	
แพทย์แผนไทย	1. ผู้ร่วมดูแลแบบองค์รวมตามขอบเขตวิชาชีพ 2. ให้คำแนะนำในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ 3. ร่วมเป็นทีมดูแลแบบประคับประคองในชุมชน 4. เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบบริการสุขภาพ	**หน้าที่หลัก** 1. สนับสนุนการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตตามขอบเขตวิชาชีพ 2. ร่วมทีมดูแลในชุมชนเมื่อเหมาะสม 3. สนับสนุนการดูแลตนเองและการดูแลที่บ้าน 4. เชื่อมภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบบริการอย่างเหมาะสม 5. สื่อสารข้อมูลการใช้สมุนไพรหรือหัตถการกับทีมดูแล **เริ่มต้นอย่างไร** 1. เข้าร่วมทีมดูแลระดับตำบล 2. ร่วมเยี่ยมบ้านในรายที่เหมาะสม 3. ประเมินว่าการแพทย์แผนไทยสามารถสนับสนุน แผนการดูแลรายบุคคล ด้านใด 4. กำหนดช่องทางสื่อสารกับทีมดูแลแบบประคับประคอง/แพทย์เจ้าของไข้ **เครื่องมือ/ทรัพยากร** 1. องค์ความรู้และบริการการแพทย์แผนไทย 2. คลินิกการแพทย์แผนไทย 3. สมุนไพร/หัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพ 4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม **เมื่อไรต้องประสาน ศูนย์ประสานงานระดับตำบล/ทีมรักษา** 1. อาการเปลี่ยนแปลง	**ข้อควรระวัง** 1. ใช้การดูแลตามหลักฐานและมาตรฐานวิชาชีพ 2. ไม่ใช้การแพทย์แผนไทยทดแทนการรักษาที่จำเป็น 3. แจ้งการใช้สมุนไพรและหัตถการแก่ทีมสุขภาพ 4. ทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองและแพทย์เจ้าของไข้

ภาคส่วน	บทบาทหลัก	แนวทางปฏิบัติและเครื่องมือ	ข้อควรระวัง
		2. ต้องใช้สมุนไพรหรือหัตถการร่วมกับการรักษาหลัก 3. พบผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงจากปฏิกิริยาระหว่างยา 4. มีปัญหาที่เกินขอบเขตวิชาชีพ	

4.3 หลักร่วมของทุกภาคี

ภาคีในระบบมีหลักร่วมกัน 5 ประการ

1. เจ้าของชีวิตเป็นเจ้าของการตัดสินใจ ทุกภาคีมีหน้าที่สนับสนุน ไม่ใช่ตัดสินใจแทน
2. เริ่มจากการคิดและคุย โดยไม่เริ่มจากเอกสาร หนังสือแสดงเจตนาเป็นเครื่องมือหนึ่งของกระบวนการ ไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย
3. ไม่ต้องทำทุกอย่าง แต่ต้องรู้ว่าจะเชื่อมใคร เมื่อเรื่องเกินบทบาท ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีหน้าที่และความเชี่ยวชาญ
4. ข้อมูลและเจตนาต้องเดินทางไปพร้อมกับการดูแล เมื่อสถานที่หรือระดับการดูแลเปลี่ยน สิ่งที่เจ้าของชีวิตได้คิด พูด และตัดสินใจไว้ไม่ควรสูญหาย
5. เป้าหมายไม่ใช่จำนวนหนังสือแสดงเจตนา แต่คือการดูแลที่สอดคล้องกับเจตนาของบุคคล ความสำเร็จเกิดขึ้นเมื่อประชาชนสามารถคิด คุย ตัดสินใจ วางแผน และได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความต้องการ และศักดิ์ศรีของตนเอง

เมื่อเห็นบทบาทและจุดเชื่อมของแต่ละภาคีแล้ว บทต่อไปจะนำบทบาทเหล่านี้ไปจัดเป็นขั้นตอนปฏิบัติงาน ร่วมกัน ตั้งแต่การค้นหาและชวนคุย ไปจนถึงการส่งต่อ ติดตาม และทบทวนการดูแล

บทที่ 5

แนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล



5.1 แนวคิดของแนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล

ขั้นตอนการทำงานนี้ไม่ได้มุ่งเพียงการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา แต่เป็นแนวทางวางระบบการดูแลที่เคารพคุณค่าและความต้องการของบุคคล ตั้งแต่ยังมีสุขภาพดี เริ่มเจ็บป่วย มีภาวะพึ่งพิง จนถึงระยะท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถดำเนินควบคู่กับการรักษาโรคได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอจนหยุดการรักษา ทั้งนี้ การดำเนินงานให้ยึดบทบาทของแต่ละฝ่าย ดังนี้

- ประชาชนเป็นเจ้าของการตัดสินใจ โดยมีครอบครัวร่วมรับรู้และสนับสนุนการดูแล
- รพ.สต. เป็นกลไกประสานงานระดับตำบล
- อสม. ทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชน ครอบครัว และหน่วยบริการ
- โรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนด้านการรักษาและวิชาการ
- อปท. และภาคีชุมชนสนับสนุนทรัพยากร การดูแลทางสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ

หลักสำคัญของระบบ

ทำให้ความต้องการและเจตนาของประชาชนได้รับการรับรู้และนำไปใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ยังมีสุขภาพดี เริ่มเจ็บป่วย มีภาวะพึ่งพิง จนถึงช่วงท้ายของชีวิต

5.2 แนวทางการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล

จากการค้นหาและประเมิน สู่การดูแลตามเจตนา จะเป็นกรอบการทำงานที่ปรับใช้ได้ตามความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบทุกขั้นตามลำดับ บุคคลแต่ละรายอาจเริ่มจากขั้นที่ต่างกัน ข้ามบางขั้น หรือย้อนกลับมาทบทวนขั้นเดิมได้ตามสถานการณ์ และไม่ควรใช้เป็นเงื่อนไขบังคับให้บุคคลต้องจัดทำหนังสือแสดงเจตนา การดำเนินงานต้องยึดหลักความสมัครใจ ความสามารถในการตัดสินใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ การรักษาความลับ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มีกระบวนการทั้งหมด 10 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมระบบในพื้นที่

รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานและเชื่อมโยงการทำงานของทุกฝ่าย

เป้าหมาย

จัดให้มีคณะทำงานระดับตำบลที่สามารถประสานการทำงานร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับผิดชอบ บทบาท ช่องทางติดต่อ และแนวทางส่งต่อที่ชัดเจน โดยการจัดให้มีกลไกหรือคณะทำงานระดับตำบล โดยประสาน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ บทบาท และช่องทางประสานงานให้ชัดเจน ทั้งนี้ ให้เลือกรูปแบบการแต่งตั้งหรือมอบหมายหน้าที่ให้เหมาะกับโครงสร้างของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การทำงานของภาคีเครือข่ายมีกลไกที่เป็นทางการและยั่งยืน ก่อนเริ่มทำงานกับประชาชน และทำให้ทุกฝ่ายเข้าใจร่วมกัน

รพ.สต. ทำอะไร

รพ.สต. ทำหน้าที่ ผู้ประสานและเชื่อมโยงระบบ

- ชวนภาคีที่จำเป็นเข้ามาเป็นทีมระดับตำบล
- สำรวจว่าในพื้นที่มีใคร มีบริการอะไร และมีทรัพยากรอะไรอยู่แล้ว
- กำหนดผู้ประสานหลักของ รพ.สต.
- กำหนดบทบาทว่าใครรับผิดชอบเรื่องใด
- กำหนดช่องทางติดต่อและช่องทางส่งต่อ
- จัดทำแผนปฏิบัติการระดับตำบล
- เชื่อมระบบตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

อสม. ทำอะไร

- ให้ข้อมูลบริบทของหมู่บ้านและครัวเรือน
- ระบุกลุ่มคนหรือพื้นที่ควรให้ความสำคัญ
- ร่วมออกแบบช่องทางสื่อสารที่เหมาะกับชุมชน
- กำหนดพื้นที่รับผิดชอบและช่องทางแจ้งข้อมูลกลับ รพ.สต.

ภาคีทำอะไร

- อปท. สนับสนุนแผน งบประมาณ สถานที่ ทรัพยากร และสำรวจแผนรองรับสังคมสูงวัยมีโครงการใดรองรับงานนี้แล้ว โครงการใดต้องปรับ และใครเป็นผู้ประสาน
- โรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมดูแลแบบประคับประคอง : กำหนดช่องทางปรึกษาและส่งต่อกรณีซับซ้อน
- วัด/ผู้นำศาสนา : สนับสนุนพื้นที่เรียนรู้และการดูแลด้านจิตใจ
- ผู้ดูแล (Caregiver) จิตอาสา และชมรมผู้สูงอายุ : สนับสนุนการเข้าถึงและการดูแลในชุมชน

ส่งต่อเมื่อไร

ขั้นนี้เป็นการเตรียมช่องทางปรึกษาและส่งต่อให้พร้อมก่อนเริ่มดำเนินงาน ต้องตอบให้ได้ว่า

- เมื่อ อสม. พบผู้ที่ควรได้รับการดูแล ต้องแจ้งใคร
- เมื่อ รพ.สต. พบผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ต้องประสานใคร
- เมื่อต้องการอุปกรณ์หรือบริการทางสังคม ต้องติดต่อหน่วยงานใด

ผลที่ได้

- คณะทำงานระดับตำบล
- รายชื่อผู้ประสานงาน
- แผนผังภาคีและทรัพยากรในพื้นที่
- ช่องทางปรึกษาและส่งต่อ
- แผนปฏิบัติการตำบล
- รอบประชุมทบทวนระบบ

ขั้นที่ 2 สร้างความรอบรู้

สร้างความรู้และความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนสามารถพูดคุยเรื่องการดูแลล่วงหน้าได้

เป้าหมาย

ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถพูดคุยเรื่องการดูแลล่วงหน้าได้ โดยไม่เร่งรัดหรือกดดันให้จัดทำหนังสือแสดงเจตนา

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ **ผู้ประสานการให้ข้อมูลและการพูดคุย**

- วางแผนการสื่อสารระดับตำบล
- พัฒนาหรือเลือกสื่อที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย
- เตรียม อสม. และแกนนำให้รู้ว่าจะเริ่มบทสนทนาอย่างไร
- จัดเวทีหรือสอดแทรกเนื้อหาในบริการที่มีอยู่ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบการดูแลระยะยาว กิจกรรมผู้สูงอายุ และการเยี่ยมบ้าน
- เปิดช่องทางให้ผู้สนใจเข้ามาปรึกษา

หลักสำคัญคือ

เริ่มจาก “ชีวิต” ไม่ใช่ “ความตาย”

อสม. ทำอะไร

- ชวนคุยด้วยภาษาธรรมชาติ
- ใช้เรื่องเล่าและประสบการณ์มากกว่าการบรรยาย
- ฟังความคิด ความกลัว และความเชื่อของประชาชน
- ไม่โน้มน้าวหรือกดดันให้จัดทำหนังสือแสดงเจตนา
- หากประชาชนเริ่มสนใจ ให้แจ้ง รพ.สต.

ภาคีทำอะไร

- วัด/ผู้นำศาสนา เปิดพื้นที่เรื่องความหมายของชีวิตและความไม่ประมาท
- โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรม เป็นพื้นที่สร้างบทสนทนา
- อปท. สนับสนุนเวทีและการสื่อสารสาธารณะ
- ครอบครัว เริ่มพูดคุยกันเองในบ้าน

ส่งต่อเมื่อไร

หากพบว่า

- บุคคลสนใจวางแผนล่วงหน้า
- มีโรคหรือภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการประเมิน
- ครอบครัวกังวลเรื่องการดูแลในอนาคต

- หากประชาชนสนใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้ประสาน รพ.สต. เพื่อนัดหมายการให้ข้อมูลหรือพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนผู้ที่มีโรค ภาวะเปราะบาง หรือความต้องการดูแลเพิ่มเติม ให้เข้าสู่ขั้นตอนการค้นหาและประเมินรายบุคคล
- หากบุคคลยังไม่พร้อม ไม่ควรเร่งรัดให้เข้าสู่กระบวนการ แต่ควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมและติดตามความพร้อมเป็นระยะ

ผลที่ได้

- ประชาชนมีความเข้าใจเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนามากขึ้น
- มีผู้สนใจเข้าสู่กระบวนการโดยสมัครใจ
- มีช่องทางการสื่อสารประจำตำบล
- มีแกนนำชุมชนที่สามารถเริ่มบทสนทนาได้

ขั้นที่ 3 ค้นหากลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม

ค้นหาผู้ที่มีภาวะเปราะบางหรือมีความต้องการด้านการดูแล เพื่อให้ได้รับการประเมินและช่วยเหลือก่อนเกิดภาวะวิกฤต

เป้าหมาย

พิจารณากลุ่มที่ควรได้รับการติดตามจากความต้องการของบุคคล ภาวะเปราะบาง ความรุนแรงของโรค การเข้ารับการรักษาซ้ำ ภาระของผู้ดูแล และความพร้อมในการพูดคุย

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ ผู้ประสานค้นหากลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม

- นำข้อมูลสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากชุมชน
- จัดทำฐานข้อมูล ค้นหาและติดตามผู้ที่ควรได้รับการดูแลในชุมชน
- ทบทวนรายชื่อกับ อสม.
- แบ่งระดับความเร่งด่วน
- กำหนดผู้ประสานการดูแลรายบุคคล
- นัดหมายเยี่ยมบ้านหรือประเมินเพิ่มเติม

กลุ่มที่ควรให้ความสนใจ โดยใช้เกณฑ์จากความต้องการจากความเปราะบาง การเข้าโรงพยาบาลซ้ำโรครุนแรง หรือความพร้อมในการพูดคุย เช่น

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคเรื้อรังซับซ้อน หรือมีความต้องการด้านการดูแลเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซับซ้อน
- ผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว
- ผู้ติดบ้าน/ติดเตียง
- ผู้ป่วยโรครุนแรง

- ผู้ดูแลมีภาระสูง
- ผู้ที่เข้าโรงพยาบาลซ้ำ
- ผู้ที่อยู่ลำพังหรือมีปัญหาทางสังคม

อสม. ทำอะไร

ทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชนและครอบครัวกับ รพ.สต. และภาคีที่เกี่ยวข้อง

- สังเกตความเปลี่ยนแปลงของครัวเรือน
- เยี่ยมบ้าน
- รับฟังผู้ป่วยและครอบครัว
- แจ้ง “สัญญาณเปลี่ยนแปลง” ให้ รพ.สต.
- ไม่วินิจฉัยโรค
- ไม่ตัดสินว่าใครควรทำ Living Will

คำถามสำคัญของ อสม. คือ

“ช่วงนี้มีอะไรเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่?”

ภาคีทำอะไร

ผู้ดูแล(CG) วัด ชมรมผู้สูงอายุ อปท. และเครือข่ายประชาชน ช่วยสังเกตและแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแก่ รพ.สต.

ส่งต่อเมื่อไร

- พร้อมรับการประเมินต่อ : เข้าสู่ขั้นที่ 4
- ยังไม่พร้อมคุย **:** ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและติดตามความพร้อม
- มีอาการซับซ้อนหรือเร่งด่วน: ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือทีมดูแลแบบประคับประคอง

ผลที่ได้

- ฐานข้อมูลกลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม
- รายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่จัดลำดับแล้ว
- ระดับความเร่งด่วน
- ผู้รับผิดชอบรายกรณี
- แผนเยี่ยมบ้าน/ติดตาม

เครื่องมือที่อาจใช้ประกอบการคัดกรองและประเมิน

- คำถามคัดกรองการดูแลแบบประคับประคอง ใช้ช่วยพิจารณาความจำเป็นในการประเมินเพิ่มเติม
- แบบประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS)” ใช้ประเมินระดับสมรรถนะของผู้ป่วย ช่วยให้รู้ว่า “ผู้ป่วยทำอะไรได้และต้องการความช่วยเหลือเพียงใด และไม่ใช่คะแนนความปวด และไม่ควรใช้คะแนนเพียงอย่างเดียวตัดสินว่าจะงดการรักษาหรือทำ DNR

- แบบประเมินความรุนแรงของอาการเอ็ดมันตัน (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS)" หากใช้ฉบับปรับปรุงให้ระบุ ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System–Revised) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการ ช่วยให้รู้ว่า "ผู้ป่วยมีอาการใดรบกวน และรุนแรงแค่ไหน"

การเลือกใช้เครื่องมือให้เป็นไปตามแนวทางของหน่วยบริการ และดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้หรือผ่านการอบรม

ขั้นที่ 4 การประเมินอย่างรอบด้าน

เป็นการประเมินรายบุคคล ให้เห็นทั้งสุขภาพ ชีวิต ครอบครัว ความเชื่อ ทรัพยากร และความพร้อมในการตัดสินใจ

เป้าหมาย เพื่อให้เข้าใจภาวะสุขภาพ ความต้องการ ความพร้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของบุคคลในทุกมิติ และนำข้อมูลไปวางแผนการดูแลหรือประสานความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่เป็น ผู้ประสานการดูแล โดยประเมินผู้รับบริการอย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่

1. สุขภาพร่างกาย
2. สภาพจิตใจ
3. ครอบครัวและสังคม
4. จิตวิญญาณและความเชื่อ
5. ความเข้าใจข้อมูลและความสามารถในการตัดสินใจ

จากผลการประเมิน แบ่งผู้รับบริการเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่ม 1 พร้อมพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า : ดำเนินการต่อในขั้นที่ 5

กลุ่ม 2 ยังไม่พร้อม : ให้ข้อมูลที่จำเป็น ชวนพูดคุย และติดตามในภายหลัง

กลุ่ม 3 มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน : ประสานทีมดูแลแบบประคับประคองหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

อสม. ทำอะไร

- ให้ข้อมูลบริบทบ้านและครอบครัว
- ช่วยนัดหมาย
- ช่วยสร้างความไว้วางใจ
- สังเกตปัญหาที่อาจไม่ปรากฏในเวชระเบียน
- แจ้งสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ทีมทราบ

อสม. ไม่ทำการประเมินทางคลินิกแทนบุคลากรสุขภาพ

ภาคีทำอะไร

ทีมวิชาชีพช่วยประเมินตามความจำเป็น เช่น กายภาพ โภชนาการ สังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย และทีมดูแลแบบประคับประคอง

อปท. ช่วยเมื่อพบปัญหาสวัสดิการหรือทรัพยากร

ส่งต่อเมื่อไร

- อาการรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้
- มีความเสี่ยงทางคลินิก
- ต้องประเมินโรค/พยากรณ์โรคเพิ่มเติม
- มีปัญหาทางจิตใจหรือสังคมซับซ้อน
- ครอบครัวมีความขัดแย้งสูง

ผลที่ได้

- การประเมินอย่างรอบด้าน
- ระดับความพร้อมในการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- ปัญหาและความต้องการสำคัญ
- แนวทางดำเนินการรายบุคคล

ขั้นที่ 5 สนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การพูดคุยและวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรดำเนินการตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยยึดเจ้าของชีวิตเป็นศูนย์กลาง เคารพความสมัครใจ ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและเปิดโอกาสให้ทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงความต้องการได้ ส่วนการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาให้ดำเนินการตามมาตรา 12 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายคือ

เพื่อทำความเข้าใจคุณค่า ความต้องการ และความประสงค์ด้านการดูแลของบุคคลเมื่อภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง

รพ.สต. ทำอะไร

- ผู้ประสานการพูดคุยวางแผนการดูแล
- นัดหมายเวลาที่เหมาะสม
- จัดพื้นที่ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว
- ทบทวนข้อมูล ผลการประเมิน
- ชวนผู้ป่วยเล่าเรื่องคุณค่า เป้าหมาย และความกังวล
- ช่วยให้เข้าใจทางเลือกการดูแล
- บันทึกคุณค่า ความต้องการ และเจตนาของบุคคลให้ชัดเจน
- กำหนดว่าจะไปขั้นใดต่อ

อสม. ทำอะไร

- ช่วยสร้างความไว้วางใจ
- ช่วยประสานครอบครัว
- อยู่ร่วมการสนทนาเมื่อผู้ป่วยต้องการ
- ช่วยติดตามหลังการพูดคุย

แต่ไม่ควรเป็นผู้ชี้นำการตัดสินใจ

ภาคีทำอะไร

แพทย์/ทีมดูแลแบบประคับประคอง ให้ข้อมูลด้านโรค การพยากรณ์โรค และทางเลือกการรักษาเมื่อจำเป็น ผู้นำ ศาสนาหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจอาจเข้าร่วมตามความสมัครใจ

ส่งต่อเมื่อไร

- ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจข้อมูลร่วมกันและพร้อม: พิจารณาจัดทำหนังสือแสดงเจตนาหรือจัดทำแผนการดูแลตามความเหมาะสม
- ผู้ป่วยชัดเจน แต่ครอบครัวยังไม่เข้าใจ/เห็นต่าง : การประชุมครอบครัว
- ยังไม่พร้อมตัดสินใจ: ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและนัดพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอีกครั้ง
- มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค หรือทางเลือกการรักษา: ประสานแพทย์หรือทีมดูแลแบบประคับประคอง

ผลที่ได้

- บันทึกการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- คุณค่าและเป้าหมายชีวิต
- ความต้องการเบื้องต้นด้านการดูแล
- บุคคลที่ไว้วางใจ
- ประเด็นที่ครอบครัวต้องคุยต่อ
- ขั้นตอนต่อไปที่ชัดเจน

ข้อควรระวัง : ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เจ้าของชีวิตอาจระบุบุคคลที่ไว้วางใจให้ช่วยสื่อสารเจตนาและประสานกับครอบครัวหรือทีมดูแล ในกรณีที่ตนเองไม่สามารถสื่อสารได้ บุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ช่วยสะท้อนเจตนาเดิมของเจ้าของชีวิต ไม่ใช่ตัดสินใจตามความต้องการของตนเอง

ขั้นที่ 6 ทำให้ครอบครัวเข้าใจร่วมกัน

เป้าหมาย

เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจข้อมูลและเจตนาของผู้ป่วย ไม่ใช่การลงมติแทนผู้ป่วย หากผู้ป่วยยังมีความสามารถในการตัดสินใจ การประชุมครอบครัวมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจข้อมูลและเจตนาของผู้ป่วยร่วมกัน โดยต้องยึดเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก การประชุมครอบครัวจึงใช้เมื่อมีความจำเป็น ไม่ต้องดำเนินการกับผู้ป่วยทุกราย

ใช้เมื่อ

- ครอบครัวเห็นต่างกัน
- ลูกหลานยังไม่เข้าใจเจตนาของผู้ป่วย
- มีความกังวลสูง
- มีผู้เกี่ยวข้องหลายคน
- ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวรับรู้พร้อมกัน
- ต้องวางแผนการดูแลที่ซับซ้อน

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ ผู้ประสานการประชุมและการพูดคุยในครอบครัว

- ระบุว่าใครควรเข้าร่วม
- นัดประชุมในเวลาที่เหมาะสม
- ทบทวนเจตนาของผู้ป่วย
- ทำให้ทุกฝ่ายมีโอกาสพูดและฟัง
- แยก “สิ่งที่ครอบครัวอยากให้ทำ” ออกจาก “สิ่งที่เจ้าของชีวิตต้องการ”
- สรุปสิ่งที่เห็นร่วมกันและสิ่งที่ยังเห็นต่าง
- บันทึกผลการประชุม

อสม. ทำอะไร

- ช่วยประสานสมาชิกครอบครัว
- ให้ข้อมูลบริบทความสัมพันธ์เมื่อเหมาะสม
- เป็นผู้สนับสนุนบรรยากาศ ไม่ใช่ผู้ตัดสินข้อขัดแย้ง

ภาคีทำอะไร

- แพทย์/ทีมดูแลแบบประคับประคอง ช่วยอธิบายข้อเท็จจริงทางการแพทย์
- นักสังคมสงเคราะห์ช่วยกรณีมีปัญหาครอบครัว/สังคมซับซ้อน
- ผู้นำศาสนาหรือบุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจช่วยด้านจิตใจตามความสมัครใจ

ส่งต่อเมื่อไร

- เมื่อเข้าใจร่วมกันแล้ว ให้พิจารณาจัดทำหนังสือแสดงเจตนาหรือจัดทำแผนการดูแลตามความเหมาะสม

- มีความขัดแย้งที่ทีมตำบลจัดการไม่ได้ : ทีมดูแลแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพ หรือกลไกที่โรงพยาบาลกำหนด

ผลที่ได้

- บันทึกการประชุมครอบครัว
- ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เจตนาของผู้ป่วย
- ประเด็นที่เห็นร่วมกัน
- ประเด็นที่ยังต้องติดตาม
- แนวทางดำเนินการต่อ

ขั้นที่ 7 หนังสือแสดงเจตนา

คือ “การจัดทำและดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาให้เป็นไปตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2553”

เป้าหมาย

เปลี่ยนผลจากการคิดและการพูดคุยให้เป็นหลักฐานของเจตนา ที่สามารถส่งต่อและนำไปใช้ประกอบการดูแล หนังสือแสดงเจตนาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การพูดคุยให้เข้าใจก่อนจัดทำจะช่วยให้เนื้อหามีความชัดเจนและนำไปใช้ประกอบการดูแลได้

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ ผู้ดูแลและประสานข้อมูลเจตนาของบุคคล

- ทบทวนผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนจัดทำหนังสือแสดงเจตนา
- ตรวจสอบความสมัครใจและประเมินความสามารถในการตัดสินใจเบื้องต้นตามขอบเขตวิชาชีพ หากมีข้อสงสัย ให้ประสานแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการต่อ
- อธิบายความหมายและขอบเขตของหนังสือแสดงเจตนา
- ช่วยจัดทำเอกสารตามระบบ
- ตรวจสอบความครบถ้วน
- บันทึกเข้าสู่ระบบข้อมูลตามแนวทางที่กำหนด
- แจ้งผู้เกี่ยวข้องตามความยินยอมของเจ้าของข้อมูลและตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูลที่กำหนด
- แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าหนังสือแสดงเจตนาถูกจัดเก็บไว้ที่ใด และสามารถขอทบทวนหรือแก้ไขได้อย่างไร
- กำหนดวันหรือเหตุการณ์ที่จะทบทวนอีกครั้ง

อสม. ทำอะไร

- ช่วยประสานผู้ป่วยเข้าสู่ รพ.สต.
- ให้กำลังใจและติดตาม

- เตือนทีมเมื่อทราบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

อสม. **ไม่ควรเป็นผู้ชักจูงให้ลงนาม**

ภาคีทำอะไร

โรงพยาบาลแม่ข่ายรับรู้และสามารถเข้าถึงข้อมูลตามระบบ

ครอบครัวรับทราบเจตนา

ส่งต่อเมื่อไร

- หลังจัดทำหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ให้เข้าสู่ขั้นที่ 8 การจัดทำแผนการดูแลและการดูแลแบบประคับประคอง
- หากมีข้อสงสัยด้านความสามารถในการตัดสินใจหรือข้อมูลการรักษา : แพทย์/โรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนดำเนินการต่อ

ผลที่ได้

- หนังสือแสดงเจตนาที่จัดทำขึ้นโดยสมัครใจ
- เอกสารถูกจัดเก็บ
- ข้อมูลพร้อมส่งต่อ
- ครอบครัวรับรู้
- ทีมรักษาสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น

ขั้นที่ 8 วางแผนและจัดการดูแลแบบประคับประคองให้สอดคล้องกับเจตนาของบุคคล

เป้าหมาย

นำความต้องการของบุคคลมาจัดทำเป็นแผนการดูแลที่ปฏิบัติได้จริง

หนังสือแสดงเจตนาจะนำไปใช้ได้จริงเมื่อทีมดูแลนำเจตนาของบุคคลมาประกอบการจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับสภาวะของโรคและสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อควรระวัง : *หนังสือแสดงเจตนา ไม่ใช่คำสั่งปฏิเสธการรักษาทุกชนิด และไม่ควรตีความว่าเป็นคำสั่งไม่ช่วยชีวิตโดยอัตโนมัติ การนำไปใช้ต้องพิจารณาขอบเขตเจตนาที่บุคคลระบุ สภาวะของโรค ข้อเท็จจริงทางคลินิก และมาตรฐานวิชาชีพในขณะนั้น*

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ประสานการจัดทำแผนการดูแลและเชื่อมต่อการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

- ดูแลและประสานข้อมูลเจตนาของบุคคล เพื่อให้ข้อมูลได้รับการบันทึก ทบทวน และส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
- วางแผนกรณีฉุกเฉิน และเตรียมระบบสนับสนุนยาระดับพื้นที่ (ถ้ามี)

- วางแผนการส่งต่อและรับกลับ เพื่อให้ข้อมูลสำคัญเดินทางไปพร้อมกับผู้ป่วยเสมอ ประสานทีมรักษาให้ระบุและส่งต่อคำสั่ง DNR หรือข้อจำกัดการรักษาที่มีอยู่ พร้อมการดูแลที่ยังต้องดำเนินต่อ และแนวทางเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน โดย รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานและส่งต่อข้อมูล ส่วนการออกหรือปรับคำสั่งทางคลินิกเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อเตรียมยาและเวชภัณฑ์สำหรับบรรเทาอาการที่บ้านตามแผนการรักษา โดยกำหนดผู้สั่งใช้ ผู้จัดเตรียม ผู้เก็บรักษา และช่องทางขอคำปรึกษาให้ชัดเจน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และระบบยาของพื้นที่

อสม. ทำอะไร

- เยี่ยมและสังเกตอาการ
- สนับสนุนครอบครัว
- แจ้งการเปลี่ยนแปลงให้ รพ.สต.
- ประสานทรัพยากรในชุมชน

ภาคีทำอะไร

ทีมดูแลแบบประคับประคอง/โรงพยาบาล

ดูแลทางคลินิกและอาการซับซ้อน

อปท.

สนับสนุนอุปกรณ์ การเดินทาง สวัสดิการ ทรัพยากร และเชื่อมทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และ อปท.นำความต้องการด้านสังคมและสภาพแวดล้อมจากแผนดูแลรายบุคคล ไปประสานบริการของท้องถิ่น เช่น อุปกรณ์ การปรับบ้าน การเดินทาง และความช่วยเหลือผู้ดูแล

วัด/ผู้นำศาสนา

สนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ดูแลให้การดูแลในชีวิตประจำวันตามแผนการดูแลที่กำหนด

ส่งต่อเมื่อไร

ส่งต่อโรงพยาบาลเมื่อ

- อาการควบคุมไม่ได้
- มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษา
- ต้องการการประเมินทางการแพทย์ที่เกินศักยภาพ รพ.สต.

เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลและแผนการดูแลฉบับล่าสุดกลับมา รพ.สต.

ผลที่ได้

- แผนการดูแลรายบุคคล
- แผนรองรับเหตุฉุกเฉิน
- แผนการดูแลที่บ้าน
- ผู้รับผิดชอบแต่ละด้าน
- ช่องทางติดต่อกรณีฉุกเฉิน
- การดูแลสอดคล้องกับแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนา

ขั้นที่ 9 ติดตามและรักษาความต่อเนื่องของเจตนา

เป้าหมาย

นำผลการดูแลและปัญหาที่พบจากผู้ป่วยและครอบครัวมาปรับปรุงการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่ประสานความต่อเนื่องของการดูแลและข้อมูลเจตนาของบุคคล

1. สุขภาพและคุณภาพชีวิต: อาการและสมรรถนะเปลี่ยนแปลงหรือไม่
2. ครอบครัวและผู้ดูแล: มีความพร้อม ความเครียด หรือภาระเพิ่มขึ้นหรือไม่
3. แผนการดูแล: แผนการดูแลเดิมยังเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันหรือไม่
4. เจตนาของบุคคล: ข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนายังตรงกับความต้องการในปัจจุบันหรือไม่

อสม. ทำอะไร

- เป็น “ตาและหู” ระหว่างการเยี่ยมของทีม
- แจ้งอาการหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
- ติดตามครอบครัวและผู้ดูแล
- ไม่ปรับแผนการดูแลเอง

ภาคีทำอะไร

- ทีมดูแลแบบประคับประคองหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบการดูแลทางคลินิกและจัดการอาการที่ซับซ้อน
- อปท. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นตามสภาพปัญหา
- ครอบครัวสังเกตอาการและแจ้งทีมดูแลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

ควรส่งต่อเมื่อใด

ประสานทีมที่เกี่ยวข้องทันทีเมื่อพบว่า

- อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว

- แผนการดูแลเดิมไม่สอดคล้องกับสถานการณ์
- ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเจตนาหรือความต้องการ
- ครอบครัวไม่สามารถดูแลต่อได้
- เกิดเหตุฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต

เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน ทีมดูแลสามารถย้อนกลับไปประเมินและทบทวนขั้นตอนที่เกี่ยวข้องได้ โดยไม่จำเป็นต้องเริ่มกระบวนการใหม่ทั้งหมด เช่น ประเมินภาวะและความต้องการ ทบทวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จัดประชุมครอบครัว ทบทวนหนังสือแสดงเจตนา และปรับแผนการดูแลตามความจำเป็น

ผลที่ได้

- บันทึกการติดตาม
- แผนการดูแลฉบับปัจจุบัน
- ข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาที่ได้รับการทบทวนแล้ว
- ทีมทุกระดับมีข้อมูลล่าสุด
- ครอบครัวได้รับการสนับสนุนต่อเนื่อง

ขั้นที่ 10 เรียนรู้และพัฒนาระบบตำบล

เป้าหมาย

นำผลการดูแลและปัญหาที่พบจากผู้ป่วยและครอบครัวมาปรับปรุงการทำงานของกลไกประสานงานระดับตำบล

รพ.สต. ทำอะไร

ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงการทำงานและข้อมูลของทุกฝ่าย ตั้งแต่การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ การค้นหากลุ่มเป้าหมาย การประเมินความต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดทำหนังสือแสดงเจตนา การจัดทำแผนการดูแล การดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนการติดตามอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ทั้ง

- การเข้าถึง
- ความต่อเนื่อง
- คุณภาพ
- ปัญหาการส่งต่อ
- ประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัว
- ความร่วมมือของภาคี

แล้วนำผลการวิเคราะห์เข้าสู่ที่ประชุมคณะทำงานระดับตำบล

อสม. ทำอะไร

- สะท้อนปัญหาจากครัวเรือน

- รายงานสิ่งที่ระบบมองไม่เห็นจากข้อมูลเชิงตัวเลข
- เสนอสิ่งที่เจ้าของชีวิตต้องการ

ภาคีทำอะไร

ทุกฝ่ายร่วมทบทวนผลหลังดำเนินงาน

โรงพยาบาล สะท้อนปัญหาการเชื่อมบริการ

อปท. ปรับแผนและทรัพยากร นำปัญหาที่พบซ้ำกลับไปทบทวนแผนรองรับสังคมสูงวัยและแผนงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมติดตามผลการแก้ไข

วัด/ชุมชน สะท้อนมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ

ประชาชน/ครอบครัว สะท้อนประสบการณ์จริง

ส่งต่อเมื่อไร

หากปัญหาแก้ได้ระดับตำบล : ปรับระบบทันที

หากเกินอำนาจตำบล เช่น

- ระบบข้อมูลไม่เชื่อม
- นโยบายหรือสิทธิประโยชน์
- การเข้าถึงยา
- กำลังคน
- ระบบส่งต่อ
- งบประมาณ

  ส่งต่อปัญหาที่เกินศักยภาพของตำบลไปยังกลไกระดับอำเภอหรือจังหวัด

ผลที่ได้

- สรุปผลการดำเนินงานระดับตำบล
- การทบทวนหลังดำเนินงาน
- ประเด็นปัญหาระบบ
- แผนปรับปรุงการดำเนินงาน
- ข้อเสนอระดับอำเภอ/จังหวัด
- แผนดำเนินงานรอบถัดไป

แผนภาพที่ 5.1 แสดง 10 ขั้นตอนการทำงานระดับตำบล



เมื่อดำเนินงานทั้ง 10 ขั้นตอนอย่างเชื่อมโยง รพ.สต. และภาคีจะสามารถดูแลให้ความต้องการและเจตนาของบุคคลได้รับการรับรู้และนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มพูดคุย วางแผน บันทึกเจตนา จนถึงการดูแลจริง ความต่อเนื่องดังกล่าวจำเป็นต้องมีระบบบันทึก จัดเก็บ และส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้อง ปลอดภัย และเข้าถึงได้เมื่อจำเป็น บทต่อไปจึงกล่าวถึงระบบข้อมูลและเทคโนโลยีที่สนับสนุนการดูแลให้เป็นไปตามเจตนาของบุคคล

บทที่ 6

ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล



บทนี้นำเสนอแนวทางการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและ Care Plan ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เสียงและเจตนาของเจ้าของชีวิตไม่สูญหายเมื่อสถานที่ ทีม หรือระดับการดูแลเปลี่ยนไป โดยครอบคลุมการกำหนดข้อมูลที่จำเป็น การบันทึก การส่งต่อ การเข้าถึง การทบทวน และการคุ้มครองข้อมูล เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล

6.1 ข้อมูลขั้นต่ำที่ควรส่งต่อเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนสถานที่หรือระดับการดูแล “ข้อมูลสำคัญควรเดินทางไปพร้อมกับบุคคลตลอดช่วงเปลี่ยนผ่านของการดูแล” ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่บ้าน รพ.สต. โรงพยาบาล หรือการกลับจากโรงพยาบาล สู่ชุมชน โดยข้อมูลที่จำเป็นต่อความต่อเนื่องของการดูแล ข้อมูลขั้นต่ำที่ควรเชื่อมต่อและส่งต่อประกอบด้วย

- สถานะการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- สถานะการมีหนังสือแสดงเจตนา
- วันที่จัดทำ/ทบทวนล่าสุด
- เป้าหมายการดูแล
- แผนการดูแล
- คำสั่งทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง เช่น คำสั่งไม่พยายามกู้ชีพ (DNR) และข้อจำกัดการรักษาอื่นที่แพทย์ได้บันทึกไว้ พร้อมขอบเขตคำสั่ง วันที่บันทึกหรือทบทวนล่าสุด ชื่อแพทย์ผู้สั่ง และหน่วยบริการที่รับผิดชอบ เมื่อมีคำสั่ง DNR หรือข้อจำกัดการรักษา ควรส่งต่อสำเนาหรือข้อมูลจากเวชระเบียนที่ตรวจสอบแหล่งที่มาได้ โดยระบุให้ชัดว่าครอบคลุมสถานการณ์และการรักษาใด รวมถึงการรักษาและการดูแลที่ยังต้องดำเนินต่อ ช่องทางติดต่อทีมรักษา และแนวทางเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทีมรับช่วงดูแลควรตรวจสอบความเป็นปัจจุบันและความเหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยตามแนวทางของหน่วยบริการต้องแยกคำสั่งทางคลินิกออกจากความต้องการที่บันทึกใน ACP หรือ Living Will หากเป็นเพียงความต้องการของผู้ป่วยและยังไม่มีคำสั่งแพทย์ ให้ระบุสถานะตามจริงและประสานแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อพิจารณา ไม่บันทึกว่าเป็นคำสั่ง DNR โดยอัตโนมัติ
- ผู้ประสานงานหลัก
- ทีมดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวข้อง
- ข้อมูลหรือข้อควรคำนึงสำคัญเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

และประเด็นสำคัญเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ควรได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ตามบทบาท หน้าที่ และความจำเป็น เพื่อให้ทุกจุดของการดูแลสามารถดำเนินงานบนข้อมูลและความต้องการของบุคคลที่สอดคล้องกัน

6.2 การกำกับดูแลและสิทธิการเข้าถึงข้อมูล

ข้อมูล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและ Care Plan มีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของชีวิต ซึ่งต้องได้รับการคุ้มครองและจัดการอย่างเหมาะสมตามกฎหมายและ

มาตรการของหน่วยงาน โดยการเข้าถึงข้อมูลควรจำกัดเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและเท่าที่จำเป็นต่อวัตถุประสงค์ในการดูแล

การกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลต้องสร้างสมดุลระหว่าง

- การคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของเจ้าของชีวิต
- ความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล
- ความต่อเนื่องของการดูแล

6.3 หลักการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลตามบทบาท

ตารางต่อไปนี้เป็นกรอบหลักการสำหรับการกำหนดสิทธิการเข้าถึงและดำเนินการกับข้อมูลตามบทบาทและความจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ โดยยึดหลักการให้สิทธิเท่าที่จำเป็น (Least Privilege) ทั้งนี้ มิใช่ข้อกำหนดสิทธิของระบบ e-หนังสือแสดงเจตนาโดยตรง การกำหนดสิทธิในการดู หรือยืนยันข้อมูลจริง ให้เป็นไปตามระบบสารสนเทศ บทบาทหน้าที่ นโยบายของหน่วยงาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 6.1 แสดงผู้ใช้งาน/บทบาท การเข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบ/ยืนยันการบันทึก

ผู้ใช้งาน/บทบาท	การเข้าถึงข้อมูล	การตรวจสอบ/ยืนยันการบันทึก
พยาบาลผู้ดูแล	ตามหน้าที่และความจำเป็นในการดูแล	ตามสิทธิที่ระบบกำหนด
รพ.สต.	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการประสานดูแล	ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายและสิทธิที่ระบบกำหนด
ทีมดูแลแบบประคับประคอง	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล	ตามสิทธิที่ระบบกำหนด
แพทย์ผู้ดูแล	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาและการตัดสินใจทางคลินิก	ตามสิทธิที่ระบบกำหนด
ห้องฉุกเฉิน (ER)	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลในภาวะฉุกเฉิน	ตามสิทธิที่ระบบกำหนด
Ward/IPD	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล	ตามสิทธิที่ระบบกำหนด
อสม.	เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อภารกิจที่ได้รับมอบหมาย	ไม่มี เว้นแต่ได้รับมอบหมายและระบบกำหนด
ผู้ดูแล/ผู้ดูแล	เฉพาะข้อมูลที่เจ้าของชีวิตอนุญาตให้เปิดเผยหรือมีฐานที่ชอบด้วยกฎหมายรองรับและเท่าที่จำเป็นต่อการดูแล	ไม่มี
อบต./เทศบาล	ไม่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เว้นแต่มีหน้าที่และฐานที่ชอบด้วยกฎหมายรองรับ	ไม่มี
ผู้ดูแลระบบ	เฉพาะข้อมูล/ส่วนของระบบที่จำเป็นต่อการบริหารระบบ	ไม่มีในฐานะผู้ดูแลระบบ เว้นแต่ได้รับบทบาทอื่นที่ระบบกำหนด

หลักสำคัญ : ทุกคนเห็นข้อมูลเท่าที่จำเป็นต่อบทบาทหน้าที่ ไม่ใช่เห็นทั้งหมด

6.4 ผู้รับผิดชอบในการบันทึก/ทบทวนข้อมูล (Revision Control)

ข้อมูลแต่ละประเภทมีผู้รับผิดชอบแตกต่างกัน เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ ควรกำหนดผู้รับผิดชอบในการบันทึกและทบทวนข้อมูลของแต่ละระดับให้ชัดเจน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6.2 แสดงประเภทข้อมูล ผู้ให้/กำหนดข้อมูล และรับผิดชอบในการบันทึก/ทบทวนข้อมูล

ประเภทข้อมูล	ผู้ให้/กำหนดข้อมูล	ผู้รับผิดชอบหลักในการบันทึก/ทบทวน
การค้นหาและเฝ้าระวังสัญญาณจากชุมชน	บุคคล/ครอบครัว/ชุมชนตามกระบวนการ	รพ.สต./ผู้ได้รับมอบหมาย
การประเมินสภาพและความต้องการของบุคคล	เจ้าของชีวิต/ครอบครัว และข้อมูลที่ได้จากการประเมิน	บุคลากรผู้ประเมิน
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	เจ้าของชีวิตร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ผู้ดำเนินการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า/ผู้ได้รับสิทธิ
หนังสือแสดงเจตนา	เจ้าของชีวิตเป็นผู้กำหนดและเปลี่ยนแปลงเจตนา	เจ้าของชีวิตหรือบุคลากรสนับสนุนการบันทึกตามระบบ
แผนการดูแลรายบุคคล	ทีมดูแลร่วมกับเจ้าของชีวิต/ครอบครัวตามความเหมาะสม	ทีมสหวิชาชีพ/ผู้รับผิดชอบ
Follow-up	เจ้าของชีวิต/ครอบครัว/ทีมดูแล	รพ.สต./ทีมดูแลแบบประคับประคอง/ผู้ได้รับมอบหมาย

ข้อควรระวัง : ระบบควรบันทึก ผู้แก้ไข วันที่แก้ไข เวลาที่แก้ไข รายการที่เปลี่ยนแปลง

6.5 กระบวนการตรวจสอบและยืนยันความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบเป็นการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของการบันทึก และความสอดคล้องของข้อมูลกับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มิใช่การอนุมัติ ปฏิเสธ หรือเปลี่ยนแปลงเจตนาของเจ้าของชีวิต เมื่อผ่านการตรวจสอบและยืนยันการบันทึก ข้อมูลจึงพร้อมให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงตามบทบาทและความจำเป็นในการดูแล

แผนภาพที่ 6.1 กระบวนการตรวจสอบและยืนยันการบันทึกข้อมูล



6.6 การทบทวนข้อมูล

เจ้าของชีวิตเป็นผู้กำหนดหรือเปลี่ยนแปลงเจตนา ส่วนบุคลากรมีหน้าที่สนับสนุนการบันทึกและจัดการข้อมูลตามระบบ ควรมีการทบทวนข้อมูลเป็นระยะ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ เช่น ภาวะสุขภาพเปลี่ยน มีการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ย้ายสถานที่ดูแล ผู้ดูแลเปลี่ยน หรือเจ้าของชีวิตต้องการทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงเจตนา

6.7 ระบบสำรองเมื่ออินเทอร์เน็ตขัดข้อง (Offline Contingency Plan)

เนื่องจากการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉิน ไม่สามารถรอระบบสารสนเทศได้ จึงต้องมีแผนรองรับกรณีอินเทอร์เน็ตหรือระบบ e-หนังสือแสดงเจตนาไม่สามารถใช้งานได้

ระดับที่ 1 ใช้ข้อมูลสำรองในหน่วยบริการ

- สำเนา หนังสือแสดงเจตนาในเวชระเบียน
- สำเนาที่ประชาชน/เจ้าของชีวิตหรือครอบครัวเก็บไว้
- ข้อมูลในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ช่วยให้รู้ว่า “ข้อมูลผู้ป่วยถูกบันทึกและค้นดูได้ที่ไหน(กรณีมีการเชื่อมโยงหรือบันทึกข้อมูลไว้)

ระดับที่ 2 ติดต่อผู้ประสานงาน หากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ให้ ER ติดต่อ รพ.สต. ทีมดูแลแบบประคับประคองหรือ Case Coordinator เพื่อประสานและตรวจสอบข้อมูลล่าสุดตามช่องทางที่หน่วยบริการกำหนด

ระดับที่ 3 กรณีระบบไม่สามารถใช้งานได้ทั้งเครือข่าย ให้ใช้เอกสารสำรองที่สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาและความเป็นปัจจุบันได้ เช่น หนังสือแสดงเจตนาฉบับที่เจ้าของชีวิตเก็บไว้ สำเนา หนังสือแสดงเจตนาในเวชระเบียน หรือแผนการดูแลรายบุคคลฉบับล่าสุด

หลังระบบกลับมา ควรนำข้อมูลที่เกิดขึ้นระหว่างระบบขัดข้องเข้าสู่ระบบโดยเร็วที่สุดตามแนวทางของหน่วยบริการ

เมื่อใช้ข้อมูลสำรอง ควรตรวจสอบวันที่จัดทำ/วันที่ทบทวนล่าสุดและความเป็นปัจจุบันของข้อมูลเท่าที่สามารถดำเนินการได้ เพื่อป้องกันการใช้ข้อมูลหรือเอกสารฉบับเดิมที่เจ้าของชีวิตได้เปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกแล้ว

แผนภาพที่ 6.2 แนวทางเมื่อระบบหนังสือแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์ใช้งานไม่ได้



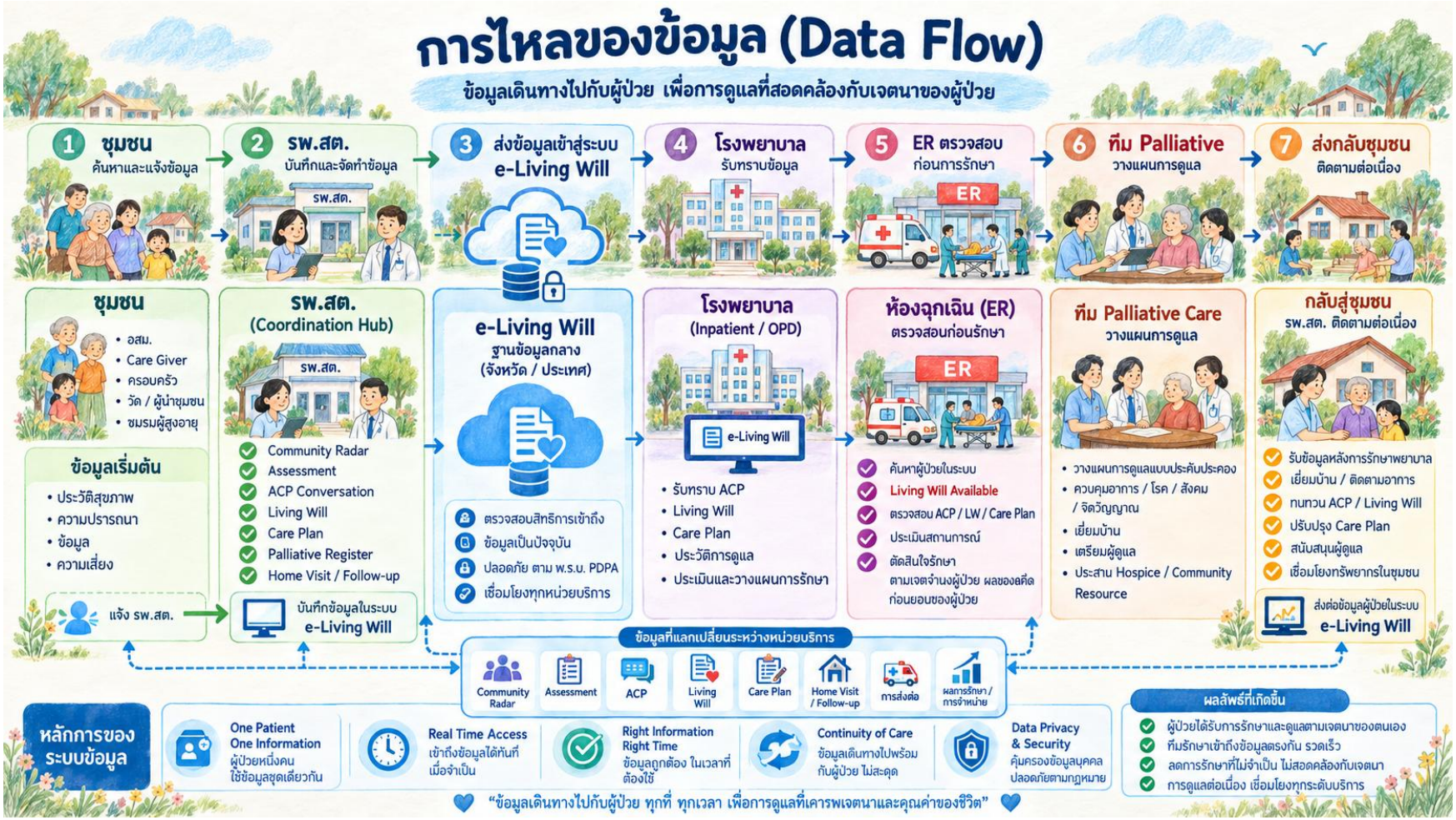
6.8 ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล

ระบบควรมีมาตรการอย่างน้อย ได้แก่

- การยืนยันตัวตนของผู้ใช้งาน
- การกำหนดสิทธิตามบทบาท
- การเข้ารหัสข้อมูล
- การบันทึกประวัติการเข้าใช้งาน
- การสำรองข้อมูล
- แผนกู้คืนระบบเมื่อเกิดเหตุขัดข้อง
- การทบทวน ปรับเปลี่ยน และเพิกถอนสิทธิเมื่อบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง
- การตรวจสอบการเข้าถึงหรือการใช้งานที่ผิดปกติ

รายละเอียดการใช้งานระบบหนังสือแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์แบบ Step-by-step ดูภาคผนวก ด

แผนภาพที่ 6.3 การไหลของข้อมูล



ที่มา : ผู้จัดทำ

ระบบข้อมูลที่ดีไม่เพียงทำให้ข้อมูลได้รับการบันทึกและส่งต่อ แต่ต้องช่วยให้ “เสียงและเจตนาของเจ้าของชีวิต” ยังคงได้รับการรับรู้และนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง แม้บุคคลจะเปลี่ยนสถานที่ ทีม หรือระดับการดูแล อย่างไรก็ตาม การทำให้ระบบดังกล่าวเกิดขึ้นได้จริงและเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ยังขึ้นอยู่กับบุคลากร กลไกการประสานงาน ทรัพยากร และการบริหารความเสี่ยง บทที่ 7 จึงจะกล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จและแนวทางบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ หนังสือแสดงเจตนาสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทที่ 7

ปัจจัยความสำเร็จ และการบริหารความเสี่ยง



การขับเคลื่อนมาตรา 12 ให้เกิดผลในพื้นที่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับขั้นตอนหรือเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของภาคี ความพร้อมของบุคลากร ระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง และการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม บทนี้จึงนำเสนอปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้งานดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับแนวทางป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่อง ปลอดภัย และยึดเจตนาของเจ้าของชีวิตเป็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

7.1 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

จากบทเรียนการขับเคลื่อน สามารถสรุปปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ หนังสือแสดงเจตนาเชื่อมเข้าสู่ระบบงานประจำและดำเนินต่อได้ ดังนี้

1. **กลไกความร่วมมือที่เชื่อมทุกระดับ:** มีกลไกความร่วมมือระดับจังหวัด/อำเภอที่เชื่อมฝ่ายนโยบาย ระบบสุขภาพ ท้องถิ่น และภาคสังคม โดยอาจใช้กลไกที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการระดับจังหวัด พชอ. หรือข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อกำหนดทิศทาง บทบาท และแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน
2. **ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล:** ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาและแผนการดูแลควรสามารถเชื่อมต่อและเข้าถึงได้ตามสิทธิและความจำเป็นของผู้ให้การดูแล เพื่อให้เจตนาของเจ้าของชีวิตไม่สูญหายเมื่อมีการเปลี่ยนสถานที่หรือทีมดูแล
3. **การสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง:** พื้นที่สามารถเชื่อมและใช้ทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ตามอำนาจหน้าที่และหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร อุปกรณ์ และการช่วยเหลือทางสังคม
4. **ชุมชนเกื้อกูลและวัฒนธรรมการพูดคุยที่เปิดกว้าง:** ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน วัด/ผู้นำศาสนา และภาคีในพื้นที่มีความเข้าใจว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมและสื่อสารความต้องการของบุคคล ไม่ใช่การเร่งรัดหรือคาดการณ์ความตาย ทำให้สามารถเปิดบทสนทนาเรื่องการดูแลในอนาคตได้อย่างเป็นธรรมชาติและเคารพความแตกต่างทางความเชื่อ
5. **บุคลากรที่มีความมั่นใจและมีระบบสนับสนุน:** บุคลากร รพ.สต. อสม. ผู้ดูแล และภาคีที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเปิดบทสนทนา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า สนับสนุนหนังสือแสดงเจตนาและประสานการดูแล โดยมีทีมพี่เลี้ยงหรือช่องทางปรึกษาเมื่อพบสถานการณ์ที่เกินขีดความสามารถ
6. **การดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างทั่วถึง:** พื้นที่ควรค้นหาและประสานความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล หรือเครือข่ายครอบครัว เพื่อให้เข้าถึงการวางแผนและบริการที่จำเป็น

7. **การกำหนดผู้รับผิดชอบและช่องทางประสานงานที่ชัดเจน** แต่ละพื้นที่ควรกำหนดผู้ประสานหลัก ผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน และช่องทางขอคำปรึกษาหรือส่งต่อ เพื่อให้งานดำเนินต่อได้แม้มีการเปลี่ยนบุคลากร

8. **การติดตามและทบทวนการทำงานร่วมกัน** คณะทำงานระดับตำบลควรทบทวนผลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบ และกรณีที่การดูแลไม่เป็นไปตามแผนเป็นระยะ เพื่อนำไปปรับขั้นตอนการทำงาน การส่งต่อ และการสนับสนุนทรัพยากรให้เหมาะกับสถานการณ์ของพื้นที่

7.2 ตารางวิเคราะห์และการบริหารความเสี่ยง

ในการปฏิบัติงานอาจพบข้อจำกัดจากการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. รวมทั้งความละเอียดอ่อนของการพูดคุยเรื่องการดูแลช่วงท้ายของชีวิต จึงควรเตรียมรับมือกับความเสี่ยงต่อไปนี้

ตารางที่ 7.1 แสดงการวิเคราะห์และการบริหารความเสี่ยง

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
1. ด้านนโยบายและโครงสร้าง	1. การประสานงานระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย สสจ. และ อบจ. ไม่ต่อเนื่องภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ 2. เกิดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย	บทบาทและการประสานงานไม่ชัดเจน ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองขาดความต่อเนื่อง	1. บรรจุการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนงานของท้องถิ่น 2. ใช้ พชอ. เป็นกลไกเชื่อมการทำงานและการสนับสนุนด้านวิชาการ	อบจ. สสจ. รพ.สต.

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
	(กระทรวงสาธารณสุข) กับ รพ.สต. (อบจ.) ส่งผลให้สายการบังคับบัญชาและตัวชี้วัดไม่ตรงกัน			
2. ด้านการปฏิบัติงานหน้างาน	1. บุคลากร รพ.สต. และ อสม. ไม่กล้าคุยเรื่อง Living Will 2. คนทำงานหน้างานขาดความมั่นใจ ทักษะการสื่อสารหรือกลัวการคุยเรื่องความตายกับชาวบ้าน	เจ้าของชีวิตและครอบครัวมีโอกาสวางแผนและสื่อสารความต้องการด้านการดูแลน้อย ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนายังไม่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามปกติ	1. พัฒนาทักษะบุคลากรในการสื่อสารเรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลในอนาคตอย่างเหมาะสม 2. ใช้เครื่องมือสนทนาที่เป็นมิตรและเหมาะกับบริบท เช่น สมุดเบาใจ หรือเครื่องมืออื่นที่ช่วยเปิดบทสนทนาเรื่องคุณค่าและความต้องการของบุคคล	รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)
3. ด้านงบประมาณ	บุคลากรและหน่วยงานในพื้นที่ยังไม่เข้าใจ	ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการดูแล	1. สปสช. อปท. สสจ. และหน่วยบริการร่วมกันชี้แจงสิทธิ	สปสช. อบจ. รพ.สต.

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
และสิทธิประโยชน์	หลักเกณฑ์ สิทธิประโยชน์ และช่องทางการใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง	ในชุมชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่งผลให้การจัดบริการ อุปกรณ์หรือความช่วยเหลือที่จำเป็นไม่ต่อเนื่อง	ประโยชน์และหลักเกณฑ์การใช้จ่าย 2. กำหนดผู้ประสานด้านงบประมาณและทรัพยากรในพื้นที่ให้ชัดเจน	
4. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	เมื่อเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวอาจมีความเห็นไม่ตรงกันหรือกังวลว่าการไม่ยื้อชีวิตเป็นการไม่ดูแล จึงตัดสินใจไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลไม่ตรงกับเจตนาที่แสดงไว้ เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อสภาพจิตใจของครอบครัวภายหลัง	1. จัดประชุมครอบครัวตั้งแต่บุคคลยังตัดสินใจได้ เพื่อทำความเข้าใจความต้องการและเป้าหมายการดูแลร่วมกัน 2. ให้ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และภาคีช่วยสร้างความเข้าใจเรื่องการเคารพเจตนาของเจ้าของชีวิต	รพ.สต. ครอบครัว ผู้นำชุมชน

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
5.ด้านข้อมูลและความต่อเนื่องของการดูแล	ข้อมูลหรือเอกสารหนังสือแสดงเจตนาอาจถูกจัดเก็บเฉพาะในหน่วยบริการหรืออยู่ในรูปแบบเอกสารกระดาษ ทำให้หน่วยบริการอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เมื่อมีการเปลี่ยนสถานที่หรือทีมดูแล	ทีมดูแลอาจไม่ทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความต้องการและเจตนาของเจ้าของชีวิต ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่บุคคลได้แสดงไว้	1. กำหนดกระบวนการบันทึกตรวจสอบ และส่งต่อข้อมูลให้เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการทำงาน 2. จัดให้มีช่องทางสำรองเมื่อระบบไม่สามารถใช้งานได้ 3. พัฒนาการเชื่อมโยงหรือระบบแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญตามความพร้อมของระบบสารสนเทศและสิทธิการเข้าถึง รายละเอียดดูบทที่ 6 ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล	สสจ. รพ.สต. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
6. ด้านกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในภาวะเปราะบาง ขาดผู้ดูแล ไร้ญาติ หรือขาดเครือข่ายสนับสนุน	อาจไม่ได้รับโอกาสในการสื่อสารและบันทึกความต้องการเกี่ยวกับการดูแลช่วงท้ายของชีวิต รวมทั้งอาจเข้าไม่ถึงบริการ การดูแล สิทธิ สวัสดิการ และความช่วยเหลือที่จำเป็น	1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความต้องการและจัดทำแผนช่วยเหลือร่วมกันทั้งด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ 2. ในพื้นที่ที่มีความพร้อม อาจเชื่อมทุนทางสังคม เช่น วัด องค์กรศาสนา ศูนย์ดูแล และเครือข่ายชุมชน เพื่อร่วมสนับสนุนการดูแลตามความเหมาะสม	รพ.สต. อปท. พมจ. อพม. นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลแม่ข่าย
7. ด้านบุคลากรและความต่อเนื่องของงาน	บุคลากรเปลี่ยนหรือผู้รับผิดชอบหลักไม่สามารถปฏิบัติงานได้	งานขาดช่วง ข้อมูลสูญหาย และไม่มีผู้ติดตามการดูแลหรือประสานส่งต่อ	1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและผู้ปฏิบัติงานแทน 2. จัดทำแนวทางปฏิบัติงานและข้อมูลการประสานงานให้เป็นระบบ 3. ส่งมอบงานและทบทวนข้อมูลก่อนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	รพ.สต. อปท. โรงพยาบาลแม่ข่าย

มิติความเสี่ยง	เหตุการณ์ความเสี่ยง	ผลกระทบ	แนวทางการบริหารความเสี่ยง / แนวทางแก้ไขเชิงรุก	ผู้ประสานหลัก/ภาคีที่เกี่ยวข้อง
8. ด้านความลับและความปลอดภัยของข้อมูล	มีการเปิดเผยหรือใช้ข้อมูลสุขภาพและหนังสือแสดงเจตนาเกินความจำเป็น	บุคคลได้รับความเสียหาย สูญเสียความเชื่อมั่น และอาจเกิดปัญหาด้านสิทธิและกฎหมาย	1. กำหนดสิทธิเข้าถึงข้อมูลตามหน้าที่ 2. เปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล 3. ขอความยินยอมและจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย 4. ตรวจสอบเหตุผิดปกติและแจ้งผู้รับผิดชอบทันที	รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ดูแลระบบข้อมูล เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

7.3 หลักการบริหารความเสี่ยงของศูนย์ประสานงานระดับตำบล

การบริหารความเสี่ยงของศูนย์ประสานงานระดับตำบล เริ่มจากการค้นหาปัญหาให้พบตั้งแต่ระยะแรก ประเมินความรุนแรง บันทึกข้อมูล ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลจนกว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไข รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องดำเนินการทุกเรื่องด้วยตนเอง แต่ต้องรู้ว่าปัญหาแต่ละประเภทควรประสานใคร ส่งต่ออย่างไร และใครเป็นผู้ติดตามต่อ

ขั้นตอนสำคัญประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน การบันทึก การประสานงาน การวางแผนร่วมกัน การติดตาม และการทบทวนผล หากพบปัญหาซ้ำ คณะทำงานควรนำข้อมูลมาปรับขั้นตอนการทำงานและการส่งต่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ต้องอาศัยผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระบบส่งต่อข้อมูล การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและท้องถิ่น ตลอดจนความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน เมื่อพบปัญหา ทุกฝ่ายต้องสามารถประสานงานและปรับแผนการดูแลได้ทันเวลา เพื่อให้บุคคลได้รับการดูแลตามความต้องการที่ได้พูดคุยและบันทึกไว้

บทถัดไปจะรวบรวมเครื่องมือและแบบฟอร์มที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน พร้อมระบุว่าใครเป็นผู้ใช้ ใช้เมื่อใด และได้ผลลัพธ์อะไร เพื่อให้พื้นที่เลือกนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม

บทที่ 8

เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการทำงาน



8.1 บทนำ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาในระดับพื้นที่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การเตรียมระบบ สร้างความเข้าใจ ค้นหาและประเมินบุคคล ไปจนถึงการบันทึกเจตนาและเชื่อมต่อการดูแล เมื่อภาวะสุขภาพหรือความต้องการเปลี่ยนแปลง ต้องมีการติดตามและทบทวนข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

บทนี้รวบรวมเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล เพื่อให้ รพ.สต. อสม. ทีมดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัว และภาคีที่เกี่ยวข้องเลือกใช้ได้ตามความจำเป็นและบริบทของแต่ละบุคคล

8.2 แผนที่เครื่องมือตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล 10 ขั้นตอน

ดังนั้น แผนที่เครื่องมือตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล 10 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 8.1 เครื่องมือตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล 10 ขั้นตอน

แนวทางปฏิบัติงาน	เป้าหมาย	ชุดเครื่องมือหลัก	ผู้ใช้หลัก	ผลลัพธ์ของเครื่องมือ
ขั้น 1 เตรียมระบบในพื้นที่	ทำให้พื้นที่มีทีมและช่องทางประสาน	แผนที่ภาคีและทรัพยากร / แผนที่การติดต่อและส่งต่อ/ ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล/ แบบตรวจสอบความพร้อม	รพ.สต./ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล	รู้ว่าใครทำอะไร ติดต่อใคร และมีทรัพยากรอะไร
ขั้น 2 สร้างความรอบรู้	เจ้าของชีวิตเข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนา	ชุดสื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ / บัตรคำถามชวนคุย	รพ.สต./อสม./ภาคี	ประชาชนเข้าใจและพร้อมพูดคุย

แนวทางปฏิบัติงาน	เป้าหมาย	ชุดเครื่องมือหลัก	ผู้ใช้หลัก	ผลลัพธ์ของเครื่องมือ
ขั้น 3 ค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน	ข้อมูลบุคคลหรือกลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม	เครื่องมือค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน	รพ.สต./อสม	บุคคลที่อาจได้รับประโยชน์จากการพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือการประสานการดูแล
ขั้น 4 ประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน	ประเมินสถานการณ์ของบุคคลอย่างรอบด้านได้แก่ สุขภาพจิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	แนวทางประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน/ แบบตรวจสอบความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	รพ.สต./ทีมดูแล	เห็นความต้องการ ปัญหา ความพร้อม และสิ่งที่ต้องจัดการก่อน
ขั้น 5 การวางแผนดูแลล่วงหน้า	เปิดพื้นที่พูดคุยและวางแผน	แนวทางการสนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า/ แบบบันทึกคุณค่าและความต้องการ	ผู้ดำเนินกระบวนการ การวางแผนดูแลล่วงหน้า/ทีมสุขภาพ\	คุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการดูแลชัดขึ้น
ขั้น 6 ประชุมร่วมกับครอบครัว	สร้างความเข้าใจร่วม	แนวทางการประชุมครอบครัว	ทีมดูแลร่วมกับเจ้าของชีวิตและครอบครัว	ครอบครัวเข้าใจตรงกันมากขึ้น
ขั้น 7 หนังสือแสดงเจตนา	ตรวจสอบองค์ประกอบของหนังสือแสดงเจตนา	แบบตรวจสอบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา	เจ้าของชีวิต/บุคลากรสนับสนุน	เจตนาได้รับการบันทึกและสื่อสาร

แนวทางปฏิบัติงาน	เป้าหมาย	ชุดเครื่องมือหลัก	ผู้ใช้หลัก	ผลลัพธ์ของเครื่องมือ
	ตามที่หน่วยงานกำหนด			
ขั้น 8 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและเชื่อมต่อการดูแล	รวบรวมผลการประเมิน ข้อมูลจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนา เพื่อจัดทำหรือประสานแผนการดูแลรายบุคคล และเชื่อมต่อทีมดูแลแบบประคับประคอง เมื่อจำเป็น	แบบตรวจสอบการประสานแผนการดูแล/ แนวทางการส่งต่อและติดตามผล	รพ.สต./ทีมดูแลแบบประคับประคอง	แผนดูแล คน และข้อมูลเชื่อมต่อกัน
ขั้น 9 การติดตามและทบทวน	รักษาความต่อเนื่อง	แบบติดตามและทบทวนการดูแล	ผู้ประสานการดูแลรายบุคคล/ทีมดูแล	ข้อมูลและแผนการดูแลเป็นปัจจุบัน
ขั้น 10 ติดตามประเมินผลและพัฒนาระบบ	เรียนรู้จากงานจริง	ทบทวนศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล / AAR / แบบบันทึกปัญหาและประเด็นเชิงระบบ	รพ.สต./ คณะทำงาน ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล/ภาคีที่เกี่ยวข้อง	เกิดแผนปรับปรุงการดำเนินงานและข้อเสนอเชิงระบบ

8.2.1 ขั้นที่ 1: เตรียมระบบในพื้นที่

เป้าหมาย รพ.สต. ร่วมกับภาคีสำรวจบริการและทรัพยากรในพื้นที่ พร้อมกำหนดผู้ประสานหลักและช่องทางติดต่อให้ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในขั้นนี้ ได้แก่

1. แผนที่ภาคีและทรัพยากร

ใช้เพื่ออะไร

ใช้สำรวจภาคี บริการ และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อให้เห็นว่าแต่ละฝ่ายมีบทบาทหรือทรัพยากรใดที่สามารถนำมาสนับสนุนการดำเนินงาน การวางแผนดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและการดูแลแบบประคับประคอง

ใช้เมื่อไร

ก่อนเริ่มขับเคลื่อน และทบทวนเมื่อภาคีหรือระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลง

ใครใช้

รพ.สต./ศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลร่วมกับภาคีระดับตำบล

ใช้อย่างไร

ระบุภาคีตามบทบาท เช่น สุขภาพ สังคม ท้องถิ่น ชุมชน จิตวิญญาณ ครอบครัว และทรัพยากรที่แต่ละฝ่ายมี

ผลลัพธ์

ได้แผนที่ภาคีและทรัพยากรที่ระบุได้ว่า เรื่องใดควรประสานใคร และใครเป็นผู้ประสานหลัก

2. แผนที่การติดต่อและส่งต่อ

ใช้สำหรับการทำรายชื่อและช่องทางติดต่อที่ใช้งานได้จริง เช่น หากพบผู้ป่วยซับซ้อนต้องปรึกษาใคร หากต้องการบริการสังคมต้องประสานที่ไหน หากเกิดภาวะวิกฤตต้องติดต่อหน่วยใด ผลที่ได้คือรายชื่อผู้ประสานและช่องทางปรึกษาหรือส่งต่อที่สามารถใช้งานได้จริง

3. แนวทางปฏิบัติงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล

ใช้สำหรับการตรวจสอบความพร้อมของ “ระบบพื้นที่” เช่น

- มีผู้ประสานหรือไม่
- มีช่องทางปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองหรือไม่
- รู้ระบบส่งต่อหรือไม่

- รู้แหล่งทรัพยากรหรือไม่
- มีช่องทางติดตามกรณีหรือไม่
- มีรอบประชุมทบทวนหรือไม่

ผลลัพธ์

ทราบระดับความพร้อมของระบบ และประเด็นที่ควรพัฒนาหรือจัดเตรียมเพิ่มเติมก่อนดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 สร้างความรอบรู้

เป้าหมาย ขั้นนี้มุ่งให้ประชาชนเข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนา โดย อสม. และผู้ปฏิบัติงานควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่กดดันให้ตัดสินใจหรือจัดทำหนังสือแสดงเจตนาทันที เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

2.1 ชุดสื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้สื่อสรุปหนึ่งหน้า ภาพประกอบ เรื่องเล่า คำถามที่พบบ่อย หรือคลิปสั้น เพื่ออธิบายความหมายและความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนา เนื้อหาควรบอกด้วยว่าบุคคลสามารถทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงเจตนาได้ และควรเริ่มพูดคุยขณะที่ยังสามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ ประชาชนมีความเข้าใจพื้นฐานเพียงพอที่จะตัดสินใจว่าจะพูดคุยต่อหรือไม่

2.2 บัตรคำถามชวนคุย เป็นบัตรคำถามหรือชุดประโยคเปิดบทสนทนา เช่น

“ช่วงนี้มีอะไรในชีวิตที่สำคัญกับคุณมากที่สุด”

“ถ้าวันหนึ่งสุขภาพเปลี่ยนไป มีอะไรที่อยากให้ครอบครัวรู้ไว้”

เป้าหมายของเครื่องมือนี้เพื่อทำให้เรื่องนี้เริ่มคุยกันได้อย่างเป็นธรรมชาติ

ขั้นที่ 3 ค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน

เป้าหมาย ช่วยให้ รพ.สต. และ อสม. ทราบว่าบุคคลใดควรได้รับการประเมินหรือติดตาม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้มีโรคเรื้อรังซับซ้อน ผู้ที่เข้าโรงพยาบาลบ่อย ผู้ที่อยู่ในระบบดูแลแบบประคับประคอง ผู้ที่อยู่ลำพัง หรือครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการดูแล

เครื่องมือ 3.1 เครื่องมือค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน

ผลลัพธ์

ข้อมูลบุคคลหรือกลุ่มที่ควรได้รับการติดตาม พร้อมเหตุผลในการติดตามและผู้รับผิดชอบตามระบบงานของหน่วยบริการ

เครื่องมือนี้ต้องใช้โดยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ควรทำให้ข้อมูลสุขภาพกลายเป็นข้อมูลเปิดในชุมชน

ขั้นที่ 4 ประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน

เป้าหมาย ใช้ประเมินสถานการณ์ของบุคคลอย่างรอบด้าน เพื่อให้เข้าใจทั้งภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ไม่จำกัดเฉพาะภาวะโรคหรืออาการทางกายโดยพิจารณาอย่างน้อย

- สุขภาพและการดำเนินชีวิต
- อาการและความทุกข์
- สภาพจิตใจ
- ครอบครัวและผู้ดูแล
- เศรษฐกิจและสังคม
- ความเชื่อและจิตวิญญาณ
- ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพ
- สิ่งสำคัญและความกังวล

เครื่องมือ 4.1 กรอบประเมิน 5 มิติตามบทที่ 5 คือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว จิตวิญญาณและความเชื่อ และความเข้าใจรวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ พร้อมแบ่งผลเป็นกลุ่ม A–C

เครื่องมือ 4.2 แบบตรวจสอบความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ใช้ผลการประเมินเพื่อกำหนดแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสม ไม่ใช่เกณฑ์คัดบุคคลออกจากกระบวนการการวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยอาจพิจารณาดำเนินการดังนี้

พร้อม ⟶ นัด การวางแผนดูแลล่วงหน้า

ยังไม่พร้อม ⟶ ให้ข้อมูลและติดตาม

ซับซ้อน ⟶ ปรึกษาทีมที่เหมาะสม

คำว่า “ยังไม่พร้อม” ไม่ควรตีความว่าเป็นการปฏิเสธการพูดคุย การวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือการทำหนังสือแสดงเจตนา แต่หมายถึงบุคคลอาจต้องการข้อมูล เวลา หรือการสนับสนุนเพิ่มเติม

ผลลัพธ์

เข้าใจความต้องการ ปัญหา ความพร้อม และประเด็นที่ควรได้รับการดูแลหรือประสานก่อนเข้าสู่กระบวนการ การวางแผนดูแลล่วงหน้า

ขั้นที่ 5 สนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า

เป้าหมาย เพื่อเข้าใจเป้าหมายการดูแลร่วมกัน

เครื่องมือ 5.1 แนวทางการสนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การสนทนาสามารถเริ่มจากเรื่องชีวิตและสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญ ก่อนค่อย ๆ เชื่อมไปสู่คุณค่าความกังวล เป้าหมาย และความต้องการด้านการดูแล ไม่ควรเริ่มด้วยคำถามเชิงหัตถการเพียงอย่างเดียว

เครื่องมือ 5.2 แบบบันทึกคุณค่าและความต้องการ

ช่วยบันทึกสาระสำคัญจากการสนทนา เช่น

- สิ่งที่มีความหมาย
- สิ่งที่ยอมรับได้/ยอมรับไม่ได้
- ความกังวล
- เป้าหมายการดูแล
- บุคคลสำคัญ
- ประเด็นที่ต้องทบทวน

ผลลัพธ์

เจ้าของชีวิต ครอบครัว และทีมดูแลเข้าใจคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการดูแลร่วมกัน การพูดคุยอาจเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งครั้งและควรทบทวนเมื่อภาวะสุขภาพ สถานการณ์ชีวิต หรือความต้องการเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 6 ประชุมร่วมกับครอบครัว

เป้าหมาย ครอบครัวและทีมดูแลเข้าใจและยึดเจตนาของเจ้าของชีวิตเป็นหลักในการตัดสินใจร่วมกัน เมื่อเจ้าของชีวิตต้องการให้ครอบครัวร่วมรับรู้ ครอบครัวเข้าใจไม่ตรงกัน เปลี่ยนเป้าหมายการดูแล และเมื่อจำเป็นต้องเตรียมครอบครัวก่อนเข้าสู่ระยะสำคัญของการดูแล

เครื่องมือ 6.1 แนวทางการประชุมครอบครัว

แนวทางดำเนินการ

ก่อนการประชุม: กำหนดวัตถุประสงค์และผู้ที่ควรเข้าร่วม

ระหว่างการประชุม: รับฟังเจตนา ความเข้าใจ ความกังวล และประเด็นที่เห็นต่าง

สิ้นสุดการประชุม: สรุปสิ่งที่เข้าใจร่วมกัน ประเด็นที่ต้องหารือต่อ และผู้รับผิดชอบติดตาม

ผลลัพธ์

ครอบครัวและทีมดูแลเข้าใจความต้องการของเจ้าของชีวิตตรงกันมากขึ้น โดยยึดเจตนาและการตัดสินใจของเจ้าของชีวิตเป็นหลัก

ขั้นที่ 7 หนังสือแสดงเจตนา

เป้าหมาย เพื่อตรวจสอบหนังสือแสดงเจตนาให้เป็นไปตามระบบที่หน่วยงานกำหนด เช่น เจ้าของชีวิตเข้าใจหรือไม่ ข้อความสะท้อนเจตนาของเจ้าของชีวิตหรือไม่ มีประเด็นใดควรปรึกษาบุคลากรเพิ่มเติมหรือไม่ ได้สื่อสารเจตนาให้บุคคลสำคัญรับทราบตามความเหมาะสมหรือไม่ ข้อมูลต้องบันทึกที่ใด และเจ้าของชีวิตทราบหรือไม่ว่าสามารถทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงได้

เครื่องมือ 7.1 แบบตรวจสอบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา

ผลลัพธ์

เจตนาได้รับการบันทึกในรูปแบบที่สามารถนำไปสื่อสารและเชื่อมต่อกับการดูแล

ขั้นที่ 8 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและเชื่อมต่อการดูแล

เป้าหมาย เพื่อให้ข้อมูลสำคัญและแผนการดูแลได้รับการส่งต่อพร้อมกับการเปลี่ยนสถานที่หรือทีมดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล

เครื่องมือ 8.1 แบบตรวจสอบการประสานแผนการดูแล

ตรวจ 6 เรื่องหลัก

คน – ใครเป็นผู้ประสาน

ข้อมูล – ข้อมูลสำคัญอยู่ที่ใด

แผนการดูแลรายบุคคล – ทีมเข้าใจตรงกันหรือไม่

ครอบครัว – เข้าใจแผนหรือไม่

บริการ – ต้องเชื่อมบริการใด

ภาวะวิกฤต – หากเกิดเหตุจะติดต่อใคร

บทที่ 6 วางหลักว่าข้อมูลการวางแผนดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและแผนการดูแลรายบุคคล ต้องสามารถส่งต่อหรือเข้าถึงได้ตามสิทธิและความจำเป็นเมื่อบุคคลเปลี่ยนสถานที่หรือระดับการดูแล

เครื่องมือ 8.2 แนวทางการส่งต่อและเปลี่ยนผ่านการดูแล

ใช้เฉพาะจุดเปลี่ยนสำคัญ เช่น

บ้าน ⟶ รพ.สต.

รพ.สต. ⟶ โรงพยาบาล

โรงพยาบาล ⟶ บ้าน

ชุมชน ⟶ การดูแลแบบประคับประคอง

ภาวะวิกฤต ⟶ ห้องฉุกเฉิน

ผลลัพธ์

ข้อมูลสำคัญและแผนการดูแลได้รับการส่งต่อไปพร้อมกับการเปลี่ยนสถานที่หรือทีมดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล

ขั้นที่ 9 ติดตามและทบทวนการดูแล

เป้าหมาย เพื่อให้แผนการดูแลสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ความต้องการ และเจตนาของเจ้าของชีวิตที่อาจเปลี่ยนแปลง พร้อมปรับการดูแลและประสานทีมที่เกี่ยวข้องได้อย่างต่อเนื่องและทันท่วงที

เครื่องมือ 9.1 แบบติดตามและทบทวนการดูแล

ใช้เมื่อ สุขภาพเปลี่ยน เข้า/ออกโรงพยาบาล ผู้ดูแลเปลี่ยน ความต้องการเปลี่ยน เกิดเหตุการณ์สำคัญ ถึงรอบทบทวน

คำถามหลักควรเรียบง่ายว่า

“สิ่งที่เราเคยคุยกันไว้ ยังตรงกับสิ่งที่คุณต้องการในวันนี้หรือไม่”

ตรวจต่อว่าข้อมูลในการวางแผนดูแลล่วงหน้า, หนังสือแสดงเจตนาและแผนการดูแลรายบุคคลยังเป็นปัจจุบันหรือไม่ และทีมที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลล่าสุดหรือไม่

ผลลัพธ์

เจตนาและแผนการดูแลสอดคล้องกับความต้องการของเจ้าของชีวิตในปัจจุบัน

ขั้นที่ 10 ติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบ

เป้าหมาย รพ.สต. รวบรวมผลการดำเนินงานตั้งแต่การสร้างความรอบรู้จนถึงการติดตามและทบทวน เพื่อนำมาวิเคราะห์การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล ปัญหาการส่งต่อ และประสบการณ์ของครอบครัว จากนั้นจึงทบทวนผลและจัดทำแผนปรับปรุงการดำเนินงานร่วมกับภาคี

เครื่องมือ 10.1 ตารางสรุปผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล สามารถเป็นตารางสรุปอย่างง่ายที่ตอบว่า

- มีคนเข้าถึงกระบวนการกี่คน
- สะดุดตรงขั้นใด
- อะไรเกิดซ้ำ
- บุคคลที่ไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง
- อะไรเป็นปัญหาของหน่วยบริการ
- อะไรเป็นปัญหาระดับระบบ

เครื่องมือ 10.2 การทบทวนหลังการดำเนินงาน

ใช้คำถาม 4 ข้อ

- เราตั้งใจให้เกิดอะไร
- เกิดอะไรขึ้นจริง
- เพราะอะไร
- รอบต่อไปจะปรับอะไร

เครื่องมือ 10.3 แบบบันทึกปัญหาและประเด็นเชิงระบบ แยกปัญหาเป็น

แก้ระดับตำบลได้ ⟶ ทำแผนปรับปรุงการดำเนินงาน

เกินระดับตำบล ⟶ ส่งเป็นปัญหาหรือประเด็นเชิงระบบไปอำเภอ/จังหวัด/เขต

ประเด็นที่เกินขีดความสามารถหรืออำนาจหน้าที่ของระดับตำบล ควรได้รับการรวบรวม วิเคราะห์ และส่งต่อเป็นประเด็นเชิงระบบไปยังระดับอำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพัฒนาระบบและข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

แผนภาพที่ 8.1 แสดงแผนที่เครื่องมือตามแนวทางปฏิบัติของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล



ที่มา : ผู้จัดทำ

8.3 เครื่องมือข้ามขั้นตอน: แนวทางจัดการความเสี่ยงและส่งต่อปัญหา

แนวทางจัดการความเสี่ยงและส่งต่อปัญหาใช้ได้ตลอดทั้ง 10 ขั้นตอน เมื่อพบปัญหา ให้ประเมินสถานการณ์ ระบุผู้เกี่ยวข้อง ประสานการช่วยเหลือ และติดตามผลตามความเหมาะสม เช่น

- ครอบครัวมีความเห็นต่าง
- ข้อมูลไม่ครบหรือไม่สามารถเข้าถึงได้
- บุคลากรต้องการคำปรึกษาในกรณีซับซ้อน
- บุคคลขาดผู้ดูแล
- มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือสังคม
- มีประเด็นด้านสิทธิหรือกระบวนการ
- กรณีเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการ

ตารางที่ 8.2 แสดงแนวทางเลือกใช้เครื่องมือตามสถานการณ์

สถานการณ์ที่พบ	เครื่องมือที่แนะนำ
ยังไม่ทราบภาคีและทรัพยากรสนับสนุนในพื้นที่	แผนที่ภาคีและทรัพยากร
ประชาชนยังไม่เข้าใจการวางแผนดูแลล่วงหน้า/หนังสือแสดงเจตนา	ชุดสื่อสร้างความรอบรู้และบัตรคำถามชวนคุย
ต้องการค้นหาบุคคลที่ควรได้รับการติดตามหรือชวนพูดคุย	เครื่องมือค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน
พบผู้ที่มีปัญหาหรือความต้องการหลายมิติ	การประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน
ยังไม่แน่ใจว่าบุคคลพร้อมเข้าสู่การพูดคุย การวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือไม่	แบบตรวจสอบความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
พร้อมเริ่มพูดคุย	แนวทางการสนทนาเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า
ครอบครัวควรร่วมเข้าใจ	แนวทางการประชุมครอบครัว
พร้อมบันทึกเจตนา	แบบตรวจสอบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา
มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า/หนังสือแสดงเจตนา แล้วแต่ยังไม่เชื่อมการดูแล	แบบตรวจสอบการประสานแผนการดูแล
กลับจากโรงพยาบาล/สุขภาพเปลี่ยน	แบบติดตามและทบทวนการดูแล
พบสถานการณ์ซับซ้อนหรือเกินขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน	แนวทางจัดการความเสี่ยงและส่งต่อปัญหา
ปัญหาเกิดซ้ำหลายราย	สรุปผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล/ทบทวนหลังดำเนินงาน

8.4 เครื่องมือฉบับพร้อมใช้ในภาคผนวก

เพื่อให้เนื้อหาหลักของบทกระชับและสะดวกต่อการใช้งาน เครื่องมือและแบบฟอร์มฉบับพร้อมใช้รวบรวมไว้ในภาคผนวก ดังนี้

กลุ่มเครื่องมือเตรียมระบบ: **ภาคผนวก** ก–ค

กลุ่มเครื่องมือสร้างความเข้าใจและค้นหากลุ่มเป้าหมาย: **ภาคผนวก** ง–จ

กลุ่มเครื่องมือประเมินและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า: **ภาคผนวก** ฉ–ซ

กลุ่มเครื่องมือครอบครัวและหนังสือแสดงเจตนา: **ภาคผนวก** ฌ–ญ

กลุ่มเครื่องมือเชื่อมต่อและติดตามการดูแล: **ภาคผนวก** ฎ–ฐ

กลุ่มเครื่องมือจัดการความเสี่ยงและพัฒนาระบบ: **ภาคผนวก** ฑ–ณ

เครื่องมือระบบข้อมูล: **ภาคผนวก** ด

8.5 หลักการใช้เครื่องมือ

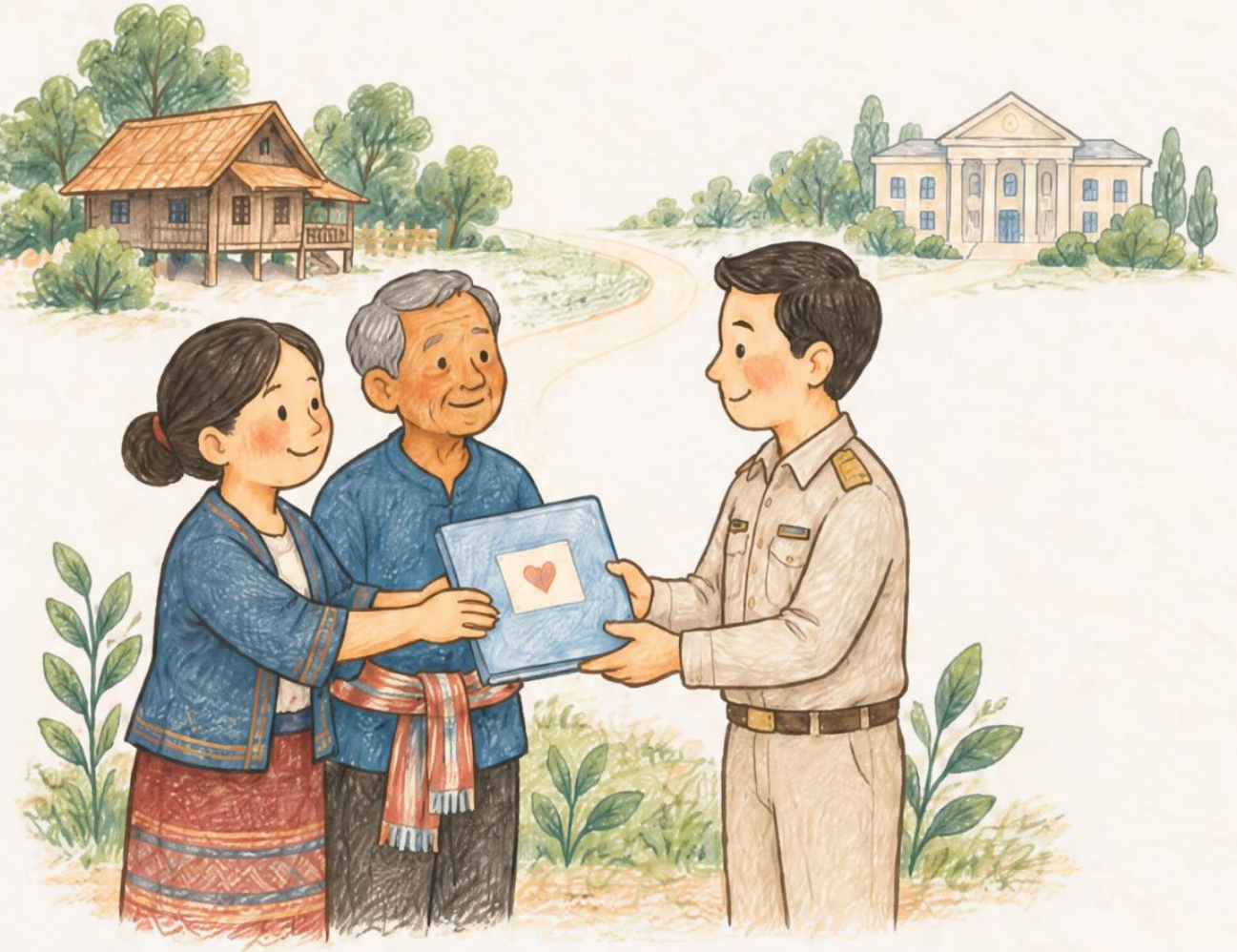
เครื่องมือในบทนี้ช่วยจัดระบบการทำงานและลดการตกหล่นของข้อมูลสำคัญ ผู้ปฏิบัติงานไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทุกชิ้นกับทุกคน แต่ควรเลือกใช้ตามวัตถุประสงค์ ความพร้อมของบุคคล ความซับซ้อนของกรณี และบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง

รพ.สต. ในฐานะศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบลไม่จำเป็นต้องดำเนินการทุกกิจกรรมด้วยตนเอง แต่ควรสามารถประเมินได้ว่าในแต่ละสถานการณ์ควรใช้เครื่องมือใด ใครเป็นผู้ดำเนินการ ข้อมูลหรือผลลัพธ์ที่ได้ต้องเชื่อมต่อไปยังส่วนใด และเมื่อใดควรประสานหรือส่งต่อให้หน่วยงานหรือทีมที่มีบทบาทเหมาะสม

เครื่องมือในบทนี้ใช้ประกอบแนวทางปฏิบัติงานในบทที่ 5 โดยช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเลือกใช้เครื่องมือได้เหมาะกับแต่ละขั้นตอน และนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงการดำเนินงานหรือเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไข ซึ่งเป็นฐานสำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายในบทที่ 9

บทที่ 9

ข้อเสนอเชิงนโยบาย จากระดับพื้นที่สู่ระดับประเทศ



จากแนวทางและบทเรียนในบทที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า การทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ไม่อาจเป็นหน้าที่ของ รพ.สต. หรือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องได้รับการสนับสนุนจากระดับอำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศ ทั้งด้านระบบบริการ บุคลากร งบประมาณ ข้อมูล และการติดตามผล บทนี้จึงรวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 9.1 แสดงข้อเสนอต่อการสนับสนุนจากระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

ข้อเสนอ	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานร่วม	ระยะการขับเคลื่อน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1. พัฒนากรอบการติดตามและตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความต่อเนื่องของการดูแล ครอบคลุมการเข้าถึงกระบวนการ การทบทวนแผนการดูแลรายบุคคล ความต่อเนื่องของข้อมูล และการดูแลที่สอดคล้องกับเจตนาของเจ้าของชีวิต โดยไม่ใช้จำนวนหนังสือแสดงเจตนาเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จเพียงอย่างเดียว	กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), เขตสุขภาพ	ระยะสั้น (ภายใน 1 ปี)	เกิดการติดตามคุณภาพที่สะท้อนทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแล และสามารถนำข้อมูลกลับมาใช้พัฒนาระบบได้อย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาแนวทางสนับสนุนและเชื่อมโยงทรัพยากรสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เช่น การสร้างความรอบรู้ การเยี่ยมบ้าน การประชุมร่วมกับครอบครัว การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการประสานการดูแล โดยใช้แหล่งงบประมาณ กองทุน และทรัพยากรที่มีอยู่ตามอำนาจหน้าที่และหลักเกณฑ์ของแต่ละหน่วยงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตสุขภาพ	ระยะสั้น (ภายใน 1 ปี)	พื้นที่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น ลดการพึ่งพางบประมาณโครงการเฉพาะกิจ

ข้อเสนอ	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานร่วม	ระยะการขับเคลื่อน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3. พัฒนากรอบสมรรถนะและระบบพัฒนาศักยภาพด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรปฐมภูมิและภาคีชุมชน ครอบคลุมความรู้ ทักษะการสื่อสาร การชวนพูดคุย การประสานการดูแล การใช้เครื่องมือ และการจัดการกรณีซับซ้อน พร้อมจัดระบบพี่เลี้ยงและช่องทางให้คำปรึกษา และจัดให้มีทีมรับผิดชอบ คู่มือปฏิบัติงาน ระบบส่งมอบงาน และการพัฒนาบุคลากรทดแทน เพื่อไม่ให้งานหยุดชะงักเมื่อผู้รับผิดชอบเปลี่ยนแปลง	กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สช.	สถาบันการศึกษา, เขตสุขภาพ, สปสช., สภาวิชาชีพ	ระยะกลาง (1–2 ปี)	1. บุคลากรและภาคีมีสมรรถนะตามบทบาท 2. ใช้กลไก พชอ. โรงพยาบาลแม่ข่าย และทีมดูแลแบบประคับประคองสนับสนุนวิชาการ ให้คำปรึกษา และรับ–ส่งต่อกรณีซับซ้อน
4. พัฒนาแนวทางและระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการฉุกเฉินตรวจสอบและเข้าถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และแผนการดูแลรายบุคคลที่เป็นปัจจุบันได้อย่างรวดเร็ว ตามบทบาท สิทธิ และความจำเป็นในการดูแล	กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)	สช., สปสช., เขตสุขภาพ, โรงพยาบาลทุกระดับ	ระยะกลาง (1–3 ปี)	ลดความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจดูแล และเพิ่มโอกาสให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินสอดคล้องกับข้อมูลและเจตนาที่บุคคลได้แสดงไว้
5. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่นโยบาย **“แผนรองรับสังคมสูงวัย”** และมาตรการสนับสนุนตาม	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และ	รพ.สต. สช. สปสช. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ระยะกลาง (1–3 ปี)	เกิดกลไกสนับสนุนระดับพื้นที่ที่เชื่อมระบบสุขภาพ สังคม และชุมชน และช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องแม้มี

ข้อเสนอ	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานร่วม	ระยะการขับเคลื่อน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
อำนาจหน้าที่ และใช้กลไกเดิมของพื้นที่ดำเนินงานต่อเนื่องตามบริบทของพื้นที่	องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่			การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างหรือการบริหาร
6. พัฒนามาตรฐานและกลไกเชื่อมโยงข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อให้ข้อมูลสำคัญติดตามไปกับบุคคลเมื่อมีการเปลี่ยนหน่วยบริการ สถานที่ หรือระดับการดูแล พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ หลักเกณฑ์การเข้าถึง การบันทึกประวัติการใช้งาน การทบทวนสิทธิการเข้าถึงข้อมูลและแนวทางรับมือเมื่อข้อมูลรั่วไหลหรือถูกใช้เกินความจำเป็น โดยเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่ และไม่พัฒนาฐานข้อมูลซ้ำซ้อน	กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	สปสช., เขตสุขภาพ, อบจ. และหน่วยบริการ	ระยะยาว (3–5 ปี)	ข้อมูลสำคัญสามารถเข้าถึงหรือแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องได้ตามบทบาท สิทธิ และความจำเป็น ลดการสูญหายหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูล และสนับสนุนการดูแลที่สอดคล้องกับเจตนาของเจ้าของชีวิต

ข้อเสนอ	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานร่วม	ระยะการขับเคลื่อน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
7. พัฒนากลไกช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ผู้ที่ใช้ภาษาแตกต่างจากบุคลากร และผู้ที่ต้องได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจ รวมถึงครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือสังคม ให้เข้าถึงการวางแผนและการดูแลช่วงท้ายของชีวิตอย่างเท่าเทียม โดยเชื่อมการทำงานของระบบสุขภาพ ระบบสังคม ท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน	หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านการพัฒนาสังคม	รพ.สต., โรงพยาบาล, พมจ., นักสังคมสงเคราะห์, อพม., เครือข่ายชุมชนและองค์กรศาสนา	เริ่มดำเนินการภายใน 1 ปีและดำเนินการต่อเนื่อง	ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการวางแผนและการดูแลช่วงท้ายของชีวิต
8.พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ครอบคลุมการเข้าถึง คุณภาพการพูดคุย ความเข้าใจของบุคคลและครอบครัว ความต่อเนื่องของข้อมูล การทบทวนแผนการดูแล และการดูแลที่สอดคล้องกับเจตนา เพื่อนำผลไปปรับปรุงการดำเนินงานและข้อเสนอเชิงนโยบาย	กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	สปสช. เขต สุขภาพ สสจ. อบจ. หน่วยบริการ สถาบันวิชาการ และเครือข่ายภาคประชาชน	เริ่มดำเนินการภายใน 1 ปี และดำเนินการต่อเนื่อง	พื้นที่สามารถนำข้อมูลและบทเรียนมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน ระบบบริการ และข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ: ระยะเวลาที่ระบุเป็นกรอบเสนอสำหรับการจัดลำดับการขับเคลื่อน สามารถปรับให้เหมาะสมกับนโยบาย ความพร้อม อำนาจหน้าที่ และบริบทของแต่ละหน่วยงานและพื้นที่

ข้อเสนอเชิงนโยบายในบทนี้มุ่งทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามปกติ ตั้งแต่บ้าน ชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาล จนถึงการดูแลช่วงท้ายของชีวิต โดยมีนโยบาย บุคลากร ทรัพยากร ระบบข้อมูล และกลไกความร่วมมือสนับสนุนการทำงานในแต่ละระดับ

ความสำเร็จจึงไม่ควรวัดจากจำนวนหนังสือแสดงเจตนาเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาว่าประชาชนมีโอกาสคิด พูดคุย และวางแผนการดูแลของตนเองหรือไม่ ข้อมูลได้รับการทบทวนและส่งต่อหรือไม่ และเมื่อบุคคลไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจได้ การดูแลยังสอดคล้องกับคุณค่าและเจตนาที่ได้แสดงไว้เพียงใด

รายการเครื่องมือภาคผนวกและชองทางดาวนโหลด

ช่องทางการดาวนโหลด

https://drive.google.com/drive/folders/1AD2rx-NAwHejKSwFqtO3HhYQidYy5VgWรายการ

เครื่องมือ

1. กลุ่มเครื่องมือเตรียมระบบ: ภาคผนวก ก–ค

- ภาคผนวก ก แผนที่ภาคีและทรัพยากรในพื้นที่
  (Stakeholder & Resource Map)
- ภาคผนวก ข แผนที่ผู้ประสานงานและการส่งต่อ
  (Contact & Referral Map)
- ภาคผนวก ค แบบตรวจสอบความพร้อมของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล
  (Local Hub Readiness Checklist)

2. กลุ่มเครื่องมือสร้างความเข้าใจและค้นหากลุ่มเป้าหมาย: ภาคผนวก ง–จ

- ภาคผนวก ง การ์ดสร้างความเข้าใจและแนวคำถามชวนคุย
  (Health Literacy / Conversation Starter Card)
- ภาคผนวก จ แบบค้นหาและติดตามบุคคลในชุมชน
  (Community Radar)

3. กลุ่มเครื่องมือประเมินและสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า: ภาคผนวก ฉ–ซ

- ภาคผนวก ฉ แนวทางประเมินบุคคลอย่างรอบด้าน
  (Comprehensive Assessment Guide)
- ภาคผนวก ช แบบประเมินความพร้อมในการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
  (ACP Readiness Checklist)
- ภาคผนวก ซ แนวทางสนทนาและแบบบันทึกความต้องการเกี่ยวกับการดูแล
  (ACP Conversation Guide & Preference Record)

4. กลุ่มเครื่องมือสำหรับครอบครัวและหนังสือแสดงเจตนา: ภาคผนวก ฌ–ญ

- ภาคผนวก ฌ แนวทางประชุมร่วมกับครอบครัว
  (Family Meeting Guide)
- ภาคผนวก ญ แบบตรวจสอบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา
  (Living Will Checklist)

5. กลุ่มเครื่องมือเชื่อมต่อและติดตามการดูแล: ภาคผนวก ฎ–ฐ

- ภาคผนวก ฎ แบบตรวจสอบการประสานแผนการดูแล (Care Coordination Checklist)
- ภาคผนวก ฏ แผนผังการส่งต่อและเปลี่ยนผ่านการดูแล (Referral & Transition Flow)
- ภาคผนวก ฐ แบบติดตามและทบทวนการดูแล (Follow-up & Review Checklist)



6. กลุ่มเครื่องมือจัดการความเสี่ยงและพัฒนาระบบ: ภาคผนวก ฑ–ณ

- ภาคผนวก ฑ แบบประเมินความเสี่ยงและแนวทางยกระดับการจัดการ (Risk & Escalation Form)
- ภาคผนวก ฒ แบบทบทวนผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานการดูแลระดับตำบล (Local Hub Review / After Action Review)
- ภาคผนวก ณ แบบบันทึกปัญหาเชิงระบบและแนวทางปรับปรุง (System Issue Log / Improvement Plan)



7. เครื่องมือระบบข้อมูล: ภาคผนวก ด

- ภาคผนวก ด แนวทางการบันทึกและใช้งานระบบ e-Living Will



8. เรื่องเล่าจากการลงมือทำ บทเรียนการขับเคลื่อน living will โดยชุมชน



อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา, 127(65 ก), หน้า18-22.

กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).* กระทรวงสาธารณสุข.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. (2554). ราชกิจจานุเบกษา, 128(56 ง), 16-19.

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565. (2565). ราชกิจจานุเบกษา, 139(ตอนพิเศษ 240 ง), 11-15.

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา, 136(69 ก), 52-95.

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา, 136(56 ก), 165-185.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา, 124(16 ก), 1-18.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย ของชีวิต (Living Will). https://www.nationalhealth.or.th

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A. C., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliative Medicine, 28(8), 1000-1025. https://doi.org/10.1177/0269216314526272

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. BMJ, 340, c1345. https://doi.org/10.1136/bmj.c1345

Houben, C. H. M., Spruit, M. A., Groenen, M. T. J., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2014). Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Directors Association, 15(7), 477-489. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.01.008

Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology, 18(9), e543-e551. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. Journal of Pain and Symptom Management, 53(5), 821-832.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

World Health Assembly. (2016). Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat (A69/39). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/252698

World Health Organization. (2020, August 5). Palliative care. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

สุขภาวะ หรือภาวะที่เป็นสุข (well-being) ในทุกช่วงวัยของชีวิต เป็นยอดปรารถนาของทุกคน

ทกชมชนมาร่วมกันสร้างสขภาพสขภาวะ ในระยะท้ายของชีวิต



นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 2-3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 3
ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9000 โทรสาร 0 2832 9001
www.nationalhealth.or.th
http://e-livingwill.nationalhealth.or.th/