**A close up of a sign

Description automatically generatedแบบเสนอโครงการ** (แบบ ค. ๒)

**จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

(สำหรับผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม....................................................................

**ส่วนที่ ๑ : โครงการ**

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

ด้วย............................................................................. เขต.......................................กรุงเทพมหานคร มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน ......................................... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ............................................... บาท (...............................................) รายละเอียด มีดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข | | | | | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑  เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง | | กลุ่มที่ ๒  เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง | | กลุ่มที่ ๓  เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ............................................................................................................................(ระบุตามวันเริ่มต้น และสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้เสนอโครงการ |
|  | (.............................................................) |  |
| วัน .......... เดือน .................... พ.ศ. .......... | | |

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี **วัน เดือน ปี ที่จัดทำ...................................................................**

**แผนการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (**Care Plan) **ของชื่อ-สกุล………………………..…….......................………..................…........… เลขประจำตัวประชาชน................................................................ วันเดือนปีเกิด.................................................... อายุ................ปี**

**ที่อยู่............................................................................................................................................................................................................................................................................................... เบอร์ติดต่อ..................................................................................**

**การวินิจฉัยโรค....................................................................................................................................................................... มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่........................................................................ เลขที่** HHC**……...….................................................................…..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผลการประเมินภาวะสุขภาพ** | | | |
| **ด้านร่างกาย (Physical)** | **ด้านจิตใจ (Psychological)** | **ด้านสังคม (Social)** | **ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)** |
| **๑. สัญญาณชีพ (V/S)**  ปกติ ผิดปกติ ระบุ...................................................................  **๒. ความสะอาดของร่างกาย-ผิวหนัง**  สะอาด ไม่สะอาด ระบุ................................................................  **๓. ความสะอาดและสุขภาพของช่องปากและฟัน**  สะอาด ไม่สะอาด ระบุ................................................................  มีฟันผุ เหงือกอักเสบ  **๔. ความสามารถในการรับประทานอาหาร**  กินได้เอง ต้องมีคนป้อน NG Tube  **๕. ภาวะโภชนาการ/BMI**  ๕.๑ BMI : ปกติ ผอม ท้วม อ้วน  ๕.๒ ภาวะโภชนาการ : ซีด ไม่ซีด  **๖. การถ่ายปัสสาวะ**  ปกติ สวนเป็นบางครั้ง  Foley’s Catheter Cystostomy  **๗. การถ่ายอุจจาระ**  ปกติ ท้องผูก Colostomy  **๘. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ**  แผลกดทับ ข้อยึดติด ผลข้างเคียงจากยา  ปากแห้ง ตาแห้ง การติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ  **๙. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยง**  ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาด้านการทรงตัว  ปัญหาด้านการรับรส แสงสว่างไม่เพียงพอ การถ่ายเทอากาศไม่ดี  ที่พักอาศัยไม่แข็งแรง สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย  **๑๐. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**  ADL……… TAI……… PPSV2……… Pain score……… | **๑. ภาวะสุขภาพจิต**  ความเครียด (ST5).................…คะแนน  ภาวะซึมเศร้า (2Q)................…คะแนน  ภาวะซึมเศร้า (9Q)................…คะแนน  การฆ่าตัวตาย (8Q)..................…คะแนน  **๒. ภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย ๑ เครื่องมือ)**  Minicog …………….........….....…คะแนน  MMSE-T2002……….........…..…คะแนน  MoCA ……...…….….......…………คะแนน  AMT ………….……….......…………คะแนน | **๑. สิทธิการรักษา**  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ......................  ผู้พิการ ข้าราชการ  รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม  อื่น ๆ ระบุ..................................................  **๒. การมีญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว**  มี ไม่มี  **๓. การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม**  มีอาสาสมัคร/เครือข่ายช่วยดูแล  ได้รับเบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ  มีแหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน  มีการส่งเสริมรายได้/ฝึกอาชีพ  มีแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์  ทางการแพทย์  **๔. การเข้าถึงระบบส่งต่อ**  เข้าถึงระบบส่งต่อได้  ไม่สามารถเข้าถึงระบบส่งต่อได้  **๕. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน**  เข้าร่วม ไม่เข้าร่วม | **๑. ศาสนาที่นับถือ**  พุทธ คริสต์ อิสลาม  อื่น ๆ ระบุ..................................................  **๒. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา**  ทำสมาธิ สวดภาวนา/อธิษฐาน  ละหมาด สวดอ้อนวอน  อ่านหนังสือธรรมะ  อ่านพระคัมภีร์  อื่น ๆ ระบุ..................................................  **๓. ความต้องการ**  การอยู่อย่างสงบ  การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล  การเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ  การได้รับอภัยในสิ่งเคยทำผิดพลาด  การจัดให้มีสิ่งที่เคารพบูชา/  สิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ตัว  การปฏิบัติกิจกรรมศาสนา/ความเชื่อ  โดยตนเองหรือผู้ที่ไว้วางใจ/เคารพเชื่อถือ |
| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล.................................................................................................  ประเด็นปัญหา/ความต้องการ............................................................................................. | ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล....................................  ประเด็นปัญหา/ความต้องการ............................... | ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล....................................  ประเด็นปัญหา/ความต้องการ............................... | ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล....................................  ประเด็นปัญหา/ความต้องการ............................... |

ชื่อ-สกุล……………………………………...................................……………………………………………...................……… เลขที่ HHC………………………………........................................................................... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ..........................................................(ต่อ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมายการดูแล : ระยะสั้น** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **: ระยะยาว** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | |
| **การดูแล** | | | |
| **ด้านร่างกาย (Physical)** | **ด้านจิตใจ (Psychological)** | **ด้านสังคม (Social)** | **ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)** |
| **๑. ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  **และหรือญาติผู้ดูแล** ในเรื่องดังต่อไปนี้  โรคและหรือความเจ็บป่วย โภชนาการ การใช้ยา(ยากิน/ยาฉีด)  การออกกำลังกาย การกระตุ้นความคิด/ความรู้  การปรับสภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย  **๒. ให้การดูแล/การพยาบาลทั่วไป**  เพื่อความสะอาดและสุขสบายของร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การดูแลความสะอาด  ช่องปาก ฯลฯ  เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และหรือ การดูแล เช่น การเกิดแผลกดทับ  ข้อยึดติด แผลจากการใช้ยา อุบัติเหตุ ภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ  **๓. ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ**  การใช้ยาตามแผนการรักษา การใช้ความเย็น-ร้อน  การใช้เทคนิคอื่น ๆ ได้แก่ สมาธิ การนวด การสัมผัส  การจัดสิ่งแวดล้อม อื่น ๆ ระบุ.........................................  **๔. ให้การดูแล/การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ**  กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กระตุ้นการกลืน  **๕. ให้บริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก**    **๖. ให้การดูแล/การแนะนำญาติเพื่อความปลอดภัย กรณีมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว/การดูแลพิเศษ**  สายให้อาหารทางจมูก/หน้าท้อง สายสวนคาปัสสาวะ การดูดเสมหะ  การให้ออกซิเจน การทำลายเชื้อจากอุปกรณ์หลังการใช้  **๗. สอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุฯ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้**  การเคลื่อนย้าย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว    การเคาะปอด การช่วยเหลือออกกำลังกาย  **๘. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  สหวิชาชีพ สถานบริการที่เหมาะสม/มีศักยภาพเพียงพอในการดูแล  **๙. ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  ทุก ๖ เดือน ทุก ๓ เดือน ทุก ๑ เดือน | **๑. ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ**  **ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  **และหรือญาติผู้ดูแล** เกี่ยวกับ  การประเมินและการผ่อนคลายความเครียด  ทั้งของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ  บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล  การประเมินภาวะซึมเศร้า  **๒. ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความกลัว**  **ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน** โดย  สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ  เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก  ให้เวลาในการเยี่ยมสม่ำเสมอ  ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ  โรคและแผนการรักษาที่ชัดเจน  ให้ความมั่นใจในการดูแล  เพื่อควบคุมอาการรบกวนด้านร่างกาย  แนะนำกิจกรรมทางเลือก  เพื่อการบำบัด เช่น ดนตรี นวด ฯลฯ  **๓. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  **และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง** ไปยัง  นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์  สถานบริการที่เหมาะสม  **๔. ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพจิต**  **ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  **และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง** | **๑. ส่งเสริมให้เครือข่าย มีส่วนช่วย**  **ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  **และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  **๒. ส่งเสริมและเชื่อมสัมพันธภาพที่ดี**  **ในครอบครัว**  **๓. ประสานงานแหล่งสนับสนุนเพื่อการ**  **ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่น**  **ที่มีภาวะพึ่งพิง**  สิทธิการรักษา  แหล่งช่วยเหลือฉุกเฉิน  อุปกรณ์ทางการแพทย์  การสร้างรายได้/การฝึกอาชีพ  การส่งต่อ (วิธีการ สถานที่ และ  ยานพาหนะ) | **๑. ให้กำลังใจ ให้เกียรติ**  **เคารพในความเป็นบุคคล**  **๒. อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม**  **ทางศาสนา/ความเชื่อ**  สนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์  เช่น สื่อสารสนเทศ หนังสือ  คัมภีร์ วัตถุมงคล บุคคล ฯลฯ  สนับสนุนการฝึกทักษะ  การพัฒนาทางจิตวิญญาณ  เช่น การทำสมาธิบำบัด SKT  การละหมาด การสวดอ้อนวอน  **๓. สนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยให้ได้รับ**  **ความรัก/การให้อภัยจากบุคคลที่รัก**  **และบุคคลในครอบครัว**  **๔. สื่อสารและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม**  **ในการดูแล**  **๕. ทำ Family counselling**  **และหรือ Family meeting** |

ชื่อ-สกุล……………………………………...................................……………………………………………...................……… เลขที่ HHC………………………………........................................................................... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ..........................................................(ต่อ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | |
| **ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน....................................................................บาท (.............................................................................)**  โดยมีรายละเอียดดังนี้ | | |
| ๑. ค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)  ๒. ค่าอุปกรณ์ รวมเป็นเงิน...........................................บาท ประกอบด้วย  ๒.๑ .....................................................................................................  ๒.๒ .....................................................................................................  ๒.๓ .....................................................................................................  ๒.๔ .....................................................................................................  ๒.๕ .....................................................................................................  ๒.๖ .....................................................................................................  ๒.๗ .....................................................................................................  ๒.๘ .....................................................................................................  ๒.๙ .....................................................................................................  ๒.๑๐ ..................................................................................................  ๓. อื่น ๆ ระบุ.............................................................................................  ............................................................................................................. | เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท  เป็นเงิน.......................................................บาท |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | Caregiver | (ลงชื่อ) | ................................................................ | Care Manager |
|  | (.............................................................) |  |  | (.............................................................) |  |
|  | วัน ......... เดือน .................. พ.ศ. .......... |  |  | วัน ......... เดือน .................. พ.ศ. .......... |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล**

**ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** (สำหรับเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานครที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม....................................................................

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ..... /……....... เมื่อวันที่ ....... เดือน.................... พ.ศ. .......... ได้พิจารณาโครงการของ......................................................................................................... เขต.......................... กรุงเทพมหานคร ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

□ **อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ .......................................................................... จำนวน ................. คน เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ............................................... บาท (...............................................................) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน .................................... บาท (...............................................) รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข | | | | | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑  เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง | | กลุ่มที่ ๒  เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง | | กลุ่มที่ ๓  เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

□ **ไม่อนุมัติ**

เนื่องจาก.........................................................................................................................................

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .............................................. (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการอนุมัติ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ |  |
|  | (.............................................................) |  |
| ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว | | |
| สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร | | |
| วัน .......... เดือน .................... พ.ศ. .......... | | |