**แบบเสนอโครงการ** (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 ๒เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง | กลุ่มที่ ๓เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง | กลุ่มที่ ๔เหมือนกลุ่มที่ 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 อ้วน๕.๒ 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.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................บาทเป็นเงิน.......................................................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 ๒เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง | กลุ่มที่ ๓เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง | กลุ่มที่ ๔เหมือนกลุ่มที่ 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. .......... |