

โรงพยาบาลมวกเหล็ก จ.สระบุรี

ระเบียบปฏิบัติงาน รหัสเอกสาร:P-PCT-030	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care : COC)			
	เริ่มใช้ : 1 พฤษภาคม 2558	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : 1	หน้า : 10

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง

แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง(Continuity of Care: COC)

ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย	งานบริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานเวชศาสตร์ ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ		10 เมษายน 2558
ทบทวนโดย	นางสีนวน พรหมศรี		30 เมษายน 2558
อนุมัติโดย	แพทย์หญิงศิริดา ภูริวัฒนพงศ์		1 พฤษภาคม 2558

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	สถานะเอกสาร
1	กรกฎาคม 2559	ปรับปรุงครั้งที่ 1

สำเนาฉบับที่ :/.....

เอกสารฉบับ

ควบคุม

ไม่ควบคุม

สารบัญ

วัตถุประสงค์ ขอบข่าย		1
คำนิยาม		1นโยบาย
เป้าหมาย ตัวชี้วัด การดูแลต่อเนื่อง	4	
การแบ่งความผิดชอบ		5
วิธีปฏิบัติ		5
แผนภูมิที่ 1 ระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลมวกเหล็ก บ้านและชุมชน		9
แผนภูมิที่ 2 การเชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลมวกเหล็ก		10

ภาคผนวก

- F-PCT-040 ใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (บส.1)
- F-HPP-016 แบบตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- F-HPP-004 แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค
- F-HPP-005 แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน
- F-HPP-006 แบบประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง
- F-HPP-007 แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
- F-HPP-008 แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- F-HPP-009 แบบฟอร์มประเมินการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
- F-HPP-010 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหอบหืด
- F-HPP-011 แบบฟอร์มประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใส่ Tracheotomy tube
- F-HPP-012 แบบฟอร์มประเมินการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- F-HPP-013 แบบฟอร์มประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง
- F-HPP-014 แบบฟอร์มประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ
- F-HPP-015 แบบฟอร์มการประเมินการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	หน้า : 1/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT- 030	ฉบับที่ : 1
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	วันที่ : 1 พฤษภาคม 2558
แผนก: กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ	แผนกที่เกี่ยวข้อง: ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและดำเนินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยวิชาชีพต่างๆคือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร หรือทีมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับแผนบริการสุขภาพตาม

	ปัญหาของผู้ป่วย
ผู้จัดทำ : งานบริการสุขภาพที่บ้าน	ผู้อนุมัติ : พญ.ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลได้รับการดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องปัญหาสุขภาพ
- 1.2 เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ขอบข่าย

ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย การประสานส่งต่อ-การตอบกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายบริการ CUP สระบุรี ทั้งที่ส่งมาจากโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี รพช.มวกเหล็ก หรือจาก รพช.มวกเหล็ก สู่ รพ.สต.ในเครือข่ายอำเภอมวกเหล็ก

3. คำนิยาม

3.1 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและการแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เองและปัญหาที่ต้องให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหา ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับที่ชัดเจนเพื่อประสานแผนการดูแลที่มีคุณภาพ การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม

3.2 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยทางจิต เพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป็นบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การจัดระบบบริการที่มีความพร้อมของผู้ให้บริการสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และคงสภาวะสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว วางแผน ประสานงาน ให้บริการดูแลผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัว

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT-030	หน้า : 2/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

3.3 ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home care provider) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจมาจากหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรง หรือหลายหน่วยงาน ทั้งนี้อาจตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทีมเวชปฏิบัติ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและดำเนินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยวิชาชีพต่างๆคือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร และทีมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับแผนบริการสุขภาพตามปัญหาของผู้ป่วย

3.4 การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่ที่บ้าน มีทีมสุขภาพ

ร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้อยู่อย่างปกติที่สุด

3.5 การส่งต่อ (Referral) เป็นกระบวนการส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อที่บ้านหรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การส่งต่อต้องการความร่วมมือและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะถูกเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดความพร้อมจริง

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) หมายถึงการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคไต อัมพาต ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฯลฯ

3.7 ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความต้องการการช่วยเหลือที่บ้าน

ความรุนแรงระดับ 3 หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด มีสหสาขาวิชาชีพดูแลร่วมกับพยาบาลประจำ รพ.สต. และมีผู้ดูแล (Care giver) ดูแลประจำทุกวันและเป็น Care giver ที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้จริง ผ่านการฝึกอบรม หรือฝึกทักษะการดูแลเฉพาะราย

ความรุนแรงระดับ 2 หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้บางส่วน พยาบาลประจำ รพ.สต.สามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีความจำเป็น มี Care giver/อสม.เป็นผู้ดูแล

ความรุนแรงระดับ 1 หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้ดี มีอสม.ประจำบ้านเป็นผู้ดูแล

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT-030	หน้า : 3/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

3.8 จัดลำดับตามความสำคัญในการเยี่ยมบ้าน

ความรุนแรงระดับ 3 เยี่ยมบ้านโดย NP/RN + อสม + Care giver + สหสาขาวิชาชีพ ครั้งแรกภายในสัปดาห์ที่ 1 - 2 ต่อไปเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และเยี่ยมกรณีที่มีความจำเป็น จนกว่าจะเปลี่ยนไปเป็นความรุนแรงระดับ 2

ความรุนแรงระดับ 2 เยี่ยมบ้านโดย NP/RN + อสม. + Care giver ครั้งแรกภายในสัปดาห์ที่ 2 - 3 ต่อไปเยี่ยมอย่างน้อยทุก 3 เดือน และเยี่ยมเมื่อมีความจำเป็นจนกว่าจะเปลี่ยนไปเป็นความรุนแรงระดับ 1

ความรุนแรงระดับ 1 เยี่ยมบ้านโดย อสม.ประจำครอบครัว ครั้งแรกเยี่ยมภายใน 1 เดือน ต่อไปเยี่ยมทุก 6 เดือน (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค)

3.9 การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบเยี่ยมบ้าน (Case Closure) เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมการพยาบาลเยี่ยมบ้านตามแผนการจำหน่ายเป็นระยะๆ จนบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ พฤติกรรม และทักษะการดูแลตนเอง ปัญหาลดความรุนแรงพยาบาลประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อม สามารถจัดการปัญหาได้ พึ่งพาตนเองได้ หรือมีการย้ายที่อยู่ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะยุติลง ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากระบบการเยี่ยมบ้าน

3.10 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Unplanned readmission) หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยโรคหรืออาการเดิม ภายใน 28 วันหลังจำหน่ายโดยไม่ได้นัดหมาย

4.เอกสารอ้างอิง

สำนักการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข. “การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน Home Ward” กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร, 2556.

5.นโยบาย

ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ต้องสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีคุณภาพ มีการติดตามผลเพื่อให้มั่นใจได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม

กลุ่มโรคเป้าหมายที่ PCT รพ.มวกเหล็กกำหนดให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีดังนี้.....(ขอข้อมูลจาก PCT)ข้อมูลจาก PCT)กลุ่มเป้าหมายตามขอบเขตที่กำหนด หมายถึง

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อม ที่มีภาวะแทรกซ้อนซับซ้อนหรือประเด็นที่ต้องติดตาม
- กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร ออกซิเจนท่อเจาะคอ ล้างไตทางช่องท้อง
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคจนกระทั่งไม่สามารถรักษาได้และเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 4/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

- กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เป็นปัญหาจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (...PPS V2...)
- กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง)
- กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และ รพ.สต. มีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาล
- กลุ่มผู้ป่วยวินโรค ขาดยา เป็นซ้ำ ขาดนัด
- กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขาดยา/ ขาดการรักษา
- กลุ่มแม่และเด็ก ได้แก่ หญิงหลังคลอดและบุตร
- กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเอกสารส่งต่อ ให้ติดตามเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลอื่นๆ
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการใช้จ่าย

6. เป้าหมายของการดูแลต่อเนื่อง

เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย/ผู้ดูแลและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. ตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่อง

7.1 ตัวชี้วัด COC

1. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ (KPI Template G3.1 แผนยุทธศาสตร์ รพ.มวกเหล็ก 2558)
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยระดับ 3 ได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการตอบ กลับผลการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน
3. ร้อยละ 90 ของกลุ่มผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐาน
4. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยใช้ยาถูกต้อง
5. การเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (การเพิ่มความรุนแรงจากระดับ 1, 2 เป็นระดับ 3) ไม่เกิน ร้อยละ 10
6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 (ตามมาตรฐาน Barthel ADL Index) ดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 50 (ยกเว้นในกลุ่ม Palliative care)
7. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วย SNAP ในระยะ Acute (ภายใน 3 เดือนนับตั้งแต่การ Diagnosis) ต้อง ได้รับการเยี่ยมบ้านจากนักกายภาพบำบัด
8. Unplanned readmission rate ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยระดับ 3 ไม่เกินร้อยละ 5
9. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในชุมชนของระบบการดูแลต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 5/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

7.2 ตัวชี้วัดคุณภาพการเยี่ยมบ้าน (สำนักการพยาบาล)

1. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. (มีใบ บส.1)ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100
3. จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/สัปดาห์/คน
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน (แผลกดทับ ข้อติด UTI ปอดบวม Falls Infected Wound) ไม่เกินร้อยละ 5
5. อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ร้อยละ 80
6. อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วันทำการ ร้อยละ 80
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
8. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

6.ความรับผิดชอบ

6.1 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย (PCT) มีหน้าที่กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติ วางระบบการ ควบคุมกำกับกรวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการต่างๆ นำข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อ เที่ยบเคียงและหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดกลุ่มผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย (Criteria) ที่ต้องให้บริการการดูแล ต่อเนื่อง จัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรายที่มีผลการดูแลไม่ดีขึ้นวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและ ปัญหา ตัวชี้วัด พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงาน

6.2 ศูนย์เยี่ยมบ้านของ รพช.มวกเหล็ก เป็นศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ดำเนินงานโดยกลุ่มงานเวชศาสตร์ ครอบครัวยุทธศาสตร์และบริการด้านปฐมภูมิ มีหน้าที่เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจาก

โรงพยาบาลไปถึงบ้าน โดยจะรับข้อมูลจาก รพศ.สระบุรีหรือหอผู้ป่วย และประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปให้งานบริการสุขภาพที่บ้าน/ รพ.สต.เครือข่ายที่รับดูแลต่อ สนับสนุนครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย จัดระบบติดตามประเมินผลการดูแล รับประสาน เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การคืนข้อมูลแก่หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6.3 หอผู้ป่วย มีหน้าที่ เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย(บส.1)ให้ศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล

6.4 งานบริการสุขภาพที่บ้าน มีหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ และต่อเนื่อง เชื่อมโยงและส่งต่อการดูแลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 6/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

7.วิธีปฏิบัติ ขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องมีดังนี้

7.1 โรงพยาบาลมวกเหล็กตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

7.2 หอผู้ป่วยเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความพร้อมและสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่บ้าน ต้องแจ้งศูนย์เยี่ยมบ้านเพื่อจัดหาอุปกรณ์อย่างน้อย 3 วันทำการก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบ บส.1 และส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์เยี่ยมบ้านในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

7.3 ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) รับข้อมูลผู้ป่วย (บส.1) จากหอผู้ป่วยดำเนินการประสานข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปยัง รพ.สต. ที่ผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน ภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับใบ บส.1 การส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปลายทางใช้ช่องทางส่งข้อมูล 4 ช่องทาง คือ

- 1) ใส่ซองเอกสารนำไปฝากไว้ที่ สสอ.มวกเหล็ก โทรแจ้งให้ รพ.สต. ติดต่อกับที่ สสอ.มวกเหล็ก
- 2) Scan ข้อมูลและส่งทาง E-mail ของผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ของ รพ. สต.
- 3) ส่ง Fax
- 4) โทรศัพท์ยืนยันการรับเอกสาร

7.4 งานบริการสุขภาพที่บ้าน และ เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน รพ.สต.เครือข่าย กำหนดวันและดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายตามประเด็นสำคัญในการจัดบริการเยี่ยมบ้าน (ดังตารางที่1) และใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ในการประเมินครอบครัว (ดังตารางที่2)

ตารางที่1 ประเด็นสำคัญในการจัดบริการเยี่ยมบ้าน

ประเด็นสำคัญ	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 1
1.ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านครั้งแรก	ภายใน 1-2 สัปดาห์	ภายใน 2-3 สัปดาห์	ภายใน 1 เดือน
2.ระยะห่างของการเยี่ยมเพื่อติดตามอาการ	ทุก 1 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 6 เดือน หรือตามสภาพปัญหา

3.เป้าหมายการดูแล	-ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพ -ส่งเสริมการช่วยเหลือ/การดูแลจากครอบครัวชุมชน สังคมตามความต้องการ	-ป้องกันภาวะแทรกซ้อน-ป้องกันภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพรายใหม่/โรคใหม่	-พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่อง
-------------------	---	--	--

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 7/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

ตารางที่1 (ต่อ)

ประเด็นสำคัญ	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 1
4.ลักษณะการจัดบริการ	การดูแลทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด/เกือบทั้งหมด โดยทีมเยี่ยมบ้านเป็นผู้ช่วยเหลือCare giver ทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด	การดูแลทดแทนผู้ป่วยบางส่วน โดยทีมเยี่ยมบ้านเป็นผู้ช่วยหรือฝึกทักษะให้ผู้ป่วย/ Care giver สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง	ติดตามเยี่ยมเพื่อสนับสนุนและการให้ความรู้

ตารางที่2 การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

I:Immobility ความสามารถในการดูแลตนเอง	ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เองหรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้โทรศัพท์ การจัดยากินเอง ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเอง กินได้ ควบคุมการขับถ่ายได้ ด้านกิจกรรมอื่นๆที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร จัดยากินเอง ล้างรถ รวมถึงต้องดูว่ามีแขนขาเริ่มอ่อนแรง เดินข้อเท้าตึง นั่งยองลุกไม่ขึ้น กำน้ำมือเราไม่ได้ แขนมือยกแขนเหยียดออก
N:Nutrition ภาวะโภชนาการ	ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในส่วนที่สัมพันธ์กับภาวะโรค อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ปริมาณอาหารที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ อาหารที่ต้องแนะนำและหลีกเลี่ยงคือการปรุงรสเพิ่มด้วยเกลือหรือน้ำปลา ประเภททอดหรือมัน
H:Home Environment สภาพแวดล้อมในบ้าน /นอกบ้าน	สภาพแวดล้อมในบ้านและรอบบ้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่นสภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน การถ่ายเทอากาศ แสงสว่าง ใกล้ไกลชุมชน เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่
O:Other People สัมพันธภาพกับครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบและตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 8/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

ตารางที่2 (ต่อ)

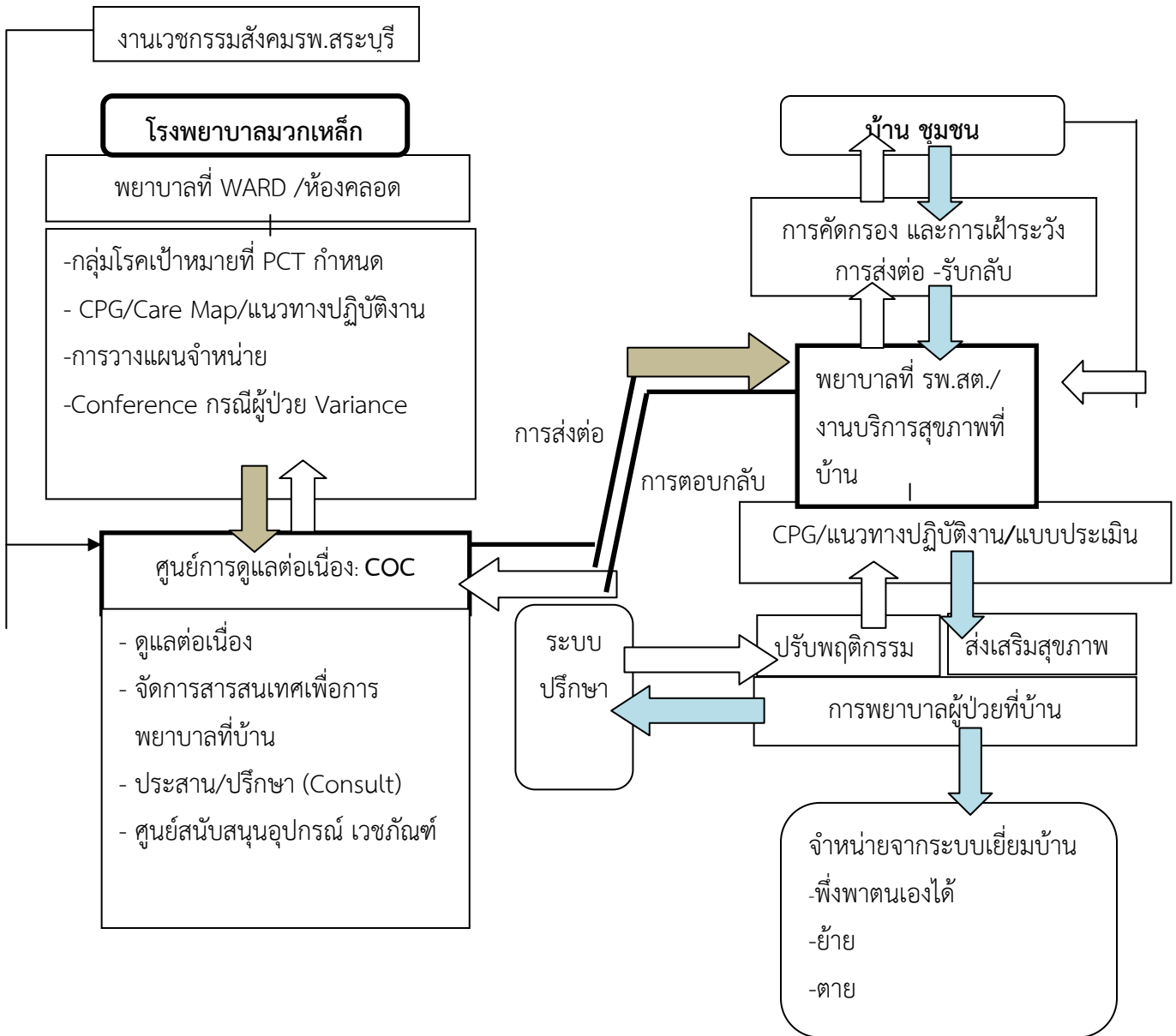
M: Medication ยา/การรักษาที่ได้รับ	การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้านของผู้ป่วย เพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเอง และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพ รักษาอยู่กับแพทย์หลายแห่งหรือไม่ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การกินยาตรงตามแผนการรักษาหรือไม่ ความสามารถในการจัดยากินเองและผลข้างเคียงจากยา
E:Examination/Evaluation การตรวจร่างกาย	การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลแผล การตรวจมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นนำมาปรับแผนการดูแล
S:Safety ความปลอดภัย	การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน บ้านใดมีความชื้น เพอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก พื้นห้องน้ำว่ามีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่
S:Service บริการที่ได้รับ	ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติ ให้ตรงกัน ความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและต้องรู้การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาลว่าต้องการการดูแลอย่างไร แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร บริการใกล้บ้านมีอะไรที่เหน็บ้าง
S: Spiritual Health จิตตปัญญา	ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ คุณค่าการใช้ชีวิต สิ่งที่ใช่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

5. การให้คำปรึกษาโดยผู้ชำนาญกว่า ทีมที่เยี่ยมบ้านที่พบปัญหาให้ Consult แพทย์ผู้รับผิดชอบ FCT ประจำโซนหรือ Consult แพทย์เวรวันนั้นๆ

6. ทีมเยี่ยมบ้านการตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านใน บส.1 หรือแบบตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS และส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านกลับไปยังศูนย์เยี่ยมบ้าน รพช.มวกเหล็ก ภายใน 1 เดือนนับจากวันที่ได้รับใบ บส.1 เพื่อคืนข้อมูลให้หอผู้ป่วยหรือทีมดูแลผู้ป่วยใช้ประโยชน์ต่อไป

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P- PCT – 030	หน้า : 9/10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

แผนภูมิที่ 1 ระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลมวกเหล็ก บ้านและชุมชน

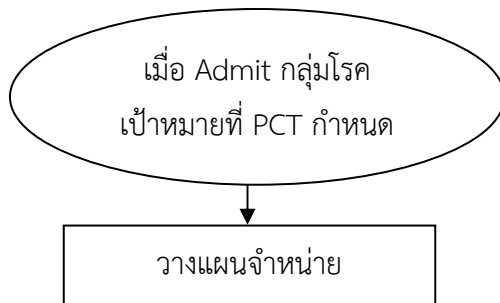


ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT -030	หน้า : 10/ 10
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	

แผนภูมิที่ 2 การเชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ผู้รับผิดชอบ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง



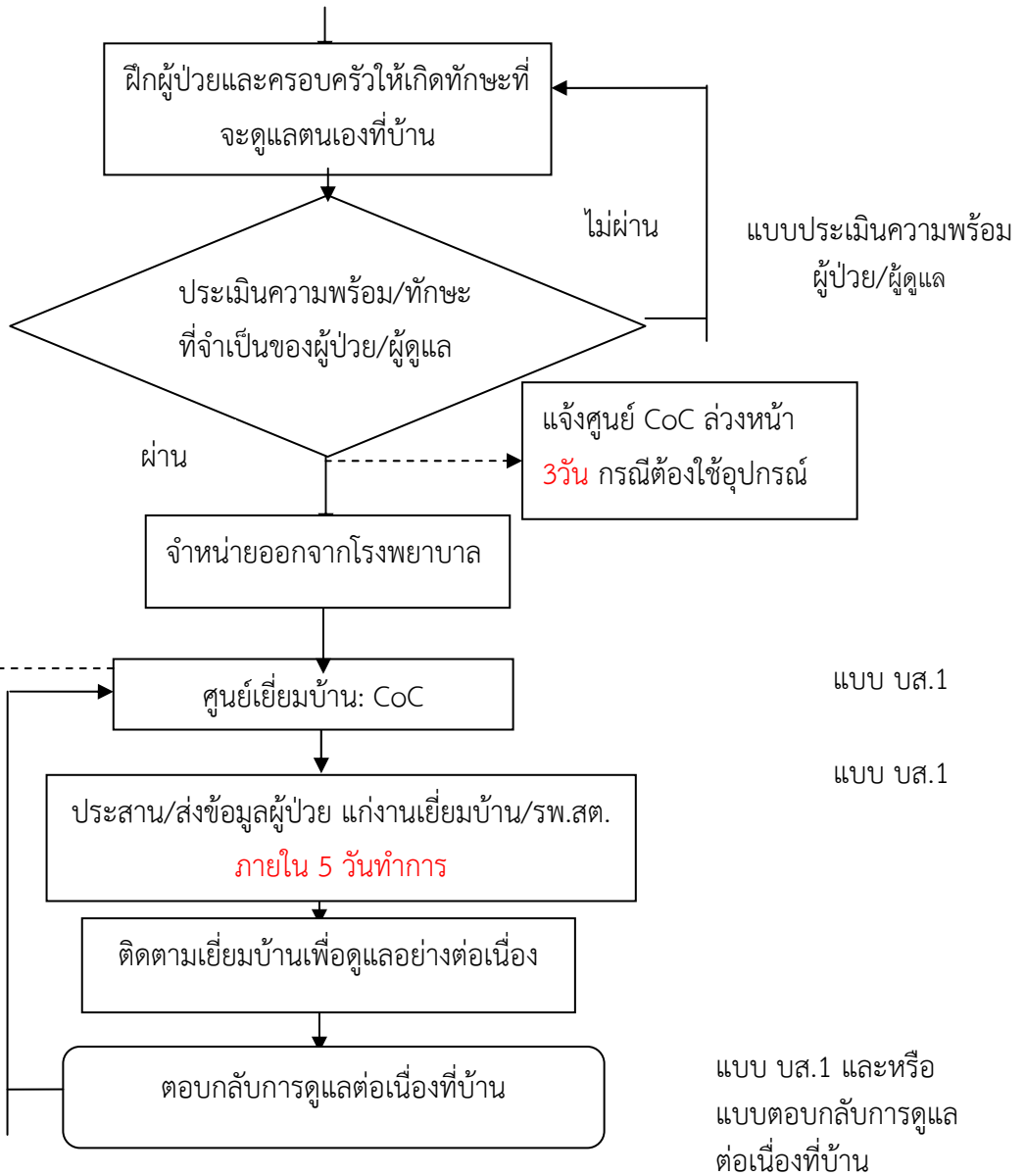
หอผู้ป่วย

ทีมสหวิชาชีพ

หอผู้ป่วย

พยาบาล
งานเยี่ยมบ้าน

พยาบาลเยี่ยมบ้าน
/พร.สต.ผู้ดูแล



ภาคผนวก

แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง บส1 แบบเดิม

ใบส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง (บส.1)

วันที่

ชื่อผู้ป่วย อายุ ปี HN..... AN..... สิทธิผู้ป่วย

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

แผนที่บ้าน (ในเขตรับผิดชอบ หมู่ 1,4,5,6,7,9,10 ต.มิตรภาพ หมู่ 3 ต.มวกเหล็ก)

สถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตได้

ประวัติการเจ็บป่วยโดยย่อ

การรักษาพยาบาลและอาการแสดงก่อนจำหน่าย

วันที่จำหน่าย การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

สภาพผู้ป่วย () หาย () ดูแลตนเองได้ () ทุเลา () ไม่ดีขึ้น

() ต้องการผู้อื่นช่วยดูแลบ้าง ผู้ดูแลคือ..... เป็น..... กับผู้ป่วย

() ต้องการผู้อื่นช่วยดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลคือ..... เป็น..... กับผู้ป่วย

สิ่งที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

() ยากลับบ้าน

() สาย NG Tube () สาย Foley's cath

() Tracheostomy tube () อื่นๆ คือ

นัดตรวจครั้งต่อไป (FU) วันที่ เวลา

ส่งต่อไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ

() ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลมวกเหล็ก () สถานีอนามัย

() ฝ่ายเวชกรรมสังคม/ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ต้องให้ทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้แก่

() ปัญหาสุขภาพเรื่อง () พื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่

() การรับประทานยา/ฉีดยา..... () ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เรื่อง

() การรักษาความสะอาดร่างกาย/การขับถ่าย ○ ปัสสาวะ ○ อุจจาระ ○ ส่วนอื่นๆ ระบุ

() การดูแลแผล (ระบุตำแหน่งและลักษณะแผล)

() อื่นๆ

ลงชื่อผู้บันทึก ตำแหน่ง

แบบบันทึกการติดตามสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. วันที่ติดตามเยี่ยม

2. สภาพอาการของผู้ป่วย (ระบุระดับความรู้สึกตัว/อาการเจ็บป่วย/สัญญาณชีพที่ประเมินได้)

.....

.....

.....

.....

.....

3. สรุปการติดตามดูแล ตามประเด็นปัญหาที่ส่งต่อ/ปัญหาอื่นที่พบขณะเยี่ยม

.....

.....

.....

.....

การช่วยเหลือสนับสนุนที่ให้

.....

.....

.....

.....

4. ไม่พบผู้ป่วยเนื่องจาก () ย้ายที่อยู่ () ตาย () อื่นๆ ระบุ.....

5. เจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน