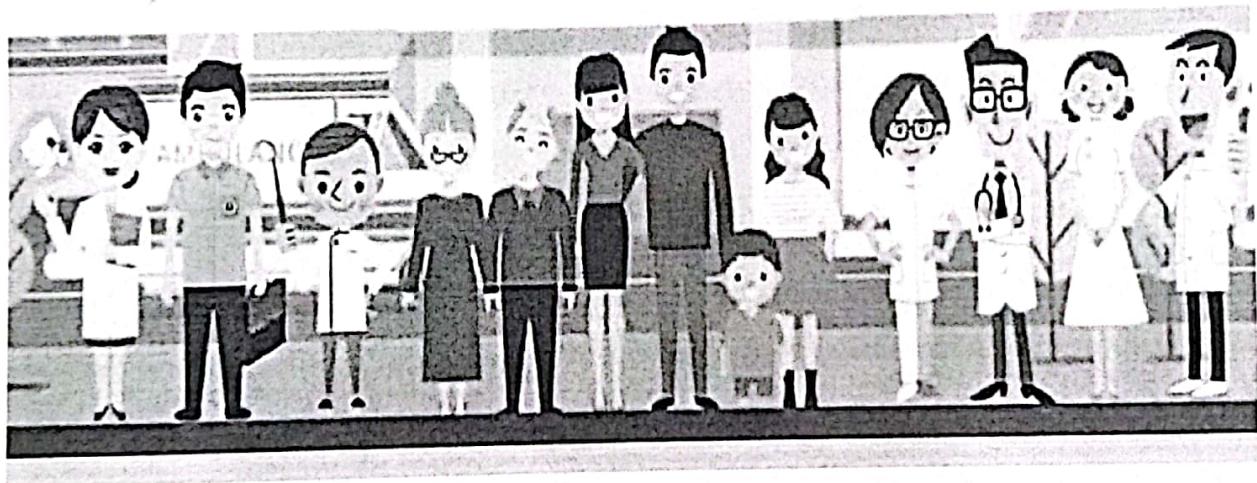


# คู่มือแนวทางปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก

ภารกิจ: งานดูแลต่อเนื่องในชุมชน

(Continuing of Care)

และ...งานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)



กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

## คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เเลมนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพระนังเกล้า ได้ศึกษาและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ให้เป็น แนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย

ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลพระนังเกล้า จัดตั้งขึ้นภายใต้เจตนารณรงค์ของการดำเนินงาน งานพยาบาลชุมชน เพื่อตอบสนองนโยบาย Service Plan และ Primary Care Cluster โดยมีสาระสำคัญ

จัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึง กระจายการให้บริการไปในชุมชนโดยใช้ระบบ Home ward เข้ามา ช่วยลดความแออัด ลดต้นทุนทางด้านบริการสุขภาพ ช่วยให้มีความเสมอภาคแก่ประชาชนกลุ่มป่วยที่มีข้อจำกัด และด้อยโอกาส ที่ยังต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพหลังจากจำหน่ายออกจากรพ. โรงพยาบาล

ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันมิให้มีการ เจ็บป่วยซ้ำและป้องกันมิให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้น

การเชื่อมโยงบริการจากติดภูมิ ทุติภูมิ สุปฐมภูมิ โดยพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ ประชาชน/ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

มีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล กลุ่มผู้ป่วยโรคค่างๆ รวมทั้งการสรรหารและใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่อง สำหรับหน่วยบริการ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพระนังเกล้า อายุang เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะผู้บริหารทุกระดับ, ทุกสังกัดที่เกี่ยวข้อง, คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง จังหวัดนนทบุรี ทีมผู้ดูแลระบบ(Admin)ทุกระดับ, ทุกสังกัด ที่ร่วมกันพัฒนาระบบและร่วมขับเคลื่อนให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกันหวังว่าการร่วมด้วย ช่วยกันในการ พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง จังหวัดนนทบุรีจะสอดคล้องกับนโยบาย Service Plan และ Primary care cluster เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

นางสาวฉวีวรรณ เพื่องมารยาท  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานพยาบาลชุมชน  
โรงพยาบาลพระนังเกล้า

มกราคม ๒๕๖๕

# สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
คู่มือ บทที่ ๑ บทนำ	๑-๓
หลักการและเหตุผล	๑
วัตถุประสงค์	๑
ขอบเขต	๓
คำจำกัดความ	๔
ความรับผิดชอบ	๓
บทที่ ๒ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๔-๘
ขั้นตอนและมาตรฐานการปฏิบัติงาน	๔
หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อส่งญาณแลต่อเนื่องที่บ้าน	๕
แนวทางการจำแนกผู้ป่วย	๖
แนวทางปฏิบัติการวางแผนจ้าน่ายในหอผู้ป่วย	๗
แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมติดตามญาณแลต่อเนื่อง	๘
บทที่ ๓ ระบบการติดตามและประเมินผล	๙
ตัวชี้วัด ศูนย์การญาณแลต่อเนื่อง (COC) และการเยี่ยมบ้าน	๙
ภาคผนวก	๑๐
ผังขั้นตอนและมาตรฐานการปฏิบัติงาน(Flowchart)	๑๐
การวางแผนจ้าน่าย(Discharge Planning)โรคหลอดเลือดสมอง	๑๑

# คู่มือการปฏิบัติงาน

## บทที่ ๑

### บทนำ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing of Care) เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

#### หลักการและเหตุผล

การดูแลต่อเนื่อง : การเชื่อมต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชน (Continuity of Care center : COC) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(COC) ภายใต้โครงสร้างการกิจปั�មภูมิ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยงานพยาบาลชุมชน มีบุคลากรที่รับผิดชอบ ๑ คน รับผิดชอบศูนย์ COC และมีคณะกรรมการทำหน้าที่ประสาน การส่งต่อจาก รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต เพื่อรับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในบ้านและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งแรกตามประเภทผู้ป่วยและความซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมครอบครัว หลังจากจำนวนผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน
๒. เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับ มีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย ที่เป็นแนวทางเดียวกัน

#### ขอบเขต

เป็นศูนย์รับข้อมูลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดนนทบุรี โดยผ่าน โปรแกรม Smart COC มีวางแผนจำหน่ายร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น ๔ กลุ่ม คือ กลุ่ม ๑, กลุ่ม ๒, กลุ่ม ๓, กลุ่ม ๔ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดทีมดูแลต่อเนื่อง

เป็นศูนย์กลางในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยการนำข้อมูล ในระบบการดูแลต่อเนื่องนำเสนอต่อกคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนพัฒนา สร้างกระบวนการเรียนรู้ จัดทำคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เป็นศูนย์ในการบริหารจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ สำหรับบริการผู้ป่วยที่บ้าน

การดำเนินงานของศูนย์ ครอบคลุม การเยี่ยมบ้าน ให้บริการรักษาพยาบาลป้องกัน พื้นฟูสภาพผู้ป่วย ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายจากงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อมากจากโรงพยาบาลอื่นๆ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการประสานส่งต่อ-ส่งกลับและการตอบกลับข้อมูลดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่ม ผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองนนทบุรี

## คำจำกัดความ

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) เป็นการดูแลของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง มีทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจ้านายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้านบริการจากทีมสุขภาพ (อรพรรณ โตสิงห์, 2546)

การวางแผนจ้านาย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมทุกอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่ออกจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือสถานบริการอีกระดับหนึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ หรือบุคลากรหลายด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลต่อเนื่องจนสามารถดูแลช่วยเหลือต่อไป แก้ปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่ร่วมดึง การประเมินความต้องการการดูแลที่บ้าน ตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนมากและกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึงระดับพึงพาตันเองได้

การส่งต่อ (Referral) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีระบบเตรียมความพร้อมด้านความรู้การพัฒนาศักยภาพ ทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแลและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาพื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านได้ ภายใต้การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลพ่น้ำเงือก รวมถึงการประสานให้เกิดกิจกรรมการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วย มีความต่อเนื่องทั้งระยะเฉียบพลันและระยะพื้นฟูสภาพ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน อาจเป็นบุคคลหรือนายงาน กลุ่มบุคคล ร้านค้าที่อยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นทีมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อประสานขอความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด แก่ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี(อบจ.), เทศบาลเมืองนนทบุรี, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี(พมจ.), การศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดนนทบุรี(กศน.), วัด(พระ), โรงเรียน(ครุ), สภาอาชุดจังหวัดนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี, ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี, ศูนย์สนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ, กลุ่มจิตอาสาในชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งถือเป็นทีมสุขภาพในชุมชน ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลและบูรณาการการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านร่วมกันในพื้นที่รับผิดชอบ(Cluster Area) โดยทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบและการกิจกรรมทางของแต่ละวิชาชีพ

Home Visitภาษาไทยใช้คำนี้ว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมหรือกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคล และผู้ป่วยที่บ้าน สามารถใช้กับ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

Home Health Care การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งบริการที่ให้เหล่านี้ต้องใช้ทักษะการรักษาพยาบาล การสังคมสงเคราะห์ การบำบัดต่างๆโดยทีมสหวิชาชีพ (ประพิน วัฒนกิจ, 2536) จุดเน้นของ Home Health Care คือ การที่มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และอีนๆ ร่วมกันเป็นทีม สามารถสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยทำ กิจวัตรประจำวันบางอย่างเพื่อการให้บริการอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป็นบริการที่เหมาะสม กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การบริหารจัดการระบบบริการที่มีความพร้อมของผู้ให้บริการ สุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพเพื่อคงสภาพสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถ พึงตนเองได้มากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Home Ward ภาษาไทยใช้คำว่า การใช้ชุมชนเปรียบเสมือนหนึ่งโรงพยาบาลและมีบ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย นั้นหมายถึงการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งในชุมชน แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะกำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรงและปัญหา โดยมี เป้าหมายผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน การพื้นหายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยมีสุขภาวะที่ดี ตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/หรือสร้างความ อบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้อง สูญเสียบุคคลในครอบครัว

ความรับผิดชอบ : คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องระดับจังหวัด

## บทที่ ๒

### ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

#### ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและโรงพยาบาลในเครือข่าย จังหวัดนนทบุรีแต่ละแห่ง ร่วมจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยผ่านการประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
๒. มอบหมายผู้รับผิดชอบงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ในแต่ละเครือข่ายที่ชัดเจน
๓. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง(COC) เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดนนทบุรีทุกแห่งร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
๔. จัดตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยมีหน้าที่ ดังนี้

- ๔.๑ ประสานความร่วมมือ/การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน/แผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- ๔.๒ กำหนดวิธีจำแนกจำแนกประเภทผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วย เพื่อแจ้งให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีข้อมูลในการ วางแผนการดูแลตามข้อป้องชี้ผู้ป่วย(Criteria) ร่วมวางแผนกับทีมนำทางคลินิก(PCT) และทีมพัฒนาระบบบริการ สุขภาพตามสาขาโรค(Service Plan) กำหนดแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์การดูแล
- ๔.๓ ติดตามรายงาน/ ผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประสานการดูแล และร่วมประชุมกับทีมนำ ทางคลินิก(PCT) และทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามสาขาโรค(Service Plan) เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง และวางแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องให้ตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
- ๔.๔ สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัญหา ตัวชี้วัด พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงาน คืนข้อมูล หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- ๔.๕ จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและรายงานผลลัพธ์การดูแลให้ทีม/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ/งานต่อไป

๕. ประสานและกำกับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รับผิดชอบ(เขตอำเภอเมืองนนทบุรี) และออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน ๑๕ วัน หลังจากนั้นอย่างต่อเนื่อง

๖. กำหนดรูปแบบการเชื่อมโยงข้อมูล โดยพยาบาลหรือผู้ป่วยหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ส่งข้อมูลด้วยโปรแกรม Smart COC ให้เครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดนนทบุรีและเขต ๔ รวมทั้งเขตอื่นๆ ที่ใช้โปรแกรม Smart COC โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

๖.๑ ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดาวน์โหลด application Smart COC ไว้บนหน้าจอเครื่องคอมพิวเตอร์ประจำห้องผู้ป่วยทุกห้อง

๖.๒ ผู้รับผิดชอบประจำห้องผู้ป่วย นำเข้าข้อมูลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง ในโปรแกรม Smart COC ตามขั้นตอนใน “คู่มือใช้โปรแกรม Smart COC สำหรับโรงพยาบาล” ที่ติดตั้งไว้

ในหน้าจอก่อนเข้าโปรแกรม Smart COC เพื่อส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปยังหน่วยบริการปลายทางที่กำหนดรหัส ปลายทางไว้แบบอัตโนมัติ และประเมินระดับความรุนแรง คัดแยกประเภทผู้ป่วย บันทึกสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และข้อมูลอื่นๆตามที่กำหนด และบันทึกส่งข้อมูลไปยังหน่วยบริการปลายทาง

๖.๓ ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ รับข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Smart COC ตามขั้นตอน ใน “คู่มือใช้โปรแกรม Smart COC สำหรับ รพ.สต.” แล้วขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่ วางแผนการดูแล ต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนดไว้ และวางแผนการเยี่ยมบ้านตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน และตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ Service Plan แต่ละสาขา และประเมินสภาพครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS

#### หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๑. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายสำคัญที่กำหนดโดยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ร่วมกับทีมนำ ทางคลินิก (PCT) ทั้งหอผู้ป่วยใน (IPD) และหอผู้ป่วยนอก (OPD) ได้แก่ Stroke, STEMI/Non STEMI, Sepsis, DM, HT un-control มี complication Hypoglycemia, Head Injury, Spinal cord Injury, OA knee, เด็กพัฒนาการล่าช้า, หารก้น้ำหนักตัวน้อย, ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิด, márda และหารกลังคลอด, มะเร็งต่างๆ ฯลฯ

๒. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

๒.๑ ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำแผล การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่อาศัยต่างหากลับบ้าน เช่น Tracheostomy, Retained Foley's cath, On N-G tube, On PCN เป็นต้น

๒.๒ ผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life)

๒.๓ ผู้ป่วย Fracture around the Hip ที่ได้รับการผ่าตัด หรือทำ Skin traction ต่อที่บ้านและผู้ป่วย Laminectomy

๒.๔ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่างๆ ที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการติดเชื้อ

๒.๕ ผู้ป่วย One day surgery ตามที่กำหนดโดยทีม PCT ศัลยกรรม

๒.๖ ผู้ป่วย COPD ที่ Re-admit บ่อย หรือ Re-admit ภายใน ๒๘ วัน หรือ Re-admit ที่ ER.บ่อยๆ เช่น ต้องมารับการพ่นยาขยายหลอดลมบ่อยครั้ง การรับประทานยา การพ่นยา การบริหารการหายใจ มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน ขาดคนดูแล ขาดนัด หรือสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านไม่เหมาะสม

๒.๗ ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) หรือ Hemodialysis หรือไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน

๒.๘ ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า, พิการสมอง, ที่มีปัญหาการดูแล

๒.๙ ผู้ป่วย ANC Risk และ Risk Preterm Labour

๒.๑๐ ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย ที่มีปัญหาการดูแล ของญาติ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

## ภาพ แสดงแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย

### แนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

#### ความรุนแรงระดับที่ ๑

สามารถปฏิบัติกิจกรรม  
ประจำวันได้ทั้งหมด  
หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วย  
ระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง  
มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย  
ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิด  
ภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง  
ได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและ  
ทักษะเกี่ยวกับโรค และการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับ  
สภาวะของโรค

#### ความรุนแรงระดับที่ ๒

สามารถปฏิบัติกิจกรรม  
ประจำวันได้บางส่วน  
หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของ  
โรค ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ  
มีความจำกัด/ไร้ความสามารถเล็กน้อย  
ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพ  
ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการ  
ผู้ดูแล/คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรม  
บางส่วน

#### ความรุนแรงระดับที่ ๓

ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม  
ประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา  
หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ  
ของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัด  
ความสามารถในการทำกิจวัตร  
ประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือ  
ทางการแพทย์เพื่อช่วยในการ  
ดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแล  
ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน

## แนวทางปฏิบัติการวางแผนจ้านายในหอผู้ป่วย

ระยะในการเริ่ม เข้าสู่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนวางแผนจ้านาย เริ่มหลังจากแพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วย มีอาการคงที่

๑. รับเคลื่อนจากหอผู้ป่วย ทั้ง IPD/OPD พยาบาล COC WN (Continuity of Care ward nurse) หรือแพทย์ ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ หรือควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ถึงบ้าน
๒. พยาบาล COC WN และพยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ร่วมประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด D-METHOD เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล พื้นฟูและป้องกันโรค ตลอดจนการประสานการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ ดูแลสุขภาพตนเอง พึงพาตันเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามความเหมาะสม
๓. ประสานทีมสหวิชาชีพ ฝึกหัดกะ หรือสนับสนุนการดูแล ตามความจำเป็นแต่ละกรณี แจ้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว
๔. การเตรียมชุดสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คาดการณ์ว่าผู้ป่วย จะจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์

### ขั้นตอนดังนี้

๕. ให้ประสานพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิด D-METHOD และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือหลักในการประเมิน ใช้แนวคิด INHOMESS และใช้เครื่องมือประเมินตามสภาพผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและ ครอบครัวในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเอง พึงพาตันเองและดำเนินชีวิต อยู่ในสังคมได้ตามความเหมาะสม
๖. บันทึกการวางแผนดูแลต่อเนื่อง ใน Nurse note และโปรแกรม Smart COC
๗. ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กรณีเคลศชับซ้อน เคสกลุ่ม ๓,๔ ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษเพื่อเตรียมความพร้อม ในการประสานส่งต่อ
๘. แจ้งผลการประสานงานในการดูแล กับ COCWN
๙. ประสานงานศูนย์ COC ในโรงพยาบาลชุมชน กรณีผู้ป่วยประเภท 3,4
๑๐. ติดตามข้อมูลการเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง จากผู้รับผิดชอบศูนย์ COC
๑๑. สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน
๑๒. ติดตามข้อมูลในโปรแกรม Smart COC หลังจ้านาย

## แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมติดตามดูแลต่อเนื่อง

เมื่อรับเคสจากโปรแกรม Smart COC ให้วางแผนติดตามเยี่ยมตามระดับความรุนแรงของโรค ตามประเภทผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ ๑ (สีเขียว) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

ติดตามเยี่ยมภายใน ๗-๑๕ วัน โดยนศค.ประจำบ้าน/ อสม.ประจำครอบครัว ภายใน ๑๕ วัน และเยี่ยมอย่างน้อย ๓-๖ เดือนต่อครั้ง(ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค)

ประเภทที่ ๒ (สีเหลือง) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่โรคส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลบางส่วน และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

ติดตามเยี่ยมภายใน ๕-๗ วัน โดยพยาบาลประจำพื้นที่ และ นศค.ประจำบ้าน/ อสม./ Care giver และเยี่ยมอย่างน้อย ๒-๓ เดือนต่อครั้ง(ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค) เมื่อมีความจำเป็นจะยกเว้นเป็นผู้ป่วยประเภทที่ ๑

ประเภทที่ ๓ (สีแดง) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้

ติดตามเยี่ยมภายใน ๕-๗ วัน โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ นศค.ประจำบ้าน/ อสม./ Care giver และสหสาขาวิชาชีพ และติดตามเยี่ยมดูแลอย่างน้อยเดือนละครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละโรค) จนกว่าจะยกเว้นเป็นผู้ป่วยประเภทที่ ๒

### สำหรับครอบครัวสุขภาพดีและสุขภาพเสี่ยง

ให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลคัดกรองภาวะเสี่ยงตามกลุ่มอายุ โดยทีมสุขภาพของรพ.สต/ นศค.ประจำบ้าน/ อสม.ประจำครอบครัว ๑ ครั้ง/ปี

## บทที่ ๓

### ระบบการติดตามและประเมินผล

#### ตัวชี้วัด ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) และการเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง

เพื่อให้การประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่อง ลดคล่องตัวที่สำนักการพยาบาลกำหนด (๒๕๕๖) และเป็นส่วนหนึ่งเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปลายทาง เครือข่ายบริการสุขภาพโดย ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(COC) โรงพยาบาลพะนังเกล้า ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมดูแลต่อเนื่องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพช./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมติดตามภายใน ๑๕ วัน ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกิน ร้อยละ ๕

ตัวชี้วัดที่ ๔ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ ๓ ถึงหน่วยปลายทางภายใน ๕ วัน ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๖ ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๗ ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

#### การติดตามประเมินผล

๑. มีการกำกับและรายงานผลการดำเนินงานโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ของ รพ.สต ทุกเดือน
๒. โรงพยาบาลต้องมีการทำทบทวนการดูแล Case/conference case กรณีที่มีเคล็ดลับช้อนน่าสนใจ
๓. มีการทำ conference case กรณีที่มีความซับซ้อนหรือน่าสนใจในเครือข่าย
๔. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องสรุปภาพรวมให้ รพ.สต เครือข่าย เพื่อเป็นการ Feed backข้อมูลทุก ๓ เดือน
๕. มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง

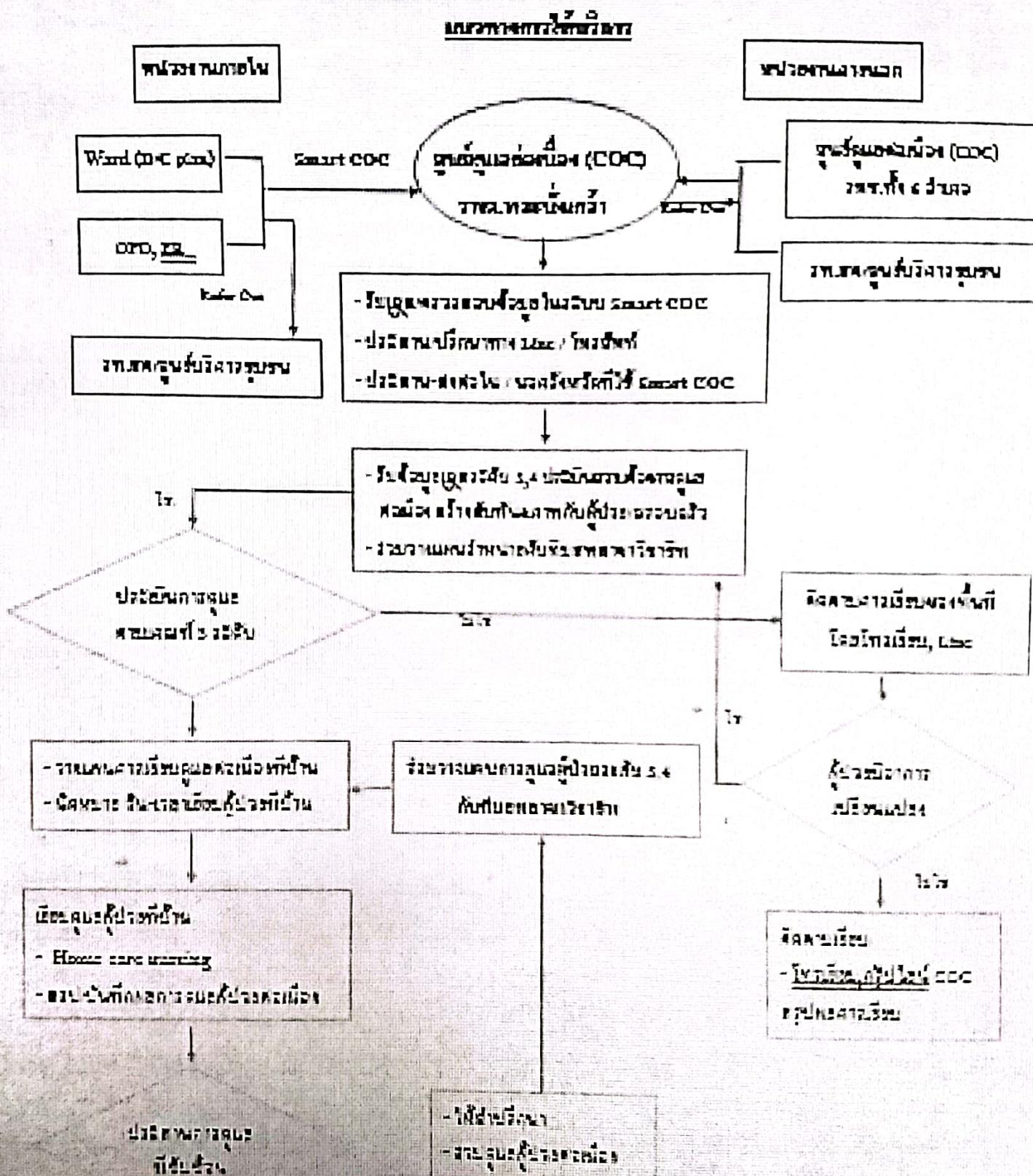
ជំនាញរាជរដ្ឋាភិបាល និងការអភិវឌ្ឍន៍ ដែលវាទេសម្រាប់

Digitized by srujanika@gmail.com

พี่น้องคนเดียวที่มีความสุขคือเด็กๆ

ເສີມ = ໂຄງລາຍກ່ຽວຂ້ອງເມືອງ (Continuing of ໂຄງ) ລາຍກ່ຽວຂ້ອງເມືອງທີ່ມີຢູ່

ចំណាំរាជរដ្ឋនៃក្រុងក្រាមបានរាយការ និងជាប្រធានបទរាជរដ្ឋបានរាយការ និងជាប្រធានបទ



**From the same author: *The Great American Revolution***

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี  
 งานพยาบาลชุมชน โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)  
 เรื่อง : การวางแผนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

