	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา		
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	เอกสารหมายเลข : WI-YCPH-FC-001	จัดทำเมื่อ: 21/11/2565
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 21/11/2565	แก้ไขครั้งที่ : 02 หน้าที่ : 1 ของ 17 หน้า

เรื่อง : ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC)

หน่วยงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

กลุ่มงาน -

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง : ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC)

บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

ผู้จัดทำเอกสาร



(นางสาวอิจาล สุกตียะยะ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวนเอกสาร



(นายอัมชาห์ ชาเดร์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อนุมัติใช้



(นายทินกร บินหะย็อรัง)

ผอ.รพ.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

การดูแลต่อเนื่อง : การเชื่อมต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชน (Continuity of care: COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง แยกเป็นสัดส่วนอยู่ภายในตึกผู้ป่วยใน อยู่ภายใต้โครงสร้างของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ ๑ คน เป็นพยาบาลผู้จัดการ (Nurse manager) ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อจาก รพท. / รพศ. / รพช. เพื่อรับผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านและกำหนดการออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกตามประเภทผู้ป่วยและความซับซ้อนโดยทีมสหสาขาและทีมหมอครอบครัว (มอค.) หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ

การวางแผนจำหน่าย : โรงพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแล ตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแล และชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วย และ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการ สุขภาพ ไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่น หรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน โดยให้หลักของ D-METHOD โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกรายได้รับการประเมินการจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อรับเข้าไว้ใน การดูแลรักษาในหอผู้ป่วยในอย่างเหมาะสม สอดคล้องตามความจำเป็นในการวางแผนเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องเมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ต้องวางแผนจำหน่ายจึงมีกระบวนการวางแผนจำหน่ายให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแล และชุมชน ให้มีความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

1. บทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

เป็นศูนย์กลางดำเนินงานและวางระบบการควบคุมกำกับในระดับอำเภอ รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและญาติเกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลคนไข้ต่อเนื่องกับพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต.) และทีมหมอครอบครัว (มอค.) และนำข้อมูลตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์เพื่อเทียบเคียงและหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ดังนี้

1. มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและกำหนดผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในแต่ละเครือข่ายที่ชัดเจน
2. กำหนดผู้ป่วยเป้าหมายเพื่อดูแลต่อเนื่องโดยแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเป็น ๓ ประเภท และกำหนดท ประเภทที่ ๓ เป็นกลุ่มเป้าหมาย
3. ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพศ. / รพท. / รพช.ไปยัง รพ.สต. ที่ผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านและจะออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (ผู้ป่วยประเภทที่ 3) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ช่องทางการสื่อสารในเครือข่าย จะมีการรับ-ส่งข้อมูลจาก ทาง Internet เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โปรแกรม Home health care System / LINE โทรศัพท์ เพื่อยืนยันการรับเอกสารหรือข้อมูล
4. จัดทีมให้บริการการดูแลต่อเนื่อง ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย
5. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน
6. สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัญหา ตัวชี้วัด ติดตามรายงาน/ผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชนรวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ (refer) เพื่อประสานการดูแล/จัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและผลการดูแลไม่ดีขึ้น
7. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับระบบ/กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผลการดำเนินการเยี่ยมและรายงานให้กับทีม / หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ งานที่เกี่ยวข้อง
8. วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง การเชื่อมจุดต่อจากโรงพยาบาลถึงบ้านนำข้อมูลที่ได้จาก หน่วยงานภายในโรงพยาบาล / รพ. สต. เครือข่าย มาพิจารณาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาคูณภาพหน่วยบริการในภาพรวมของอำเภอ สร้างขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ. สต.เครือข่าย เน้นมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ

2.1 เมื่อหอผู้ป่วยรับใหม่ผู้ป่วย ให้ประเมินวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับโดยใช้เครื่องมือ D-METHOD บันทึกผลการประเมินในแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนือง ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องประเมิน ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความรู้เรื่องโรค

2.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัยที่ได้รับทุกตัว ครอบคลุมถึงอาการไม่พึงประสงค์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลเสียของการหยุดยาเอง โอกาส เกิดอันตราย กิริยาระหว่างยาที่สั่งให้ผู้ป่วยกับยาอื่น (ครอบคลุมยาปรุงสำเร็จที่สามารถซื้อได้เองจากร้านขายยา) และอาหาร

2.1.3 การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์

2.1.4 Diet การรับประทานอาหาร/โภชนาการ

2.1.5 Treatment การรักษา หัตถการ เช่น แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด/ทำหัตถการ การจัดการความเจ็บปวด

2.1.6 การฟื้นฟูสภาพ เช่น การออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2.1.7 ความรู้อื่นๆ เช่น Economic สิทธิคำรักษา

2.1.8 Out Patient Referral

- การส่งต่อ/การมาตรวจตามนัด วันที่ / แพทย์

- การส่งต่อ

2.2 กรณี ผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต (Intermediate care) ให้ประเมินตามแบบ Problem List & Plan for Intermediate care

2.3 ผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ให้ประเมินโดยใช้เครื่องมือ PPS score

2.4 ให้ความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายตามผลการประเมิน โดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง บันทึกการให้ความรู้และฝึกทักษะในส่วนตัวในแบบบันทึกการให้ ความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2.5 ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล บันทึกการให้ความรู้และฝึกทักษะในส่วนตัวในแบบบันทึกการให้ความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2.6 ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประสานผู้รับผิดชอบศูนย์ COC เพื่อร่วมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หากผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเองที่บ้านในประเด็นต่อไปนี้

2.6.1 ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่อง/อุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน

2.6.2 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปรับสภาพแวดล้อม

2.6.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน

2.6.4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

2.7 ผู้ป่วยที่ยังเหลือปัญหาที่ต้องส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่าย และ/หรือเป็นผู้ป่วยตามที่กำหนดให้จัดทำ สมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home chart) เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลนำกลับบ้านยกเว้นผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยที่ต้องทำ CAPD และบันทึกในแบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องส่งไปที่ศูนย์ COC ซึ่งผู้ป่วยที่กำหนดให้ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายใน 1 วันหลังจำหน่าย

2.8 เมื่อศูนย์ COC ได้รับแบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง จากหอผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบศูนย์ COC จำแนกหน่วยงานที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และความเร่งด่วนในการติดตามเยี่ยมโดยปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบันทึกในทะเบียนข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปยังทีมเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่ต้องส่ง ได้แก่ รายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยตามแบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง และระยะเวลาการเยี่ยม ส่งข้อมูลโดยช่องทางไลน์กลุ่มงานเยี่ยมบ้าน และโปรแกรม Home Health care System

2.9 กรณีหน่วยงานเยี่ยมบ้าน คือ รพสต. ให้ปฏิบัติดังนี้

2.9.1 ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยมที่บ้านจาก โปรแกรม Home Health care System และไลน์กลุ่มงานเยี่ยมบ้านทุกวัน บันทึกในทะเบียนการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงาน

2.9.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนดในการเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.9.3 บันทึกผลการเยี่ยมผู้ป่วยใน Home chart, โปรแกรม Home Health care System (เป็นการบันทึกส่งข้อมูลกลับมาที่ศูนย์ COC)

2.9.4 หากพบประเด็นปัญหาที่ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ให้ประสานที่ผู้รับผิดชอบศูนย์ COC เพื่อนำประเด็นปัญหาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในแต่ละเรื่องต่อไป

2.10 หากพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องปรับเป้าหมายและแผนการดูแล ให้บันทึกเป้าหมายและแผนการดูแลใน Home chart, โปรแกรม Home Health care System

2.11 กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน ทีมเยี่ยมบ้านแจ้งมาที่ศูนย์ COC เพื่อนำมาทบทวนใน PCT ของโรงพยาบาล

2.12 COC ติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยจาก โปรแกรม Home Health care System ไลน์กลุ่มงานเยี่ยม และทางโทรศัพท์ ทีม COC สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการติดตามเยี่ยมเพื่อหาโอกาสพัฒนา ส่งข้อมูลกลับไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ PCT เพื่อทบทวนระบบและปรับปรุง

2.13 ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาระบบการทำงาน ทุก 3 เดือน

2.14 ผู้รับผิดชอบศูนย์ COC รายงานผลการดำเนินงาน เสนอ PCT และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุก 3 เดือน

3. แนวทางการจัดบริการดูแลต่อเนื่อง มีดังนี้

3.1 ประเภทของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านแบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

ประเภทที่ 1 (สีเขียว) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มี นสค.ประจำบ้าน และอสม. ประจำครอบครัวเป็นผู้ดูแล

ประเภทที่ 2 (สีเหลือง) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่เต็มที่ต้องการผู้ดูแลบางส่วน และขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีพยาบาลประจำ รพ.สต. และนสค. ประจำบ้านสามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีความจำเป็นมี Care giver / อสม. /น สค. ประจำบ้านเป็นผู้ดูแล

ประเภทที่ 3 (สีแดง) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา คือ กลุ่มผู้ป่วยสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถ ในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ มีสหสาขาวิชาชีพร่วมการดูแลกับพยาบาลประจำ รพ.สต. และนสค.ประจำบ้านมีผู้ดูแล (Care giver) ดูแลประจำทุกวัน และเป็น Care gives ที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้จริง ผ่านการฝึกอบรม หรือฝึกทักษะการดูแลเฉพาะราย

3.2 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดให้ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ต้องได้รับการส่งต่อ โดยบันทึกในแบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่งไปที่ศูนย์ COC ซึ่งผู้ป่วยที่กำหนดให้ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช (Psychosis) ที่
 - 1.1 ผู้ป่วยกลุ่ม Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMIV
 - 1.2 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ
2. ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม ที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านคือ

- 2.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เยี่ยมทุกรายโดยพยาบาลที่รับผิดชอบ TB clinic
- 2.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - 2.2.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แผลกดทับ หรือแผลตำแหน่งอื่นๆซึ่งต้องได้รับการทำแผลหรือ ต้องเฝ้าระวังหรือต้องให้บริการเพิ่มเติม
 - 2.2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมีการ revisit บ่อยๆด้วยภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำภาวะคีโตซีส ภาวะโคมาจากน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเป็นกรดในเลือด หรืออาการแทรกซ้อนจากเบาหวานอื่นๆ
- 2.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเส้นเลือดในสมองตีบ หรือแตกมีอาการอัมพาตอ่อนแรงอัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตครึ่งซีก หรือ อัมพาตของแขนและขา
- 2.4 ผู้ป่วย ESRD ที่ล้างไตทางหน้าท้อง
- 2.5 ผู้ป่วย COPD/Asthma ที่มีอาการหอบเหนื่อยแม้ไม่มีกิจกรรม
3. ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสูติ – นรีเวชกรรม ที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านคือ มารดาหลังคลอด
ทุกราย
4. ผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมทั่วไป/กระดูกและข้อ ที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านคือ
 - 4.1 ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องใส่เครื่องดึงกระดูก (Traction)
 - 4.2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
5. ผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต (Intermediate care) ได้แก่ Post acute Stroke, TBI, SCI
6. ผู้ป่วยระยะ Long Term Care
7. ผู้ป่วยทั่วไปที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ หรือมีอุปกรณ์ท่อสายต่างๆติดตัวไป เช่น ผู้ป่วยใช้กายอุปกรณ์ ใช้เครื่องผลิตออกซิเจน ผู้ป่วย on Tracheostomy tube ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
8. ผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
9. ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ตามความเห็นของแพทย์

ผู้ป่วย/ครอบครัว จะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลที่สำคัญสามารถร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหา วางแผนตอบสนองปัญหาให้เป็นไปตามความต้องการ และสอดคล้องกับการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย

3.3 การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลโดยการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข+ นศ.ประจำบ้าน + อสม + Care giver + สหสาขาวิชาชีพภายใน 1 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมดูแล อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค) จนกว่าจะย้ายเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 2

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลประจำ รพ.สต. และ นศ.ประจำบ้าน + อสม. + Care Giver ภายใน 10 วัน และเยี่ยมอย่างน้อย 2-3 เดือนต่อครั้ง(ตาม สภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค) เมื่อมีความจำเป็นจนกว่าจะย้ายเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 1

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดย นศ. ประจำบ้าน + อสม. ประจำครอบครัวภายใน 14 วันและเยี่ยมทุก 3-6 เดือนต่อครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละ โรค)

สำหรับครอบครัวสุขภาพดีและสุขภาพเสี่ยง

ให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลคัดกรองภาวะเสี่ยงตามกลุ่มอายุ โดยทีม สุขภาพของ รพ.สต. + นศ. ประจำบ้าน + อสม. ๑ ครั้ง / ปี

4. ตัวชี้วัดศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และการเยี่ยมบ้าน

4.1 ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน

- 1) อัตราครอบคลุมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทที่ 3 ที่บ้านไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
- 2) จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชม. / สัปดาห์ / คน

4.2 คุณภาพการเยี่ยมบ้าน

- 1) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ แผลกดทับ, ข้อคิด, UTI ,ภายใน 1 เดือนไม่เกินร้อยละ 5
- 2) อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค / ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 80

4.3 ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน

- 1) ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- 2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

4.4 ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ

- 1) อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14

วันร้อยละ100

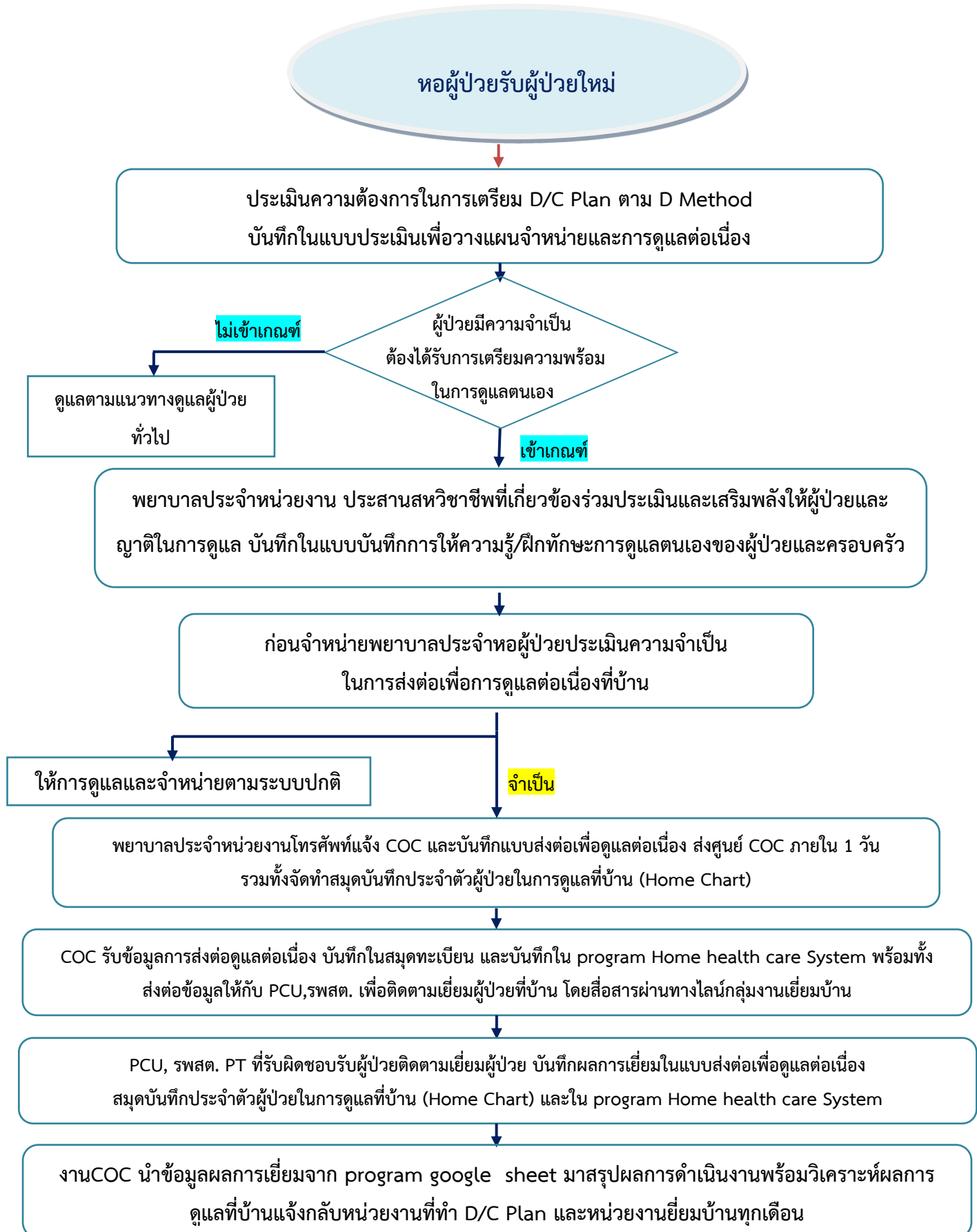
2) อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน
ร้อยละ 80

5. การติดตามประเมินผล

- 5.1 มีการกำกับและรายงานผลการดำเนินงานโดยศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ของ รพ. สต. เครือข่ายทุกเดือน
- 5.2 โรงพยาบาลต้องมีการทบทวนการดูแล Case เมื่อมีการส่งกลับจาก รพ.สต.
- 5.3 มีการทำ Conference case กรณีที่มีความซับซ้อนหรือน่าสนใจในเครือข่าย
- 5.4 ศูนย์การดูแลต่อเนื่องสรุปภาพรวมให้ รพ. สต. เครือข่าย เพื่อเป็นการ Feedback ข้อมูลทุก ๓ เดือน
- 5.5 มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง

6.Flow Chart กระบวนการ

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง : กรณีผู้ป่วยใน



ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง : กรณีผู้ป่วยนอก

หน่วยงานรับ Pt.

ให้การดูแลและ

ประเมินความจำเป็นในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
ไม่จำเป็น
จำเป็น

พยาบาลประจำหน่วยงานโทรศัพท์แจ้ง COC เพื่อตรวจสอบข้อมูลการส่งต่อดูแลต่อเนื่องในทะเบียน หากยังไม่เคยส่งพยาบาลผู้รับผิดชอบศูนย์ COC บันทึกแบบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

COC รับข้อมูลการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง บันทึกในสมุดทะเบียน และบันทึกใน program Home health care System พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้กับ PCU,รพสต. และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยสื่อสารผ่านทางไลน์กลุ่มงานเยี่ยมบ้าน

พยาบาลประจำศูนย์ COC ส่งข้อมูลให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับ PCU,รพสต.

PCU,รพสต. ที่รับผิดชอบรับผู้ป่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย บันทึกผลการเยี่ยมในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยในการดูแลที่บ้าน (Home Chart) และใน Home health care System

งานCOC นำข้อมูลผลการเยี่ยมจาก program Home health care System มาสรุปผลการดำเนินงานพร้อมวิเคราะห์ผลการดูแลที่บ้านแจ้งกลับหน่วยงานที่ทำ D/C Plan และหน่วยงานเยี่ยมบ้านทุกเดือน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการทำ D/C Plan และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เรื่อง : ระบบการส่งต่อและแนวทางเยี่ยมบ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอยะหา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพปัญหาและกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) รพ.ยะหา

รับส่งต่อผู้ป่วย จากหน่วยงานใน รพ.สมเด็จพระยุพราชยะหา เช่น OPD ,IPD,สุขภาพจิต ฯลฯ หน่วยงานอื่นๆเช่น รพ.สต.

ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ program Home health care

ก่อนเยี่ยมบ้าน

Case manager งาน HHC จำแนกประเภทผู้ป่วย

วางแผนการเยี่ยมบ้าน ทีม HHC /ทีมสหสาขาวิชาชีพ*

*แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ
เภสัชกร แพทย์แผนไทย
นักโภชนาการ นักจิตวิทยา

เยี่ยมบ้านตามแผน

-นัดหมายผู้ป่วย
-ขออนุญาตเข้าเยี่ยม
-เตรียมอุปกรณ์ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

ขณะเยี่ยมบ้าน

บันทึกข้อมูลและประเมินผล วางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องใน Home chart

INHOMESS Check list
ADL, แบบประเมินความเครียด, PPS

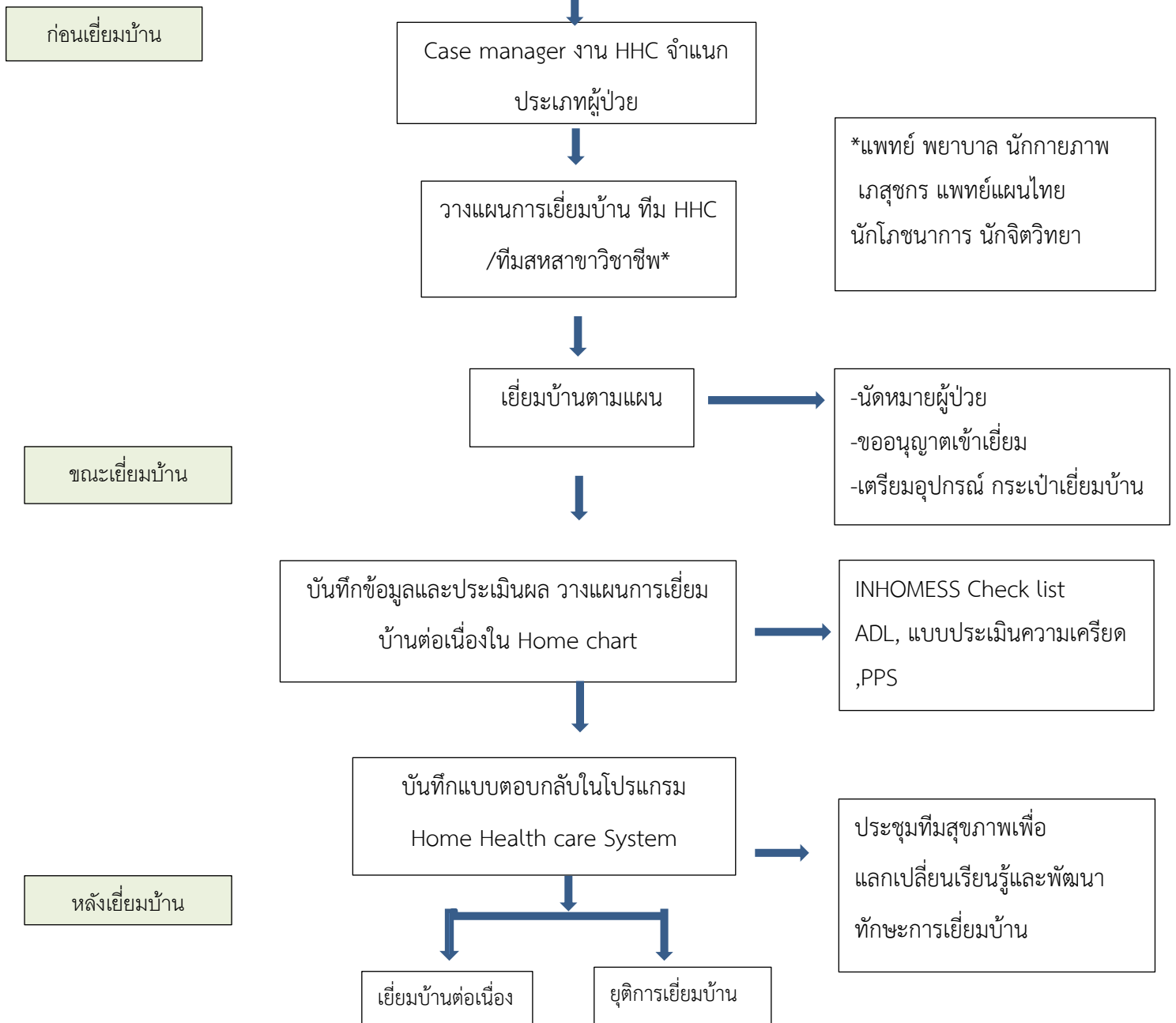
บันทึกแบบตอบกลับในโปรแกรม Home Health care System

ประชุมทีมสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน

หลังเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

ยุติการเยี่ยมบ้าน



เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Home Health care (สีแดง สีเหลือง สีเขียว)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยะหา

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
1.จิตเวช	<p>-ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 เดือน</p> <p>- ผู้ป่วยจิตเวช มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีประวัติเคยทำร้ายตนเอง / ฆ่าตัวตายมาแล้ว</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวช มีหลงผิดหูแว่ว เห็นภาพหลอน ทำร้ายผู้อื่น มีประวัติทำร้ายคนอื่นหรือทำลายข้าวของ เช่น เผาบ้านเผาของใช้</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวชอยู่คนเดียว ขาดญาติดูแล ขาดนัดบ่อย ทานยาไม่สม่ำเสมอมีอาการทางจิตสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</p>	<p>-ผู้ป่วยจิตเวช ที่มึนสับสนร่วมด้วยเป็นประจำ.</p> <p>-ผู้ป่วยจิตเวช ที่ขาดนัดบ่อยมีอาการทางจิต ทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่มีญาติดูแล</p>	<p>-ผู้ป่วยจิตเวช ที่ทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีอาการทางจิตไม่ขาดนัด มีญาติดูแล</p>
2.ผู้พิการ	<p>-ADL=0-4 (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มากที่สุด</p> <p>- ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเสียชีวิต</p>	<p>-ADL = 5-11(Modified Barthel Index) หมายถึงผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือสูญเสีย W ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก</p> <p>-ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนปานกลางไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต</p>	<p>-ADL = 12-20(Modified Barthel Index) หมายถึงผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ค่อนข้างดีหรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อยถึงปานกลาง</p> <p>-ผู้พิการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย</p>

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
3. COPD: ผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง	-GOLD: very severe / severe -มีอาการหอบเหนื่อย ตลอดเวลา -มีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมาก และบ่อยครั้ง -มีการใช้ออกซิเจนตลอดเวลา -เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อ การเสียชีวิต -Re-admit, Re-visit บ่อยครั้ง	-GOLD: Moderate -มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น จนรบกวนกิจวัตรประจำวัน -มีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมาก -มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน (Home O ₂ Therapy) เป็น ระยะเวลาหอบเหนื่อย	- GOLD:Mild -มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย -มีอาการกำเริบ (exacerbation) ไม่รุนแรง -สามารถดูแลตนเองได้และ ทานยาต่อเนื่อง -ใช้ยาพ่นเองที่บ้าน
4. CKD / CRF ผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะ สุดท้าย	-ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้าง ไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยง ต่อการเสียชีวิต -ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้าง ไตทางช่องท้อง (CAPD) รายใหม่	-ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง -ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และปฏิบัติตัวไม่ ถูกต้อง, เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ ในช่องท้อง เป็นต้น	-ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และ สามารถดูแลตนเองได้ดี และ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน -ผู้ป่วยไตวาย CKD ที่มีผล GFR Stage 3-5 มีปัญหาเรื่อง พฤติกรรมดูแลตนเอง (Self- care) ขาดนัด/ขาดยา
5. Palliative (ผู้ป่วยแบบ ประคับ ประคองระยะ สุดท้าย).	-PPS 0-30% คือ ผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) ได้แก่ ผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วย โรคอื่น ๆ ที่มีอาการรุนแรงและ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ปฏิเสธการรักษาโดยการฟอก ไต เป็นต้น	-PPS ๔๐ -๖๐% คือ ระยะ เปลี่ยนผ่าน (transitional) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการ ลุกลามของโรคมามากหรือผู้ป่วย โรคอื่น ๆ ที่มีอาการอาการ ของโรคมามาก แต่ไม่รุนแรง	-PPS ๗๐-๑๐๐% คือ ระยะ คงที่ (stable) ได้แก่ ผู้ป่วย มะเร็งที่มีการคงที่ไม่มี การลุกลามของโรคหรือผู้ป่วยโรค อื่น ๆ ที่ไม่มีอาการของโรคมามาก แต่ไม่รุนแรง

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
	-ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ ที่มีอาการรบกวนของโรครุนแรง เช่น ปวดมาก, หอบเหนื่อยมาก		
6. DM โรคเบาหวาน	-HbA1c > 14 -FBS>200mg% 3 ครั้งขึ้นไป -ผู้ป่วยDMชนิดชนิดซึ่งพยายามติดตามทุกมาภายในระยะเวลา 3 เดือน -ผู้ป่วยDMที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น hypo -hyperglycemic coma, มีแผลที่เท้า, มีปัญหาเรื่องตาจากเบาหวาน เป็นต้น -ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มใช้ยาฉีด insulin รายใหม่		
7.HT โรคความดันโลหิตสูง	-BP> 180 / 110 mmHg 1 ครั้งขึ้นไป - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ชนิด ชนิด ซึ่งพยายามติดตามทุกช่องทางแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มาตรวจภายในระยะเวลา3 เดือน	-BP> 160 /110 – 179/109mmHg 3 ครั้งขึ้นไป -มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง(Self –care)	-BP140/90-159/99 mmHg 3ครั้งขึ้นไป -สามารถดูแลตนเองได้ไม่ขาดนัด
8.HIV- AIDS: โรคเอดส์	-ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง เช่น PEP, วัณโรคนอกปอด, เชื้อราเยื่อหุ้มสมอง ,ฝีในสมอง, พิกการติคเตียง -ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสใหม่ใน2 สัปดาห์แรก	- * ผู้ติดเชื้อที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไม่รุนแรง เช่น ฝ้าเชื้อราในปาก -ผู้ติดเชื้อที่มีความพิการ แต่ช่วยเหลือตนเองได้.	-ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มี ความพิการ

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
9.TB วัณโรค	-ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่เริ่มการรักษาด้วยยาภายใน1อาทิตย์แรกจนถึง2เดือน -ผู้ป่วยวัณโรคในปอดรายใหม่ทุกรายที่ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงแก่ชีวิต -ผู้ป่วยวัณโรคประเภทดื้อยา	-ผู้ป่วยวัณโรคในปอดและนอกปอดรายใหม่หลังจากรักษาด้วยยาตั้งแต่2เดือนขึ้นไปจนถึง 6 เดือน -ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่มีปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง	-ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเกิดขึ้น
10.CVD โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ (Acute MI) และหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (Acute stroke) รายใหม่	-ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM & HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์อัมพาต แปลผลให้ตั้งแต่ 30%	-ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM & HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์อัมพาตแปลผลได้ 30%
11. Elderly สูงอายุ	-ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = 0-4 คะแนน	-ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า =60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = 5-11คะแนน	-ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = 12-20คะแนน
ความถี่	ติดตามดูแลทุก1-2เดือน	ติดตามดูแลทุก2-3เดือน	ติดตามดูแลทุก3-6เดือน
ความเร่งด่วน	*ติดตามเยี่ยมภายใน 1สัปดาห์	*ติดตามเยี่ยมภายใน 10 สัปดาห์	*ติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์

*สีแดง=ติดตามเยี่ยมบ้านเร่งด่วนพิเศษ (Home ward/Palliative Care/Home Health Care)และตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย

*สีเหลือง=ติดตามเยี่ยมบ้านเร่งด่วน(Home Health Care)และตอบกลับภายใน10วัน หลังจำหน่าย

*สีเขียว=ติดตามบ้านตามมาตรฐาน(Home visit)และตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์

การจำแนกประเภทผู้ป่วย

เกณฑ์	ประเภทผู้ป่วย/(ค่าคะแนนแต่ละประเภท)		
	1	2	3
1. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)	12-20/(1)	5-11/(2)	0-4/(3)
2. ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล	ช่วยเหลือตัวเองได้/ ไม่พึ่งพา(1)	พึ่งพาผู้ดูแลบาง กิจกรรม/เกือบ ทั้งหมด (2)	พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งหมด (3)
3. อาการทางคลินิก/สภาพ ปัญหา	น้อย/(1)	ปานกลาง/(2)	รุนแรง/(3)
ค่าคะแนนรวม	0-1	4-6	7-9

แนวทางการดูแลต่อเนื่อง จากรพ.สู่ชุมชน (Home ward care)

