

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	หน้า 1/7
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WP-PONG-PCT-88	ฉบับที่ 2
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	วันที่เริ่มใช้ 1 มีนาคม 2566
ผู้จัดทำ ทีม PCT	ผู้อนุมัติ นพ.นันทวัช เมตตากุลพิทักษ์

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของแต่ละหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย
- 1.2 เพื่อการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายตามขอบเขตที่กำหนดโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 1.3 เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบมีส่วนร่วม
- 1.4 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานบริการเครือข่าย สาธารณสุขอำเภอ

3. คำนิยามศัพท์

- กลุ่มเป้าหมายตามขอบเขตที่กำหนด หมายถึง
- 3.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร ออกซิเจน ท่อเจาะคอ ล้างไตทางช่องท้อง
 - 3.3 กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคนกระทั่งไม่สามารถรักษาได้และเข้าสู่ระยะสุดท้าย
 - 3.4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็ง ที่เป็นปัญหาจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
 - 3.5 กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง)
 - 3.6 กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
 - 3.7 กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและรพ.สต.มีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล
 - 3.8 กลุ่มผู้ป่วยวัน โรค
 - 3.9 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตขาดยา/ ขาดการรักษา
 - 3.10 กลุ่มแม่และเด็ก ได้แก่ หญิงหลังคลอดและบุตร

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3.11 กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด

5.12 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเอกสารส่งต่อ ให้ติดตามเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลอื่นๆ

5.13 กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการใช้ยา

4. เอกสารอ้างอิง

-

5. นโยบาย

เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ แบบบูรณาการ โดยทีมสุขภาพ เพื่อให้บริการรักษา เบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/ ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การติดตามการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient-Family Participation) ตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเอง (Self care) ได้ตามศักยภาพ

6. ความรับผิดชอบ

บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

กำหนดให้หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านตามความเหมาะสม โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดการคัดเลือกเพื่อการส่งต่อ ดังนี้

7.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 350mg.% ติดต่อกัน 2 ครั้งที่มารับบริการ

- มีการ Re-admit ด้วยภาวะ Hypo-hyperglycemia

- มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ Hypoglycemia, Hyperglycemia,

Hyperosmolar nonketotic coma, Diabetic ketoacidosis

- มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังรายใหม่ ได้แก่ Diabetic foot

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe hypertension) คือ \geq 180/110 mmHg ติดต่อกัน 3 ครั้งที่มาใช้บริการ

- มีการ Re-admit ด้วยเรื่อง Hypertension urgency
- มีภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ ได้แก่ Stroke, CKD, MI
- รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Coronary Artery Disease)

- MI รายใหม่ทุกราย (แพทย์วินิจฉัย)

ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืด

- รายใหม่ทุกราย (แพทย์วินิจฉัย)
- มีการ Re-admit

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- รายใหม่ทุกราย (แพทย์วินิจฉัย)
- รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง
- มีการ Re-admit หรือมีปัญหาซับซ้อน

ผู้ป่วยวัณโรค

- รายใหม่ทุกราย (แพทย์วินิจฉัย)

- ผู้ป่วยขาดยา

ผู้ป่วยจิตเวช

- ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ
- จิตเวชขาดยา

กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่คาสาขสวณปีสสวระ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สายให้อาหาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน (home oxygen therapy) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อเจาะคอ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ฯลฯ

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคนจนกระทั่งไม่สามารถรักษาได้และเข้าสู่ระยะสุดท้าย ตามความเห็นแพทย์

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มผู้สูงอายุ (ติดเตียง)

กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และ รพ.สต. มีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาล

การมอบหมายความรับผิดชอบ

1. มีศูนย์ประสานการส่งต่อรับผิดชอบเป็นศูนย์ในระบบการเยี่ยมบ้าน
2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่าย/ทีมเวช เยี่ยมบ้านตามเขตรับผิดชอบ
3. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด พยาบาลจิตเวช แพทย์แผนไทย ใดๆอย่างหนึ่ง หรือเป็นสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ประสานการส่งต่อเป็นผู้ประสานงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก, งานผู้ป่วยใน, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, งานห้องคลอดและงานคลินิกพิเศษ คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ ศูนย์ประสานการส่งต่อ
2. ศูนย์ประสานการส่งต่อขึ้นทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วย
3. ศูนย์ประสานการส่งต่อประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพและประสานงานกับรพ.สต. ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน Home health care
4. ศูนย์ประสานการส่งต่อประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน ให้ รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้าน พร้อมบันทึกข้อมูลการเยี่ยม และจัดส่งแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านกลับมาที่ศูนย์ประสานการส่งต่อ
5. ศูนย์ประสานการส่งต่อรวบรวมข้อมูลการตอบกลับ ลงทะเบียน และส่งแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านคืนผู้รับผิดชอบในโรคต่างๆ

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WP-PONG-PCT-88	หน้าที่ 5/7
เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	

สรุปเกณฑ์/แนวทางการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่ต้องดูแลพิเศษ	เกณฑ์/แนวทางการเยี่ยมบ้าน
กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรก ๆ จนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิตตามความเหมาะสม สหสาขาวิชาชีพเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อสม./เจ้าหน้าที่รพ.สต.ลงเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง/ หรือตามความเหมาะสม
ผู้ป่วยมะเร็ง	อสม./เจ้าหน้าที่รพ.สต./ สหวิชาชีพ ลงเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง (กรณีอาการไม่รุนแรง) กรณีที่มีอาการรุนแรงให้ประเมินสภาพผู้ป่วยและความจำเป็นด้านการรักษาพยาบาลและวางแผนการเยี่ยมตามความเหมาะสม
กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์	เยี่ยม โดยอสม./เจ้าหน้าที่รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง กรณีที่มีอาการของโรคซับซ้อน สหสาขาวิชาชีพเยี่ยมตามความเหมาะสม
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วย ระดับ 1 : ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และรบกวนผู้อื่น ระดับ 2 : อยู่ตามลำพังและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สหสาขาวิชาชีพเยี่ยมติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี เยี่ยม โดยอสม./เจ้าหน้าที่รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้งหรือตามความเหมาะสมและตามบริบท/ความรุนแรงของโรค
กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค	ระยะเข้มข้น (๘ สัปดาห์แรก)อสม./ เจ้าหน้าที่รพ.สต. เยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง/ เยี่ยมโดยสหวิชาชีพตามความเหมาะสม ระยะต่อเนื่อง อสม./ เจ้าหน้าที่รพ.สต. เยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง จนกว่าจะรักษาหาย/ครบ
ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มผู้สูงอายุ(ดิเคเตียง)	กลุ่มที่ ๑ ช่วยเหลือตัวเอง/ผู้อื่น/ชุมชน/สังคมได้ เยี่ยม โดย อสม. ปีละ ๑ ครั้ง กลุ่มที่ ๒ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) เยี่ยม โดย จนท./อสม. ปีละ 3 ครั้ง กลุ่มที่ ๓ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้(กลุ่มติดเตียง) เยี่ยม โดยสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง
กลุ่มที่มีปัญหาทางด้าน การใช้ยา	เยี่ยม โดยอสม./เจ้าหน้าที่รพ.สต.อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง สหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมตามความเหมาะสม

8. ตัวชี้วัด

- ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วันร้อยละ 100
- ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วันร้อยละ 100
- ตัวชี้วัดที่ 4 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน
- ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5
- ตัวชี้วัดที่ 6 ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

9. ภาคผนวก

-

10. Flow chart

ระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน



