

| | |
|--|---|
|  <p>คู่มือการให้บริการ เรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) โรงพยาบาล นากะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....</p> | |
| เรื่อง: การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) | วันที่: หน้า: |
| แผนก..... | แผนกที่เกี่ยวข้อง: รพ.สต. ใน คปสอ.นากะ |
| <p>คณะผู้จัดทำ: คณะกรรมการจัดทำคู่มือการให้บริการ</p> <p>ผู้ทบทวน.....</p> <p>ประธานคณะกรรมการจัดทำคู่มือการบริการ</p> | <p>ผู้ควบคุมกำกับ.....</p> <p>(นายขันชัย ชันทะชา)</p> <p>สาธารณสุขอำเภอ นากะ</p> <p>ผู้อนุมัติ</p> <p>.....</p> <p>(นายวรรณชาย เกียรติกุลวิวัฒน์)</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนากะ</p> |

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ นากะ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๒. ขอบเขต

การดำเนินงานครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การวางแผน การจำหน่ายหรือการดูแลต่อเนื่อง จากงานผู้ป่วยใน หลังคลอด อุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกฝากครรภ์

เสี่ยงสูง ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ การประสานงาน ส่งต่อ- ส่งกลับหลังดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอเกาะ

๓. นิยามศัพท์เฉพาะ

การบริการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัวที่บ้าน (Home Care) หมายถึง งานบริการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคลและ/หรือ ครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและสนับสนุนการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยครอบคลุมทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังต่างๆ

Home Visit หมายถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ดูแลทุกปัญหาแบบบูรณาการตามปัญหาของกลุ่มวัยของแต่ละบุคคล

Home Health Care หมายถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมรายโรคตามกลุ่มวัย เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยทางจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลและมีปัญหาซับซ้อน และ อสม.ประจำคุ้มเป็นผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 เติยง

เตียงประเภทที่ ๑ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ หรือ เจ็บป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้ดี มี นสค.ประจำบ้าน และ อสม.ประจำคุ้มเป็นผู้ดูแล

เตียงประเภทที่ ๒ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้บางส่วน พยาบาลประจำ รพ.สต.และ นสค.ประจำบ้าน สามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ/ เชี่ยวชาญในรายที่มีความจำเป็นมี Care giver /อสม. /นสค.ประจำบ้านดูแล

Home Ward/Home bed หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด ได้แก่

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยที่ต้องใช้/มีอุปกรณ์การแพทย์

การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

รักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ โดยได้รับการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินความต้องการของผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล โดยการเตรียมผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้พร้อมเพื่อกลับไปดูแลต่อและฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านมีทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านติดตามดูแลโดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต

การส่งต่อ (Referral) หมายถึง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการไปสถานที่ต่างๆ คือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งนี้ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก หรือที่บ้านตามที่อยู่ผู้ป่วย ต้องการหรือตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาลนาแก และสถานที่ที่รับดูแลต่อเนื่อง

ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care provider-Team) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการที่บ้าน ที่อาจมาจากหน่วยงานภายนอกหรือ กำหนดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๙ แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และพนักงานสร้างสุขภาพชุมชน

ทีมสหวิชาชีพ (Home Patient Care -Team) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน หรือการดูแลที่ยุ่งยากจำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญของวิชาชีพในการดูแลประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย

นักสุขภาพครอบครัว หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล๑๙ แห่ง ในพื้นที่อำเภอนาแก และศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๙ แห่งในพื้นที่อำเภอนาแก และศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

เครือข่ายบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลนาแก และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๙ แห่ง ในพื้นที่อำเภอนาแก

๔.หน้าที่ความรับผิดชอบ

คณะกรรมการอำนวยการ การพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง คปสอ.นาแก มีหน้าที่ดังนี้

๑.กำหนดนโยบาย ในการจัดบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาแก

๒.ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์

๓. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

๔. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงาน

คณะทำงานพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง คปสอ.นาแก มีหน้าที่ดังนี้

๑. จัดทำแนวทาง หรือ จัดระบบบริการดูแลต่อเนื่อง ระบบสารสนเทศ รวมถึงระบบส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพ

๒. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. รายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการอำนวยการทราบในที่ประชุม คปสอ. ทุกครั้ง

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) มีหน้าที่ดังนี้

๑. ประสานงานการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลนาแก กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก รวมถึงโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ส่งข้อมูลเพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๒. จัดทำฐานข้อมูล การรับและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

๓. ติดตามการรายงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของหน่วยงานต่างๆ

๔. ประสานการดูแลหรือจัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๕. ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการอำนวยการ

ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์และกายอุปกรณ์มีหน้าที่ดังนี้

๑. สำรองเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือ กายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลต่อเนื่อง

๒. จัดทำทะเบียนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ และทะเบียนการยืม รับคืน จากผู้ป่วยหรือญาติ

๓. เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์หรือ กายอุปกรณ์

ผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ดังนี้

๑. ประสานความร่วมมือ ประสานข้อมูลและส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับบุคลากรอื่นๆ ทั้งในและนอกหน่วยงาน

๒. ร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรอื่นๆ

๓. ติดตามผลและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประสานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณีที่ต้องการดูแลไม่ดีขึ้นและต้องการให้มีทีมสหวิชาชีพช่วยเหลือ

๔. จัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

๕.สรุปวิเคราะห์และประเมินผล รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การ ปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีหน้าที่ ติดตามดูแลผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการที่บ้าน ตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยบริการ

ทีมสหวิชาชีพ มีหน้าที่ ให้คำปรึกษา หรือร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน หรือการดูแลที่ยุ่งยาก จำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญของวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลนากะ ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานเวชศาสตร์ครอบครัว มีหน้าที่ วางแผนจำหน่าย และการส่งต่อ ก่อนที่จะส่งข้อมูล ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชนนากะ ติดตามดูแลต่อเนื่อง

๕. ขั้นตอนการปฏิบัติ

๕.๑ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ปฏิบัติดังนี้

๑.ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำรวจข้อมูลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และคัดแยกกลุ่มเป้าหมายตามคำจำกัดความ

๒.ทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และให้บริการ

ตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ Home visit ,Home health care ,Home ward/Home bed

๓.บันทึกข้อมูลและรายงานในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และในโปรแกรม JHCIS หรือ Hos.xp

๔.ในกรณีที่ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลนากะ ให้

บันทึกผลการดูแลต่อเนื่อง ลงในแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งคืนไว้ที่ โปรแกรม LTC ของโรงพยาบาล

๕.ในกรณีที่ต้องการคำปรึกษา หรือต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ให้ประสานได้ที่

ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC)

๖.สรุปผลการปฏิบัติงาน พร้อมปัญหาและอุปสรรค ทุกสิ้นเดือน

หน่วยบริการในโรงพยาบาลนากะ ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานเวชศาสตร์ครอบครัว ปฏิบัติดังนี้

๑. ประเมินสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย วางแผนจำหน่าย ส่งต่อ เพื่อที่จะส่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามดูแลต่อเนื่อง

๒.ส่งต่อเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านดังนี้

๒.๑. หน่วยงานส่งแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทางโปรแกรม LTC ไปที่พื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วย

๒.๒. หน่วยงานเขียนใบส่งต่อในแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ลงทะเบียน

๒.๓ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องนากะส่ง ข้อมูลไว้ที่ โปรแกรม LTC

๒.๔.ในกรณีเร่งด่วน หน่วยงานที่ส่งต่อโทรศัพท์แจ้งไปที่ผู้ประสานงานระดับพื้นที่หลัง จากนั้นจึงนำส่งเอกสารมาที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อลงทะเบียนก่อนส่ง

กรณีเยี่ยมกายอุปกรณ์

๑. ญาติผู้ป่วย หรือทีมดูแลต่อเนืองในพื้นที่ ติดต่อขอรับบริการที่งานกายภาพบำบัด ในเวลาราชการ
 ๒. เจ้าหน้าที่แนะนำขั้นตอนการขอรับบริการการอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ
 ๓. บันทึกรายละเอียดต่างๆในแบบฟอร์มการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่กำหนดไว้
 ๔. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนการเยี่ยม
 ๕. เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่เยี่ยม
 ๖. ฝึกทักษะในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการแก่ญาติหรือผู้ป่วย รวมถึงวิธีการดูแลรักษาอุปกรณ์ต่างๆให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
 ๗. ระยะเวลาในการเยี่ยม ไม่จำกัด
 ๑๐. ผู้ป่วยหรือญาติหรือ ทีมดูแลต่อเนืองในพื้นที่ มารับอุปกรณ์เครื่องช่วยด้วยตัวเอง
- แนวทางการปฏิบัติ กรณีเยี่ยมต่อ

๑. ญาติผู้ป่วย หรือ ทีมดูแลต่อเนืองในพื้นที่ ติดต่อขอรับบริการที่งานกายภาพบำบัดในเวลาราชการ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วย
๓. บันทึกรายละเอียดต่างๆในแบบฟอร์มการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่กำหนดไว้
๔. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนไว้ในทะเบียนการเยี่ยมต่อของหน่วยงาน

แนวทางการปฏิบัติ กรณีคืนอุปกรณ์เครื่องช่วยเมื่อครบกำหนด / เลิกใช้งาน

๑. ญาติผู้ป่วยหรือทีมดูแลต่อเนืองในพื้นที่ติดต่อขอรับบริการที่งานกายภาพบำบัด งานผู้ป่วยในในเวลาราชการ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วย เพื่อตรวจสอบความเสียหาย
๓. หากชำรุดการให้ชุดใช้ตามความเสียหายพิจารณาเป็นรายๆไปโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเภท ออกซิเจน

กรณีเยี่ยม

๑. ญาติผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการที่งานผู้ป่วยในด้วยตัวเองทุกวัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
๒. เจ้าหน้าที่แนะนำขั้นตอนการขอรับบริการการเยี่ยมออกซิเจนตามที่กำหนด
๓. บันทึกรายละเอียดต่างๆในแบบฟอร์มการเยี่ยมถึงออกซิเจนที่กำหนดไว้

๖. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนในทะเบียนของหน่วยงาน

๗. ญาติลงชื่อในสมุดเยี่ยมอุปกรณ์

๘. เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์ทั้งหมด ประกอบไปด้วยถังที่บรรจุออกซิเจนเต็ม หัวเกย์

สายออกซิเจน กระเปาะใส่น้ำกลั่น ขวดน้ำกลั่นสำหรับเติม

๙. ฝึกทักษะการเปิด – ปิดการใช้งานให้ญาติผู้ป่วยรวมถึงรายละเอียดในการจัดเก็บออกซิเจน ที่บ้าน

๑๐. ระยะเวลาในการเยี่ยม ไม่จำกัด

๑๑. ญาติผู้ป่วยต้องดำเนินการยกถังขึ้นและลงจากรถเอง เจ้าหน้าที่จะเป็นคนดำเนินการเปลี่ยนถังให้

แนวทางการปฏิบัติ กรณีเปลี่ยนเมื่อออกซิเจนถังเดิมหมด

๑. ญาติผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการที่งานผู้ป่วยในด้วยตัวเองทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์ทั้งหมด ประกอบไปด้วยถังที่บรรจุออกซิเจนเต็ม หัวเกย์

สายออกซิเจน กระเปาะใส่น้ำกลั่น ก่อนที่จะเปลี่ยนถังใหม่ให้

แนวทางการปฏิบัติ กรณีคืนถังเมื่อครบกำหนด / เลิกใช้

๑. ญาติผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการที่งานผู้ป่วยในด้วยตัวเองทุกวัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์ทั้งหมด ประกอบไปด้วยถังที่บรรจุออกซิเจนเต็ม หัวเกย์

สายออกซิเจน กระเปาะใส่น้ำกลั่น เพื่อตรวจสอบความเสียหาย

รายชื่อผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนืองที่บ้าน คปสอ. นาแก

| ชื่อ-สกุล | หน่วยบริการ | หมายเลขโทรศัพท์ |
|-------------------------|----------------------|-----------------|
| นางทิพมล สารเสนา | งานส่งเสริมสุขภาพ | 0933255885 |
| นางอรพิน แฉ่งสูงเนิน | งานผู้ป่วยใน | 0862189672 |
| นางเบญจมาศ มาสิงบุญ | งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน | 0819747411 |
| นางกัญยารัตน์ ศรีราช | งานห้องคลอด | 0847889170 |
| นางภัทรกานต์ วงศ์ตาหล้า | งานผู้ป่วยนอก | 0801923054 |
| นางสาวสรลณี ไชยวงศา | งานกายภาพบำบัด | 0885160063 |
| นางสาวปาณิสรา ไชยจำ | สสอ.นาแก | 0885733558 |

| | | |
|----------------------------|--------------------|------------|
| นางศรีไพร ชันทะชา | สสอ. นาแก | 0636296359 |
| นางจิระวัลย์ ศิลาคุดม | รพสต.พิมาน | 0883298069 |
| นางสุนันดา พินิจมนตรี | รพสต.หนองบ่อ | 0885334391 |
| นางสาวทวิลักษณ์ วงค์ตาเทพ | รพสต.ดงอีน่า | 0874223638 |
| นางจิตรา ช่างแก้ว | รพสต.หนองกุง | 0847937943 |
| นางทิพวิมล สุวรรณ | รพสต.นาคู | 0812633300 |
| นางนพพร ประสพัญญา | รพสต.หนองหญ้าปล้อง | 0812604550 |
| นางสาวทิพย์สุดา คำสา | รพสต.คำพี | 0885638441 |
| นางเพ็ญแข พรหมวิชัย | รพสต.หนองสังข์ | 0986054907 |
| นางปณิติกา สียงคะบุตร | รพสต.พุ่มแก | 0811172712 |
| นางจิราภรณ์ ภูริทัตตานนท์ | รพสต.หนองหอยใหญ่ | 0810681270 |
| นางภาณุมาศ ไชยตะมาตย์ | รพสต.โพนตูม | 0862200125 |
| นางภัทรภร พิมทอง | รพสต.ดงขวาง | 0872244729 |
| นางสาวชมนภัส ศุภกุล | รพสต.นาฉันทะ | 0813695842 |
| นางลักษมี แก้วชาลุน | รพสต.บ้านแก้ง | 0918678864 |
| นางเสาวนีย์ ศิริโคตรวงษ์ | รพสต.ดงน้อย | 0813201265 |
| นางสาวศรีธัญญา พิกุลศรี | รพสต.ก้านเหลือง | 0811924238 |
| นางสาวหิรัญญิการ์ ศรีหาเศษ | รพสต.พระซ่อง | 0958801777 |
| นางสาววิลาวัลย์ เรืองกล้า | รพ.สต.พระซ่อง | 0812605455 |
| นางสาวนันทนภัส วงค์คำแพง | รพสต.นาเลียง | 0871599744 |
| นางพรรณทิพา สุขโต | รพสต.สร้างดี | 0817691321 |

กลุ่มเป้าหมายและการแยกประเภทในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

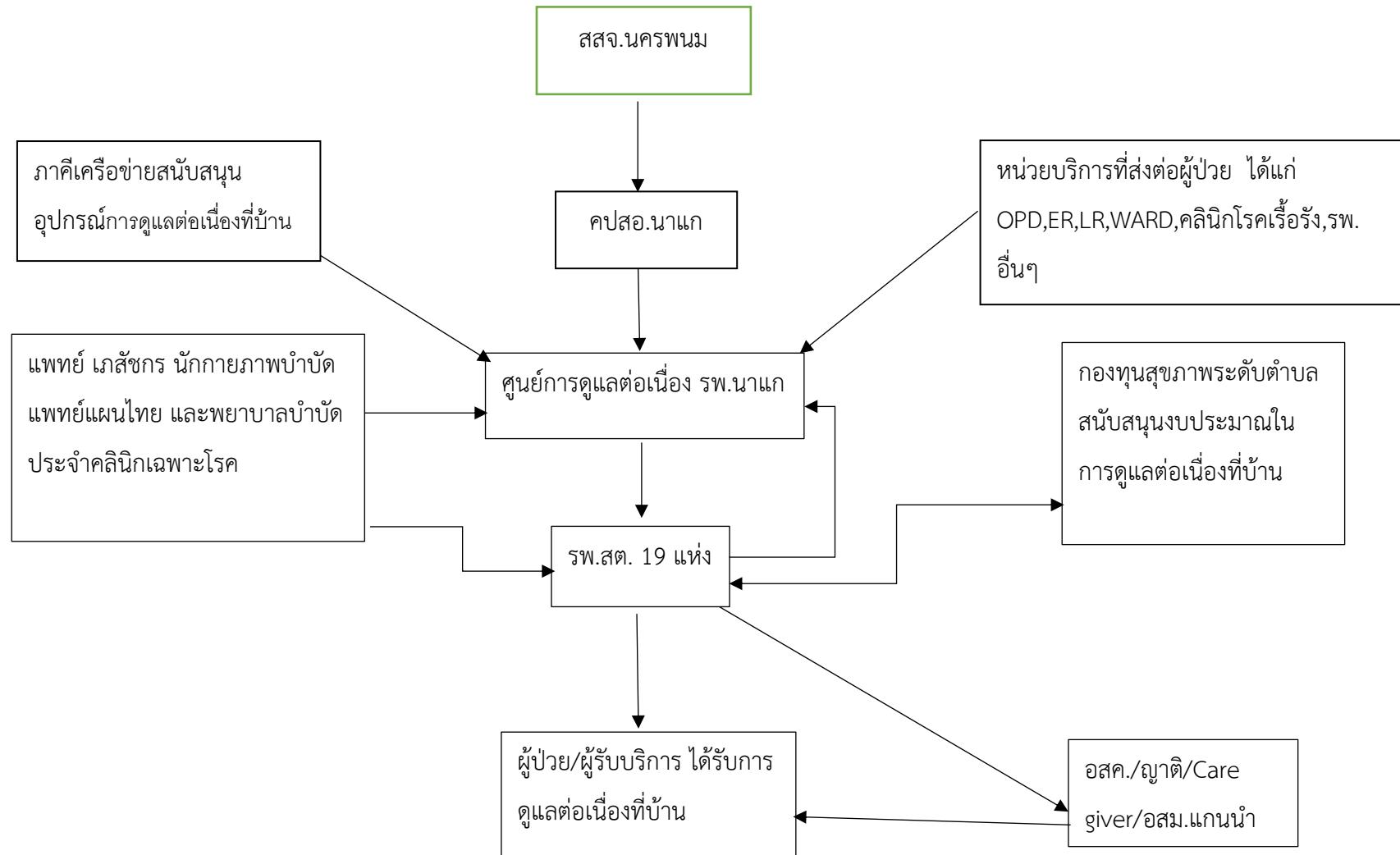
| | ประเภทการเยี่ยม | เกณฑ์การเยี่ยม |
|---|---|-------------------------|
| 1 | Home visit หมายถึง รูปแบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวและดูแลทุกปัญหาแบบบูรณาการตามปัญหากลุ่มวัยของแต่ละบุคคล กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ประชาชนทุกกลุ่มวัย | อย่างน้อย ๑ คน/ครั้ง/ปี |
| 2 | Home Health Care หมายถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมรายโรคตามกลุ่มวัยเป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยทางจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลและมีปัญหาซับซ้อน แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ | |
| | เตียงประเภทที่ ๑ หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้ มี นศ. ประจำบ้านและ อสม. ประจำคุ้มเป็นผู้ดูแล | |
| | ๑. เด็กแรกเกิด-๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีพัฒนาการไม่สมวัยหรือมีภาวะทุพโภชนาการ | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๒. เด็กอายุ ๑ปี-๕ปีที่มีพัฒนาการไม่สมวัยหรือมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๓. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๔. หญิงหลังคลอด/ทารกหลังคลอดทุกราย | ๓ ครั้ง/คน |
| | ๕. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (นับทุกกลุ่มอายุ) | |
| | ๕.๑ เบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (เบาหวานอย่างเดียว) | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๕.๒ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว) | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๕.๓ หอบหืดที่ควบคุมอาการได้ดีและปานกลาง | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๕.๔ สุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่มีอาการกำเริบหรือไม่มีปัญหาซับซ้อน | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| | ๕.๕ หัวใจและหลอดเลือดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ได้รับยา warfarin | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |

| | |
|--|-----------------------|
| ๖. ผู้พิการที่อายุไม่เกิน ๖๐ ปี ทุกประเภทที่ช่วยเหลือตัวเองได้ | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ประเภทการเยี่ยม | เกณฑ์การเยี่ยม |
| ๗. ผู้สูงอายุที่ไม่พิการและช่วยเหลือตนเองได้ | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๘. ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลแต่ไม่มีปัญหาซับซ้อนสามารถดูแลตนเองได้ในระยะหนึ่ง | ตามแผนการรักษา |
| เตียงประเภทที่ ๒ หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วย หรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้บางส่วนมี Care giver/อสม./นสค./อสค. พยาบาลประจำรพสต.สามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพในรายที่มีความจำเป็น | |
| ๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง | อย่างน้อย ๓ ครั้ง/คน |
| ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | |
| ๒.๑ เบาหวานที่มีโรคร่วมทุกชนิด | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๒.๒ ความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมทุกชนิด | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๒.๓ หอบหืดที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๒.๔ สุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอาการกำเริบหรือที่มีปัญหาซับซ้อน | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๒.๕ หัวใจและหลอดเลือดที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) | อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี |
| ๒.๖ ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลและได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน หรืออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ | ตามแผนการรักษา |
| ๓. ผู้สูงอายุที่ไม่พิการ แต่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือขาดผู้ดูแล | อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี |
| ๔. ผู้สูงอายุและพิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย | อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| ๓ | Home ward /Home Bed หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด (นับเป็นเตียงประเภทที่๓) | |
| | เตียงประเภทที่๓ หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด มีสหวิชาชีพร่วมการดูแลกับพยาบาลประจำ รพสต. และ อสค.ประจำบ้าน มีผู้ดูแล (Care giver) ดูแลประจำทุกวัน และเป็น Care giverที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้จริง ผ่านการฝึกอบรมหรือฝึกทักษะการดูแลเฉพาะราย | |
| | ๑. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องการการดูแลจากผู้อื่น | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓. ผู้ป่วยที่ต้องใช้/มีอุปกรณ์การแพทย์ | |
| | ๓.๑ ผู้ป่วยที่ Retain foley s cath | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๒ ผู้ป่วยที่ทำ CAPD | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๓ ผู้ป่วยที่ทำ Hemodialysis | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๔ ผู้ป่วยที่ทำ On NG tube | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๕ ผู้ป่วยที่ทำ On Colostomy bag | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๖ ผู้ป่วยที่ทำ On Tracheostomy | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๗ ผู้ป่วยที่ต้องการออกซิเจน | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๓.๘ อื่นๆ ให้ ระบุ | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๔. ผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์แต่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๕. ผู้สูงอายุที่ไม่พิการ แต่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนติดเตียง | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๖. ผู้สูงอายุที่พิการและพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๗. ผู้ป่วยที่มีแผล Bed Sore | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| | ๘. ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |
| | ๙. ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลและได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านและมีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ | ตามแผนการดูแลเฉพาะบุคคล |

แผนภูมิที่ ๑ แสดงระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คปสอ.นาแก



Flow chart การรับ – ส่งต่อ Case COC รพ.นาแก กับรพท./รพ.สต.

จังหวัดนครพนม

