



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน/ชุมชน
: ประสพการณ์การจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน**

โดย สุรีย์ ลีมงคล : ppns26@gmail.com
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช





4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 4.1 เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทักษะด้านการให้บริการในคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ
- 4.2 เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีขีดความสามารถในการให้บริการเท่าทันกับความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ก้าวหน้า
- 4.3 เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันและทำงานร่วมกันแบบเครือข่ายต่อไป

ประเด็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองบ้าน

- การจัดระบบบริการ
- การจัดระบบเอกสาร
- การจัดการข้อมูล
- การประเมินผลการบริการ



การแบ่งประเภทผู้ป่วยเฝ้าบ้าน ของ สปสช.กทม.

ลำดับ ที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(ครั้ง)		อัตรา ค่าบริการ (บาท)	หมายเหตุ
		รพ. IMHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)		
1	กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ (Curable)	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2(ถ้า จำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง)	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับการ เยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 4 ครั้ง	400 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	
2	กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง(Long term chronic) ที่ไม่ สามารถควบคุมอาการ ได้	จำนวนการเยี่ยม 1-3 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กรณีผู้ป่วยมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นแต่ละราย	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยม ไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิด Case กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับการ เยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 6 ครั้ง	600 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	เยี่ยมครั้งแรกไม่ ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่าย -ต้องมีการสอน ให้ดูแล
3	กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วย เรื้อรังและมีการไร้ ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)	จำนวนการเยี่ยม 1-4 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2,3 สัปดาห์ที่ 2,4 ครั้งที่ 4 กรณีผู้ป่วยมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นแต่ละราย	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยม ไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิด Case กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับ การเยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 6 ครั้ง	800 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	เยี่ยมครั้งแรกไม่ ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่าย -ต้องมีการฝึก
4	กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วย เรื้อรังและมีความพิการ อย่างรุนแรง(Long term extreme disability)	จำนวนการเยี่ยม 1-5 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2,3,4 สัปดาห์ที่ 2,4,6 ครั้งที่ 5 กรณีผู้ป่วยมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นแต่ละราย	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยม ไม่เกิน 12 ครั้ง และควรปิด Case กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับ การเยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 12 ครั้ง	1,000 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	เยี่ยมครั้งแรกไม่ ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่าย -ต้องมีการดูแลที่ ซับซ้อน
5	กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill with independent/partial dependent)	จำนวนการเยี่ยม 1-6 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2,3,4,5 สัปดาห์ที่ 2,3,4,5 ครั้งที่ 6 กรณีผู้ป่วยมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นแต่ละราย	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยม ไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิด Case กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับการ เยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 6 ครั้ง	1,000 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	เยี่ยมครั้งแรกไม่ ควรเกิน 7 วัน หลัง -ต้องใช้การดูแล เฉพาะทางและ ต้องดูแลแบบ Holistic care
6	กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group)	จำนวนการเยี่ยม 1-6 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2,3,4,5 สัปดาห์ที่ 2,3,4,5 ครั้งที่ 6 กรณีผู้ป่วยมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นแต่ละราย	กรณีเข้าพบในพื้นที่เยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง/เดือน ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี กรณีที่รับส่งต่อจากรพ. ให้นับ การเยี่ยมรวมกับรพ. ไม่เกิน 12 ครั้ง/ ปี	800 บาท/ ครั้ง รวมค่า อุปกรณ์	



พ.ศ.2549

คู่มือ

การจำแนกประเภทผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
(Patient classification in home care)



คู่มือ

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

ที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โดย

สุรีย์ ถิ่นมงคล

พ.ศ.2548



โรงพยาบาลศิริราช
รับเลขที่ 5545
วันที่ 19 9 04

โรงพยาบาลศิริราช
รับเลขที่ 015055
วันที่ 25 10 2555
เวลา 10.45

จัดตั้ง "หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง" เพื่อ เชื่อมโยงระบบการจำหน่ายผู้ป่วย และ Palliative care จากโรงพยาบาลถึงบ้าน

ที่ ศ
วันที่

เรื่อง แจ้งมติที่ประชุม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ตามที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ขออนุมัติตั้งหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง สังกัดการ
พยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อเชื่อมโยงระบบการจำหน่ายผู้ป่วยและ Palliative care จากโรงพยาบาลถึง
บ้าน รายละเอียดดังแจ้งในหนังสือที่ ศธ 0517.072/003493 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2554 นั้น

ในการประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ ครั้งที่ 7/2555 เมื่อวันอังคารที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2555
ที่ประชุมพิจารณาแล้วมีมติ อนุมัติ ให้ตัดโอนบุคลากรจากหน่วยงานเดิม และดำเนินการด้านอัตรากำลังตาม
แผนการดำเนินการของโครงการฯ พร้อมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงาน และไม่ให้มี



เป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง

▪ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว
สามารถจัดการการดูแลตนเองได้



ผู้ป่วยปลอดภัย



ขอบเขตบริการ หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง



การดูแลต่อเนื่อง

1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย/หน่วยตรวจ(Discharge plan, Unplanned readmission, OPD)
 - ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง
 - ประเมินความสามารถผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการจัดการการดูแลตนเอง
 - สอน แนะนำ การดูแล
 - ประสานทีมสหสาขา
2. เยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ประสานส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
4. รายงานผลการดูแลให้หอผู้ป่วยทราบ

Palliative care

- ผู้ป่วยนอก
หน่วยตรวจโรคต่าง ๆ (ก.ย.2552-พ.ค.2556)
- ผู้ป่วยใน
-รับปรึกษาจาก
ภาควิชาต่างๆ (ก.ย.2552-พ.ค.2556)
- HHC
1. ติดตามดูแลที่บ้าน
 2. ประสานส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน
 3. รายงานผลการดูแลให้หอผู้ป่วยทราบ

การจัดการอุปกรณ์ฯ

1. ประเมินความต้องการการใช้
2. ร่วมกับครอบครัวในการจัดเตรียม
3. สอนสาธิต แนะนำการใช้วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งการดูแลรักษา
4. บำรุงรักษา / เทียบค่าอุปกรณ์
5. จัดระบบการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ (ทะเบียนตารางการบำรุงรักษา/เทียบค่า)

บริการวิชาการ

1. ร่วมกับคณะ ภาควิชาต่างๆนำแพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ฯลฯ เยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เป็นแหล่งศึกษาดูงาน
 - การดูแลต่อเนื่อง
 - Palliative care
3. เป็นวิทยากร อาจารย์พิเศษในเรื่องการดูแลต่อเนื่อง และPalliative care ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ
4. ร่วมจัดทำโครงการอบรมเรื่องPalliative care แก่พยาบาลทั้งภายใน และภายนอกคณะฯ



พ.ศ.2549

คู่มือ

การจำแนกประเภทผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
(Patient classification in home care)



คู่มือ

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

ที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โดย

สุริย์ สัมมงคล

พ.ศ.2548

ระบบบริการการดูแลที่บ้าน

Management continuity

ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing care)

หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) คือ กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเริ่มจากการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำ ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินผลการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย

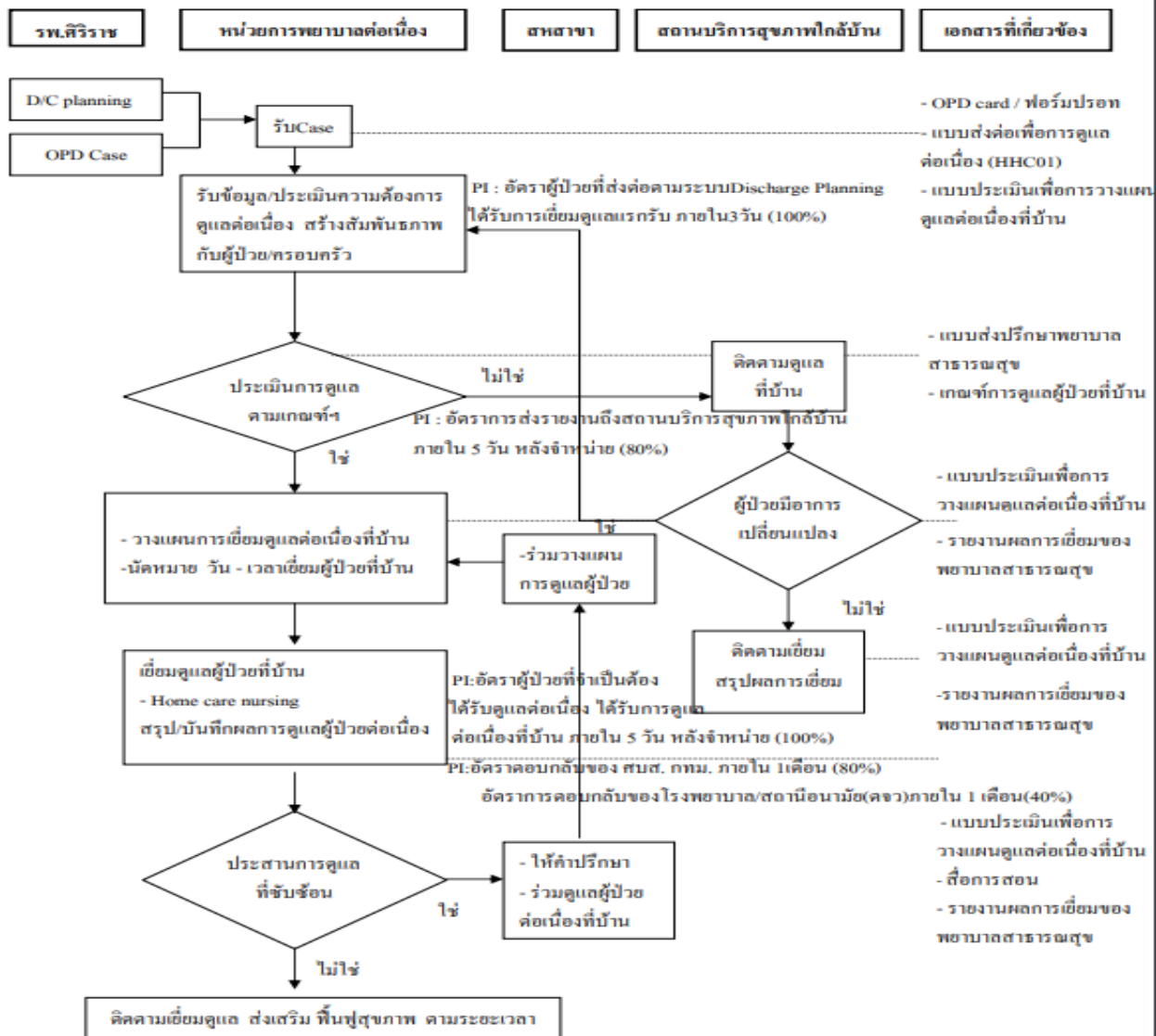
สำหรับโรงพยาบาลศิริราช นอกจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ยังจัดให้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเขต กรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง

เมื่อหอผู้ป่วย/หน่วยงานวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สอน แนะนำการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้ว พบว่า

1. ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น การให้อาหารทาง NG การดูแลแผล



ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง



Outcome KPI: อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อ readmit ภายใน 28 วัน (2 ราย)



การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

- การวางแผนจำหน่าย OPD IPD
(Hospital Discharge Planning)
- การส่งต่อ
(Transition Process)
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน
(Home Health Care)



Nursing Process

- **Assessment**
- **Nursing diagnosis**
- **Nursing care plan**
- **Implement**
- **Evaluation**



Seamless care : การดูแลแบบไร้รอยต่อ

- Holistic assessment: Pt ,Family & caregiver
- Continuing care :
 - good coordination of care:
Management continuity
 - good interpersonal skills:
Relational continuity
 - good information flow :
Informational continuity



สภาวะหลังการเจ็บป่วย

1. ยังช่วยตัวเองได้แต่ช้าลง

ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน

การวางแผนจำหน่าย (Hospital Discharge

2. ต้องการ **Planning** เหลือบางกิจกรรม

ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน คงสภาพร่างกาย
ให้ดีที่สุด

การดูแลระยะกลาง/ระยะฟื้นฟู (Intermediate care)

3. เรื้อรัง ระยะท้ายของชีวิต

3.1 ป้องกัน / บรรเทาอาการทุกขัทรมาณ

3.2 ดูแลความสุขสบาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

3.3 ดูแลความโศกเศร้าของครอบครัว

การดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคอง
(Longterm and Palliative care)



การส่งแบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



4G 10:33 4G+ 100%

WORK

เรารักศิริราช
กระหู่ที่ได้รับความนิยมน
ศูนย์คอมพิวเตอร์ไม่ว่าง 10:24

ข่าวสาร ศิริราช
PUNYAVUT: ส่งรูปภาพ 10:14

หน่วยการพยาบาลต...
RAWADEE: รับทราบค่ะ 10:13

ปาวา2 ส่งปรึกษาดูแ...
SUREE: รับทราบค่ะ 10:10

อญ 11 ได้ ส่งปรึกษา...
SUREE: รับทราบค่ะ ฝากถามที่อยู่ที่พักกลับ
ไปอยู่จริงและหมายเลขโทรศัพท์ด้วย... 10:09

อญ 9 ได้ ส่งปรึกษา...
ATCHARA: ค่ะ 22/11/20

Stroke Continuing...
ส่งเคส การพยาบาลต่อเนื่อง(พี่สุ...
ATCHARA: ค่ะ

แชท รายชื่อ ฟอรัม โพธิ์ทิล เพิ่มเติม

covid 19 มว.2 ▶
37 สมาชิก

SIKHA THREE PRATHAKHUNHIV พยาบาล

วันนี้...
รับทราบค่ะ 12:30

มว.2ทีม2 ผู้ป่วยกลับบ้าน เพิ่ม 1
เคสค่ะ 12:30

RAWADEE RU ANGSAI พยาบาล
รับทราบค่ะ 12:45 ✓1

พิมพ์ข้อความ

Relational continuity: ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ร่วมกับแนวคิด visual management
 โดยการใช้สีในการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลแต่ละคนมีสีประจำตัว

		หน้า	(ปี)	H.N.	CA	DM	HT	HD	CVA	Res.	Dx.	WARD
2												
14	12		5 วัน	53-319318							PAC	พระศรีฯ 12
15	13	ด.ช.	3 เดือน	53-297166							d - TGA with VSD with ASD S/P ASO with VSD closme	อน. 7
16	14	นาย	57	44-136097							Alcoholic with	Short Stay Ward
17	15	นาย	84	48-209581							Laryngeal Mass	ฉก.1
18	16	นาง	31	46-503375							S/P C/S with Large Basal Ganglion Hemorrhage S/P Craniotomy	พระศรี 10/1
19	17	น.ส.	25	53-274006								อญ 10 ต.
20	18	นาง	74	40-026444							HF with Preserved Ejection Fraction RAS	อญ 12 น.
21	19	นาย	79	53-314138							Acute Ischemic Stroke	อญ 11 น.
22	20	นาง	56	43-100732							CA Lung	อญ 6 น.
23	21	นาย	67	52-658194							# C 3-7	อบห 3 สามัญ
24	22	น.ส.	82	42-156692							Aspirate Pneumonia	อญ 12 น.
25	23	นาง	98	53-321469							Acute Ischemic Stroke with HT	72/10 ตก

ชื่อ-สกุล														
A	B	D	E	F	H	I	J	K	L	M	N			
1	คำนำ	อายุ	H.N.							Dx.	WARD			
2	หน้า	(ปี)		CA	DM	HT	HD	CVA	Res.					
14	12		5วัน	53-319318										
15	13	ค.ช.	3 เดือน	53-297166										
16	14	นาย	57	44-136097										
17	15	นาย	84	48-209581										
18	16	นาง	31	46-503375										
19	17	น.ส.	25	53-274006										
20	18	นาง	74	40-026444										
21	19	นาย	79	53-314138										
22	20	นาง	56	43-100732										
23	21	นาย	67	52-658194										
24	22	น.ส.	82	42-156692										
25	23	นาง	98	53-321469										

Find and Replace

Find

Replace

Find what:

No Format Set

Format...

Within:

Workbook

☐ Match case
 ☐ Match entire cell contents

Search:

By Rows

Look in:

Formulas

Options <<

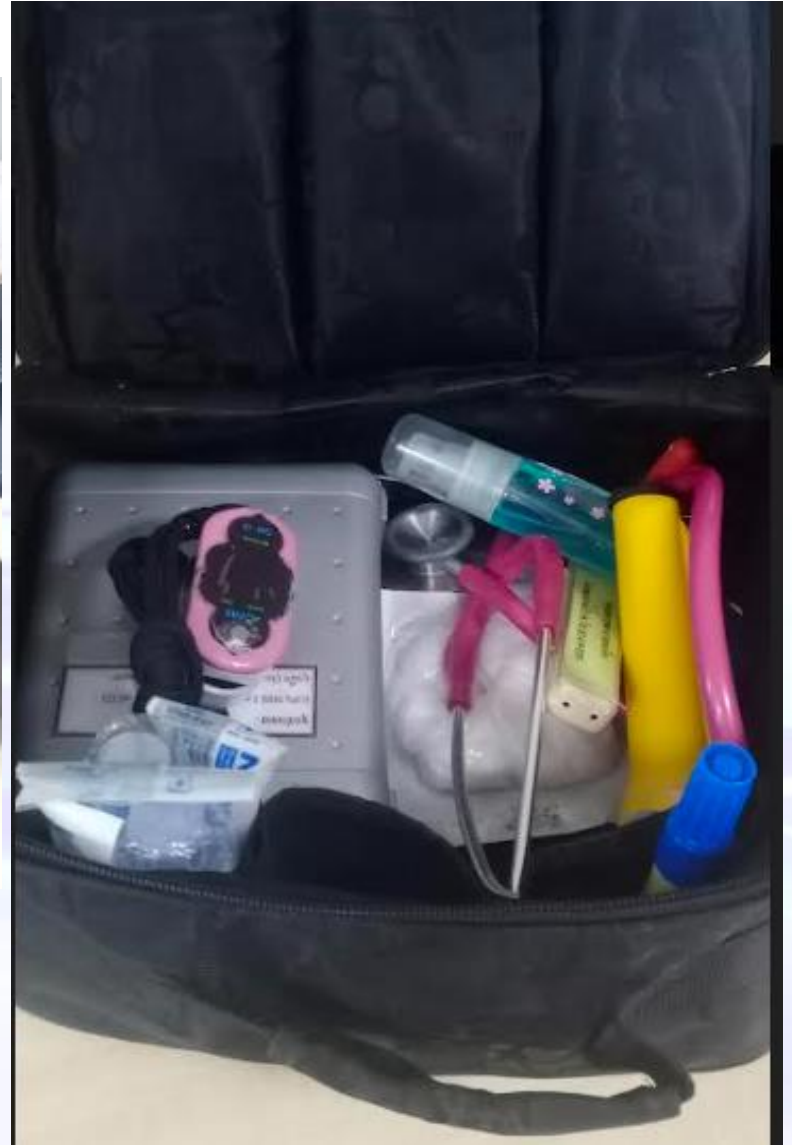
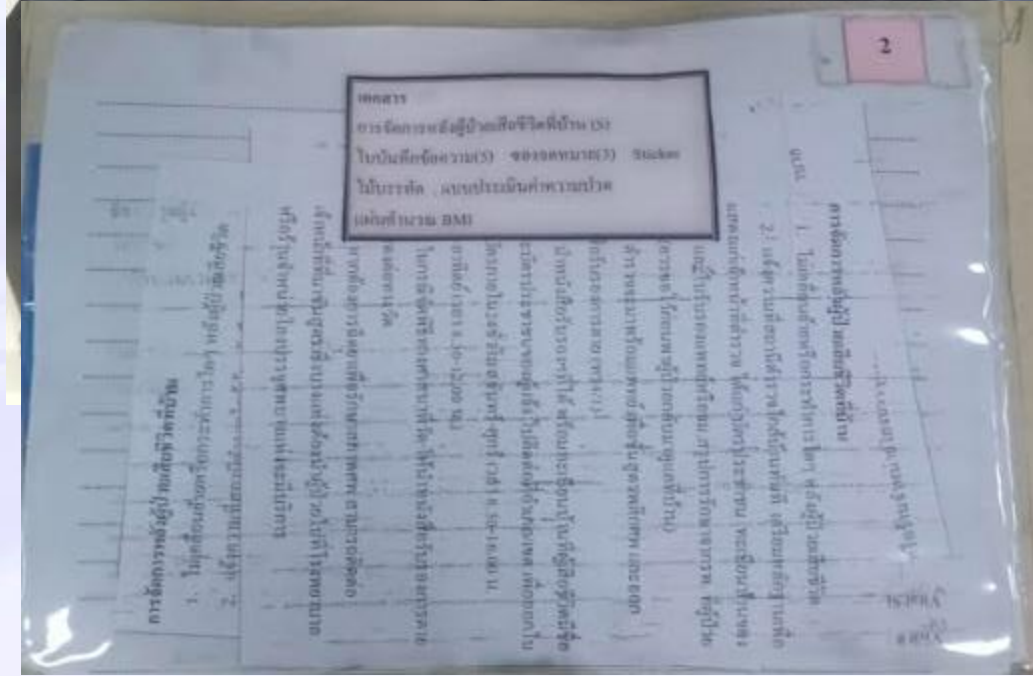
Find All

Find Next

Close



A black, multi-pocketed bag or backpack, likely a tactical or utility bag, shown from a front-facing perspective. The bag features several horizontal and vertical straps and pockets, suggesting it is designed for carrying various items. The background is slightly blurred, showing a desk and a computer monitor.



การจัดการระบบเอกสาร

Informational continuity

แบบประเมินเพื่อการวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
รพยาบาลต่อเนื่อง งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

อายุ ปี HN.
การรักษา
Ward
โทร
ชื่ออยู่จริง
ผู้ดูแลหลัก
Assessment ☐ patient ☐ caregiver ☐ other

: Cognition

Ideal
Feeling
Function
Expectation

: Holistic

Physical	Psychological	Social	Spiritual
	Holistic care		

Goal of care
Plan of care
Environment & Safety

ประสานงานเวชระเบียนในการจัดทำบาร์โคทเพื่อให้สามารถscanรายงาน
ผู้ป่วยหลังจากได้รับการตอบกลับมาเก็บเข้าในระบบ เพื่อให้บุคลากรได้ใช้
ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง





รายงานผลการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข

ผู้ป่วยชื่อ อายุ ปี HN หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรค

ผลการเยี่ยม

การประเมินปัญหา

การดำเนินการ / การแก้ไข

ประเมินผล

สิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จัด position ก่อนให้อาหารเพื่อป้องกัน Aspiration ดูแลฟันตามแผนการรักษา ทำความสะอาดปากฟันหลังการพ่นยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อราในช่องปาก ป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยสับสน และได้รับ ยา aspirin , Plavix ซึ่งมีผลทำให้เลือดหยุดยาก ช่วยทำกายภาพบำบัดเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ และป้องกันข้อติดแข็ง สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมารพ. เช่น มีไข้ ไอ เหนื่อยพ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น เป็นต้น

ส่งต่อมาเพื่อ ประเมินอาการผู้ป่วยและการจัดการการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลใน การป้องกัน aspiration การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสน ช่วยประเมินการพ่นยา สภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ช่วยเปลี่ยน NG tube และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

พัฒนาเอกสารการบันทึกทางการพยาบาล ภายใต้แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลเป็นองค์รวม ผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแล ต่อเนื่อง

หรือ ส่งมาที่ คุณสุรีย์ ลิ้มคล เลขที่2 หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง
หอพักพยาบาล 3 ชั้น 7 รพ.ศิริราช บางกอกน้อย กทม. 10700



1706 รายงานผลการเยี่ยมบ้าน

กรุงเทพฯ

HHC-BKK V1.0.4

 Username

 Password

Login

[Forgot Password? Click here](#)

สปสช.กทม.พัฒนาระบบการส่งข้อมูล eHHC BKK และดำเนินการเชื่อมต่อกับ
ระบบของ กรุงเทพมหานคร BMA Home Ward Referral



BMA Home Ward Referral

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ระบบการส่งข้อมูลของ กรุงเทพมหานคร BMA Home Ward Referral

+ เพิ่มข้อมูล

ค้นหา:

ลำดับ ▲

กลุ่มผู้ป่วย/
สถานะ ▼

ชื่อ-นามสกุล ▼

อายุ ▼

ส่งไป
ที่
ศูนย์ ▼

วันที่รับ
Case ▼

กลุ่มผู้
ป่วย ▼

จัดการข้อมูล ▼



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	
	HHC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	สรุป	
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อการดูแล (ราย)		8	12	3	13	0	0	24	7	11	13	5	0	0	11	10	1	12	10	0	0	24	9	6	15	13	0	0	23	6	8	9	253	
ผู้ป่วยใน		7	10	3	10	0	0	23	7	10	13	5	0	0	10	10	1	12	10	0	0	21	9	6	13	13	0	0	23	4	6	8	234	
ผู้ป่วยนอก		1	2	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	2	2	1	19	
ต้นสังกัด		3	5	1	2	0	0	9	2	5	6	2	0	0	2	4	0	4	3	0	0	10	4	3	3	2	0	0	8	3	1	2	84	
ประกันสังคม		2	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	3	2	0	2	26	
30 นาที		3	5	2	7	0	0	11	4	5	4	3	0	0	7	5	0	6	6	0	0	12	3	3	9	10	0	0	11	1	7	5	129	
อื่นๆ		0	0	0	2	0	0	2	1	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	14	
ส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (ราย)		1	2	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	0	2	3	0	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	2	0	25	
กทม.		1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	1	0	15	
ต่างจังหวัด		0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	
ยอดผู้ป่วยกมฯ (ราย)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
- รับใหม่ (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- จำหน่าย (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- ตาย (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
คงเหลือผู้ป่วยดูแล (ราย)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
- ผู้ป่วยพิการ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- ผู้ป่วยเรื้อรัง		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- Palliative care		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
- อื่นๆ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
การดูแลที่บ้าน(รายครั้ง)																																		
ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่บ้าน(ราย)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- เยี่ยมผู้ป่วยพิการ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- Palliative care		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- เยี่ยมผู้ป่วยอื่นๆ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
จำนวนครั้งที่ออกเยี่ยม (ครั้ง)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
เยี่ยมผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วย (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม		13	18	16	6	0	1	20	9	10	3	0	4	11	12	9	4	18	13	1	17	12	15	3	19	1	0	23	11	23	16	328		
บนหอผู้ป่วย		1	6	4	1	0	1	7	2	4	5	2	0	0	6	3	1	4	2	2	0	8	2	8	0	5	0	0	9	7	8	5	103	
ที่บ้าน		12	12	12	5	0	0	13	18	5	5	1	0	4	5	9	8	0	16	11	1	9	10	7	3	14	1	0	14	4	15	11	225	
รับการรักษาทางโทรศัพท์(ราย)		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
บนหอผู้ป่วย		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ที่บ้าน		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
บริการให้เยี่ยมอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน																																		
จำนวนผู้ป่วยที่ขอใช้บริการ(ราย)		1	3	3	4	0	0	3	3	3	7	1	0	0	3	2	0	2	3	0	0	5	3	2	6	2	0	0	3	2	1	4	66	
เครื่องดูดเสมหะ		1	2	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	2	0	0	2	0	0	2	19	
เครื่องผลิตออกซิเจน		0	1	0	0	0	0	2	1	1	5	0	0	0	3	2	0	0	2	0	0	5	1	0	0	0	0	1	2	1	2	29		
ถังออกซิเจน		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Flow meter		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
เครื่องพ่นยา		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
เตียง		0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	
ที่นอนลม		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	
รถเข็น		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
อื่นๆ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ประสานเยี่ยมอุปกรณ์จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน																																		
จำนวนผู้ป่วยที่ติดต่อเยี่ยมอุปกรณ์ (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุปกรณ์ (ราย)		0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
รายการ																																		
ภายในโรงพยาบาล		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
ภายนอกโรงพยาบาล		0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	

[illegible]



ตัวชี้วัดการบริการ



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
กิจกรรม	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย	หน่วย
การดูแลสุขภาพ	1. อัตราผู้ป่วยที่ส่งต่อตามระบบ Discharge Planning	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ต่อเนื่องที่บ้าน	ได้รับการเยี่ยมดูแลที่บ้านภายใน 3 วัน	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2. อัตราการส่งรายงานถึงสถานบริการสุขภาพใกล้เคียง	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	ภายใน 5 วันหลังจากจำหน่าย	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	3. อัตราผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	ได้รับการติดตามดูแลที่บ้านภายใน 5 วันหลังจากจำหน่าย	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4. ภูมิทัศน์ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านของหน่วยงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ไม่ได้รับการเยี่ยมติดตามอาการภายใน 5 วันหลังจากจำหน่าย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. อัตราการตอบกลับของคสส. กรุงเทพมหานคร	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	ภายใน 1 เดือนหลังจากส่งต่อคสส. ใกล้บ้าน	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	6. อัตราการตอบกลับจากสถานบริการสุขภาพใกล้เคียง	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
	ภายใน 1 เดือนหลังจากส่งต่อสถานบริการสุขภาพใกล้เคียง (ตจว.)	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
	7. ภูมิทัศน์ผู้ป่วยส่งปรึกษา readmit ภายใน 28	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน
	(ราย: จำนวนผู้ป่วย)	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน
	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ	ไม่ได้แจ้ง readmit ในระบบ
	8. อัตราผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้าน	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
	9. อัตราผู้ดูแลที่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
	10. ภูมิทัศน์ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาทาง Si v work	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
	ไม่ได้รับการตอบสนองเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65	เริ่มเก็บ ม.ค. 65
การจัดการอุปกรณ์	11. อัตราการตอบสนองความต้องการอุปกรณ์ของผู้	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	12. ภูมิทัศน์อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้**	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน
	(ราย: จำนวนผู้ป่วย)	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน	2 รายต่อเดือน
	13. ภูมิทัศน์ผู้ป่วยไม่สามารถจำหน่ายได้ตามแผน	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
	จากสาเหตุอุปกรณ์ไม่พร้อม	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย



ปริมาณงานบริการ



กิจกรรม	ปี60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64 (สค.64) *
1.จำนวนผู้ป่วยที่ปรึกษาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ราย)	978	1080	1074	1535	2265
2.จำนวนผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแล ต่อเนื่องไปยังศบส.ในกทม.(ราย)	279	313	300	476	610
3.จำนวนผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแล ต่อเนื่องไปยังสถานบริการสุขภาพในตจว.(ราย)	190	203	180	248	200
4.จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมดูแลที่บ้าน(ราย)	35	40	63	47 *	3
5.จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมบนหอผู้ป่วย (ราย)	1157	1288	1361	1615	420
6.จำนวนความต้องการอุปกรณ์(ครั้ง)	575	604	616	700	394
7.รับผู้ศึกษาดูงานทั้งภายในและภายนอก รพ.(ครั้ง)	57	32	34	35	5
8.เป็นวิทยากรทั้งภายในและภายนอก รพ. (ครั้ง)	46	52	52	16 *	25
* จากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19					



การประเมินผลบริการ



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (สค.64)
อัตราการส่งรายงานถึงสถานบริการ สุขภาพใกล้บ้านภายใน 5 วัน หลัง จำหน่าย	ร้อยละ 80	65.89	69.57	79.04	78.03
อัตราการตอบกลับของ ศบส. กรุงเทพมหานคร ภายใน 1 เดือน	ร้อยละ 80	70.37	82.68	87.25	92.23
อัตราการตอบกลับของ โรงพยาบาล/สถานีอนามัย(ตจว) ภายใน 1 เดือน	ร้อยละ 40	39.80	33.34	38.04	32.45
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อ readmit ภายใน 28 วัน	2 รายต่อ เดือน (เฉลี่ย)	2	1	1	1
อัตราการตอบสนองความต้องการ การใช้อุปกรณ์	ร้อยละ 80	100	100	100	100



การประเมินผลการบริการ (ต่อ)



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (สค.64)
อัตราผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้าน	ร้อยละ 95	93.88	86.48	97.88	100
อัตราผู้ดูแลที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้าน	ร้อยละ 50	34.21	58.90	75.20	83.17
อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่สามารถจำหน่ายได้ตามแผนสาเหตุจากอุปกรณ์ไม่พร้อม	0 ราย	0	0	0	0



สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

สมรรถนะหลักของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

แบ่งออกเป็น **3 ระดับ** ได้แก่

ระดับที่ 1 ระดับขั้นพื้นฐาน (Basic Level)

ระดับที่ 2 ระดับขั้นก้าวหน้า (Advanced Level)

ระดับที่ 3 ระดับขั้นเชี่ยวชาญ (Expert Level)

โดยกำหนดให้พยาบาลในแต่ละระดับ ต้องมี**สมรรถนะหลัก 5 สมรรถนะ** ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 [Co] สมรรถนะด้านการสื่อสาร (Communication)

สมรรถนะที่ 2 [Co] สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care ,
Collaborate & Coordinate)

สมรรถนะที่ 3 [Ho] สมรรถนะด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
แบบองค์รวม (Holistic Care)

สมรรถนะที่ 4 [P] สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ
(Personal Development & Leadership)

สมรรถนะที่ 5 [E] สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical Issues &
Legal)

สมรรถนะที่ 1 [Co] ด้านการสื่อสาร (Communication)

สมรรถนะด้านการสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารด้วยวาจา/ ภาษ/การเขียน/บันทึก /สัทภาษา ทักษะระหว่างบุคคล และทักษะการทำงานเป็นทีม

โดยมีความรู้ ความเข้าใจ หลักการ แนวคิด การสื่อสาร และการให้การปรึกษา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อรับทราบความจริง และเข้าใจเป้าหมายการดูแลรักษาพยาบาล ที่ปรับเปลี่ยน การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง หลังรับรู้ความจริงของสภาวะของผู้ป่วย การจัดการประชุมครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อความเข้าใจ เต็มใจ และร่วมมือในการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care plan) ในรายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ระดับความสามารถ	พฤติกรรมบ่งชี้ [สมรรถนะที่ 1 [Co] ด้านการสื่อสาร Communication]
1 Basic Level	1. สื่อสารเพื่อการประเมินผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวมได้ 2. สื่อสารเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวได้ 3. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละรายได้ครอบคลุมความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย และครอบครัวได้
2 Advanced Level	1. สื่อสารเพื่อให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ 2. สื่อสารเพื่อการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและเข้าใจเป้าหมายการดูแลรักษาพยาบาล ที่ปรับเปลี่ยน 3. สื่อสารในการให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังรับรู้ความจริงของสภาวะของผู้ป่วย 4. สื่อสารในการประชุมครอบครัว ในบทบาทพยาบาล 5. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อความเข้าใจ เต็มใจ และร่วมมือ ในการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care plan) 6. สื่อสารเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวภายหลังการสูญเสีย 7. พัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มการปรึกษาถึงการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
3 Expert Level	1. สื่อสารเพื่อการปรึกษา / ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ/เจรจาต่อรอง ในปัญหาที่มีความซับซ้อน แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมการดูแลที่ต้องใช้สมรรถนะการสื่อสารขั้นสูง 2. เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ แก่ทีมการดูแลผู้ป่วย 3. สอน ให้ความรู้ ด้านการสื่อสารแก่บุคลากรในระดับองค์กร

สมรรถนะที่ 2 [Cc] ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care Collaborate & Coordinate)

สมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่อง Continuing care Collaborate & Coordinate หมายถึง การช่วยเหลือ ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แบบไร้รอยต่อ ระหว่างสถานบริการ บ้าน และชุมชน

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) เป็นความร่วมมือ ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุม การดูแล ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ของทีม การประสานความร่วมมือ การส่งต่อข้อมูล ความรู้ ตามความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ร่วมกันสร้างความเชื่อใจและ ไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกัน และการจัดหาอุปกรณ์สนับสนุน ที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย



ระดับความสามารถ	พฤติกรรมบ่งชี้ [สมรรถนะที่ 2 [Cc] ด้านการดูแลต่อเนื่อง Continuing care Collaborate & Coordinate]
1 Basic Level	1. ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวที่ครอบคลุม การดูแล ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และครอบครัว ได้ 2. มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
2 Advanced Level	1. ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ที่ครอบคลุม การดูแล ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย ร่วมกับเครือข่ายการดูแลได้ 2. ประเมินความต้องการการประสานงานเพื่อการดูแล ทั้งด้าน การส่งต่อข้อมูล ความรู้ และการจัดหาอุปกรณ์สนับสนุน ที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยได้ 3. ประสาน การดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ตามความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ที่แสดงออกถึงความเชื่อใจ ไว้วางใจ ให้เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพ และผู้ป่วย และครอบครัว 4. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง และการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย และภายหลังการสูญเสีย แก่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
3 Expert Level	1. เป็นที่ปรึกษา (consultant) และ/หรือผู้ประสานงาน (collaborator) ให้กับทีมการรักษาเพื่อให้การดูแลและการแก้ปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัวในการตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม 2. ประสานการดูแล การดูแลต่อเนื่อง และการทำงานเป็นทีม ในผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาการดูแลที่ ซับซ้อน 3. สอน ให้ความรู้ ด้านการประสานการดูแล การดูแลต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีม แก่บุคลากรในระดับองค์กร และเครือข่าย 4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีม ในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในระดับองค์กร 5. พัฒนา งานวิจัย / การจัดการความรู้ หรือแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และการทำงานเป็นทีม



B2 X ✓ fx ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง พยาบาล พม เริ่มปฏิบัติงาน เมื่อ 1 เม.ย.52 รวม 12 ปี 8 เดือน
 รูปแบบ จัดตั้งกลาง ข้อความ

B1 ✕ ✓ *fx* ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ...พยาบาล

ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ... พยาบาล										J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
แผนพัฒนาพนักงานบุคคล																			
Individual Development Plan																			
Competency	เป้าหมายการพัฒนา	วิธีการพัฒนา	กำหนดการ				ผลการพัฒนา												
			Q1	Q2	Q3	Q4													
ด้านการสื่อสาร (Communication)	expert	Expert Briefing		✓															
ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care , Collaborate & Coordinate)	expert	On the Job Training		✓															
ด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัวแบบองค์รวม(Holistic care)	expert	On the Job Training			✓														
ด้านการพัฒนาตนเองและภาวะผู้นำ (Personal Development & Leadership)	expert	On the Job Training			✓														
ด้านจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical Issues & Legal)	expert	Expert Briefing			✓														
วิธีการพัฒนา	T: Training/Workshop	M: Monitoring	OJT: On the Job Training																
	E: Expert Briefing	P: Project Assignment	JR: Job Rotation																
	B: Best Practice	C: Coaching																	



ขอบเขตการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

(1) การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตามขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข การวางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (metabolic diseases) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก การดูแลผู้ป่วยระยะวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น

(2) บริการผู้ป่วยนอก (OP) เป็นบริการการพยาบาลพื้นฐาน เช่น การล้างตา การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การสวนปัสสาวะทิ้ง การทำความสะอาดแผล การตัดไหม (Stitch off) การถอดสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

(3) บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในผู้ป่วย 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน หญิงหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทาง NG Tube หรือการล้างไตทางช่องท้อง

(4) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้วางแผนขยายขอบเขตการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นโดยจะเพิ่มการบริการด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

ขอบเขตการบริการ เงื่อนไขการชดเชย และอัตราค่าบริการ (2)

ขอบเขตการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	เงื่อนไขการบริการ	อัตราค่าบริการ
3. การบริการดูแล สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	สิทธิ UC	- เป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น หรือค้นพบผู้ป่วย ในชุมชน - ให้บริการตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ - หน่วยบริการ 1 แห่ง ขอชดเชยบริการได้ไม่เกิน 10 ราย/วัน - ผู้รับบริการ 1 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน	400 - 800 บาท/ครั้ง ตามประเภทผู้รับบริการดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง /หญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน /มารดาหลังคลอดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี อัตราการชดเชย 400 บาท/ครั้ง 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ที่มีปัญหาในการปฏิบัติตน โดยเยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี อัตราการชดเชย 600 บาท/ครั้ง 3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น NG tube หรือ ล้างไตทางช่องท้อง โดยเยี่ยมไม่เกิน 8 ครั้ง/ปี อัตราการชดเชย 800 บาท/ครั้ง



กิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

กลุ่มผู้ป่วย	อัตราการชดเชย	กิจกรรมการให้บริการ
กลุ่มที่ 1. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายได้ เน้นการให้บริการและคำแนะนำกับตัวผู้ป่วย เช่น - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - หญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน - มารดาหลังคลอดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงไม่มาก ควบคุมโรคได้	- เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี - อัตราการชดเชย 400 บาท/ครั้ง	- Health Assessment (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ผู้ดูแล ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม) - ให้ความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลตนเอง เช่น การวางแผนครอบครัวในหญิงหลังคลอด การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน - ให้การพยาบาล และฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแล เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน - ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง - กรณีพบความเสี่ยง หรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น ให้ส่งต่อหน่วยบริการประจำเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง 

กิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ต่อ)

กลุ่มผู้ป่วย	อัตราการชดเชย	กิจกรรมการให้บริการ
กลุ่มที่ 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือที่มีปัญหาในการปฏิบัติตน 	• เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี • อัตราการชดเชย 600 บาท/ครั้ง	1) Health Assessment (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ผู้ดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม) 2) ให้ความรู้ ในเรื่องโรคและการดูแลตนเอง 3) ให้การพยาบาล และฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย 6) ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง 7) กรณีพบความเสี่ยง หรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น ให้ส่งต่อหน่วยบริการประจำ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ต่อ)

กลุ่มผู้ป่วย	อัตราการชดเชย	กิจกรรมการให้บริการ
กลุ่มที่ 3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไร้ความสามารถเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ใส่ NG 	• เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี • อัตราการชดเชย 800 บาท/ครั้ง	1) Health Assessment (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ผู้ดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม) 2) ให้ความรู้ ในเรื่องโรคและการดูแลตนเอง 3) ให้การพยาบาล และฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย 4) ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ เช่น NG tube feeding / การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 5) ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง 6) กรณีพบความเสี่ยง หรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น ให้ส่งต่อหน่วยบริการประจำเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง



การพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน



Home Ward



สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2556



เกณฑ์คุณภาพ งานเยี่ยม



สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2557



สารบัญ

คำนำ	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
• ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	3
• วัตถุประสงค์ของการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	7
• ข้อตกลงเบื้องต้น	7
• ขั้นตอนการพัฒนาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
• แนวคิดการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	11
• ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	15
• ทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้ในการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน	17
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	31
• วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	33
• เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	34
• ประโยชน์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	35
• กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	35
บทที่ 4 ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน	43
• ทีมเยี่ยมบ้าน	45
• คุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	46
• บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	47



บทที่ 3

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพภายใต้ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในระยะฟื้นฟูสุขภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยให้บริการทางการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ / มีความรู้ไม่เพียงพอ / ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินการวางแผนจำหน่ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วย





4



กรอบแนวคิด

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ
ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน

Input

1. ทีมเยี่ยมบ้าน
2. ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย
3. อุปกรณ์ / เครื่องใช้
4. ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.1 ศักยภาพของชุมชน
 - 4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.3 แหล่งประโยชน์ในชุมชน

Process

ก่อนเยี่ยมบ้าน

- ♦ เตรียมข้อมูลสุขภาพ
- ♦ กำหนดแผนและวัตถุประสงค์การเยี่ยม
- ♦ เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ผู้ป่วยแต่ละราย

ระหว่างเยี่ยมบ้าน

- ♦ ประเมินภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อม/ชุมชน/ครอบครัว/ผู้ดูแล
- ♦ วินิจฉัยการพยาบาล
- ♦ วางแผนการพยาบาล
- ♦ ปฏิบัติการพยาบาล
- ♦ ประเมินผลการพยาบาล
- ♦ บันทึกการพยาบาล

หลังเยี่ยมบ้าน

- ♦ ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยม
- ♦ กำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง
- ♦ การจำหน่าย
- ♦ การส่งต่อ
- ♦ บันทึกการพยาบาล

ประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ข้อมูลป้อนกลับ

5

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

Output

1. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
2. อัตราผู้ป่วยส่งกลับได้รับการเยี่ยมบ้าน
3. จำนวนชั่วโมงเยี่ยมบ้าน
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
5. ร้อยละผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะโรค
6. อัตราการตอบกลับข้อมูล
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
8. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน

Outcome

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
2. กลุ่มเสี่ยงลดลง
3. อุบัติการณ์กลุ่มป่วยรายใหม่ลดลง
4. อุบัติการณ์กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง
5. ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรค





6



เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

Input ประกอบด้วย

1. ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน
2. ทีมเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย 4 ประเด็น คือ
 - 2.1 ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ
 - 2.2 การทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก)
 - 2.3 สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน
 - 2.4 การสร้างการมีส่วนร่วม
3. ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้

Process ประกอบด้วย

1. งานบริการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย 3 ประเด็น คือ 1.1 กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน 1.2 กระบวนการเยี่ยมบ้าน 1.3 กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน
2. ระบบการดูแลต่อเนื่อง แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย 4 ประเด็น คือ 2.1 การประสานการดูแลต่อเนื่อง 2.2 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) 2.3 การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ 2.4 การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

Output/Outcome ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 4 ประเด็น คือ
 - 1.1 ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน
 - 1.2 คุณภาพการเยี่ยมบ้าน
 - 1.3 ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน
 - 1.4 ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ



สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำชี้แจง

1. ผู้ใช้เกณฑ์นี้ต้องทำความเข้าใจข้อความเกณฑ์แต่ละข้ออย่างถ่องแท้ โดยแปลความตามอักษรและอ่านคำอธิบาย/ความหมาย (หน้า 10-15) เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านตรงกัน

2. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านหัวข้อ “ข้อมูลสนับสนุน” หมายถึง แหล่งข้อมูล/หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ประเมินต้องใช้ประกอบการตัดสินใจ ประเมินว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ตามเกณฑ์ ทั้งนี้ผู้ประเมินสามารถใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติมได้หรือใช้เพียงบางส่วนของข้อมูลสนับสนุนที่ระบุไว้ในเกณฑ์นี้ โดยไม่ต้องมีครบทั้งหมดที่ระบุ แต่ผู้ประเมินต้องพิจารณาหลักฐานที่แสดงถึงคุณภาพการดำเนินงานในภาพรวมของประเด็นแต่ละข้อในการส่งผลต่องานบริการเยี่ยมบ้านว่ามีพอที่จะทำให้เกิดคุณภาพได้หรือไม่ ก่อนระบุว่า “มี”

3. เกณฑ์ย่อยแต่ละประเด็นประกอบด้วย 3 เกณฑ์ประเมินย่อย เกณฑ์ประเมินย่อยแต่ละข้อมีความสำคัญเท่ากันและกำหนดให้มีน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1 เท่ากันทุกข้อ การประเมินจะให้คะแนน 1 คะแนน ถ้ามี และถ้าไม่มี ให้ 0 คะแนน การประเมินเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านจะสมบูรณ์ต้องประเมินเกณฑ์ประเมินย่อยครบทุกข้อในแต่ละประเด็นเกณฑ์



การนำเกณฑ์นี้ไปใช้

สำหรับผู้นิเทศระดับจังหวัด สามารถนำเกณฑ์นี้ไปใช้ประเมิน การบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง เพื่อนำคะแนนที่ได้จากการใช้เกณฑ์ประเมินแบ่งระดับการบริการเยี่ยมบ้านเป็นระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ตามลำดับ และเสนอแนะหน่วยบริการจัดทำแผนพัฒนาตัวเองในข้อประเด็นเกณฑ์ที่หน่วยบริการพัฒนาตัวเองได้ แต่ในข้อประเด็นเกณฑ์ที่เกินอำนาจหน่วยบริการต้องจัดทำแผนพัฒนาในภาพรวมของจังหวัด เพื่อหาวิธีสนับสนุนให้สถานบริการทุกแห่ง จัดระบบบริการเยี่ยมบ้าน มีคุณภาพในระดับใกล้เคียงกันทุกแห่ง

7

เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน





8

สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำเกณฑ์นี้ไปใช้ ประเมินการบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยให้จัดทำรายละเอียดวิธีปฏิบัติที่เป็นรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละข้อให้สมบูรณ์ ตามบริบทของการจัดบริการและข้อใดประเมินได้ 0 คะแนน แสดงว่า เกณฑ์ข้อนั้นยังขาดความสมบูรณ์ในองค์ประกอบหลัก ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบที่กำหนด เพื่อเลื่อนระดับหลังการพัฒนาจากระดับ 1 เลื่อนมาเป็นระดับ 2 หรือระดับ 3



การจัดระดับการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน

โดยนำคะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนของ Input / process และ Output

คะแนน Input/process ได้ 1 - 30 คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Output) ไม่น้อยกว่า 4 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 1

คะแนน Input/process ได้ 31 - 36 คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Output) ไม่น้อยกว่า 6 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 2

คะแนน Input/process ได้ 37 - 39 คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Output) ครบ 8 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 3



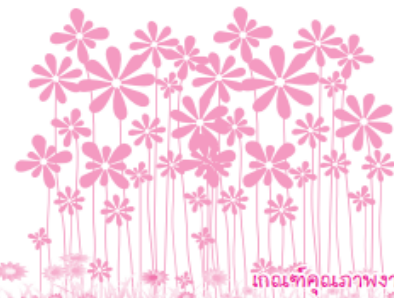
สำนักงานโรงพยาบาล สำนักงานเขตสุขภาพจังหวัดสงขลา

9



คำอธิบายผลการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน

ระดับของเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน	ผลการประเมิน
ระดับ 1	อยู่ในระดับเริ่มต้นของการพัฒนา ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ
ระดับ 2	การพัฒนามีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ
ระดับ 3	มีการพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบการเยี่ยมบ้าน



เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน





If it is not assessed , it is not addressed

If it is not measured, it is not managed

Margaret Fitch, 2018

Q & A