Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand



รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย







กรมการแพทย์
Department of Medical Service
กระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

(ฉบับปรับปรุง)

Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand





กรมการแพทย์
Department of Medical Service
กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือ **รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง)**
Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand

ISBN : 978-974-422-880-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มกราคม 2562 จำนวน 1,200 เล่ม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมศักดิ์	อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์ธงชัย	เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1
นายแพทย์ภาณุมาศ	ญาณเวชย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2
นายแพทย์บุญชัย	ธีระกาญจน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3
นายแพทย์สุระ	วิเศษศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4
นายแพทย์ปานเนตร	ปางพุฒิพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 5, 13
นายแพทย์สุเทพ	เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6
นายแพทย์อิทธิพล	สูงแข็ง	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7
นายแพทย์ชาญวิทย์	ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 8
นายแพทย์ณรงค์	สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9
นายแพทย์ธงชัย	กีรติหัตถยากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10
นายแพทย์พิทักษ์พล	บุณยมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11
นายแพทย์เจษฎา	ฉายคุณรัฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 12
นายแพทย์ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์วิชาญ	เกิดวิชัย	คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
นายแพทย์ศุภสิทธิ์	พรรณารุโณทัย	ประธานมูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
แพทย์หญิงปฐมพร	ศิรประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายแพทย์สุกิจ	ทัศนสุนทรวงค์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์
นายแพทย์ศักรินทร์	วงศ์เลิศศิริ	ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
นายแพทย์ศักดิ์ชัย	ถิรวิทยาคม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นายแพทย์สกานต์	บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

บรรณาธิการ

นางเบญจพร สุธรรมชัย นางสาวนภัส แก้ววิเชียร

จัดทำโดย

สำนักวิชาการแพทย์ และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ และสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

พิมพ์ที่

บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

คำนำ

สถานการณ์การสูงวัยของประชากร นำมาสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ของหลายๆ ประเทศทั่วโลก กระแสสังคมเช่นเดียวกันนี้เกิดขึ้นกับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเกิดการสะสมตัวเรื่อยมาตามลำดับ เนื่องด้วยประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ประเทศไทยจึงเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือ Aged Society ภายในระยะเวลาอันรวดเร็วข้างหน้า

ยุทธศาสตร์ มาตรการและการดำเนินงานทางด้านการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมา มีกระบวนการและขั้นตอนการทำงานเพื่อไปสู่เป้าหมายคือ Active Healthy Ageing เพื่อจะพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีพลังสำหรับสังคมและประเทศชาติ สามารถพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามดัชนีคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงอายุในส่วนของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)

“รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย” ฉบับปรับปรุงเล่มนี้เป็นการวิเคราะห์และรวบรวมการนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการดูแล ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยเติมเต็มช่องว่างในระบบดูแลสุขภาพ (Seamless care) ให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และมีคุณภาพได้อย่างเหมาะสมเพียงพอ ส่วนหนึ่งเป็นการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับIMC สำหรับผู้สูงอายุและข้อเสนอแนวทางในการพัฒนา หนังสือประกอบด้วยflowรูปแบบการดำเนินงานจากทุกพื้นที่เขตสุขภาพตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย และกรุงเทพมหานคร พร้อมรายละเอียดที่สำคัญ สะท้อนแง่มุมของแนวคิด กระบวนการและวิธีการดำเนินงานIMC ตามบริบทในพื้นที่ นำมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ให้บุคลากรที่สนใจได้ศึกษา พัฒนาต่อยอดรูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ สืบไป

สาระสำคัญที่ประมวลไว้ในหนังสือเล่มนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะร่วมกันพัฒนาและเสริมสร้างให้เกิดการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะกลาง เพื่อไปสู่เป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้อย่างยั่งยืน

กรมการแพทย์

มกราคม 2562

สารบัญ

หน้า

คำนำ ก

สารบัญ ข-ค

สารบัญภาพและตาราง ง-จ

บทสรุปผู้บริหาร ฉ

บทที่ 1 การดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น 1

- สถานการณ์ผู้สูงอายุ 2
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย 3
- ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่น 3
- การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ในประเทศไทย 5
- สรุป 9

บทที่ 2 การจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : รูปแบบและวิธีดำเนินการ 11

- การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ (Intermediate Care for Ageing) 16
- การจัดบริการสุขภาพระยะกลาง สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง : แนวคิดและการปฏิบัติ 18

บทที่ 3 สถานการณ์การดำเนินงานIntermediate Careของผู้สูงอายุในประเทศไทย 21

- นโยบาย Intermediate Care กระทรวงสาธารณสุข 23
- สถานการณ์การดำเนินงานIntermediate Care ในระดับพื้นที่ 26
  1. การดำเนินงานIntermediate Care ระดับเขตสุขภาพ 26
  2. การดำเนินงานIntermediate Care ระดับจังหวัด 31
  3. การดำเนินงานIntermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 33
  4. การดำเนินงานIntermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร 44
  5. การดำเนินงานIntermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ 44

บทที่ 4 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย 47

4.1 โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ 49

4.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 53

4.3 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 58

4.4 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ 62

4.5 โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 66

4.6 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี 70

4.7 โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี 75

4.8 โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม 78

4.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด 82

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4.10 โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 87
4.11 โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น 93
4.12 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 102
4.13 โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 107
4.14 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี 111
4.15 โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ 115
4.16 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 118
4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา 122
4.18 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 129
4.19 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่ 134
4.20 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 137
4.21 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 143
4.22 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 146

บทที่ 5 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยSix Building Blocks และข้อเสนอในการพัฒนาIntermediate Careของผู้สูงอายุในประเทศไทย 151

เอกสารอ้างอิง 160

ภาคผนวก 161

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1406/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย 188

สารบัญภาพและตาราง

		หน้า
ภาพที่ 1.1	ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	4
ภาพที่ 1.2	รูปแบบการดูแลระยะฟื้นฟูในประเทศญี่ปุ่น	4
ภาพที่ 1.3	การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข	6
ภาพที่ 1.4	รูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง แสดงการเชื่อมต่อระหว่าง Acute Care Intermediate Care และ Chronic Care/Long Term Care	7
ภาพที่ 3.1	กำหนดบทบาทภาคสาธารณสุขจังหวัด	23
ภาพที่ 3.2	กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข	24
ภาพที่ 3.3	การจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยและแนวทางการให้บริการ 3 โรคเป้าหมาย	24
ภาพที่ 4.1	Intermediate care flow โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	51
ภาพที่ 4.1 (ต่อ)	Intermediate care flow โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	52
ภาพที่ 4.2	Intermediate care flow จังหวัดลำปาง	57
ภาพที่ 4.3	Flowรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	61
ภาพที่ 4.4	แนวทางการadmitผู้ป่วย Rehabilitation ที่ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว	65
ภาพที่ 4.5	Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	69
ภาพที่ 4.6	แนวทางการดำเนินงาน Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4	74
ภาพที่ 4.7	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี	77
ภาพที่ 4.8	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม	81
ภาพที่ 4.9	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด	86
ภาพที่ 4.10.1	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	90
ภาพที่ 4.10.2	Geriatric Care Flow งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	91
ภาพที่ 4.10.3	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	92
ภาพที่ 4.11.1	Flow of recruitment on intensive rehabilitation of stroke patients of KKH2nd โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น	98
ภาพที่ 4.11.2	Flowการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น	101
ภาพที่ 4.12.1	แนวทางการจำแนกผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ตาม ADL บูรณาการกับการจำแนกภาวะสุขภาพ (ดี เสี่ยง ป่วย) และเตียงดูแลต่อเนื่องในชุมชน COC จังหวัดอุดรธานี	102
ภาพที่ 4.12.2	ผลลัพธ์ผู้ป่วยStroke ที่ส่งออกผ่านศูนย์LTC จังหวัดอุดรธานี	104
ภาพที่ 4.12.3	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลอุดรธานี	106
ภาพที่ 4.13	Flowการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มIntermediate Care โรงพยาบาลรัตนบุรี	110
ภาพที่ 4.14	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	113
ภาพที่ 4.15	Flowการให้บริการIntermediate Care โรงพยาบาลศรีสะเกษ	117

สารบัญภาพและตาราง (ต่อ)

หน้า

ภาพที่ 4.16	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	121
ภาพที่ 4.17	Intermediate Care Flow เครือข่ายโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	128
ภาพที่ 4.18	Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยในIntermediate care ward โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	132
ภาพที่ 4.19	Intermediate Care Flow โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่	136
ภาพที่ 4.20.1	Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม ศูนย์สุขกายสุขใจ (Day care) สถาบันประสาทวิทยา	140
ภาพที่ 4.20.2	Flowแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง สถาบันประสาทวิทยา	141
ภาพที่ 4.20.3	แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลางแบบผู้ป่วยใน สถาบันประสาทวิทยา	142
ภาพที่ 4.21	Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยในIntermediate care ward โรงพยาบาลราชวิถี	145
ภาพที่ 4.22.1	Flowการให้บริการLerdsin Intermediate Care Model	148
ภาพที่ 4.22.2	Flowการให้บริการLerdsin Intermediate Care Model ใน Refracture Prevention โดยทีมสหวิชาชีพ	149
ตารางที่ 4.1	การจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยและแนวทางการให้บริการสำหรับ 3 โรคเป้าหมาย โรงพยาบาลสระบุรี	73
ตารางที่ 4.2	โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผสมผสานสหวิชาชีพ Stroke in golden period โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น	96
ตารางที่ 4.3	แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ (SNMRC Functional Assessment)	133
ตารางที่ 4.4	ระดับของโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยของระบบบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	159

บทสรุปผู้บริหาร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เริ่มในประเทศพัฒนาแล้วก่อนหลายๆ ประเทศ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในไม่ช้า ส่งผลให้ภาระในการดูแลสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรคเรื้อรังและโรคจากความเสื่อมสูงมาก ทั้งมีการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพและสังคม

ประเทศกลุ่มพัฒนาเหล่านี้พบว่าการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุจากAcute care ward กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังมีช่องว่างของคุณภาพ ทำให้อัตราการพึ่งพิง ค่าใช้จ่ายและการดูแลในระบบLong-term Care สูงเกินควร จึงพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องPost-acute Care โดยมีขั้นตอนสำคัญคือBed-based Post-acute Care ซึ่งเรียกว่าการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ที่เน้นการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย เพื่อลดภาวะพึ่งพิงให้คงเหลือน้อยที่สุด ก่อนส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน หรือส่งLong-term Care Institute

ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 นี้ ได้ประสบปัญหาการจัดระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีความพยายามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย จัดระบบPost-acute Care มีสหวิชาชีพไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่พบว่ายังไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง การฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในสภาพต้องการพึ่งพิงโดยถาวรแบบLong-term Care มากกว่าที่ควร และมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแล เป็นภาระสำหรับครอบครัว สังคม และภาครัฐ

โรงพยาบาลในประเทศไทยหลายแห่งได้พัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการจัดIntermediate Care (Bed-based Post-acute Care) ระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์ ก่อนส่งกลับบ้าน พบว่าสามารถฟื้นฟูสภาพ เปลี่ยนผู้ป่วยสูงอายุจากสถานะติดเตียงติดบ้าน ไปสู่สถานะติดสังคมได้มากขึ้น ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการIntermediate Care สำหรับผู้ป่วยStroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2560 โดยเน้นการดูแลrehabilitation มีการดำเนินงานทุกเขตบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลที่เคยจัดทำIntermediate Careสำหรับผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งโรงพยาบาลที่เริ่มดำเนินการIntermediate Care หลายแห่งมีการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในโรคเป้าหมายด้วย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร พบว่าประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ ควรขยายผลให้เกิดบริการIntermediate Care ทั่วประเทศ ลงพื้นที่เยี่ยมโรงพยาบาลเชิญผู้เกี่ยวข้องระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัดและโรงพยาบาลร่วมประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และสรุปผลไว้ในหนังสือเล่มนี้ ประกอบด้วย รูปแบบการจัดบริการของเขตสุขภาพ จังหวัดและโรงพยาบาลนำร่อง จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการสนับสนุนและข้อเสนอแนะ รวมทั้งได้วิเคราะห์ระบบด้วยSix building Blocks ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้เห็นภาพของการจัดบริการที่ดำเนินการในปัจจุบันชัดเจนขึ้น

สรุปได้ว่าIntermediate Careที่ดำเนินการอยู่ประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3 โรคเป้าหมายและผู้ป่วยสูงอายุให้ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง ควรขยายผลให้มีบริการIntermediate Care ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยให้การดูแลผู้ป่วยในโรคเป้าหมาย และผู้ป่วยสูงอายุที่มีGeriatric Syndromes, Dementia เพื่อให้บริการสุขภาพที่บูรณาการต่อเนื่อง การดูแลที่บ้านหรือLong-term Care ดำเนินการได้ง่ายขึ้น และลดค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี นำไปสู่เป้าหมาย Active Healthy Ageing

บทที่ 1

การดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์

บทที่ 1 การดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

การสูงวัยของประชากร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วโลก Department of Economic and Social Affairs องค์การสหประชาชาติได้จัดทำรายงาน “World Population Ageing 2017-Highlights” โดยประมาณว่า ปี พ.ศ. 2560 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 962 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งหมดในโลก 7,575 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.7 และค่ามัธยฐานอายุของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2558 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 29.6 ปี [1]

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.9 ล้านคน เป็นประชากรไทย 65.9 ล้านคน เป็นแรงงานข้ามชาติประมาณ 3 ล้านคน มีประชากรไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน[2] (รายงานของ UN 2017 ระบุว่า ไทยมีประชากรสูงอายุ 11.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.9) ขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าลงเป็นอย่างยิ่ง เพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ทำให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือAged Society (ประชากรอายุเกิน 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 หรืออายุเกิน 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี พ.ศ. 2564 และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือSuper-aged society (ประชากรอายุเกิน 65 ปี มากกว่าร้อยละ 20 หรืออายุเกิน 60 ปี มากกว่าร้อยละ 28) ในปี พ.ศ. 2574[2]

การสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2556 ใน 28 จังหวัดจากผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน พบว่ามีภาวะติดเตียงร้อยละ 1.5 ติดบ้านร้อยละ 19 และติดสังคมร้อยละ 79.5[3] ในขณะที่การสำรวจสถานการณ์อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวร้อยละ 9 อยู่กับคู่สมรสสองคนร้อยละ 19 และขนาดครัวเรือนไทยลดลงจาก 5.2 คน ในปี พ.ศ. 2523 เหลือ 3 คน ในปี พ.ศ. 2559[4]

ผลการสำรวจสวัสดิการและอนามัยผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประเมินด้วยตนเอง พบว่าผู้สูงอายุแจ้งว่ามีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร้อยละ 56 และที่มีโรคประจำตัวสองโรคขึ้นไปร้อยละ 39.6[4]

ข้อค้นพบจากงานวิจัยและการสำรวจล้วนสอดคล้องกัน กล่าวคือ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ประชากรของโลก ประชาคมอาเซียน และประเทศไทยซึ่งปัจจุบันเป็นสังคมสูงอายุ กำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์(Aged Society) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และประชากรกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic Illness) โรคใดโรคหนึ่ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ประสบปัญหาขาดผู้ดูแลเมื่อจำเป็น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้ว และก่อให้เกิดความพิการตามมา ทำให้ต้องการการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยมีมาตรการและมีการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โดยมีหลากหลายภาคีและองค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญกำหนดให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดูแลรับผิดชอบในมิติด้านสังคมและวิถีชีวิต กระทรวงสาธารณสุขดูแลรับผิดชอบในมิติด้านสุขภาพ ให้โรงพยาบาลทุกระดับที่รับผิดชอบดำเนินการ ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาติดตาม[5] พบว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีพอควร แต่ยังมีส่วนขาดที่ดำเนินการไม่ครอบคลุม ทั้งในด้านกิจกรรม ปริมาณและคุณภาพของบริการ จำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนาอีกมาก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงพอ

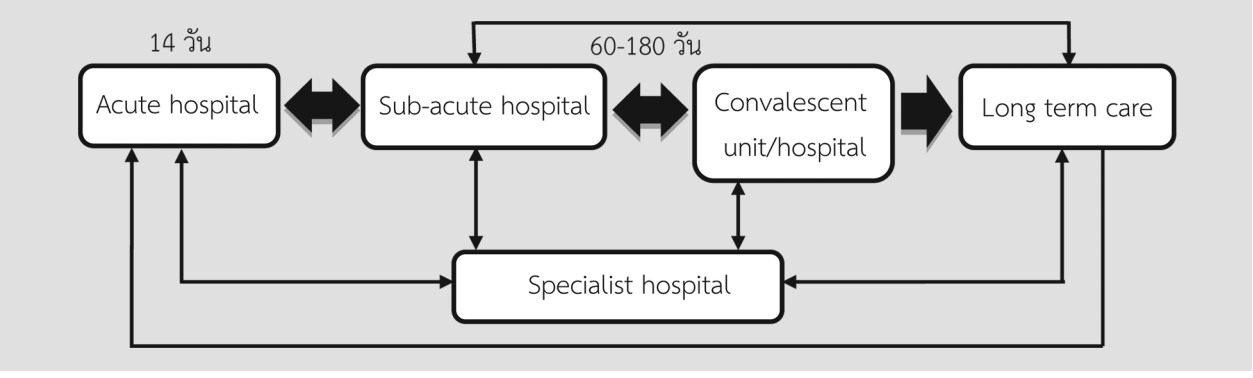
ปัญหาสำคัญสำหรับแนวคิดที่มุ่งผลักดันให้ที่บ้านและครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้ คือ สมาชิกในครอบครัวและหรืออาสาสมัครยังไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้ดีเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครในท้องถิ่น[6] ติดตามไปช่วยเหลือดูแลที่บ้านผู้สูงอายุแล้วก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรคขึ้น ทำให้ต้องนำตัวกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง (Revisit/Readmission) จำเป็นต้องใช้แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางยิ่งขึ้น และต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เกิดเป็นความแออัด และสิ้นเปลืองทรัพยากรเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เปรียบเสมือนเป็นการทำงานอย่างไม่สิ้นสุดที่ปลายน้ำของระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน สภาวะเช่นนี้ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการค้นหาระบบบริการที่จะสามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างไร้รอยต่อ (Seamless care) เพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น

อย่างไรก็ดี ปัญหาคล้ายคลึงกันนี้ ได้เกิดขึ้นมาก่อนในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศญี่ปุ่น อังกฤษ และหลายประเทศในยุโรป ประเทศข้างต้นจึงได้พัฒนากระบวนการที่ดีเพื่อแก้ไขปัญหาช่วงรอยต่อที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน เพื่อให้คุณภาพของการดูแลดีขึ้นจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพทางด้านค่าใช้จ่ายมากขึ้น โดยมีกระบวนการต่างๆ ในการดูแล ที่เรียกว่าการดูแลหลังพ้นการดูแลระยะเฉียบพลัน (Post-acute Care)

ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่น[7]

รูปแบบการส่งต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่น มีการกำหนดระยะเวลาและเงื่อนไขการเข้าสู่แต่ละระบบที่ชัดเจน มีระบบกองทุนประกันสุขภาพกำหนดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะวิกฤติจนถึงระยะฟื้นฟูที่แตกต่างจากงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การรักษาพยาบาลระยะวิกฤติจะมุ่งที่การรักษาโรคโดยมีระยะเวลากำหนดการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน หรือมากกว่าเล็กน้อยตามเงื่อนไขทางคลินิกของผู้ป่วย แล้วจึงส่งต่อให้โรงพยาบาลระยะกึ่งวิกฤติ หรือโรงพยาบาลฟื้นฟู หรือโรงพยาบาลเฉพาะโรคในผู้สูงอายุที่สามารถให้การรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับการป้องกันและฟื้นฟูกลุ่มอาการGeriatrics syndromes การเข้ารับบริการฟื้นฟูจะได้รับการกำหนดระยะเวลาตามกลุ่มอาการของโรค ตั้งแต่ 60 วัน ถึง 180 วัน ก่อนที่จะส่งต่อการดูแลเข้าสู่ระบบLong Term Care ต่อไป ดังภาพที่ 1.1

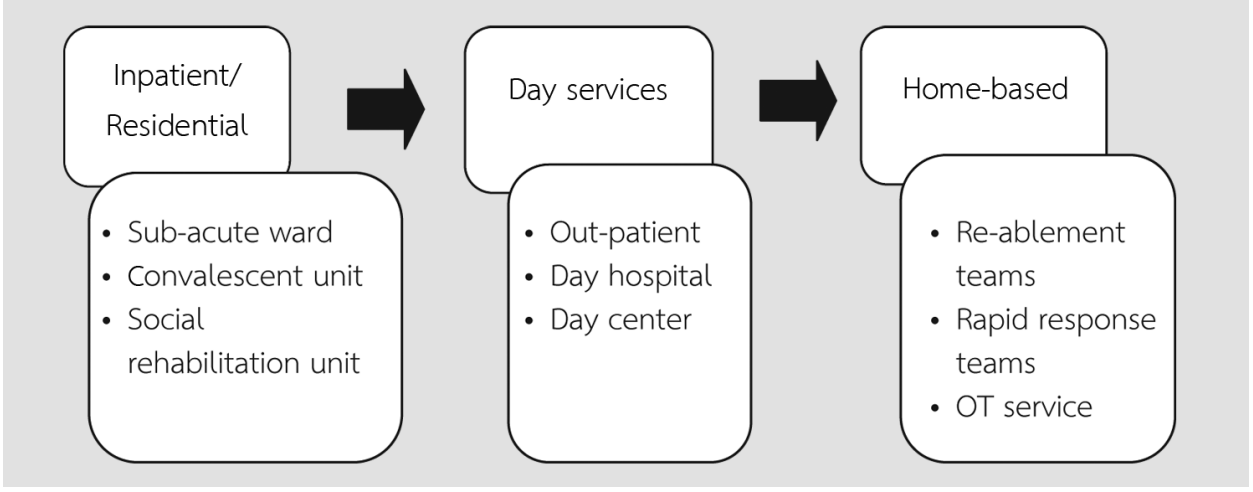
โรงพยาบาลระยะกึ่งวิกฤติและโรงพยาบาลฟื้นฟูในประเทศญี่ปุ่น มีหน้าที่ดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และใช้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลน้อยกว่าระยะวิกฤติ โดยมีทีมวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าระยะวิกฤติ ซึ่งเมื่อประเมินค่าใช้จ่ายด้านค่าตอบแทนบุคลากรโดยรวมพบว่า ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยต่ำกว่าโรงพยาบาลระยะวิกฤติ สามารถลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ลดความแออัดในโรงพยาบาลระยะวิกฤติ สามารถให้การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุได้ผลดีกว่าอย่างชัดเจน



ภาพที่ 1.1 ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่น[7]

ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญอย่างสูงกับระบบการดูแลสุขภาพ ทางด้านการดูแลเพื่อป้องกันและฟื้นฟูกลุ่มอาการเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) คือ 1) Fall risk prevention และการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มที่บ้าน 2) Dementia prevention 3) ภาวะโภชนาการ 4) การฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือ ADL 5) ภาวะบกพร่องทางสายตาและการมองเห็น และ 6) การรักษาและฟื้นฟูภาวะกระดูกหักจากการล้ม โดยมีการจัดการเป็นรูปธรรมที่สามารถเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์และระบบสวัสดิการทางสังคมได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม ตั้งแต่การดูแลในระยะกึ่งวิกฤติ ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลในระยะยาว

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะฟื้นฟูในประเทศญี่ปุ่นจะมีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานเพียงพอสำหรับประเมินค้นหาปัญหาการดูแลรักษาบำบัดฟื้นฟู ให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพ โดยมีรูปแบบการดูแลในระยะฟื้นฟู 3 ระดับ ตามภาพที่ 1.2 ดังนี้



ภาพที่ 1.2 รูปแบบการดูแลระยะฟื้นฟู ในประเทศญี่ปุ่น[7]

1. Inpatient/Residential ได้แก่ 1) Sub-acute ward 2) Convalescent unit และ3) Social rehabilitation unit เป็นรูปแบบบริการดูแลที่มีการพักนอนอยู่ในโรงพยาบาล การให้บริการแต่ละประเภทขึ้นกับระดับความต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลที่ต้องได้รับจากสวัสดิการทางสังคม

2. Day services ได้แก่ 1) Out-patient 2) Day hospital และ3) Day center เป็นรูปแบบโปรแกรมบริการที่จัดให้แบบไป-กลับ มีทั้งการมารับบริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การมารับบริการฟื้นฟูภาคกลางวันครั้งละครึ่งวันหรือเต็มวันที่โรงพยาบาล หรือการมาเข้ารับการบริการแบบไป-กลับที่ศูนย์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งให้บริการในชุมชนใกล้บ้านแบบเต็มวัน

3. Home-based ได้แก่ 1) Re-ablement teams 2) Rapid response teams และ 3) OT service เป็นรูปแบบโปรแกรมบริการดูแลฟื้นฟูอย่างเข้มข้นที่บ้าน รวมถึงการดูแลฟื้นฟูแบบฉุกเฉิน การฟื้นฟูโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด โดยมีการนัดหมายสำหรับให้บริการฟื้นฟูที่บ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และความพร้อมของทีมฟื้นฟู

นอกจากนี้ ยังมีการจำแนกประเภทผู้สูงอายุ เพื่อจัดให้เข้ารับบริการดูแลระยะกลางในแต่ละรูปแบบที่เหมาะสมตามข้อกำหนดในความต้องการทางด้านต่างๆ ดังนี้

1) ระดับความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ
2) ระดับความต้องการทางด้านการพยาบาล
3) ระดับความต้องการการบริการทางการแพทย์
4) ระดับความต้องการนักฟื้นฟูวิชาชีพ
5) ระดับความต้องการอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการช่วยเหลือ
6) ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

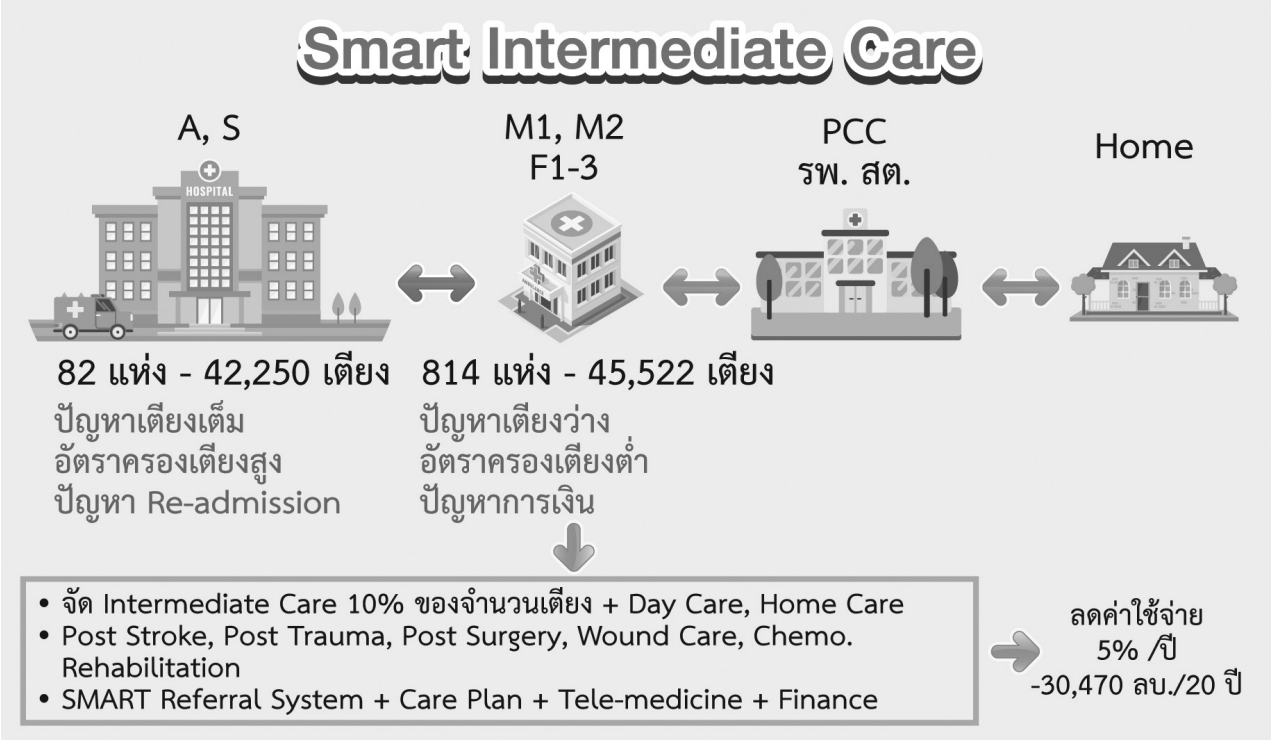
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ในประเทศไทย[10]

สถานการณ์สังคมสูงอายุในปัจจุบัน เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร สถานภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และสถานการณ์ด้านข้อจำกัดของจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอในโรงพยาบาล ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน โดยมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิในลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในการรักษาพยาบาล โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ลดความแออัดและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และขับเคลื่อนบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสังคมด้วยกัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนผลักดันให้ระบบบริการสุขภาพเกิดความจำเป็นและต้องการรูปแบบบริการระยะกลางที่มีคุณค่าต่อระบบ

สถานบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง อาจจัดแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ระดับแรกคือ ที่โรงพยาบาล (Hospital - based Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมาก จำเป็นต้องมีบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ด้านสุขภาพเข้าร่วมให้บริการช่วยเหลือดูแล และระดับที่สองคือที่ชุมชน (Community - based Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องน้อยลง มุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการโดยบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพน้อยลงกว่าการบริการที่โรงพยาบาล หลายๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วจึงกำหนดให้การดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางในชุมชนเป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

การบริการในสถานบริการ ประกอบด้วย การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง บริการฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจจิตวิญญาณสังคม และสิ่งแวดล้อมแบบองค์รวม อาทิ กระบวนงานทางด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนไทย โภชนาการบำบัด จิตวิทยา การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การจัดสภาพที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม และการแนะนำสาธิตให้การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว/อาสาสมัคร ระยะเวลาที่ให้บริการดูแลประมาณ 2-6 สัปดาห์ ในประเทศอังกฤษกำหนดระยะเวลาให้บริการไว้ไม่เกิน 6 สัปดาห์[8] จนกระทั่งผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ หรืออาจต้องส่งต่อไปดูแลในสถานบริการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-term Care) แล้วแต่กรณี

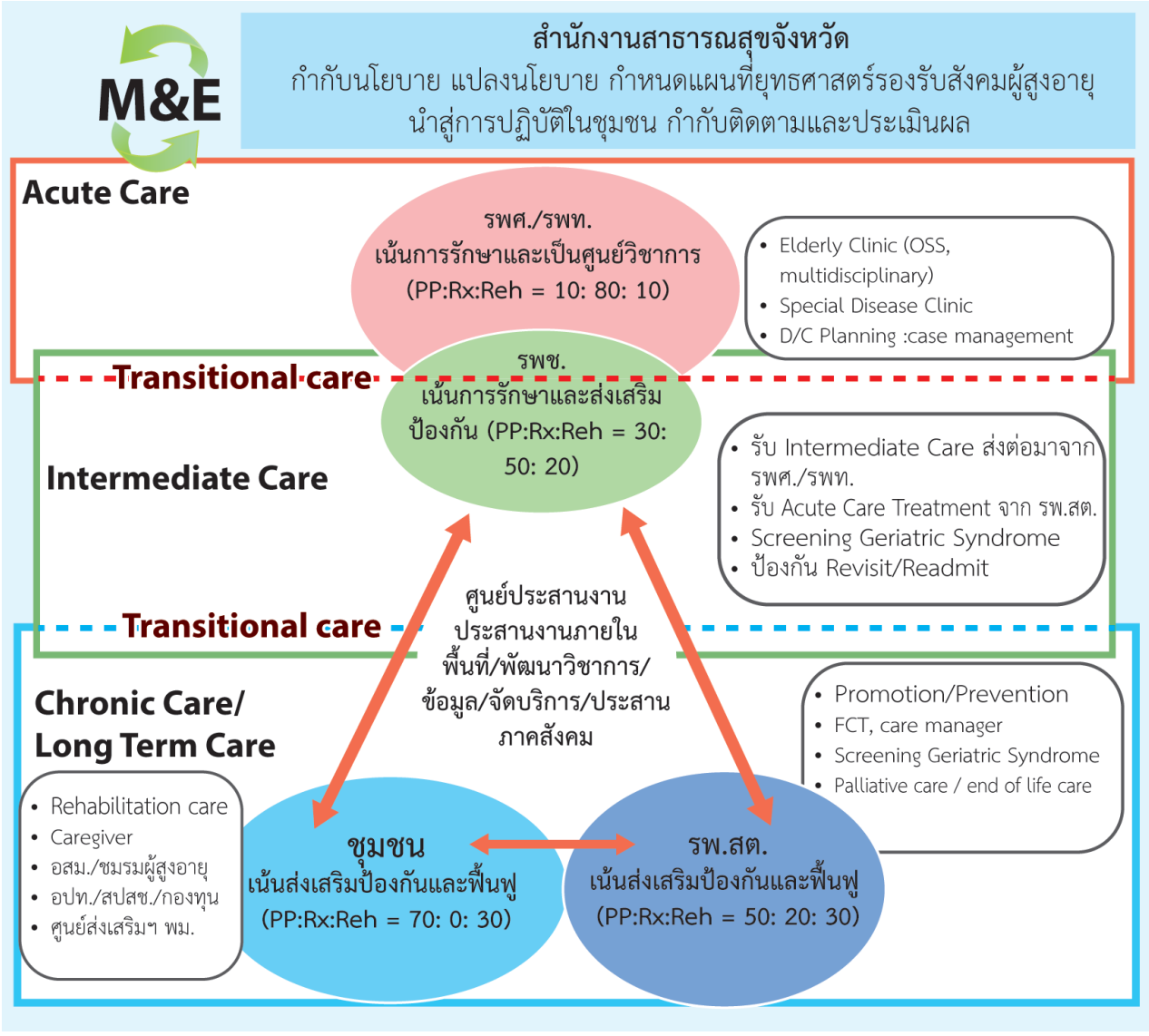
ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข[9]จึงได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลาง Smart Intermediate Care เป็นแผนระยะยาว 20 ปี โดยคาดว่าจะสามารถช่วยให้ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศ ตามภาพที่ 1.3[9]



ภาพที่ 1.3 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข[9]

การจัดบริการIntermediate Care สำหรับผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล (Hospital-based Post-acute Care) ใช้แนวคิดการจัดให้มีบริการดูแลสุขภาพระยะกลางในทุกอำเภอ โดยประมาณความต้องการเตียงสำหรับบริการ Intermediate Careอย่างง่ายว่า จากจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มต้องการการพึ่งพา คือ ติดบ้าน ติดเตียง ประมาณร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้านได้ ตัวอย่างเช่น อำเภอที่มีประชากร 50,000 คน มีผู้สูงอายุ 8,000 คน ผู้ที่ต้องการการพึ่งพา 1,600 คน ต้องการเตียงIntermediate Care ปีละประมาณ 160 คน โดยแต่ละคนต้องการระยะเวลาอยู่นานเฉลี่ยประมาณ 1 เดือน ความต้องการเตียงประมาณ 14 เตียง แผนพัฒนาฯ นี้จึงกำหนดให้โรงพยาบาลต้องเตรียมเตียงพร้อมบริการที่ร้อยละ 10 เท่านั้น

ผู้นิพนธ์ได้นำเสนอแนวคิด การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ ที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลในและนอกสถานบริการ ตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามสภาพโรค ซึ่งแบ่งเป็นระยะAcute ระยะIntermediate และระยะChronic หรือLong-term Care โดยสถานบริการที่ต่างระดับจะมีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) เพื่อให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ตามภาพที่ 1.4[10]



ภาพที่ 1.4 รูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง แสดงการเชื่อมต่อระหว่าง Acute Care, Intermediate Care และ Chronic Care/Long Term Care[10]

M & E : Monitoring & Evaluation	PP : Promotion and Prevention
Rx : Treatment	Reh : Rehabilitation
OSS : One Stop Service	FCT : Family Care Team

ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพมอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่กำกับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข แปลงนโยบายโดยกำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์รองรับสังคมผู้สูงอายุ นำสู่การปฏิบัติในชุมชน พร้อมกำกับติดตามและประเมินผล

ควรต้องกำหนดให้มีบริการดูแลสุขภาพระยะกลางในทุกโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เพื่อรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นการดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute Care) จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท./รพศ.) และได้ผ่านการเตรียมพร้อมตามระบบมาแล้ว โดยศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุที่จัดตั้งในโรงพยาบาลทุกระดับ เป็นศูนย์การดำเนินงาน/กิจกรรมทั้งหมด ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาลเดียวกัน และประสานไปยังโรงพยาบาลที่ส่งต่อระดับสูงและต่ำกว่าให้เตรียมรับ-ส่งผู้ป่วย ทั้งข้อมูลการรักษา และข้อมูลส่วนตัวที่เป็นประโยชน์ หน่วยบริการแต่ละระดับจำเป็นต้องมีบทบาทในระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง[10] ดังนี้

1. กลุ่มบริการในชุมชน ทำหน้าที่เน้นการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีสัดส่วนระหว่างบริการส่งเสริมป้องกัน ต่อการรักษา ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 70:0:30 ส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นแกนนำสร้างผู้ดูแล (caregiver) ประจำชุมชน เพื่อให้การดูแลแบบระยะยาว (Long-term Care) เป็นแนวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ออกแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจากกองทุนสุขภาพ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงต่างๆ อาทิ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการดูแลด้านสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่มุ่งเน้นด้านความร่วมมือกับชุมชน ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล โดยมีสัดส่วนระหว่างบริการส่งเสริมป้องกัน ต่อการรักษาต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 50:20:30 เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ต้องสร้างทีมหมอครอบครัว (Family Care Team; FCT) และคลินิกปฐมภูมิ (Primary Care Cluster; PCC) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้วางแผนการดูแลสุขภาพเป็นรายบุคคล มีการดำเนินงานในเชิงรุกด้วยการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Screening Geriatric syndromes) ถ้าพบว่าจำเป็นต้องพบแพทย์ ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน สร้างความร่วมมือกับอปท./ชุมชน สร้างcaregiver ช่วยผสานกับกองทุนต่างๆ รวมทั้งการดูแลแบบระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care/End of life Care)

3. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทำหน้าที่เน้นการรักษาและส่งเสริมป้องกัน โดยมีสัดส่วนระหว่างบริการส่งเสริมป้องกัน ต่อการรักษา ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 30:50:20 **โดยรับผู้ป่วยสูงอายุระยะIntermediate Care มาจาก รพศ./รพท. รับ-ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุระยะAcute Care มาจาก รพ.สต. หรือรับผู้ป่วยจากชุมชนซึ่งมีการดูแลที่บ้านไม่ดี** เพื่อปรับสภาพผู้ป่วยในกรณีจำเป็นต้องดูแลรักษาต่อเนื่องนานหรือเป็นโรคเรื้อรัง และเตรียมพร้อมผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบระยะยาวต่อไป มีการทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ดูแล ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ(Revisit/Readmission)

4. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (รพท./รพศ.) ทำหน้าที่เน้นการรักษาและเป็นศูนย์วิชาการในระดับจังหวัด โดยมีสัดส่วนระหว่างบริการส่งเสริมป้องกัน ต่อการรักษา ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 10:80:10 โดยเมื่อผู้ป่วยหลังพ้นระยะเฉียบพลัน (Acute Care) มีอาการดีขึ้นแล้วจึงส่งต่อกลับไปยัง รพช. เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) และเตรียมส่งกลับสู่ชุมชนต่อไป รวมทั้งดำเนินการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) แบบสมบูรณ์ครบวงจรให้เป็นตัวอย่าง ซึ่งให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One Stop Service) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีหลายโรค จึงต้องบูรณาการเชื่อมโยง ส่งต่อระหว่างระบบเป็นแบบองค์รวม ให้พัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดให้มีคลินิกโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน (Special Disease Clinic) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนเป็นการเฉพาะ ได้แก่ คลินิกโรคความจำเสื่อม โรคต่อมลูกหมากโต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ควรให้มีการบริหารจัดการแบบdisease management/case management ดูแลครบทุกมิติด้วย

ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการอย่างยั่งยืน คือ การพัฒนาวิชาการ จัดเก็บและวิเคราะห์สารสนเทศ จัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลให้เชื่อมประสานกัน รวมทั้งประสานรับบริการสวัสดิการจากภาคสังคม ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยงานจากกระทรวงต่างๆ องค์กรเอกชน ฯลฯ จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพระยะกลางเป็นบริการที่มิได้มุ่งเน้นการจัดการกับโรคหรืออาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะ และไม่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีชั้นสูง/ค่าใช้จ่ายสูง จึงกล่าวได้ว่าบริการดูแลสุขภาพระยะกลางช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและหน่วยบริการในภาพรวม เป็นรูปแบบเพื่อเติมเต็มช่องว่างในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ดี อีกรูปแบบหนึ่งทีเดียว

สรุป

การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) สำหรับผู้สูงอายุมีขอบเขตของการดูแลที่หลากหลายมีบริการที่ครอบคลุมหลายประเภท จากหลายสาขาวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับการดูแลมากกว่าการรักษา เน้นการเชื่อมต่อการดูแล และการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวมจากทีมบุคลากรสหวิชาชีพเข้าร่วมดูแลในระยะสั้นหรือชั่วคราว

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่ผ่านมา ยังไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง ตามแผนเส้นทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลางระยะ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข จะส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้ป่วยไทยทุกคน และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพโดยรวมลงได้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดเป็นอันดับต้นๆ ของโลก ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุมีมากกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนประชากร ระบบในการดูแลผู้สูงอายุนั้นได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน และมีการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งระเบียบการใช้กองทุนสุขภาพอยู่เป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมและสภาพเศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่น

ถึงแม้ว่าระบบการดูแลIntermediate Careของประเทศญี่ปุ่น หรือจากต่างประเทศในหลายๆ แห่ง ได้เสนอให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี แต่การนำรูปแบบระบบการบริการสุขภาพจากต่างประเทศใดก็ตามมาใช้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของสังคม เศรษฐกิจ ของประเทศไทย รวมทั้งมีการประเมินถึงประสิทธิภาพและความคุ้มทุน ความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด

ในประเทศไทย ระบบการดูแลระยะกลางผู้ป่วยสูงอายุยังมิได้มีการแบ่งระบบการดูแลออกมาอย่างชัดเจนจากระยะวิกฤติหรือการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ขึ้นอยู่กับบริบทความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะวิกฤติจะเป็นการดูแลรักษาโรคในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน จนกว่าโรคและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุพ้นระยะวิกฤติ จากนั้นจะเข้าสู่การพักฟื้นระยะสั้น ก่อนส่งกลับบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชนต่อไป จากบริบทที่กล่าวมาเบื้องต้นเป็นประเด็นเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

1. ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ Intermediate Care ในประเทศไทยควรประกอบด้วยสหวิชาชีพในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความหลากหลาย และมีจำนวนเหมาะสมเพียงพอ โดยวิเคราะห์ตามประเด็นบทบาทหน้าที่วิชาชีพในการดูแลฟื้นฟู ในการดำเนินการควรสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนเป็นหุ้นส่วนในการร่วมสนับสนุนทรัพยากร และคัดเลือกบุคลากรเข้ามาฝึกอบรมทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพื่อความยั่งยืนของระบบและความคงอยู่ของผู้ให้บริการในระบบในระยะยาว

2. ด้านการประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ และผลลัพธ์การดูแล เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยที่ผ่านระบบการฟื้นฟูระยะกลางมีสถานะสุขภาพดีขึ้น มีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงขึ้นมากกว่าผ่านการดูแลในAcute care ward และต่อเนื่องด้วยการดูแลที่บ้านตามระบบเดิม ควรใช้ระบบประเมินที่เป็นมาตรฐานทั่วประเทศ และแสดงถึงการสะท้อนต้นทุนด้วย

3. ด้านการประเมินค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ Intermediate Care เพื่อแสดงว่ามีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมคุ้มค่ากับผลตอบแทนทางด้านสุขภาพและหลักเศรษฐศาสตร์ มีระบบการจ่ายคืนสถานบริการที่รับผู้ป่วย ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในอัตราที่เป็นธรรม คุ้มทุน สะท้อนผลงานและต้นทุนที่ได้ลงไป จะช่วยกระตุ้นให้สถานบริการทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดบริการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ด้านการวางแนวทางการดูแลระยะกลางอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐาน โดยมีแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน ตั้งแต่การดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในจนถึงการดูแลที่บ้าน มีการเชื่อมประสานกับภาคราชการอื่น ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคเอกชน ได้แก่ มูลนิธิ ประชาสังคม กองทุนท้องถิ่นต่างๆ เป็นต้น เพื่อบูรณาการการดำเนินการให้เป็นหนึ่งเดียว โดยการดำเนินงานในพื้นที่แต่ละอำเภอควรมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้รับผิดชอบบูรณาการทุกมิติเข้าด้วยกัน

5. ด้านกองทุนสุขภาพสูงอายุ ควรส่งเสริมให้มีการออมแบบภาคบังคับและภาคสมัครใจ ก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีการจัดสรรผลประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุที่ออมมาเพียงพอได้รับผลประโยชน์ ตามปริมาณการสะสมเงินเข้ากองทุน เป็นบริการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาวที่ดี มากกว่าบริการพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทั่วไปได้รับ

บทที่ 2

การจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ: รูปแบบและวิธีดำเนินการ

นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย
แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

บทที่ 2 การจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : รูปแบบและวิธีดำเนินการ

นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย
แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

เป็นที่ยอมรับกันว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงต้องรับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน (Acute Care) เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันและรับดูแลในหอผู้ป่วยต่ออาจพบปัญหาบางประการ ตั้งแต่การดูแลไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบเนื่องจากทีมดูแลต้องลำดับความสำคัญผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติกว่า จึงพบการกำเริบของโรค (Acute exacerbation) ภาวะแทรกซ้อน การดูแลฟื้นฟูไม่เพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้น บางกรณีจึงจำหน่ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยโดยเร็วหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน ส่วนหนึ่งยังไม่พร้อมกลับไปรับการดูแลต่อที่บ้าน เนื่องจากยังมีความบกพร่องที่ต้องได้รับการดูแลโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีความสามารถ ด้วยวิธีการและเครื่องมือซึ่งไม่สามารถจัดหาไว้ที่บ้านได้ และปัญหาสำคัญคือขาดผู้ดูแล หรือผู้ดูแลที่บ้านยังไม่พร้อมให้การดูแลต่อเนื่อง

เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งพ้นระยะเฉียบพลัน ซึ่งเรียกโดยรวมว่าPost-acute Care ได้อย่างมีคุณภาพ จึงเกิดการพัฒนากระบวนการดูแลหลายรูปแบบ จัดผู้ป่วยให้เข้ารับการดูแลตามบริการที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและสภาวะผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

- การนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจแบบผู้ป่วยนอก (Out-patient follow-up)
- การเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Assisted home care)
- การจัดทีมผู้ให้บริการสุขภาพไปตรวจเยี่ยมดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit/Home Health Care)
- การนัดผู้ป่วยมารับการดูแลที่หน่วยบริการภาคกลางวัน (Day Care)
- การรับผู้ป่วยไว้ดูแลแบบค้างคืน ที่หน่วยดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

การจัดบริการIntermediate Careสำหรับผู้สูงอายุ อาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศและในแต่ละพื้นที่ แต่พบว่ามีหลักการไม่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการดูแลที่เสริมเพื่อลดช่องว่างรอยต่อระหว่างการดูแลหลังระยะAcute Careในหอผู้ป่วยกับการดูแลที่บ้าน

2. เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อให้ได้ผลการดูแลรักษาที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกำเริบของโรค และฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น รวมทั้งลดภาวะการพึ่งพิง

3. เป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมทั้ง 4 มิติในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) และสังคม

4. เป็นการดูแลที่ใช้แพทย์น้อยลง ให้พยาบาลเป็นหลัก ร่วมด้วยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามปัญหาผู้ป่วย เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักสังคมสงเคราะห์

5. เป็นการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ก่อนจะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน หรือที่ Long-term Care Institute ส่วนใหญ่จึงจัดให้มีหน่วยบริการที่ใกล้บ้านผู้ป่วย ญาติ และหรือผู้ดูแลที่บ้านสามารถเดินทางมาร่วมในกระบวนการดูแล เพื่อเรียนรู้วิธีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้สะดวก

นอกจากนี้ Intermediate Care ยังจัดขึ้นสำหรับรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการดูแลที่บ้าน มีสถานะสุขภาพเลวลง หรือมีความต้องการการดูแลมากขึ้นจนกระทั่งไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ แต่ยังไม่รุนแรงถึงระดับที่ต้องรับเข้าดูแลรักษาในโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน

Intermediate Care แบบBed-based ผู้ป่วยพักค้างคืนในสถานบริการ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. Hospital-based Intermediate Care สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและต้องการการดูแลมาก โดยทีมบุคลากรสหวิชาชีพ และด้วยเครื่องมือที่จัดไว้ในโรงพยาบาล จึงเกิดความเหมาะสมและคุ้มค่า

2. Community-based Intermediate Care จัดขึ้นในสถานที่ในชุมชนใกล้บ้าน ต้องการการดูแลที่น้อยกว่า โดยบุคลากรประเภทcaregiver for elderly เป็นหลัก

ความต้องการบริการ Intermediate Care เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากปัจจัยด้านการเสื่อมสภาพของอวัยวะและระบบต่างๆ ทำให้การทำงานของระบบภายในร่างกายบกพร่อง ความต้านทานต่อโรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยแล้วเกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบภายในร่างกายมากกว่ากลุ่มวัยอื่น รวมทั้งการฟื้นตัวจากความเสียหายของการเจ็บป่วยเป็นไปช้ากว่า นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยพร้อมกันหลายโรค การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องมีแนวทางการจัดการแตกต่างไปเป็นพิเศษ เรียกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

แนวทางการประเมินว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นระยะ Acute Care หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลที่บ้านแล้วมีสถานะสุขภาพเลวลง ควรเข้าสู่บริการ Intermediate Care มีแนวทางประเมินดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลโดยยึดโรคที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็น เมื่อผ่านการตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาระยะ Acute Careแล้ว ประเมินผลกระทบของโรคนั้นต่อความต้องการการดูแล หากพบว่าอยู่ในระดับที่สูง ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงadmitเข้าสู่ Intermediate Care หากพบว่าระดับความต้องการการดูแลไม่สูงมากสามารถให้การดูแลต่อที่บ้านได้ ให้จำหน่ายกลับบ้านและดูแลด้วย Day Care, OPD Care, Home Care ตามความเหมาะสม ตัวอย่างโรคสำคัญที่ต้องการIntermediate Care เช่น Stroke

2. ประเมินความต้องการการดูแลโดยยึดภาวะบกพร่องที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุ โดยประเมินผู้ป่วยสูงอายุทุกรายหลังจากได้รับการรักษาจนพ้นระยะ Acute Care ไม่ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคใด เพื่อค้นหาว่ามีอาการและอาการแสดงของGeriatric syndromesหรือไม่ หากพบว่ามีระดับความรุนแรงของsyndromesมากให้admitใน Intermediate Care ได้ตามความเหมาะสม

องค์ประกอบการพิจารณาตามแนวทางประเมินข้างต้นมี 3 ข้อ คือ

1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการเดินและการใช้มือ/แขน หากได้รับความเสียหายต้องพึ่งพาผู้อื่นช่วยเหลือในระดับสูงถึงเกณฑ์ที่กำหนด ให้รับไว้ดูแลในIntermediate Care โดยประเมินจาก Motor power assessment, Walking ability assessment

2) ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง (Self care) นิยมใช้การประเมินActivities of Daily Living (ADL) ด้วยแบบประเมินBarthel's Index และADL

3) ความสามารถในการสื่อสาร (Communication) ทั้งทางด้านการรับรู้ เช่น ความบกพร่องของการมองเห็น ความบกพร่องของการได้ยิน และด้านการแสดงออก เช่น การพูดไม่ได้ (Aphasia) การพูดบกพร่องไม่สามารถใช้สื่อสารได้ (Dysphasia) หรือมีความเสียหายของสมองจนกระทั่งสื่อสารได้ไม่ดี

Geriatric syndromes ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และอาจจำเป็นต้องได้รับบริการIntermediate Care

1. **Fall การพลัดตกหกล้ม** เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง การบาดเจ็บและทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ และการเสียชีวิตในที่สุด ควรประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall risk assessment) ปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย ประเมินด้วยเครื่องมือ เช่น Morse fall scale

2. Frailty syndrome (กลุ่มอาการภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ) ประกอบด้วยอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจาก 5 ข้อ ดังนี้ 1) กล้ามเนื้ออ่อนแรง(Musele Weakness) 2) การเดินเชื่องช้าลง(Slow Walking Speed) 3) การออกแรงทำกิจกรรมได้น้อยลง(Low Physical Activity) 4) การเหนื่อยอ่อนไม่มีเรี่ยวแรง(Exhaustion) และ5) การมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ตั้งใจ(Unintended Weight Loss) ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว เพิ่มการพลัดตกหกล้ม และเกิดภาวะพึ่งพา[11] ประเมินด้วยเครื่องมือ เช่น Linda Fried/John Hopkins Frailty Criteria, Rockwood Frailty Index, SHARE Frailty Index

3. Anorexia of aging (อาการเบื่ออาหารหรือกินอาหารน้อยลง) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะพบได้มาก การกินอาหารน้อยลงส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง กล้ามเนื้อลีบเล็กลง ร่างกายอ่อนเพลีย ขาดกำลังในการทำงานและเคลื่อนไหว หากเกิดต่อเนื่องและระยะยาวจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะติดเชื้อ และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จึงควรประเมินความสามารถในการกินอาหารของผู้ป่วยสูงอายุทุกราย หากพบปัญหาควรรับเข้าดูแลในIntermediate Care ประเมินด้วยเครื่องมือ เช่น Malnutrition Screening Tool (MST), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Seniors in the Community : Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN©), Subjective Global Assessment (SGA)

4. Delirium หรือAcute confusional state (ภาวะสับสนเฉียบพลัน) ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้และใส่ใจกับเรื่องราวรอบตัว(decline in attention) มีความแปรปรวนในกระบวนการคิด(alteration in global cognitive functioning) มีความเปลี่ยนแปลงการรู้สึกตัว(changes in level of consciousness) อารมณ์และหรือพฤติกรรมผิดปกติ (emotional and/or behavior changes) พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ส่วนใหญ่มิได้ตระหนักรู้และเข้าใจลักษณะทางคลินิกของภาวะDelirium จึงไม่ให้ความสำคัญกับการสังเกต ค้นหา และวินิจฉัยภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตเร็ว กว่าที่ควร[12] ประเมินค้นหาใช้เครื่องมือThe Confusion Assessment Method (CAM) เกณฑ์ประเมินคือ 1) Acute onset and fluctuating course 2) Inattention 3) Disorganized thinking 4) Altered level of consciousness โดยมีอาการ 1 หรือ2 ผนวกกับอาการ 3 หรือ4 การดูแลรักษาช่วงแรกจึงต้องดูแลในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหรือในIntermediate Care หากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะต้นจะลดความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็นได้

5. Dementia (ภาวะสมองเสื่อม) อาจเกิดจากโรคAlzheimer's หรือจากสาเหตุอื่นที่ผนวกกับความเสื่อมตามวัย ประกอบด้วย 1) การสูญเสียความจำ(Memory loss) 2) การสับสนในการคิดและการแสดงออก(Confusion in thinking/behavior) 3) การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ(Personality change) 4) การเชื่องซึมและการถอยหนีจากเหตุการณ์(Apathy and withdrawal) และ5) การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(Loss of ability to perform everyday tasks) ประเมินด้วยเครื่องมือ เช่น MMSE (Mini-Mental State Exam), TMSE (Thai Mental State Examination), Clock Drawing Test, Verbal Fluency Test และการจัดการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมในระยะแรก การจัดการให้มีการดูแลโดยผู้ดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระผู้ดูแล

6. Depression (ภาวะซึมเศร้า) พบบ่อยมากในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ส่วนใหญ่ละเลยมิได้มีการค้นหาวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การวินิจฉัยอาจใช้เกณฑ์ของAndrews et.al (2007) ระบุว่าหากมีอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจาก 5 ข้อดังนี้จัดว่ามีภาวะซึมเศร้า 1) มีความรู้สึก/อารมณ์ซึมเศร้า(Depressed mood/feeling sad) 2) ขาดความกระตือรือร้นสนใจ(Lack of interest) 3) รู้สึกไร้คุณค่า(Feeling of worthlessness) 4) ขาดสมาธิ(Poor concentration) 5) มีความคิดอยากตาย(Thoughts of death)

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในIntermediate Care มีดังนี้

1. ดูแลฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ชีวิตประจำวัน

2. ให้การดูแลรักษาต่อเนื่องจากระยะAcute Care เตรียมความพร้อมให้สำหรับการดูแลต่อที่บ้าน หรือการดูแลแบบLong-term Care

3. ลดการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ลดการกลับเข้ารักษาในAcute care ward

4. สอน/สาธิต/ฝึกผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อจำหน่ายจากIntermediate Care

บุคลากรที่ควรมีในIntermediate Care

ความต้องการบุคลากรในการปฏิบัติงานIntermediate Care แตกต่างจากAcute care ward โดยลดบุคลากรด้านรักษาพยาบาล เพิ่มบุคลากรสหสาขาด้านการดูแลฟื้นฟูและการสอน/สาธิตผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. แพทย์ ควรมีแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมดูแล ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยแรกรับเข้าและก่อนจำหน่ายสั่งการรักษา และประสานวิชาชีพอื่น อาจมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูช่วยวางแผนการดูแลตามความจำเป็น และมีแพทย์on call ที่สามารถให้การปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

2. พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และเป็นเจ้าของการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย เน้นให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ

3. นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และบุคลากรอื่นๆ ทำหน้าที่ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูตามสภาพโรคและสภาวะผู้ป่วยสูงอายุ

4. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

การจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุจากIntermediate Care

1. การเสียชีวิต (Death) แม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่รับเข้าดูแลในIntermediate Care ได้รับการประเมินแล้วว่าให้การดูแลรักษาช่วงAcute Care จนกระทั่งพ้นภาวะวิกฤติแล้วก็ตาม แต่อาจพบผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย หรือสถานะสุขภาพเลวลง และเข้าสู่สภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามธรรมชาติของโรค จึงต้องมีอุปกรณ์ช่วยชีวิต และทีมที่สามารถปฏิบัติการกู้ชีวิตได้ เตรียมพร้อมไว้เสมอ

2. การรับกลับเข้าเป็นผู้ป่วยในAcute care ward หากพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเลวลง มีการกำเริบของโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อน

3. การจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพดีขึ้น ส่วนหนึ่งสามารถดูแลตนเองได้ อีกส่วนหนึ่งอาจต้องมีผู้อื่นช่วยดูแล โดยหากพื้นที่นั้นมีIMCในชุมชน อาจมีการส่งต่อผู้ป่วยจากIMCในโรงพยาบาลไปที่IMCในชุมชน ก่อนกลับบ้าน

4. การจำหน่ายไปLong-term Care เมื่อพบว่าอาการของผู้ป่วยสูงอายุยังดีขึ้นไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากcaregiver ในระยะยาว อาจจัดให้มีการดูแลแบบLong-term Careที่บ้าน หรือที่สถานบริการดูแลระยะยาว

การประเมินความสำเร็จของการจัดบริการIntermediate Care

มีการวิจัยในหลายประเทศสนับสนุนว่าการดูแลIntermediate Careมีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ดี แต่ในกระบวนการจัดบริการอาจมีวิธีการและการจัดการที่แตกต่างกัน จึงควรมีการจัดเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้เพื่อประเมินผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด

1. การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยที่ผ่านIMC มีสถานะสุขภาพดีขึ้น และมีอัตราการเกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าการดูแลในAcute care ward และการดูแลที่บ้าน

2. การประเมินค่าใช้จ่ายในการจัดบริการIMC เพื่อแสดงว่ามีค่าใช้จ่ายเหมาะสมคุ้มค่ากับผลตอบแทนทางด้านสุขภาพ

3. การประเมินวิธีการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำศาสตร์แขนงต่างๆ มาใช้ดูแลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ (Intermediate Care for Aging) เป็นรูปแบบและวิธีการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ การรู้คิดและการรับรู้ของสมองบางส่วน ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นผลจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพร่อง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและป้องกันภาวะเสื่อมสมรรถภาพ โดยทีมดูแลแบบสหวิชาชีพทั้งในระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงอาศัยอยู่ที่บ้านในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโดยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงภาวะก่อนป่วยได้มากที่สุด ลดภาวะพิการและการพึ่งพาของผู้ป่วย การดูแลระยะกลางเป็นระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและประสบปัญหาในการดูแลมาก่อน ทั้งคุณภาพการดูแล ความครอบคลุม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดต่อครอบครัวและสังคม[7] รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลที่พุ่งสูงขึ้นอย่างมากตามอายุขัยเฉลี่ยของประชากร

ทั้งนี้ รูปแบบการจัดบริการIMCในประเทศที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและนำIntermediate Care มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบได้อย่างต่อเนื่องครบวงจรไร้รอยต่อ ได้แก่ กลุ่มประเทศScandinavia เช่น สวีเดน นอรเวย์ ฟินแลนด์ และประเทศญี่ปุ่น ซึ่งอาจแตกต่างกันตามบริบทประเทศ แต่ล้วนคล้ายคลึงกันในหลักการเป็นแบบอย่างเพื่อนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยได้ต่อไป

การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ(Intermediate Care for Aging)

แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) หลังผ่านพ้นระยะวิกฤตและระยะเฉียบพลันแล้วแต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของเป้าหมาย มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูในกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน ตั้งแต่ในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือIntermediate ward) จนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (From medical dependence to functional independence)

Intermediate Care บางครั้งใช้คำว่า Subacute rehabilitation เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขไทยมานานเพียงแต่อยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ เกิดขึ้นจากความต้องการในชุมชน แรงกดดันหรือความต้องการบริการด้านนี้ในพื้นที่ และผู้นำที่แข็งแกร่ง ที่ผ่านมาIntermediate Careยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันแต่มีเป้าหมายเดียวกันคือช่วยผู้ป่วยให้กลับมามีความสามารถสูงสุดตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Intermediate Careเป็นบริการที่อยู่ระหว่างAcute Care และLong Term Care สามารถเติมเต็มวงจรของการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนไทยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะเดียวกันช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ลดจำนวนreadmissionจากภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาIntermediate Careในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับในหลายๆ ประเทศในแง่ที่พัฒนามาจากความต้องการของชุมชน สู่นโยบายระดับประเทศ เป็นที่น่ายินดีอย่างยิ่งที่ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดIntermediate Careอยู่ในservice planของประเทศเพื่อการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

บุคคลใดบ้างที่ควรได้รับการดูแลระยะกลาง

- ผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันแต่ยังกลับบ้านไม่ได้ ยังดูแลตัวเองไม่ได้หรือถ้ากลับไปมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น ยังกลืนเองไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยางอยู่ หรือควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น

- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกาย และการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บของสมอง และบาดเจ็บไขสันหลัง ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆ ซึ่งเริ่มมีอาการคงที่ แต่ยังพบปัญหาความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายตัว การดำรงชีพอิสระ และการประกอบอาชีพ

ในทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของประเทศไทยได้จัดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลระยะกลาง 13 กลุ่มโรค กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังนี้

1. Stroke
2. Brain Dysfunction (Non-traumatic)
3. Brain Dysfunction (Traumatic)
4. Neurological Conditions (Motor neuron disease, GBS, multiple sclerosis)
5. Spinal Cord Dysfunction (Non-traumatic)
6. Traumatic Spinal Cord Dysfunction
7. Amputation of Limb
8. Orthopaedic Conditions
9. Hip and Knee Replacement
10. Cardiac and Pulmonary Disorders
11. Major Multiple Trauma
12. Major Multiple Trauma without brain trauma
13. Burn

การดูแลระยะกลางควรมีลักษณะอย่างไร

1. Seamless: เป็นการบริการแบบไร้รอยต่อ รับช่วงจากผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันมาเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีระบบจัดการข้อมูลและการส่งต่อ มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน

2. Single assessment framework: มีการประเมินแบบเดียวกันในทุกพื้นที่ เพื่อให้ได้แผนการดูแลที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ระหว่างสหวิชาชีพ เน้นการเพิ่มความสามารถในการกลับสู่ภาวะที่ดูแลตัวเองได้ (active rehabilitation)

3. Shared protocol: มีแนวทางการฟื้นฟูเดียวกัน โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary) มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered with individual care plan)

4. Outcome: มีการกำหนดตัวชี้วัดของผลการรักษาเดียวกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยเน้นการดูแลตนเอง ลดความพิการ และสามารถกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ

5. Time limited: มีการกำหนดระยะเวลาของโปรแกรม การเข้าสู่และออกจากโปรแกรมไว้ชัดเจน

การดูแลระยะกลางในประเทศไทยยังต้องพัฒนาอะไร

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ในประเทศไทยยังต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐในเรื่องของ system design, medical information system และpayment model ที่จะทำให้การบริการมีความยั่งยืน เป็นประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนไทยทั้งประเทศ

การจัดบริการสุขภาพระยะกลาง สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง : แนวคิดและการปฏิบัติ

แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2552 โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียสุขภาวะของประชากรไทย โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายร้อยละ 15 พิการติดเตียงที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ร้อยละ 15 ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 50 ต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังการรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่อง ให้มีความพิการน้อยที่สุด

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เน้นเรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ต้องจัดให้มีระบบบริการที่รวดเร็ว (Stroke fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วที่สุด และทันเวลา เช่น การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การใส่สายสวนเพื่อลากเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกภายใน 6-12 ชั่วโมง เนื่องจากทุก 1 นาทีที่สมองขาดเลือด เซลสมองจะตายประมาณ 1.9 ล้านเซล ดังนั้นยิ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า เซลสมองจะเสียหายมาก ทำให้ผลการรักษาไม่ดี เสี่ยงต่อความพิการและอาจเสียชีวิตได้

ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจะต้องมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 **การดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญหรือได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาที่ชัดเจน หลักการสำคัญคือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกได้อย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะได้ปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย** โดยมาตรฐานของศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ควรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ซึ่งเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 ได้กำหนดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่จะต้องได้รับการผ่าตัดด่วนจะต้องได้ผ่าตัดใน 90 นาที (door to OR) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพื่อที่จะสามารถประเมินและติดตามอาการได้อย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สามารถลดอัตราตายและความพิการได้

การดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้บริการติดตามอาการผู้ป่วย ดังนี้

1. นัดติดตามอาการเป็นระยะ ในช่วงแรกควรนัดบ่อยครั้ง ประมาณทุก 2-4 สัปดาห์ หากอาการคงที่อาจนัดทุก 8-12 สัปดาห์ แพทย์ควรประเมินอาการและควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้ยาป้องกันหลังการเกิดเป็นซ้ำและแนะนำอาการที่สงสัยเป็นซ้ำ ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

2. ดูแลประคับประคองฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความพิการหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลงเหลืออยู่ โดยผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่คงที่ เช่น สัญญาณชีพไม่คงที่ มีสายต่างๆ อยู่ มีความพิการมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อน ควรที่จะได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง (Intermediate Care) หรือควรมีหน่วยเยี่ยมบ้านไปช่วยดูแลต่อ

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องอีกระยะ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปค่อนข้างแออัดมาก **จึงมีนโยบายส่งต่อการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไปยังโรงพยาบาลระดับ M หรือ F เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอีกระยะ (Intermediate Care) ก่อนที่จะส่งกลับบ้าน** หรือสถานพยาบาลระยะยาว

การดูแลในระยะนี้มีความสำคัญมาก การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เพื่อลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรให้การดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการหายใจ การกลืน และการขับถ่าย รวมทั้งการดูแลเรื่องสภาพจิตใจและพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะแทรกซ้อนที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานและค่าใช้จ่ายสูง ป้องกันได้โดยการประเมินการกลืนตามแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) และให้ได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารตามสภาพผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ไม่ควรให้อาหารทางปาก ควรให้อาหารทางสายแทน

2. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย หรือใส่สายสวน การดูแลการขับถ่าย การสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ ทั้งปริมาณ สี กลิ่นมีความสำคัญ กรณีผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ควรแนะนำญาติให้มีทักษะในการดูแลสายสวน การทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระ ไม่ให้เปื้อนสายสวนจะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ดี

3. แผลกดทับ ควรพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขยับตัวเคลื่อนไหว หรือให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กรณีที่มีแผลกดทับแล้วควรดูแลทำความสะอาดแผล รีบทำแผลให้สะอาดในกรณีที่แผลปนเปื้อนสิ่งสกปรก รวมทั้งดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้ดีเพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น อย่าให้ขาดโปรตีน

4. เลือดออกในทางเดินอาหาร พบบ่อยในผู้ป่วยที่ทานยาแอสไพริน ร่วมกับยาแก้ปวดประเภทNSAIDs เนื่องจากยาแอสไพรินมีฤทธิ์ในการเพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่าย ควรเฝ้าระวังติดตามภาวะนี้ในผู้ป่วยที่ทานแอสไพริน และให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับแอสไพรินให้หลีกเลี่ยงยาแก้ปวดที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือหากจำเป็นต้องใช้ ควรทานยาลดกรดควบคู่กันไป และคอยเฝ้าระวังการขับถ่ายอุจจาระว่ามีสีดำ หรือมีภาวะซีดหรือไม่ ถ้าพบควรหยุดยาทันทีและส่งพบแพทย์

5. ข้อติด เป็นภาวะที่เกิดได้เร็วมาก สาเหตุเกิดจากข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เนื่องจากอ่อนแรง สามารถป้องกันได้โดยการขยับข้อให้มีการเคลื่อนไหว เมื่อเกิดข้อติดแล้วผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก บางครั้งข้ออักเสบ ต้องให้ยาลดการอักเสบควบคู่กับการทำกายภาพบำบัด

6. หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน เป็นภาวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เนื่องจากลิ่มเลือดจะไปอุดตันที่หลอดเลือดปอด สามารถป้องกันได้โดยการขยับขา (passive exercise) ผู้ป่วยอยู่เสมอ ในบางกรณีแพทย์อาจให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกัน โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถขยับขาได้เลย คอยสังเกตว่ามีขาบวมหรือไม่ ถ้าสงสัยให้ไปพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาโดยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

7. ภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย อาจมีปัญหาการกลืน หรือการเคี้ยวอาหาร ทำให้อาจได้รับอาหารไม่เพียงพอ หรือบางครั้งญาติขาดความรู้ ให้อาหารผู้ป่วยไม่ครบหมู่ จึงควรประเมินเรื่องภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย แนะนำให้อาหารครบ 5 หมู่ ปรับเปลี่ยนรูปแบบอาหารให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้สะดวก เช่น อาหารนิ่ม หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ เป็นต้น

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน จนกระทั่งหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อดูแลทั้งในระยะกลางหรือระยะยาว ประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ มีการส่งต่อไปจนถึงโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ รพสต. โดยควรฝึกให้ชุมชนมีความรู้ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....H.N.....A.N.....

วันที่...../...../.....เวลา.....น. /ผู้ประเมิน.....

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและพร้อมที่จะรับการประมินหรือไม่?
สามารถนั่งทรงตัวได้ จัดให้นั่งตัวตรง 90 องศา /GCS>11

ไม่พบปัญหา

2. ให้จิบน้ำเปล่า 1 ช.ช. ครั้งที่ 1

พบปัญหา

☐ ผู้ป่วยไม่กลืนน้ำ
☐ มีน้ำไหลออกจากปาก

1. งดให้อาหารและน้ำทางปากเด็ดขาด
2. ปรึกษา Dysphagia nurse /OT

ไม่พบปัญหา

3. ให้จิบน้ำเปล่า 1 ช.ช. ครั้งที่ 2

พบปัญหา

☐ ผู้ป่วยไอ ☐ ผู้ป่วยสำนัก
☐ ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจเร็ว
☐ มีเสียงน้ำในลำคอ หลังจิบน้ำ
☐ เหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน

1. งดให้อาหารและน้ำทางปากเด็ดขาด
2. ปรึกษา Dysphagia nurse /OT

ไม่พบปัญหา

4. ให้จิบน้ำเปล่า 1 ช.ช. ครั้งที่ 3

พบปัญหา

☐ ผู้ป่วยไอ ☐ ผู้ป่วยสำนัก
☐ ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจเร็ว
☐ มีเสียงน้ำในลำคอ หลังจิบน้ำ
☐ เหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน

1. งดให้อาหารและน้ำทางปากเด็ดขาด
2. ปรึกษา Dysphagia nurse /OT

ไม่พบปัญหา

5. ให้ดื่มน้ำเปล่าครึ่งแก้ว (50 ซีซี)

พบปัญหา

☐ ผู้ป่วยไอ ☐ ผู้ป่วยสำนัก
☐ ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจเร็ว
☐ มีเสียงน้ำในลำคอ หลังจิบน้ำ
☐ เหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน

1. งดให้อาหารและน้ำทางปากเด็ดขาด
2. ปรึกษา Dysphagia nurse /OT
3. ถ้ามีปัญหาเล็กน้อยให้ประเมินอีกครั้งในมื้อต่อไป
4. ถ้ากลืนไม่ได้ Notify แพทย์เพื่อพิจารณาใส่สายยางให้อาหาร

ไม่พบปัญหา

1. ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการกลืน ให้รับประทานอาหารและน้ำได้ตามแพทย์สั่ง
2. สังเกตและประเมินการกลืนของผู้ป่วย ขณะรับประทานอาหารธรรมดา (solid food)
3. จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90° ทั้งก่อนและระหว่างรับประทานอาหาร
4. ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำครึ่งแก้ว (50 ซีซี) ก่อนรับประทานอาหารมื้อต่อไป

บทที่ 3

สถานการณ์การดำเนินงาน Intermediate Care ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

บทที่ 3 สถานการณ์การดำเนินงาน Intermediate Care ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักด้านการดูแลสุขภาพประชาชน ได้ดำเนินนโยบาย ยุทธศาสตร์ กิจกรรมโครงการต่างๆ ตลอดมา เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มีเป้าหมายที่ Active Healthy Ageing ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นพลังของสังคมและประเทศชาติ ได้แก่ โครงการพฤฒพลัง และโรงพยาบาลสานรักผู้สูงวัย โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการที่โรงพยาบาลนำร่องจำนวนหนึ่ง จัดให้มีการประชุมระดมสมองศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น และนำมาจัดบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการยังดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อเนื่อง แม้ว่าปัจจุบันโครงการต่างๆ ข้างต้นเสร็จสิ้นแล้วก็ตาม

JICA (Japan International Cooperation Agency; องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น) ร่วมพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีโครงการระยะเริ่มแรก คือ โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2551-2552 (CTOP; Community Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons) ดำเนินการในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ เชียงราย ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี นนทบุรี พบว่ามีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งยังไม่สามารถให้การดูแลอย่างเป็นระบบได้[14] ดังนั้น ระดับการดูแลดังกล่าวจึงไม่มีประสิทธิภาพมากเท่าที่ควร ช่องว่างระหว่างการดูแลที่ผู้สูงอายุควรได้รับ กับการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจริงนั้นยังมีช่องว่างอย่างมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการให้บริการดูแลระยะยาว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ต่อมา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดทำ “โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน” (LTOP; Long Term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People) โดยการสนับสนุนของ JICA พ.ศ. 2556 - 2560 ใน 4 พื้นที่เดิมของโครงการ CTOP คือ เทศบาลตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เทศบาลตำบลสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี เทศบาลตำบลบางสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และอีก 2 พื้นที่ใหม่ คือ เทศบาลตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในพื้นที่เข้า มีส่วนร่วม พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง และกลุ่มอายุอื่น ที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันอีกเป็นจำนวนมาก[15] ที่หากได้รับการดูแลหลังการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก อาจช่วยให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ไม่เข้าสู่สภาวะที่ต้องพึ่งพิง หรือต้องการการพึ่งพิงน้อยลง นำมาสู่แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ แต่ยังคงไม่เข้าสู่สภาวะปกติ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่เรียกว่า Post-acute Care มีการนำรูปแบบบริการลักษณะเช่นนี้มาใช้ดำเนินการในหน่วยบริการหลายแห่งทั่วประเทศ จึงพบได้ว่ามีความหลากหลายในรูปแบบ และไม่มีการประเมินผลชัดเจน จึงยังไม่มีการสรุปที่ชัดเจนว่าจะนำรูปแบบใดมาใช้อย่างเหมาะสม และขยายผลสู่ทั่วประเทศอย่างไร

นโยบาย Intermediate Care กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โสภณ เมฆธน) ในช่วงเวลานั้น ได้ประกาศนโยบายให้จัดบริการ Intermediate Care เพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ และอาการคงที่ แต่ยังไม่เข้าสู่สภาวะที่ปกติและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ สู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ต่อมา มีการบันทึกข้อตกลงลงนามความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding; MOU) กับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยมุ่งผลลัพธ์ (outcomes) หลักที่กำหนดแผนงานร่วมกันคือ เพื่อขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อความพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุในโรคเป้าหมาย[15]

ระยะแรกกำหนดโรคเป้าหมาย 3 โรคที่มีความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury (TBI) และSpinal Cord Injury (SCI) โดยประเมินผู้ป่วยที่พ้นระยะacute care หากเข้าเกณฑ์ให้ส่งเข้ารับบริการ Intermediate Care (IMC) เพื่อช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วย[15] โดยจัดบริการIMC ให้บริการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากอาการดีขึ้นจนถึงเกณฑ์กำหนดจะจำหน่ายกลับบ้าน และให้บริการดูแลต่อเนื่องด้วย Day Care, OPD follow-up และ Home Care กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะจำหน่ายสู่ Long-term Care ซึ่งอาจเป็นHome-based Long-term Care หรือ Institutional-based Long-term Care ขึ้นกับความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

กำหนดให้มีจำนวนเตียงรองรับIMC โดยประมาณความต้องการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียง ให้มีโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ที่มีเตียงรองรับจำนวน 8 เตียง อาจเพิ่มขึ้นตามความต้องการในพื้นที่ และอาจขยายบริการไปยังกลุ่มเฉพาะนอกเหนือจากสามโรคเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่

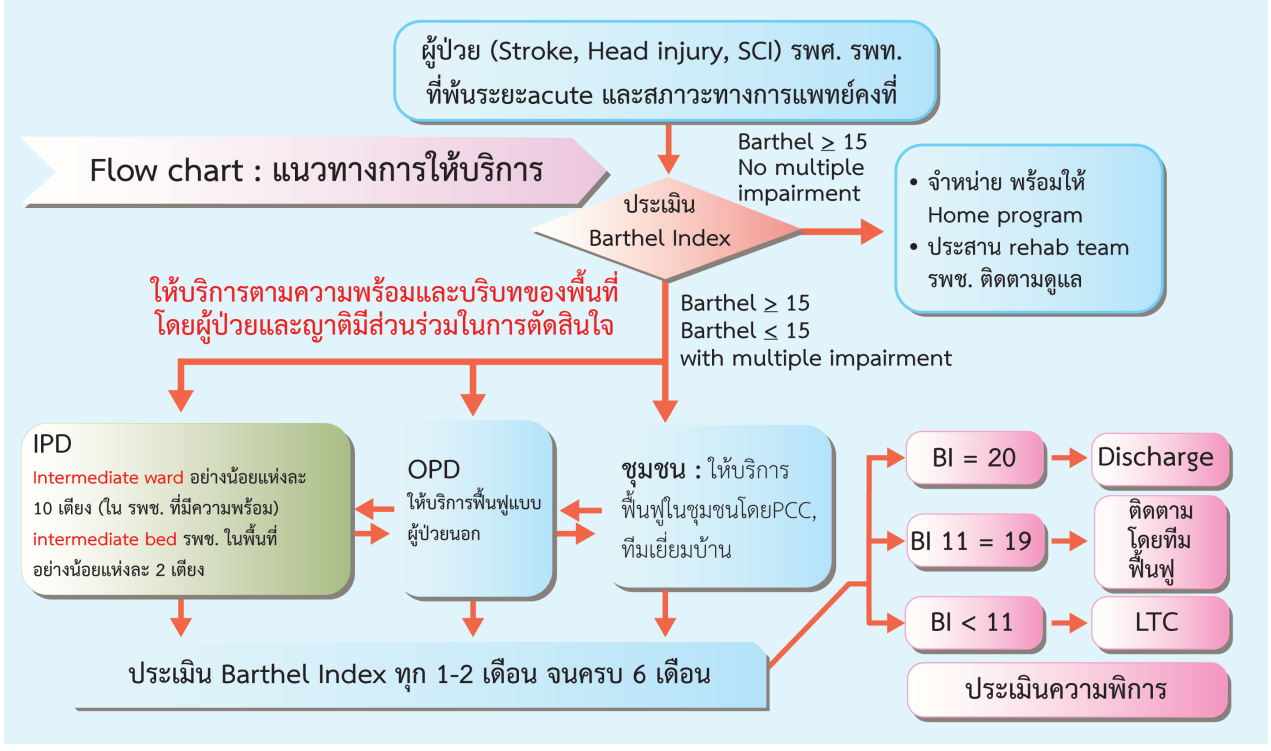
การดำเนินงาน Intermediate Care ในพื้นที่ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ กำหนดบทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัดดังภาพที่ 3.1[15] กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข ดังภาพที่ 3.2[15]



ภาพที่ 3.1 กำหนดบทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด[15]



ภาพที่ 3.2 กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข[15]



ภาพที่ 3.3 การจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย และแนวทางการให้บริการ 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย[16]

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยความร่วมมือของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยและแนวทางการให้บริการสำหรับ 3 โรคเป้าหมาย ดังภาพที่ 3.3[16]

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุกเขตสุขภาพรับนโยบายไปดำเนินการ โดยเลือกจากโรงพยาบาลที่มีบริการIntermediate Care หรือมีเตียงรับผู้ป่วยสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ก่อนแล้ว หรือเลือกจากโรงพยาบาลที่สมัครใจเป็นโรงพยาบาลนำร่อง ปรับการทำงานรองรับ 3 โรคเป้าหมาย และสานต่องานเดิมไปพร้อมกัน

ในส่วนของกรมการแพทย์มีแนวคิดให้บริการ IMC สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีการดำเนินการบ้างแล้วในโรงพยาบาลบางแห่ง โดยบูรณาการเข้ากับโครงการ IMC ของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีบริการ IMC สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ จึงเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลและหน่วยบริการที่มีความก้าวหน้าในการจัดบริการ IMC เชิญผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน IMC ร่วมประชุม ณ โรงแรมนารายณ์ วันที่ 30 เมษายน -1 พฤษภาคม 2561

จากการเยี่ยมสำรวจและการประชุม รวมทั้งการขอให้จัดส่งข้อมูลเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่เข้าร่วมประชุมทุกระดับ และขอข้อมูลการจัดบริการในทุกเขตสุขภาพ โดยความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลการดำเนินการของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ และสังกัดกรุงเทพมหานคร นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุแบบ IMC ในปัจจุบัน รวบรวมองค์ความรู้ IMC และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา IMC ของผู้สูงอายุ

ในที่นี้ จะนำเสนอการดำเนินงาน Intermediate Care ของเขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมประชุมระดมสมองและนำเสนอในที่ประชุม รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาลที่มิได้มีโอกาสร่วมประชุม ให้เห็นภาพรวมและมุมมองในการดำเนินงาน เพื่อเป็นฐานสำหรับการวิเคราะห์ประเมิน และพัฒนาบริการ IMC ให้มีคุณภาพ ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ โดยเริ่มที่การดำเนินการในระดับเขต

ต่อจากนั้นเป็นการนำเสนอการดำเนินงาน IMC ในระดับจังหวัด ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปในอำเภอเมือง หรืออำเภอที่ตั้ง รพศ./รพท. ปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายกับ รพช. และนำเสนอการดำเนินงานIMC ระดับ รพศ./รพท./รพช. อำเภอที่มีผลการดำเนินงานในเกณฑ์ที่ควรชื่นชม ท้ายที่สุดเป็นการนำเสนอการดำเนินงานIMC ของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

การกำหนดความหมายของIntermediate Care

ประเทศไทยในปัจจุบันมีการกำหนดความหมายของการดำเนินงานIntermediate Care ไว้ 2 แบบ คือ

แบบที่หนึ่ง กำหนดจากสถานที่พักค้างคืนผู้ป่วยระหว่างการดูแล Intermediate Careจึงหมายถึงการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะacute careในสถานที่ ระหว่าง Acute care wardของโรงพยาบาลกับที่บ้าน หรือ Long-term Care Institute จึงจัดได้ว่าเป็นการดูแลในช่วงPost-acute Period ในแบบbed-based เป็นIntermediate care ward หรือIntermediate care bedในโรงพยาบาล อาจจัดขึ้นในสถานที่เฉพาะของภาคเอกชน (Private Intermediate Care) หรือในชุมชน (Community Intermediate Care) ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกระทั่งอาการดีขึ้นหรืออาการเปลี่ยนแปลงน้อย แล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน หรือLong-term Care Institute และดูแลต่อด้วยSelf-care, Family care, Day Care, OPD follow-up Care, Home Care

แบบที่สอง กำหนดจากสถานะสุขภาพผู้ป่วยระหว่างการดูแล Intermediate Careจึงหมายถึงการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะacute care โดยไม่จำกัดถึงสถานที่จนถึงระยะที่ผู้ป่วยสถานะสุขภาพคงที่ อาจดีขึ้นจนกระทั่งสามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องมีผู้ดูแล (caregiver) หรือมีภาวะพึ่งพิงสูงต้องนำเข้ารับบริการ Long-term Care Institute การกำหนดความหมายด้วยวิธีนี้มีผลให้Intermediate Care รวมความถึงpost-acute careทั้งหมด อาทิ Bed-based Care, Day Care, OPD Care, Home Care

ความหมายของIntermediate Careในแบบที่หนึ่ง มีระยะเวลากำหนดไม่เกิน 6 สัปดาห์ (หรืออาจน้อยกว่าตามเหมาะสมของบริบท) หลังจากผู้ป่วยพ้นระยะacute care ส่วนความหมายตามแบบที่สองประมาณ 6 เดือน โดยอาจแตกต่างกันตามโรค/กลุ่มอาการ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย

สถานการณ์การดำเนินงานIntermediate Care ในระดับพื้นที่

(จากการนำเสนอในที่ประชุม ข้อมูลจาก Self report และการลงพื้นที่)

การสรุปสถานการณ์Intermediate Care ดังจะกล่าวถึงต่อไป เป็นการใช้ตามความหมายในแบบที่หนึ่งทั้งหมด สำหรับเนื้อหาในบทที่ 4 จะเป็นการสรุปผลการดำเนินงานโดยโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งมีการดำเนินงาน Intermediate Care ในความหมายที่แตกต่างกันไปทั้ง 2 แบบ

1. การดำเนินงาน Intermediate Care ระดับเขตสุขภาพ

1.1 เขตสุขภาพที่ 1

เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน

เขตสุขภาพที่ 1 มีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลนครพิงค์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง มีศูนย์แพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยพะเยาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลแพร่ มีการจัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 แห่ง จัดบริการIntermediate care ward 8 เตียง โรงพยาบาลชุมชนอื่นที่นอกเหนือจัดบริการIntermediate care bed 2 เตียง และมีการจัดบริการIMCสำหรับผู้สูงอายุ ในบางพื้นที่

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของจังหวัดเชียงใหม่ โดยโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

1.2 เขตสุขภาพที่ 2

พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตย์ ตาก

เขตสุขภาพที่ 2 มีโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลศรีสังวร มีการจัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และเริ่มขยายสู่การดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

1.3 เขตสุขภาพที่ 3

นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท

เขตสุขภาพที่ 3 มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยมหิดลที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่โรงพยาบาลพิจิตร จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด และมีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในบางพื้นที่

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของจังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

1.4 เขตสุขภาพที่ 4

สระบุรี นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา

เขตสุขภาพที่ 4 มีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จงหวัดนนทบุรี และโยงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่โรงพยาบาลสระบุรี และมหาวิทยาลัยสยามที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จัดบริการIMCจากฐานเดิมที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหลายแห่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 และดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2561 มีรายละเอียดดังนี้

1) Service Delivery

1.1) Intermediate care ward : อินทร์บุรี (25) บางบัวทอง (8) ท่าวุ้ง (5) บางบาล (8) หนองแค (8)

1.2) Intermediate care bed มีในทุก รพช. แห่งละ 2 เตียง

1.3) OPD Care program

1.4) Out-reach program (Community Care) ดำเนินการใน 3 โรคเป้าหมาย รพศ./รพท. ที่ให้การรักษาในระยะacute Care วางระบบrefer back ส่งผู้ป่วยกลับมาดูแล Intermediate Care ที่ รพช. มีการพัฒนาวิธีการดูแลร่วมกัน บริการหลักด้วยกายภาพบำบัดแบบเข้มข้นวันละ 3 ชั่วโมง และกิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือก ตามความเหมาะสม พร้อมการฝึกสอนผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ เพื่อการดูแลต่อที่บ้าน กรณีผู้ป่วยที่รับไว้ในIMC ที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่ดูแลแบบOPD และOut-reach program ให้บริการครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นาน 6 เดือน ติดตามประเมินผลและปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาโดยใช้BI เป็นเครื่องมือ

2) Financing

- IP rate พิเศษ (เฉพาะเขตสุขภาพที่ 4) เพื่อสนับสนุน Intermediate Care เพิ่ม On-top DRGs เป็นจำนวน 1,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลต้นทาง และ 2,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลปลายทาง ต่อการ refer back 1 ครั้ง
- IP เรียกเก็บจาก สปสช. ตามระบบ DRGs
- OPD Care ได้รับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ตามระบบปกติ
- Out-reach program เรียกเก็บค่าบริการตามรายครั้ง ตามวิชาชีพ สำหรับทีมที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย
- ค่าบริหารจัดการโครงการจากกองทุนฟื้นฟูจังหวัด (สปสช : อบจ. = 50 : 50)
- งบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากรจากเขตสุขภาพที่ 4

3) ผลการดำเนินงาน

จากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการ Intermediate Care ในโรงพยาบาล มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินด้วย Barthel's Index ดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจ และดีกว่า Out-reach program เขตสุขภาพที่ 4 จึงมีแผนขยายบริการให้มี Intermediate Care ในโรงพยาบาลทุกระดับ และขยายครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความต้องการในโรค/กลุ่มอาการอื่นๆ

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

1.5 เขตสุขภาพที่ 5

นครปฐม ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี กาญจนบุรี

เขตสุขภาพที่ 5 มีโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลนครปฐม มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยมหิดลที่โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี และโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของจังหวัดนครปฐม โดยโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

1.6 เขตสุขภาพที่ 6

ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ

เขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลระยอง มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร และของมหาวิทยาลัยบูรพาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด และขยายบริการสู่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในบางพื้นที่

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

1.7 เขตสุขภาพที่ 7

“ร้อยแก่นสารสินธุ์” ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม

เขตสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลมหาสารคาม มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการIMCตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด โดยจังหวัดขอนแก่นมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1) Service Delivery

1.1) Intermediate care ward มีเป้าหมายดำเนินการทั้ง 4 จังหวัด โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป้าหมาย 35 แห่ง ดำเนินการแล้ว 3 แห่ง

ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่ข่าย มีลูกข่าย 13 แห่ง (จาก รพท. และ รพช. ทั้งหมด 25 แห่ง) ประกอบด้วย รพท.สิรินธร รพ.ชุมแพ รพ.น้ำพอง รพ.อุบลรัตน์ รพ.บ้านไผ่ รพร.กระนวน รพ.พล. รพ.บ้านฝาง รพ.ภูผาม่าน รพ.ภูเวียง รพ.หนองเรือ รพ.เขาสวนกวาง และ รพ.มัญจาคีรี โดยมี รพ.อุบลรัตน์ และ รพ.น้ำพอง ดำเนินการนำร่อง

ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นแม่ข่าย มีลูกข่าย 16 แห่ง (จาก รพช. ทั้งหมด 18 แห่ง) ประกอบด้วย รพ.ธวัชบุรี รพ.โพนทอง รพ.เกษตรวิสัย รพ.สุวรรณภูมิ รพ.เสลภูมิ รพ.พนมไพร รพ.จังหาร รพ.จตุรพักตรพิมาน รพ.เมืองสรวง รพ.ศรีสมเด็จ รพ.อาจสามารถ รพ.ปทุมรัตน์ รพ.หนองพอก รพ.เมยวดี รพ.โพธิ์ชัย และ รพ.โพนทราย โดยมี รพ.ธวัชบุรี ดำเนินการนำร่อง

มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นแม่ข่าย มีลูกข่าย 4 แห่ง (จาก รพช. ทั้งหมด 12 แห่ง) ประกอบด้วย รพ.บรบือ รพ.พยัคภูมิพิสัย รพ.โกสุมพิสัย รพ.วาปีปทุม

กาฬสินธุ์ : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแม่ข่าย มีลูกข่าย 2 แห่ง (จาก รพช. ทั้งหมด 17 แห่ง) ประกอบด้วย รพ.ยางตลาด และ รพร.กุฉินารายณ์

1.2) Intermediate care bed มีในทุก รพช. แห่งละ 2 เตียง

1.3) OPD-based program 45 นาทีต่อครั้ง 1-2 ครั้ง ต่อเดือน

1.4) Out-reach program โดยFCT หรือPCC จัดทีมสหวิชาชีพตามความเหมาะสมเยี่ยมบ้านเดือนละ 1-2 ครั้ง

2) Financing IP เรียกเก็บจาก สปสช. ตามระบบ DRGs

3) ผลการดำเนินงาน

จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบ Post-acute Care มีADLซึ่งประเมินด้วย Barthel's Index ดีขึ้น โดยพบ Bed-based (IMC) ดีกว่า OPD-based และดีกว่า Out-reach program จึงมีแผนขยาย Bed-based Post-acute Care คือ Hospital-based Intermediate Care ครอบคลุมทุกอำเภอ และมีจำนวนเตียงเพียงพอ ตามความต้องการแต่ละพื้นที่

ทั้งนี้ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น 2 โรงพยาบาลน้ำพอง และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

1.8 เขตสุขภาพที่ 8

อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ

จากเดิมมีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Long-term Care) ในทุกจังหวัด ครอบคลุม 15 กลุ่มโรค กลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 15 กลุ่มโรค โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้าน ซึ่งจำแนกกลุ่มโดยการประเมินADLด้วย Barthel's Index เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นระยะacute care แล้ว จะส่งผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล (Continuity of Care Center; COC) โดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน ในอำเภอที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และให้ รพช. วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ส่วนอำเภอเมือง ซึ่งไม่มีโรงพยาบาลชุมชน จะรับไว้ในหอผู้ป่วยของ รพศ./รพท. ก่อน จนกว่าพร้อมที่จะจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายIMC ได้เชื่อมกับระบบเดิมและปรับให้สอดแนวทางที่กำหนด

ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีการให้ความหมาย Intermediate Careว่าเป็นPost-acute Care โดยไม่จำกัดว่าให้การดูแลในสถานที่ใด ส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบ Home Care ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน รับการดูแลประจำวันโดยสมาชิกในครอบครัว มีทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) หรือทีมระดับปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ไปติดตามดูแล

1) กลุ่มผู้ป่วยติดสังคม BI : 12-20 เยี่ยมภายใน 1 เดือน ต่อไปทุก 6 เดือน
2) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน BI : 5-11 เยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ ต่อไปทุก 3 เดือน
3) กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง BI : 0-4 เยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์ ต่อไปทุก 1 เดือน

เดิมยังมิได้จัดระบบ Bed-based Post-acute Care ในโรงพยาบาล หรือ Intermediate Care in-hospital ติดตามประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยมี ADL ดีขึ้นบ้าง แต่ยังไม่มากเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระดับติดเตียงและติดบ้าน ต้องดูแลต่อเนื่องแบบLong-term Care ค่อนข้างมาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว

ต่อมา ทางเขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการตามนโยบาย Smart Intermediate Care โดยจัด Intermediate care ward ในโรงพยาบาลนำร่อง แต่ละจังหวัด 8-10 เตียง และมี Intermediate care bed ใน รพช. ทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วย 3 โรคเป้าหมาย ด้วย Intensive rehabilitation 2-6 สัปดาห์ แล้วจึงจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยดูแลต่อเนื่องด้วย OPD follow-up และ Home Health Care และแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 เพื่อพัฒนาระบบร่วมกันทั้ง 7 จังหวัดในเขต

คณะทำงานฯ ได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ Intermediate Care ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ โดยโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเป็นแกนหลัก โรงพยาบาลหลายแห่งดำเนินการเพิ่มในโรคอื่น บางแห่งดำเนินการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

ทั้งนี้ ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

1.9 เขตสุขภาพที่ 9

“นครชัยบุรินทร์” นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 9 มีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยมหิดลที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัดIntermediate care ward/bed ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถเพิ่มสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวัง จึงมีแนวทางขยายบริการให้เพียงพอกับความต้องการ

ทั้งนี้ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

1.10 เขตสุขภาพที่ 10

อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร

เขตสุขภาพที่ 10 มีโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถเพิ่มสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวัง

ทั้งนี้ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.11 เขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา กระบี่ ภูเก็ต

เขตสุขภาพที่ 11 มีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่โรงพยาบาลชุมพร และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และมหาวิทยาลัยมหิดลที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด

ทั้งนี้ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.12 เขตสุขภาพที่ 12

สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส

เขตสุขภาพที่ 12 มีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลยะลา มีศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีศูนย์แพทยศาสตร์ฯ ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่โรงพยาบาลตรัง มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ที่โรงพยาบาลสงขลา จัดบริการIMC ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด

ทั้งนี้ได้สรุปสถานการณ์จากการนำเสนอข้อมูลการจัดบริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

1.13 เขตสุขภาพที่ 13

กรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีนโยบายจัดบริการสุขภาพรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ในชื่อ “Bangkok Geriatric & Palliative Care Model” พัฒนาโรงพยาบาลของ กทม. ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุ ได้ต่อเนื่องครบวงจร ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟู มีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลนำร่อง ของ กทม. ประสานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยในระยะ 2 ปีข้างหน้า การสร้างอาคารโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียนจะแล้วเสร็จ เพื่อรองรับการจัดบริการ

ทั้งนี้ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จะมีศูนย์อาคารดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรอยู่ภายในอาคารโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เพื่อยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

2. การดำเนินงาน Intermediate Care ระดับจังหวัด

จากการติดตามพบว่า มีการดำเนินการจัดบริการ Intermediate Care ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในทุกจังหวัด โดยโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่าย และโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเป็นลูกข่าย จัดบริการ 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย คือ Stroke, TBI, SCI บางจังหวัดขยายบริการในโรคอื่นๆ และบางจังหวัดให้บริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุด้วย

2.1 จังหวัดเชียงใหม่

มีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 คือ โรงพยาบาลสารภี ไปยังโรงพยาบาลระดับ M2 คือ โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลระดับ M1 คือ โรงพยาบาลจอมทองและโรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลระดับ A คือโรงพยาบาลนครพิงค์ ตามลำดับ และตามเครือข่ายที่กำหนดโดยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นแม่ข่าย ร่วมกับโรงพยาบาลนครพิงพ์ และมีโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับส่งต่อผู้ป่วย Large-vessel ischemic stroke เพื่อการรักษาด้วย Endovascular thrombectomy และมีการจัดระบบ refer back ไปยัง รพช. ซึ่งมีการจัดIMCรองรับ

2.2 จังหวัดนครสวรรค์

มีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วย 3 โรคเป้าหมาย หลังจากให้การดูแลรักษาแล้วจัดระบบrefer back ตามลำดับขั้น โดยให้โรงพยาบาลเก้าเลี้ยวซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนและอยู่ห่างจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพียง 18 กม. เป็นโรงพยาบาลนำร่องดำเนินการIntermediate care ward 4 เตียง การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 และ 8 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้ป่วย Intermediate Care จำนวน 572 และ 501 ราย ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยStroke ประมาณร้อยละ 76.5 และ 79.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นTBI ประมาณร้อยละ 1.5-2.4 การดูแลใน Intermediate care ward ของโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว เน้นการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย สัปดาห์ละครั้ง ติดตามประสิทธิผลโดยใช้ BI พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน ภายหลังการดูแล 2-4 สัปดาห์

2.3 จังหวัดสระบุรี

มีโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เป็นแม่ข่ายในการดำเนินงานตามนโยบาย IMC กระทรวงสาธารณสุข โดยเชื่อมต่อจากโครงการSNAP การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย Post-acute Care และ Long-term Care ที่ดำเนินการไว้แต่เดิม จังหวัดสระบุรีเป็นแกนในการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 4 โดยทางจังหวัดกำหนดให้โรงพยาบาลหนองแคเป็นโรงพยาบาลนำร่องจัดบริการ Bed-based Post-acute Care (IMC) จำนวน 8 เตียง รพช. อื่นจัดให้มี Intermediate care bed แห่งละ 2 เตียง

โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี มีRehabilitation ward อยู่เดิม รับผู้ป่วยในและให้บริการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์ผสมผสาน ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือก โดยยังคงดำเนินการต่อ และปรับให้สอดรับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และยังช่วยรับผู้ป่วยPost-acute Careบางส่วนของอำเภอเมืองสระบุรี มาดูแลให้บริการ Intermediate Care เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สระบุรียังไม่จัดบริการ Intermediate care ward

2.4 จังหวัดนครปฐม

มีโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ดำเนินการโครงการIMC สำหรับผู้ป่วยStroke ร่วมกับโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยส่งผู้ป่วยหลังพ้นระยะacute care แล้ว ยังมีBI ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 15 (เต็ม 20) ไปยังโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องแบบPost-acute Care ซึ่งมีการดำเนินการทั้ง Bed-based Care, OPD Care และ Home-based Care ติดตามประเมินผลเป็นระยะจนครบ 6 เดือน โดยบริการด้วยการแพทย์ผสมผสาน ทั้งกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน โภชนาการ และจิตวิทยา ผลการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยมีADLดีขึ้นในทุกๆ ด้าน เปลี่ยนสถานะจากผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านไปสู่ระดับติดสังคมได้อย่างน่าพึงพอใจ

เพื่อตอบสนองนโยบายIMC กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมได้ขยายการดำเนินการ 3 โรคเป้าหมาย และดำเนินการเพิ่มที่ รพช. อื่น ในจังหวัดนครปฐม โดยวางแผนจะขยายเตียงรับผู้ป่วย IMC ของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นเพิ่มขึ้นเป็น 20 เตียง พร้อมขยายงานบริการผู้ป่วยให้ครอบคลุม “ผู้สูงอายุ” เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นให้เป็น Excellence center ทางด้าน Intermediate Care

2.5 จังหวัดขอนแก่น

มีโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นแม่ข่ายดำเนินงานตามนโยบาย IMC กระทรวงสาธารณสุข โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู จำนวน 28 เตียง

สำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย กำหนดให้โรงพยาบาลน้ำพอง และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการจัดบริการPost-acute Care ที่ครบถ้วน ทั้งBed-based Care (IMC), OPD-based Care และ Community Care ในปีพ.ศ. 2561 ได้ขยายสู่ รพช. อีก 11 แห่ง (ตามที่นำเสนอในเขตสุขภาพที่ 7) สำหรับ รพช. อีก 12 แห่งที่เหลือ จัด Intermediate care bed แห่งละ 2 เตียง

โรงพยาบาลขอนแก่น ได้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยจัดตั้งโรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขา วัดศิริธรรมิกาวาส เพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่องหลังพ้นระยะacute care ซึ่งมีครบถ้วนทั้ง Bed-based Care (IMC), OPD-based Care, Day care และ Community Care ในระยะเริ่มต้นยังไม่มีการเปิดบริการในส่วน Bed-based Care เนื่องจากอยู่ระหว่างการจัดเตรียมอาคารสถานที่ เครื่องมือ และบุคลากร

2.6 จังหวัดสุรินทร์

มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา Intermediate Care ระดับจังหวัด มอบหมายโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์เป็นแกนนำวางระบบการดูแลผู้ป่วยStroke, TBI และ SCI เชื่อมโยงประสานทั้งจังหวัด การประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง IMC, Day Care, Home Care และ LTC ใช้ Barthel’s index, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) และ Modified Rankin Scale (MRS) โดยมีโรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง

2.7 จังหวัดอุบลราชธานี

มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Intermediate Care ระดับจังหวัด โดยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วย 3 โรคเป้าหมาย จัดให้มี Intermediate care ward ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อมุ่งเน้น Intensive rehabilitation 8 เตียง และใช้ห้องพิเศษร่วมด้วย จัดให้มีIntermediate care ward ที่โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ 8 เตียง พัฒนาโรงพยาบาลnode เป็นแม่ข่ายระดับรองที่โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลตระการพืชผล และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2.8 จังหวัดศรีสะเกษ

มีการจัดบริการ IMC ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นแม่ข่าย หลังจากการดูแลระยะ Acute Care ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีการ refer back ไปยังโรงพยาบาลชุมชน โดยให้โรงพยาบาลพยุห์เปิด Intermediate care ward 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งที่อาศัยอยู่ในอำเภอพยุห์ และอำเภอเมือง (อำเภอพยุห์ แยกออกมาเป็นอำเภอใหม่จากอำเภอเมือง)

2.9 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

มีโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาPost-acute Care สำหรับผู้ป่วยStroke ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยเป็น 1 ใน 10 จังหวัดนำร่องทั่วประเทศ ต่อมาได้ดำเนินการครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยTBI และ SCI

การดำเนินการในระยะแรก ประเมินผู้ป่วยหลังพ้นระยะacute care ที่มีBI < 75 เข้าสู่โครงการ โดยมีการ refer back ผู้ป่วยไปยัง รพช./รพร./รพ.ค่ายวิภาวดี/PCU อ.เมือง และ รพ.สต. ในอำเภอเมือง การดูแลต่อเนื่องเป็นลักษณะ Home Care มีการเยี่ยมดูแลที่บ้านของทีมสหวิชาชีพ 1-2 ครั้งต่อเดือน

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยPost-acute Care เข้าสู่บริการแบบHHC รวมทั้งจังหวัด จำนวน 468 ราย (Stroke 422 ราย, TBI 29 ราย และ SCI 17 ราย) คะแนนBI เฉลี่ย ซึ่งมีการบันทึกเปรียบเทียบไว้ จำนวน 69 ราย พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 44.49 เป็น 56.59 แสดงให้เห็นว่าดีขึ้น แต่ไม่มากเท่าที่ควร ทีมงานสุราษฎร์ธานีมีความเห็นร่วมกันว่าควรเพิ่มความถี่และกิจกรรมHHCสำหรับผู้ป่วย Post-acute Care และจัดตั้ง Intermediate care ward ในทุกโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการ Intensive rehabilitation ด้วยการแพทย์ผสมผสาน

2.10 จังหวัดสงขลา

มีโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ดำเนินการโครงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจากรักษาพยาบาลพ้นระยะacute care มาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยตกลงความร่วมมือกับโรงพยาบาลบางกล่ำ ส่งผู้ป่วยPost-acute Care ที่ต้องการฟื้นฟูสภาพไปโรงพยาบาลบางกล่ำ แบบ Bed-based Care ในหอผู้ป่วย Intermediate Care ซึ่งมีจำนวน 10 เตียง ให้การดูแลแบบเข้มข้น ติดตามประเมินผลพบว่า เกิดผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่ง ช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ และช่วยให้การใช้เตียงในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางกล่ำ ซึ่งมีอัตราการครองเตียงต่ำทำให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดีขึ้น สามารถลดการพึ่งพิง เพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อย่างชัดเจน

จังหวัดสงขลาดำเนินงานตามนโยบายIMC โดยเรียนรู้จากการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลหาดใหญ่-โรงพยาบาลบางกล่ำ ทำให้สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้รวดเร็ว

3. การดำเนินงาน Intermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งในระดับ รพศ. รพท. และ รพช. ได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มาเป็นระยะเวลายาวนานพอควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยStroke ซึ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ ส่วนใหญ่จะพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย มีการฟื้นฟูสภาพในระยะเริ่มต้น การสอนสาธิตสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแลให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้แล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน ส่งต่อให้ รพ.สต. ในพื้นที่ช่วยดูแล มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งในส่วนPost-aute Care และ Long-term Care ต่อมาจึงขยายบริการกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายตามนโยบาย Intermediate Care

ในระยะแรกของการดำเนินการ ส่วนใหญ่พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำได้ไม่มากเพียงพอ มีการเยี่ยมดูแลเดือนละ 1-2 ครั้ง เวลาในการปฏิบัติงานส่วนมากใช้ไปกับการดูแลผู้ป่วยLong-term Care การดูแลผู้ป่วยระยะPost-acute Care ยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงดำเนินการปรับปรุงโดยให้ความสำคัญกับPost-acute Care เพิ่มความถี่ในการติดตามดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลหลายแห่งจัดให้มี Bed-based Post-acute Care (IMC ward / bed) ให้การดูแลในระยะ

แรกจนกระทั่งดีขึ้น ตามด้วยการดูแลต่อเนื่องแบบ OPD Care และ Home Care พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะStroke และTBI

โรงพยาบาลหลายแห่งขยายงาน IMC ไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นนอกเหนือจาก 3 โรคเป้าหมาย บางแห่งขยายงานครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยจะได้นำเสนอตัวอย่างของโรงพยาบาลที่ดำเนินงานได้ผลดี ดังนี้

3.1 โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสารภี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ระดับ F2 รับผิดชอบประชาชนอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จัดบริการโดยใช้แนวทางการสร้างความร่วมมือกับองค์กรในชุมชน ได้แก่ บ้าน วัด และโรงพยาบาล ร่วมกันเป็น “บวร” ทำให้โรงพยาบาลเป็นของประชาชนที่เรียกว่า “โรงพยาบาลประชารัฐ”

ท่านพระครูสิริศีลสังวร (ครูบาน้อย เตชปัญโญ) เจ้าอาวาส วัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี เห็นว่าโรงพยาบาลมีพื้นที่น้อยไม่เพียงพอให้บริการ จึงเมตตาบริจาคที่ดินด้านหลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชมภู จำนวน 8 ไร่ เศษ ให้กับโรงพยาบาล และได้รับงบประมาณรัฐก่อสร้างอาคารผู้ป่วย ขนาด 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลสารภี 2 หรือ “โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา” เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2558

โรงพยาบาลสารภี กำหนดให้โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ดูแลผู้ป่วยระยะ Intermediate Care โดยรับผู้ป่วยที่พ้นระยะacute care ซึ่งส่งกลับมาจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยของโรงพยาบาลสารภี ให้ประเมินผู้ป่วยที่จะส่งต่อมายังโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาโดยผ่านการพิจารณาจากแพทย์ของโรงพยาบาลสารภี และรับผู้ป่วยที่ติดต่อเข้ารับบริการเองด้วย

โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา มีการจัดให้บริการตามแนวทาง 3 ก ดังนี้

1) Pre-illness สำหรับกลุ่มเสี่ยง NCD, DPAC และกลุ่มผู้สูงอายุ
2) Pre-disability สำหรับผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI และ Orthopedics
3) Pre-end of life สำหรับผู้ป่วย Cancer และ Palliative care

การจัดบริการ มีทั้งการรับเป็นผู้ป่วยใน บริการแบบ Day Care การตรวจติดตามแบบOPD และการเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ยังมีความพิการ ซึ่งจัดให้มีการดูแลแบบ Long-term Care ที่บ้าน บริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีทั้งการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยแพทย์และพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และการสอนสาธิต ให้ความรู้/ทักษะ แก่ญาติ และผู้ดูแล ให้สามารถไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลสารภีเป็นหัวหน้าทีมดูแล และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย เดินทางมาช่วยดูแลเป็นบางวัน

การติดตามประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นในระดับที่น่าพอใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน และรับการฟื้นฟูแบบเข้มข้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ บางรายที่อาการเลวลงจากการกำเริบของโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อน จะส่งกลับไปดูแลแบบacute care ที่โรงพยาบาลสารภี หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับสูงกว่า

ในการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้รับผลงาน พบอัตราความพึงพอใจสูงมาก และการประเมินเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา พบว่ามีความภาคภูมิใจ และมีความสุขในการทำงาน มีความเชื่อมั่นว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง กลับไปอยู่กับครอบครัว และสังคมได้ดี

3.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลห้างฉัตร เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F2 รับผิดชอบประชาชนอำเภอห้างฉัตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง 16 กิโลเมตร เริ่มงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2541 โดยได้รับการสนับสนุนจากทุนรัฐบาลญี่ปุ่นในความร่วมมือแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐาน และความมั่นคงของมนุษย์ (GGP; The Government of Japan Grant Assistance for Grassroots Human Security Projects) เป็นเงิน 84,000 เหรียญสหรัฐ ในโครงการ “ทุนเพื่อสถานฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้อยโอกาส โรงพยาบาลห้างฉัตร” ในช่วงนั้นมีการจัดตั้ง Intermediate care ward แยกออกจาก Acute care ward เพื่อการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุให้มีสมรรถภาพดีขึ้น มีความพร้อม ก่อนส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน อย่างไรก็ดี หลังจากสิ้นสุดโครงการไม่มีเงินสนับสนุนการดำเนินงานทำให้ไม่มีการดำเนินงานต่อ

จนกระทั่ง พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลห้างฉัตรและทีมเครือข่ายระดับอำเภอ พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการพัฒนากระบวนการดูแล เนื่องจากประชากรของอำเภอจำนวนประมาณ 48,000 คน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 15 (ประมาณ 7,200 คน) เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้ร้อยละ 74.10 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างร้อยละ 22.40 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ร้อยละ 3.50 มีผู้สูงอายุป่วยเข้ารับบริการOPD ของโรงพยาบาลห้างฉัตรจำนวน 3,539 คน 18,051 ครั้ง ผู้ป่วยในจำนวน 1,122 คน คิดเป็นร้อยละ 40.77 ของผู้ป่วยในทั้งหมด ในช่วงเวลา 1 ปี

โรงพยาบาลห้างฉัตรจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ให้มีความต่อเนื่องครบวงจร โดยโรงพยาบาลห้างฉัตรดูแลตรวจรักษาผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งผู้ป่วยนอก/ใน ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เกินขีดความสามารถในการดูแลรักษา ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง

หลังจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปางดูแลรักษาพ้นระยะacute care ได้จัดระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยสูงอายุที่ส่งกลับมาและadmitในโรงพยาบาลห้างฉัตรจะได้รับการประเมินADL ด้วยBarthel’s Index และประเมินค้นหา Geriatric syndromes ได้แก่ Delirium, Depression, Fall risk, Nutrition problems, Bed-sore หากพบว่าBI น้อยกว่า 50 (เต็ม 100) หรือมีโรคที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น CVA, Paralysis, Hemiparesis มีการคาท่อหรือสายต่อต่างๆ ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ หรือมีปัญหา Geriatric syndromes และผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปี จะรับเข้าIntermediate care ward

และหลังจากให้การดูแลในIntermediate care ward ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพดีขึ้นและมีความพร้อมสำหรับการดูแลต่อที่บ้าน จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจะได้รับการส่งเข้าระบบLong-term Care ซึ่งให้การดูแลที่บ้านเป็นหลัก ทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลที่บ้านเป็นระยะ โดยมอบ รพ.สต. เป็นเจ้าของติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยที่ผ่านIntermediate care ward มีสถานะสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Long-term Care ดำเนินการได้ง่ายขึ้น และดูแลได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลห้างฉัตรได้รับรางวัลLong-term Care ดีเด่นจากกรมอนามัย ปี 2555 และรางวัลหน่วยงานภาครัฐดีเด่นสำหรับผู้สูงอายุประจำปี 2555 โดยคณะกรรมาธิการพัฒนาสังคมและกิจการ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา การจัดบริการIntermediate care ward ของโรงพยาบาลห้างฉัตร เป็นการดูแลที่ครอบคลุมกายจิต สังคม โดยทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.2.1 ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยวัดทุ่งบ่อแป้นสามัคคีธรรม

วัดทุ่งบ่อแป้นสามัคคีธรรม ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เปิดทำการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยพระครูอาทรประชากิจ อดีตเจ้าอาวาสดำเนินการรับผู้ป่วยแบบค้างคืนระยะยาว เน้นกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

วัดทุ่งบ่อแป้นฯ ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยใช้การนวดแผนไทยเป็นหลัก มีการนำใบพลับพลึงย่างมาใช้ช่วยในการประคบร่วมกับการใช้ลูกประคบ การแช่น้ำสมุนไพร และมีทีมงานจากโรงพยาบาลห้างฉัตรช่วยเหลือดูแลจัดกิจกรรมทั้งทางด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ราวหัดเดิน

ราวสำหรับบริหารแขน จักรยานสำหรับบริหารกำลังขา ผลการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย พบว่าดีขึ้นในระดับที่น่าพอใจ และมีผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต มารับบริการจากทั่วประเทศ กระบวนการฟื้นฟูคือให้ญาติหรือผู้ดูแลที่ญาติจัดหาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งการอยู่ดูแลผู้ป่วยในภาคกลางคืน และกิจกรรมการดูแลในภาคกลางวัน ทำให้สามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ในระยะยาว

จัดได้ว่าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยวัดทุ่งบ่อแป้นฯ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลแบบ Intermediate Care สำหรับผู้สูงอายุ ที่ควรส่งเสริมและขยายผลทั่วประเทศ โดยให้วัดหรือองค์กรอื่นๆ ในชุมชนเป็นฐานของการจัดบริการดูแลระยะกลาง

3.2.2 ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุวัดต้นซ้อ (แม่ฮาว)

วัดต้นซ้อ (แม่ฮาว) ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เป็นวัดเก่าแก่ที่มีประวัติยาวนาน มีโบราณสถานและโบราณวัตถุ เป็นจำนวนมาก เช่น หีบพระธรรมโบราณ ธรรมาสน์โบราณ และมีพระพุทธรูปโบราณซึ่งแกะสลักจากไม้มงคล เดิมมีชื่อว่า วัดท้ายหนองยังกาย วัดศรีเมืองมูล หรือวัดบ้านกาดแม่ฮาว เนื่องจากบริเวณวัดมีป่าต้นซ้อ(ไม้ยืนต้นผลัดใบขนาดกลาง สูง 15-25 เมตร) ชาวบ้านจึงเรียกว่าวัดต้นซ้อ อันเป็นที่มาของชื่อที่ใช้ในปัจจุบัน

วัดต้นซ้อได้จัดให้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บริการแบบ Day Care เปิดบริการเวลา 08.30-15.30 น. ผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้สูงอายุ อาสาสมัคร เด็ก/เยาวชน ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการนวดแผนไทย การประคบด้วยสมุนไพร มีทั้งกิจกรรมทางสังคม และทางพุทธศาสนา เพื่อให้การดูแลฟื้นฟูทั้งทางด้านกายจิตสังคม

แม้ว่ายังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจนตามหลักการวิจัย แต่จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าการฟื้นฟูสุขภาพที่วัดต้นซ้อได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ผู้สูงอายุมีความสุข มีกำลังใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรสนับสนุนและผลักดันให้วัดเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น เพื่อครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นได้อย่างทั่วถึง

3.3 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

โรงพยาบาลพุทธชินราช มีการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยStroke ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ป่วยStroke ในจังหวัดพิษณุโลกเป็นจำนวนมาก ที่มารับบริการโรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 1,878, 2,052 และ 2,065 ราย อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจำนวน 604, 703, และ 678 ราย ในปี พ.ศ. 2556 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 ตามลำดับ

มีการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยส่งต่อไปยัง รพ.สต/ศสม./PCC สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยในอำเภอเมือง กรณีอำเภออื่นส่งผู้ป่วยกลับไปยัง รพช. ของอำเภอนั้น และปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องจากที่เคยดำเนินการบางส่วน (7 รพ.สต.) ช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 เฉพาะผู้ป่วย Long-term Care เดือนละ 1 ครั้ง ในวันเสาร์-อาทิตย์ ดูแลครอบคลุมทั้งอำเภอ ใน 25 รพ.สต./ศสม./PCC และเพิ่มความถี่เป็น 2 ครั้งต่อเดือน โดยให้ความสำคัญกับPost-acute Care ก่อน Long-term Care ตรวจเยี่ยมพื้นที่ทุกวันทำการ และให้การดูแลPost-acute Care ต่อเนื่อง 6 เดือน

การติดตามผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีผู้ป่วยStrokeที่ส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู จำนวน 1,092 ราย รับไว้ให้บริการ 768 ราย อยู่ในเกณฑ์รับเข้าดูแลต่อเนื่อง Post-acute Care 152 ราย เมื่อรวมกับผู้ป่วยLong-term Careซึ่งส่งมาจากชุมชนอีก 59 ราย รวมเป็น 211 ราย ประเมินพบว่ามีผู้ป่วยBI < 75 คะแนน 84 ราย (เป็นPost-acute Care 48 ราย และ Long-term Care 36 ราย) ซึ่งได้ให้การดูแลต่อเนื่องด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ทีมไปตรวจเยี่ยมดูแลเดือนละ 2 ครั้ง ประเมินผลหลัง 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มPost-acute Care มีBI เฉลี่ย เพิ่มจาก 40 เป็น 90 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มLong-term Care มีBI เฉลี่ย เพิ่มจาก 40 เป็น 50 แสดงให้เห็นว่าการดูแลต่อเนื่องที่ดีสามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน

โรงพยาบาลพุทธชินราชมีแนวคิดเพิ่มความถี่ของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มบริการBed-based Care (IMC) ในกลุ่มที่ต้องการ Intensive rehabilitation

3.4 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 660 เตียง มีอัตราครองเตียงเกินร้อยละ 90 เป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยระยะวิกฤติทุกอำเภอในจังหวัดนครสวรรค์ และจากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 มีการดูแลผู้ป่วยหลักในICU และจัดตั้ง Stroke Unit จัดให้มีระบบการส่งผู้ป่วยกลับที่รวดเร็ว เพื่อลดความแออัดในหอผู้ป่วย กำหนดให้โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว ซึ่งเป็น รพช. อยู่ห่างออกไปเพียง 18 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาล Intermediate Care มีจำนวนเตียง 4 เตียง รองรับ

3.5 โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

โรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 ขนาด 218 เตียง อำเภออินทร์บุรีมีจำนวนประชากร 57,364 คน เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 24.97 ในพื้นที่มี รพ.สต. 16 แห่ง PCC 1 แห่ง ในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลริเริ่มการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยได้ประเมินพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังจากการดูแลพ้นระยะวิกฤต แต่ยังไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องPost-Acute Care ที่ดีเพียงพอ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี วางระบบการดูแลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติ แต่ยังมีปัญหาซึ่งต้องการการดูแลฟื้นฟูสภาพ หรือยังคงมีความต้องการการพยาบาลและการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากชุมชน อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุที่แก่หง่อมเปราะบาง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง

เป้าหมายการจัดบริการ คือดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmit) ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน และลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลAcute Care จึงมีการเปิด Intermediate care ward จำนวน 10 เตียง เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ต่อมา เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 25 เตียง (สามัญ 12 พิเศษ 13) ให้การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนำทีม ประเมินผู้ป่วยแรกรับเข้าIMC ด้วย **Inburi CGA (Inburi Comprehensive Geriatric Assessment)** ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 10 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค (Medical assessment)
ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social & Economic assessment)
ส่วนที่ 4 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior assessment)
ส่วนที่ 5 ประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional assessment: MNA)
ส่วนที่ 6 ประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย (Assessment of functioning)
ส่วนที่ 7 การคัดกรองโรค ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ส่วนที่ 8 ประเมินภาวะสุขภาพจิต (Psychological assessment)
ส่วนที่ 9 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม
ส่วนที่ 10 ปัญหาการใช้ยา

โรงพยาบาลอินทร์บุรีได้ผสานระบบที่ดำเนินการอยู่กับนโยบายIMC กระทรวงสาธารณสุข โดยรวม 3 โรคเป้าหมายกับระบบงานเดิม ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลรักษาจึงมีความหลากหลาย ในการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการที่ผ่านมา พบว่านอกเหนือจาก 3 โรคเป้าหมายแล้ว ยังมีโรคที่พบบ่อย ได้แก่ CAPD, CA, Uncontrolled DM, Uncontrolled HT และ COPD เป็นต้น

เนื่องจากยังไม่มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคแบบ Geriatric syndromes จึงไม่มีสถิติความถี่ของปัญหาในมิติของความต้องการการดูแลช่วยเหลือที่เป็น Geriatric syndromes อย่างไรก็ดี การให้บริการดูแลได้ดำเนินการแบบ Comprehensive care โดยทีมสหวิชาชีพ และดูแลครอบคลุมทุกมิติ

การจำหน่ายผู้ป่วยจาก Intermediate care ward จะร่วมวางแผนงาน โดยพยาบาล case manager เวชกรรมสังคม รพ.สต. ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และมีทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลที่บ้าน (Home Health Care) อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยทีมจากโรงพยาบาลอินทร์บุรี รพ.สต. อสม. และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากผู้ป่วยที่มีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ถึงระดับ คือ Barthel's Index น้อยกว่า 75 จะส่งเข้าสู่ระบบบริการ Long-term Care

ผลการดูแลในIntermediate care ward พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นในทุกมิติ ในระดับที่น่าพอใจเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ดี ทางโรงพยาบาลอินทร์บุรีเชื่อว่าสามารถพัฒนากระบวนการให้ดียิ่งขึ้นอีก ทั้งครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแล ความรู้ที่ทันสมัยในการประเมินผู้ป่วย การให้การดูแลช่วยเหลือ การสร้างเครือข่ายการดูแลที่ต่อเนื่อง การพัฒนาอาคารสถานที่ ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน และที่บ้าน การจัดหาอุปกรณ์ การพัฒนาบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ และการสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ การดำเนินงานจัดบริการ Intermediate Care ของโรงพยาบาลอินทร์บุรีมีรูปแบบที่ดี ควรพัฒนาเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลทั่วประเทศ และสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาให้เป็นระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

3.6 โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

โรงพยาบาลเสาไห้ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F2 เป็นโรงพยาบาล ที่ดำเนินงานตามแนวทางHumanized health care นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือก มาให้บริการ จัดตั้งมูลนิธิอิ่มบุญจัง ผลิตสมุนไพร จำหน่าย จัดบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเตียง โดยมีหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดูแลระยะยาวและติดตามดูแลที่บ้าน จัดบริการPost-Acute Care ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ตามโครงการSNAP โดยจัดบริการ Bed-based (IMC) สำหรับผู้ป่วยที่มีBI 0-30 (จากเต็ม 100) OPD-based สำหรับผู้ป่วยที่มีBI >30 ผู้ป่วยที่มี BI 31-50 ติดตามเยี่ยมบ้าน 3-4 สัปดาห์ต่อครั้ง BI 51-75 ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 เดือนต่อครั้ง และBI 76-100 มอบ รพ.สต. และชุมชน ติดตามเยี่ยม

จุดเด่นของระบบบริการต่อเนื่องโรงพยาบาลเสาไห้ คือ ให้บริการกายภาพบำบัดผสมผสานกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือก โภชนาการ และการฟื้นฟูดูแลด้านจิตใจ มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 8 เตียง

ผลการดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้น โดย IPD-based จะมีการเพิ่มขึ้นของBI ดีกว่า OPD-based และ Home based ลดได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การทำงานของทีมและเครือข่ายเชื่อมโยงสอดประสานกันโดยดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การดูแลต่อเนื่องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โรงพยาบาลเสาไห้วางแผนพัฒนาเพิ่มจำนวนเตียงสำหรับIMC นำกระบวนการแพทย์แบบบูรณาการมาใช้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มุ่งเน้นนวัตกรรม สร้างเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ราคาถูก เพื่อให้มีใช้อย่างทั่วถึง และเป็นต้นแบบเพื่อขยายไปสู่โรงพยาบาลอื่น

3.7 โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F2 จัดบริการ Intermediate Care โดยเริ่มต้นจากความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ให้การดูแลผู้ป่วยStroke ในช่วง Post-acute Care ต่อมาขยายงานถึงTBI และSCI ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นได้จัดให้มี Intermediate care ward จำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ประเมินแรกรับโดยใช้BI จัดบริการPost-acute Care ทั้งสามแบบ คือ IPD-based, OPD-based และ Home based ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟู การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน การแพทย์ทางเลือก โภชนาการ และจิตวิทยา

สำหรับIPD-based ให้บริการด้วยกายภาพบำบัดแบบเข้มข้นวันละ 3 ชั่วโมง ร่วมด้วยบริการอื่นตามความเหมาะสม ให้การดูแล 6 สัปดาห์ ส่วน OPD-based จะนัดมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง Home based จะเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เมื่อBI > 15 จะจำหน่ายและดูแลต่อที่บ้านด้วย Home Program หากผู้ป่วยยังมีBI < 11 เมื่อครบ 6 เดือน จะนำเข้าLong-term Care ซึ่งปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน

กระบวนการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพร้อมทีมกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง ประเมินพบว่า BI ของผู้ป่วยดีขึ้นในทุกองค์ประกอบ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมและโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นจึงมีเป้าหมายพัฒนาไปสู่การเป็น Excellent center ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยStroke ในจังหวัดนครปฐม โดยเพิ่มจำนวนเตียงIMC เป็น 20 เตียง และขยายสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดนครปฐม

3.8 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขระดับ A เป็นผู้นำในการวิจัยและผลิตสมุนไพร นำบริการการแพทย์แผนไทยมาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนาระบบHospital-based post-acute Care จัดตั้งเป็นหอผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 30 เตียง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 รับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน ต้องการการพึ่งพิง และผู้ดูแลช่วยเหลือ รับผู้ป่วยทั้งในและนอกเขตจังหวัดปราจีนบุรี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โรคที่รับไว้ดูแลได้แก่ Stroke, TBI, Diseases of muscles, bone and joints และ Degenerative diseases ใช้BI เป็นเกณฑ์หลักในการประเมินเพื่อรับและจำหน่ายผู้ป่วย ให้บริการรักษาพยาบาลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น โดยใช้การแพทย์แผนไทยเป็นหลัก ผสมผสานด้วยกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การฝังเข็ม ธาราบำบัด และการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ตามความเหมาะสม ระยะเวลาพักค้างอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-6 สัปดาห์

ประเมินพบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งสมรรถภาพทางกายที่ทำการประเมินADL ด้วย Barthel’s Index และสภาพจิตใจ โดยยังคงดำเนินการจัดบริการอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

3.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

โรงพยาบาลคลองใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F2 อำเภอคลองใหญ่มีจำนวนประชากร 25,735 คน เป็นผู้สูงอายุ 3,164 คน คิดเป็นร้อยละ 12.47 มีประชากรแฝงชาวกัมพูชา ประมาณ 3 หมื่นคน มี รพ.สต. 4 แห่ง และ อสม. 345 คน มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป็นฐานในการจัดเครือข่ายบริการ ในการรับส่งต่อผู้ป่วยใช้โปรแกรม Thai Refer ในการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องอำเภอคลองใหญ่ใช้โปรแกรม Thai COC เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Long-term Care มีทีมหมอครอบครัวและสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต

โรงพยาบาลคลองใหญ่ดูแลผู้ป่วยระยะPost-acute Care โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาความรู้และทักษะในกิจกรรมที่จัดบริการให้ผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย พัฒนารูปแบบ Home Ward เพื่อรองรับผู้ป่วยระยะPost-acute Care และ Long-term Care โดยการปรับปรุงบ้าน และจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นไว้ที่บ้านในลักษณะของ Assisted Home Care โดยยังไม่มีการจัดบริการBed-based Intermediate Care ที่โรงพยาบาล มีการปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย จาก รพศ./รพท. ให้กลับมาผ่านการประเมินเพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องที่ รพช. มีการเตรียมความพร้อมที่บ้าน สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีมงานของทางโรงพยาบาลนิยามว่ามีการดูแลระยะกลาง Intermediate Care อยู่ด้วย สำหรับผู้ป่วยระยะPost-acute Care และจะจัดว่าเป็นผู้ป่วยระยะLong-term Care ต่อเมื่อสถานะสุขภาพซึ่งประเมินตามBI คงที่ในระดับติดบ้านและติดเตียง

จุดเด่นของระบบบริการต่อเนื่องโรงพยาบาลคลองใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ คือการดูแลที่บ้านมี อสม. เป็นกำลังสำคัญ และมีองค์กรเอกชนในลักษณะจิตอาสา “กลุ่มสาธุ” นำโดยนายอธิราช อินประสาร เข้ามา

ช่วยเหลือในการจัดหาและซ่อมบำรุงอุปกรณ์การแพทย์ สำหรับการให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ทั้งแบบให้เปล่า และแบบธนาคารอุปกรณ์

ผลการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มLong-term Care ติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่กรณีผู้ป่วยระยะPost-Acute Care ที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้ม เพื่อยกระดับผู้ป่วยจากติดบ้านติดเตียง เข้าสู่ระดับติดสังคมและพึ่งตนเองได้มากขึ้น ยังไม่พบการประเมินที่ชัดเจนด้านความครอบคลุมของการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทีมงานโรงพยาบาลมีข้อมูลพื้นฐาน หากพบว่ามีโอกาสพัฒนาอาจเพิ่มบริการในส่วนของBed-based Intermediate Care ทั้งที่โรงพยาบาล และที่ชุมชน หลังจากพ้นระยะacute care เพื่อให้บริการอย่างทั่วถึงและเพียงพอ

3.10 โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น 2

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 7 เตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลานาน มีการจัดตั้งโรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การป้องกันโรค การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การปรับปรุงหอผู้ป่วยใน เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ยังต้องการการพึ่งพิง ด้วยHHC และ Long-term Care เริ่มวางระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยในสูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มอบหมายพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทำการประเมิน เพื่อค้นหาGeriatric syndromes 4 ด้าน ได้แก่

1) Functional ability
2) Physical health
3) Mental health and Cognition
4) Socio-environmental status

หากประเมินพบปัญหา ข้อหนึ่งข้อใดดังนี้ จะส่งผู้ป่วยไปปรึกษาพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Nurse) เพื่อประเมินปัญหา และวางแผนการดูแล

(1) มีความบกพร่อง อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ 1) มีADL ≤ 70 2) Falling level ระดับ 2-3 3) มีภาวะ Delirium 4) มีภาวะDepression

(2) ผู้ดูแลหลักไม่สามารถที่จะให้การดูแล หรือมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้ง

(3) ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรือสวัสดิการทางสังคม

พยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Nurse) ทำหน้าที่เป็น case manager ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลและติดตามประเมินผล จนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อมจึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อให้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การติดตามประเมินพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นชัดเจน แต่พบปัญหาตามมาคือการจำหน่ายผู้ป่วยได้ช้า เกิดความแออัดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่นจึงพัฒนากระบวนการรองรับการจำหน่ายให้รวดเร็วขึ้น

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลขอนแก่น ใช้ระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยกลับพัฒนาให้ รพช. มีความรู้ความสามารถจัดระบบบริการHHC, OPD follow-up care, Day Care ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และเริ่มพัฒนาให้มีBed-based Intermediate Care ใน รพช. สอดคล้องกับนโยบายพัฒนา Intermediate Care โดยผสานกับการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดให้โรงพยาบาลน้ำพอง และโรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็นโรงพยาบาลนำร่อง

กรณีผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง โรงพยาบาลขอนแก่นได้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส และ รพ.สต. โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่ OPD for Follow up, Day Care Center และอยู่ระหว่างดำเนินการเปิดHospital-based Intermediate Care รับผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้ป่วยใน เพื่อการดูแลฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือส่งเข้าระบบการดูแลLong-term Care เพื่อจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสภาวะสุขภาพออกจากAcute care ward ได้เร็วขึ้น ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพดีขึ้น ลดอัตราการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม

3.11 โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ระดับ F1 ร่วมกับโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พัฒนารูปแบบ “โรงพยาบาลประชารัฐ” สร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ด้วยแนวคิด 3P : Public, Private, People เพื่อการสนับสนุนทรัพยากร การบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ และการร่วมมือด้านบริการสุขภาพ ด้วยความมุ่งมั่นทำงานเพื่อประชาชน ทำให้โรงพยาบาลได้รับความเมตตาจากหลวงพ่อสายทอง เตชะธัมโม ในการจัดหาทุนสร้างอาคารผู้ป่วยพิเศษ 6 ชั้น ทำให้จำนวนเตียงที่ให้บริการจริงมีถึง 140 เตียง

โรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งมีความพร้อมเป็นโรงพยาบาลนำร่อง ได้จัดให้มีเตียงรับผู้ป่วย Intermediate Care จำนวน 6 เตียง ในระยะแรกรับผู้ป่วย 3 โรคเป้าหมาย ที่ส่งกลับมาจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้การดูแล Intensive rehabilitation และครอบคลุมทั้งด้านกายจิตสังคม สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลแบบHumanized Health Care

ทางโรงพยาบาลพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องอย่างครบวงจร ทั้งการดูแลที่บ้าน โดยFCT หรือPCC การนัดFollow-up อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และการจัดหาอาชีพให้แก่ผู้พิการ จังหวัดขอนแก่นมีนโยบายเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และมุ่งหวังพัฒนาIntermediate Care ของโรงพยาบาลน้ำพองให้บริการครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้าน Geriatric syndromes ต่อไป

3.12 โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F2 พัฒนารูปแบบ “โรงพยาบาลประชารัฐ” ร่วมกับโรงพยาบาลน้ำพอง ได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการสร้างอาคารผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น ปัจจุบันมีเตียงรับผู้ป่วย จำนวน 54 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ทำงานร่วมกับประชาชนในชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง เป็นตัวอย่างให้โรงพยาบาลอื่นเรียนรู้และขยายผลดำเนินการทั่วประเทศ

โรงพยาบาลอุบลรัตน์เป็นอีกหนึ่งโรงพยาบาลนำร่องในโครงการIntermediate Care ของจังหวัดขอนแก่น กำหนดให้มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้เบื้องต้นเพียง 2 เตียง โดยคาดว่า โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ซึ่งมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระดับที่ดีมาก อาจจำหน่ายผู้ป่วยจากIntermediate care bed ได้เร็วขึ้น หรือจัดให้มีการดูแลระยะPost-acute Care ที่บ้านได้เลย หากมีความพร้อม

3.13 โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ในเขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term Care) ใน 15 กลุ่มโรคสำคัญ ตามนโยบายของเขต พร้อมนั้นมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบบูรณาการ โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การปรับปรุงหอผู้ป่วยให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ และมีการประเมินผู้สูงอายุก่อนจำหน่าย แยกกลุ่มผู้ป่วย ตามแนวทางที่ใช้ร่วมกันในเขตสุขภาพที่ 8

ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จะส่งเข้า COC Center เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และส่งต่อกลับโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภอต่างๆ จะส่งต่อกลับโรงพยาบาลชุมชน หากผู้ป่วย

อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ยังคงดูแลต่อในหอผู้ป่วย หรือส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยในโรคที่ต้องการการดูแลฟื้นฟูสภาพระยะPost-acute Care ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น แต่ด้วยความแออัดของหอผู้ป่วย ทำให้ต้องจำหน่ายไปดูแลต่อที่บ้าน โดยยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพเพียงพอ แม้ว่ามีการจัดระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัว หรือทีมระดับปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าแม้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น แต่ยังไม่มากเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่สามารถช่วยเหลือดูแลได้เพียงพอ โดยไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านได้เพียงเดือนละ 1 ครั้ง ทุก 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยติดบ้าน และทุก 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยติดสังคม

ช่วงเวลาที่ผ่านมา ทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรงพยาบาลอุดรธานีได้ผสาน Intermediate Care กับการดูแลต่อเนื่องระยะ LTC และให้ความหมายของ Intermediate Care ว่าเป็น Post-acute Care ทุกรูปแบบ มิได้ใช้ในความหมายของการดูแลPost-acute Care แบบ Bed-based ในโรงพยาบาล

การประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ และ 3 โรคเป้าหมาย ในระบบLTC และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีเกณฑ์แยกเป็น IMC และ LTC จำหน่ายไปดูแลต่อที่บ้านทั้งสองกลุ่ม มีระบบการดูแลแบบ Follow-up OPD ส่งต่อให้ PCC/รพ.สต./อสม. ดูแลต่อเนื่อง โดยยังไม่มีการadmit เข้าสู่ Intermediate care ward

จากการประเมินผู้ป่วยStroke ในอำเภอเมือง ปี พ.ศ. 2560 ตามระบบการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงBI 0-4 จำนวน 275 ราย ยังคงเป็นกลุ่มติดเตียง 71 ราย (ร้อยละ 25.8) เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้านBI 5-11 112 ราย (ร้อยละ 40.7) และเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม 67 ราย (ร้อยละ 24.4) เสียชีวิต 25 ราย (ร้อยละ 9.1) และผู้ป่วยขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ 113 คน

โรงพยาบาลอุดรธานีประเมินว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบ Intermediate Care ที่บ้านและแบบLong-term Care แม้ผู้ป่วยจะดีขึ้นในระดับหนึ่ง แต่เชื่อว่าหากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มสำหรับผู้ป่วยทั้ง 3 โรค และโรคอื่นๆ ที่สำคัญ ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มี Geriatric syndromes จะช่วยให้สถานะสุขภาพดีขึ้นได้อีก จึงมีแนวคิด IMC bed หรือ ward เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

3.14 โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

โรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ได้เปิดให้บริการ IMC Bed ตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2559 โดยจัดเตียงรองรับผู้ป่วยStroke ไว้ที่หอผู้ป่วยชายและหญิง แห่งละ 2 เตียง ต่อมาได้เปิดแผนกผู้ป่วยในตึกเวชกรรมฟื้นฟู 9 เตียง รับดูแลผู้ป่วย IMC ที่ refer back จากโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอำเภอใกล้เคียง

ทีมโรงพยาบาลรัตนบุรี มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน พยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 คน แพทย์แผนไทย 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักโภชนาการ 1 คน ร่วมให้การดูแลในหอผู้ป่วย 2-6 สัปดาห์ จากนั้นจำหน่ายไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วย OPD Care และ HHC จนครบ 6 เดือน แล้วจึงจำหน่ายจากการดูแลต่อเนื่อง หาก BI > 75 หรือส่งเข้าระบบการดูแล LTC หาก BI < 75 ผลการจัดบริการพบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้น โรงพยาบาลจึงมีนโยบายจะขยายบริการให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

3.15 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ของเขตสุขภาพที่ 10 ระดับ Super Tertiary Care มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาและมีอนุสาขาจำนวนมาก เป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก ของทั้งมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา มีเตียงรับผู้ป่วยถึง 1,427 เตียง

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ ให้การดูแลผู้ป่วยStroke, TBI, SCI ได้อย่างทันสมัย มีการจัดตั้ง Stroke unit ดูแลผู้ป่วยStroke ในระยะacute care พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทั้ง 3 โรค โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น จัดให้มีหอผู้ป่วย Intermediate Care ward 8 เตียง และห้องพิเศษอีกจำนวนหนึ่ง ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3.16 โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สร้างขึ้นเพื่อให้บริการพระภิกษุอาพาธ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ์ รัชกาลที่ 10 เมื่อครั้งยังทรงเป็นสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช สยามมกุฎราชกุมาร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า รับไว้ในโครงการเฉลิมพระเกียรติในมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 50 พรรษา ในปี พ.ศ. 2545

นอกจากให้การดูแลรักษาพระภิกษุและสามเณรแล้ว ยังให้การดูแลรักษาประชาชนทั่วไปด้วย ได้เข้าร่วมใน Intermediate Care ของจังหวัดอุบลราชธานี โดยทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลnodeในระบบส่งต่อ จัดให้มีหอผู้ป่วยใน Intermediate care ward 8 เตียง รับผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ที่ส่งมาจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนส่งกลับบ้าน มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน

3.17 โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีษะเกษ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 700 เตียง เป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ ให้การดูแลผู้ป่วยStroke, TBI, SCI ได้ตามมาตรฐานที่ทันสมัย หลังพ้นระยะacute care โดยประเมินด้วย BI ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองไม่ได้จะเข้าสู่การดูแลแบบ Intensive rehabilitation 2-6 สัปดาห์ แล้วดูแลต่อเนื่องแบบOPD, Day care, Home care หรือส่งเข้าระบบ Long-term Care ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ง่ายขึ้น

3.18 โรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

โรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับ F หลังจากที่มีการจัดตั้งกิ่งอำเภอบางกล่ำ โดยแยกให้ 4 ตำบล ออกมาจากอำเภอหาดใหญ่ เริ่มเปิดให้บริการแบบ Extended OPD โดยการตรวจรักษาของแพทย์จากฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 เปิดให้บริการผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ในปีพ.ศ. 2537 จากนั้นได้เปิดให้บริการเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2538 ในระดับ รพช. 10 เตียง และกิ่งอำเภอบางกล่ำได้ยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอ เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2538 ต่อมา โรงพยาบาลบางกล่ำได้รับการยกฐานะขึ้นเป็น รพช. ขนาด 30 เตียง เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2548

เนื่องจากอำเภอบางกล่ำ มีจำนวนประชากรราว 3 หมื่นคนเท่านั้น และโรงพยาบาลบางกล่ำตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่เพียง 15 กิโลเมตร ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในน้อย อัตราครองเตียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ประสบปัญหาความแออัด จำนวนผู้ป่วยในเกินจำนวนเตียง จำเป็นต้องเตียงเสริม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จึงเห็นชอบให้ทั้งสองโรงพยาบาลร่วมกันจัดตั้งศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูขึ้นที่โรงพยาบาลบางกล่ำ โดยผู้รับป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ที่ต้องการดูแลฟื้นฟูสภาพหลังพ้นระยะacute care แล้ว เข้ามาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลบางกล่ำ โดยแยกเตียงให้เป็น Intermediate Care จำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วย 4 โรค คือ Stroke, SCI, Head Injury และ Major multiple trauma ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ดูแลฟื้นฟูครบทุกมิติ โดยกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด สุขภาพจิต อรรถบำบัด และด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ติดตามดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เปิดดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยในครองเตียงเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาที่รับไว้เฉลี่ย 2 สัปดาห์ และหลังจากจำหน่ายจะดูแลต่อโดย OPD-based, Home Based Care ร่วมกับการฝึกอบรม อสม. และญาติให้การดูแลต่อเนื่อง

การประเมินพบว่าสามารถเพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยได้ดี ค่าBI เพิ่มขึ้นในระดับที่น่าพอใจมาก ทำให้ผู้ป่วยนอกพื้นที่ขอเข้ารับบริการมากขึ้น โรงพยาบาลบางกล่ำจึงมีเป้าหมายขยายบริการ IMC เพื่อรองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ที่มีความต้องการมากกว่าบริการที่รองรับอยู่ในปัจจุบัน ขยายระยะเวลาดูแลผู้ป่วย Intermediate care

ward นานขึ้นสำหรับผู้ที่ยังต้องการการฟื้นฟูในโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มี Geriatric syndromes โดยอยู่ในระหว่างการสร้างอาคารผู้ป่วยใน 3 ชั้น เพื่อใช้ในการรับadmit ผู้ป่วย IMC ให้ได้เพียงพอกับความต้องการ

4. การดำเนินงาน Intermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร

4.1 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 162 เตียง ตั้งอยู่ที่ถนนพุทธมณฑลสาย 3 เขตบางแค ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตก มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิระดับต้น

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สุงอายุ ในชื่อ“Bangkok Geriatric & Palliative Care Model” ให้บริการครอบคลุม Health Promotion and Prevention ด้วยการสร้างผู้นำและอาสาสมัครชุมชน กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ จัดคลินิก Prevention ลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ และเปิด Intermediate care ward ตามโครงการความร่วมมือกับ JICA สำหรับผู้ป่วยStroke, TBI, SCI นำแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมาร่วมให้บริการ

ผลการดูแลพบว่าประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การประเมินจากสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ได้รับคะแนนสูงสุดในกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กทม. 5 ปีติดต่อกัน (พ.ศ. 2557-2561)

5. การดำเนินงาน Intermediate Care ระดับโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์

5.1 สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

สถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันทางการแพทย์เฉพาะทางระดับเหนือตติยภูมิ มุ่งเน้นการรักษาฟื้นฟูป้องกันโรคทางระบบประสาท เป็นต้นแบบทางวิชาการและการบริการ รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคทางระบบประสาทแก่สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งเป็นสถานที่อบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศและนานาชาติโดยเฉพาะแพทย์ในกลุ่มประเทศอาเซียน มีผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการที่สถาบันประสาทเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทส่วนหนึ่งที่ได้รับการรักษาจนมีสภาวะคงที่และพ้นระยะเฉียบพลันแล้วยังมีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายบางส่วนเหลืออยู่ ซึ่งหากได้รับการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะกลางจะช่วยเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นตัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายสามารถประกอบอาชีพได้อย่างมีคุณภาพ

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูสถาบันประสาทวิทยา จัดทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่พ้นระยะเฉียบพลันแล้วยังมีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายบางส่วนเหลืออยู่และมีศักยภาพในการฟื้นตัว สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้

5.2 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท อย่างไร้รอยต่อ (Seamless) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จึงจัดบริการ Intermediate Care 3 โรคเป้าหมาย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อให้บริการการดูแลระยะกลาง จัดสถานที่เพื่อรองรับเป็น Intermediate corner จำนวน 8 เตียง โดยเริ่มดำเนินการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2561 ให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 โดยเป็นแม่ข่ายร่วมกับโรงพยาบาลนครพิงค์ มีแนวทางการประสานงานในโรงพยาบาลและส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายผ่านระบบ Thai COC ประสานทีมผู้ดูแลที่บ้าน/แกนนำ/จิตอาสาในชุมชนที่ผ่านการอบรมแล้วร่วมลงพื้นที่ ให้การดูแลตามสภาพ/อาการของผู้ป่วยตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ

5.3 โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและสูงกว่า เป็น Super Contractor รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วประเทศในทุกสาขา และจัดตั้งศูนย์ประสานการรับส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข (Referral Center) ในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง มีการผ่าตัดที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ให้บริการดูแลผู้ป่วยทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานบริการทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ทั้งเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง (Center of Exellence) 8 ด้าน

การดำเนินการพบว่ายังต้องการการสนับสนุนในการพัฒนางาน IMC ได้แก่ การมีนโยบายและแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอ กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน พัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพ รวมทั้งcaregiver สำหรับผู้สูงอายุ และหลักสูตรระยะสั้น

5.4 โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า ขนาด 614 เตียง ให้บริการประชาชนในเขตสาทร บางรัก ยานนาวา บางคอแหลม พระโขนง สวนหลวง ประเวศ และรับส่งต่อผู้ป่วยจากนอกเขตโดยเฉพาะโรคทางกระดูกและข้อ (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์) นอกจากนี้ ยังให้บริการทางวิชาการโดยเป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นคลินิก เป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทาง และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยIMCจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ ต้องให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัดโรคกระดูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ให้สามารถกลับสู่สภาพใกล้เคียงกับระยะก่อนป่วย และป้องกันไม่ให้กระดูกเกิดการหักซ้ำ เพื่อให้เกิดการดูแลฟื้นฟูหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน และให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีองค์ความรู้ด้านดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ให้การดูแลฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา แนะนำ กายภาพบำบัด ฝึกการทรงตัว ฝึกการบริหาร และการดูแลต่อเนื่อง โดยส่งต่อการดูแลไปยังทีมเยี่ยมบ้าน

ประเมินการดูแล IMC ในโรงพยาบาล พบว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบแยกเป็น Intermediate care ward และพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงพื้นที่นอกเขตสุขภาพ ข้อเสนอสำคัญคือ ควรปรับระบบการจ่ายค่าบริการให้เพียงพอ เนื่องจากระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังคงเป็นแบบAcute care DRGs ซึ่งยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ Intermediate care



บทที่ 4

สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

บทที่ 4 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ดำเนินงาน การประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดบริการIntermediate Care ของผู้สูงอายุ และข้อมูลจากเขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกรุงเทพมหานคร จัดแบ่งกลุ่มการสนทนา (Focus Groups) ตามเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ดังนี้

4.1	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	เขตสุขภาพที่ 1
4.2	โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง	เขตสุขภาพที่ 2
4.3	โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	เขตสุขภาพที่ 2
4.4	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์	เขตสุขภาพที่ 3
4.5	โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	เขตสุขภาพที่ 4
4.6	โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี	เขตสุขภาพที่ 4
4.7	โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี	เขตสุขภาพที่ 4
4.8	โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม	เขตสุขภาพที่ 5
4.9	โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด	เขตสุขภาพที่ 6
4.10	โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	เขตสุขภาพที่ 7
4.11	โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น	เขตสุขภาพที่ 7
4.12	โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี	เขตสุขภาพที่ 8
4.13	โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์	เขตสุขภาพที่ 9
4.14	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และดรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี	เขตสุขภาพที่ 10
4.15	โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ	เขตสุขภาพที่ 10
4.16	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	เขตสุขภาพที่ 11
4.17	โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	เขตสุขภาพที่ 12
4.18	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	เขตสุขภาพที่ 13
4.19	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่	เขตสุขภาพที่ 1
4.20	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	เขตสุขภาพที่ 13
4.21	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	เขตสุขภาพที่ 13
4.22	โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	เขตสุขภาพที่ 13

โดยเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น 1) บริบท 2) กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนา Intermediate Care 3) ปัจจัยความสำเร็จ Intermediate Care ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน) และ 4) ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนา Intermediate Care ด้านต่างๆ พร้อมด้วย Intermediate Care Flow รายละเอียดดังนี้

4.1 โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา มีทีมบุคลากร ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ พัฒนาและให้บริการดูแลฟื้นฟูสภาพและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลหลังพ้นระยะเฉียบพลัน สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงระยะก่อนป่วย รู้คุณค่าในตัวเอง และไม่เกิดภาวะพึ่งพาต่อญาติ ผู้ดูแลและสังคม

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1) บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีระบบนัดหมายและการส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยอัมพาต-อัมพฤกษ์ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอสารภี อำเภอใกล้เคียง และจังหวัดอื่นที่มีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2) โดยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน วัด และชุมชน ตามขีดความสามารถทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ โดยรพ. สารภีเป็นแกนหลัก ให้คำปรึกษาทางวิชาการ และความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไป รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ให้บริการตรวจรักษาทั่วไป ในระดับที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และจัดบริการระบบการรับ-ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับยุ่งยากซับซ้อน

1.3 ศักยภาพ

โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา มีอัตรากำลังบุคลากร เป็นแพทย์หมุนเวียน(แพทย์ฝังเข็มและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู) 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 8 คน คนงาน 4 คน ให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้พิการ ดังนี้

1) งานผู้ป่วยนอก ได้แก่ ตรวจรักษาโรคทั่วไปที่ไม่ซับซ้อนให้แก่ผู้รับบริการที่มีสิทธิเบิกจ่ายตรง และผู้รับบริการที่ต้องการการบริการแบบOne Stop Service

2) งานตรวจรักษาฟื้นฟู กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ได้แก่ รักษาดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดคอ ปวดไหล่ ปวดเข่า ด้วยเทคนิคเครื่องมือทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย ฟื้นฟูผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยแขน - ขาขาด ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยเด็กที่สมองพิการ กายภาพบำบัดในชุมชน เยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(Home Health Care) และร่วมกับงานดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง เพื่อให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดถึงแนะนำวิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

3) งานผู้ป่วยใน ได้แก่ ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลหลังพ้นระยะเฉียบพลัน ฝึกความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ

4) งานการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การดูแลทางการแพทย์แบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาต-อัมพฤกษ์ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดต่างๆ หญิงหลังคลอด อาทิ การนวดประคบ อบสมุนไพร ย่ำขาง ตอกเส้น เผาท้องและทับหม้อเกลือ เป็นต้น

5) งานฝังเข็ม ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีภาวะอัมพาต-อัมพฤกษ์ ชา และเจ็บปวดในตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการรับการฝังเข็ม การนัดหมายต่อเนื่องที่แน่นอน และการส่งต่อข้อมูลไปจุดรับบริการอื่นๆ ที่ถูกต้องครบถ้วน

4.1 โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1

6) การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ร่วมกับธรรมบำบัด และการดูแลสุขภาพตามวิถีพุทธ

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) เป็นโรงพยาบาลประชารัฐเต็มรูปแบบ
2) มูลนิธิครูบาน้อยอุปถัมภ์ต่อเนื่อง
3) คณะกรรมการของชุมชนเข้าร่วมพัฒนาต่อเนื่อง
4) ผู้รับบริการมีจิตศรัทธา บริจาคงบประมาณต่อยอดจากครูบาน้อย

จุดอ่อน

1) ขาดแคลนอัตรากำลัง ทั้งแพทย์เวชศาสตร์/ แพทย์/ พยาบาล/ พนักงานผู้ช่วย และ ฯลฯ
2) การคมนาคมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สะดวก

อุปสรรค

1) กรอบอัตรากำลังไม่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานบางประเภทไม่สมบูรณ์
2) การเดินทางไม่สะดวก เนื่องจากเป็นตำบลที่อยู่คนละฝั่งถนนซุปเปอร์ไฮเวย์

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) ประชุมประชาคมประชาชนในพื้นที่ร่วมกันในวัดศรีดอนมูลเพื่อกำหนดกิจกรรม/กลุ่มเป้าหมาย/บริการและรับสมัครเครือข่าย/จิตอาสา อบรมเชิงปฏิบัติการที่ รพ.สารภี และประชาสัมพันธ์ทางวิทยุชุมชน/www.วัดศรีดอนมูล

2) ประชุมทีมบริการ ทั้งPT/ OT/ แพทย์เวชศาสตร์/ พยาบาล ร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านIMC และจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมประชุมกับทีมงานIMC ระดับจังหวัด เพื่อทำความตกลงในเรื่องการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยIMC

3) ให้บริการแบบOPD ระยะเวลา 4 เดือนแรก จากนั้นเปิดให้บริการแบบผู้ป่วยใน (เริ่ม 7 กรกฎาคม 2558) โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจาก รพท. ตรวจประเมินและตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วย พร้อมทำsmall group talk (บ่ายวันอังคารและศุกร์ ทุกสัปดาห์) และให้การตรวจผู้ป่วยในประจำวันโดยแพทย์ที่ตรวจคลินิกโรคเรื้อรัง/แพทย์ฝังเข็ม ส่วนในวันอื่นๆ ของสัปดาห์ ในการรับผู้ป่วยใน ประเมินเบื้องต้นโดยนักกายภาพบำบัด และสั่งการโดยแพทย์ที่มาตรวจรักษา

4) โรงพยาบาล/วัด และชุมชน มีการปรับปรุงสถานที่บริการแพทย์แผนไทยครบวงจร รวมทั้งปรับปรุงภูมิทัศน์ให้มีลักษณะรีสอร์ท มีสถานที่ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ(ศาลาพระและศาลาอโรคยา) มีการบริจาคสนับสนุนอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เครื่องเอกซเรย์ดิจิตอล เครื่องเลเซอร์ เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนจากศิษย์ครูบาน้อยและมูลนิธิฯ โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุง

5) สร้างSmart Home โดยความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

6) พัฒนางานการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนไทยใช้ดูแลผู้ป่วยIMC แบบผสมผสาน ควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

7) เปิดบริการOPDเต็มรูปแบบ เพื่อรองรับผู้ป่วยIMCที่ต้องดูแลรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) เครือข่ายภาคประชาชนมีความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง

2) เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมเรียนรู้และปฏิบัติงานได้หลายบทบาทหน้าที่ เต็มใจและเสียสละประโยชน์ส่วนตัว โดยมีค่านิยมร่วมกันว่าเป็นการร่วมบุญสร้างบารมีกับครูบาน้อย

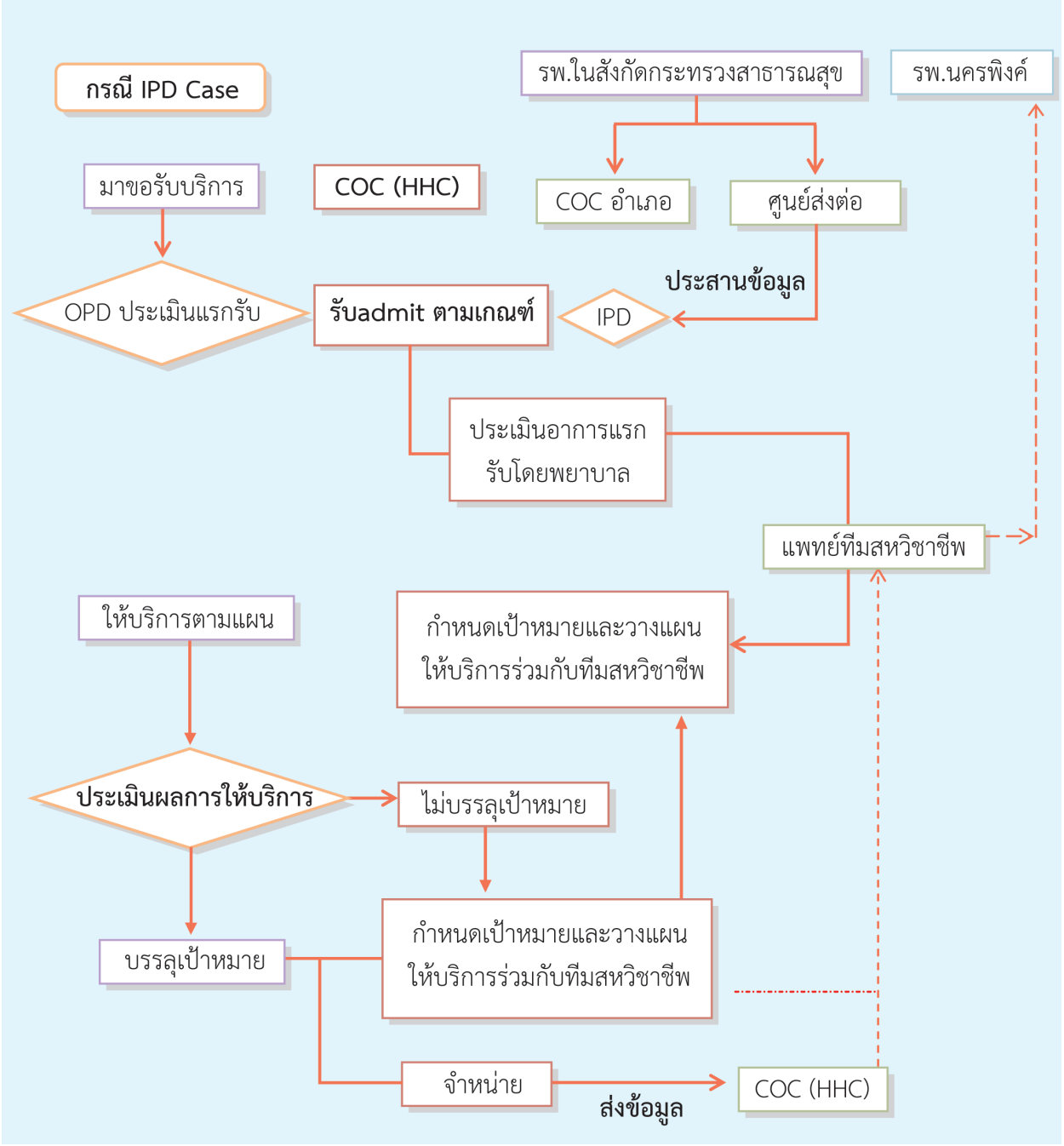
4.1 โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1

3) วัดและชุมชน ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง
4) มีผู้นำศาสนาที่เข้มแข็งอุปถัมภ์ ทำให้ผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคอย่างเต็มใจ
5) พัฒนาด้านอาคาร/สถานที่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ โดยไม่ต้องรอจากระบบราชการ

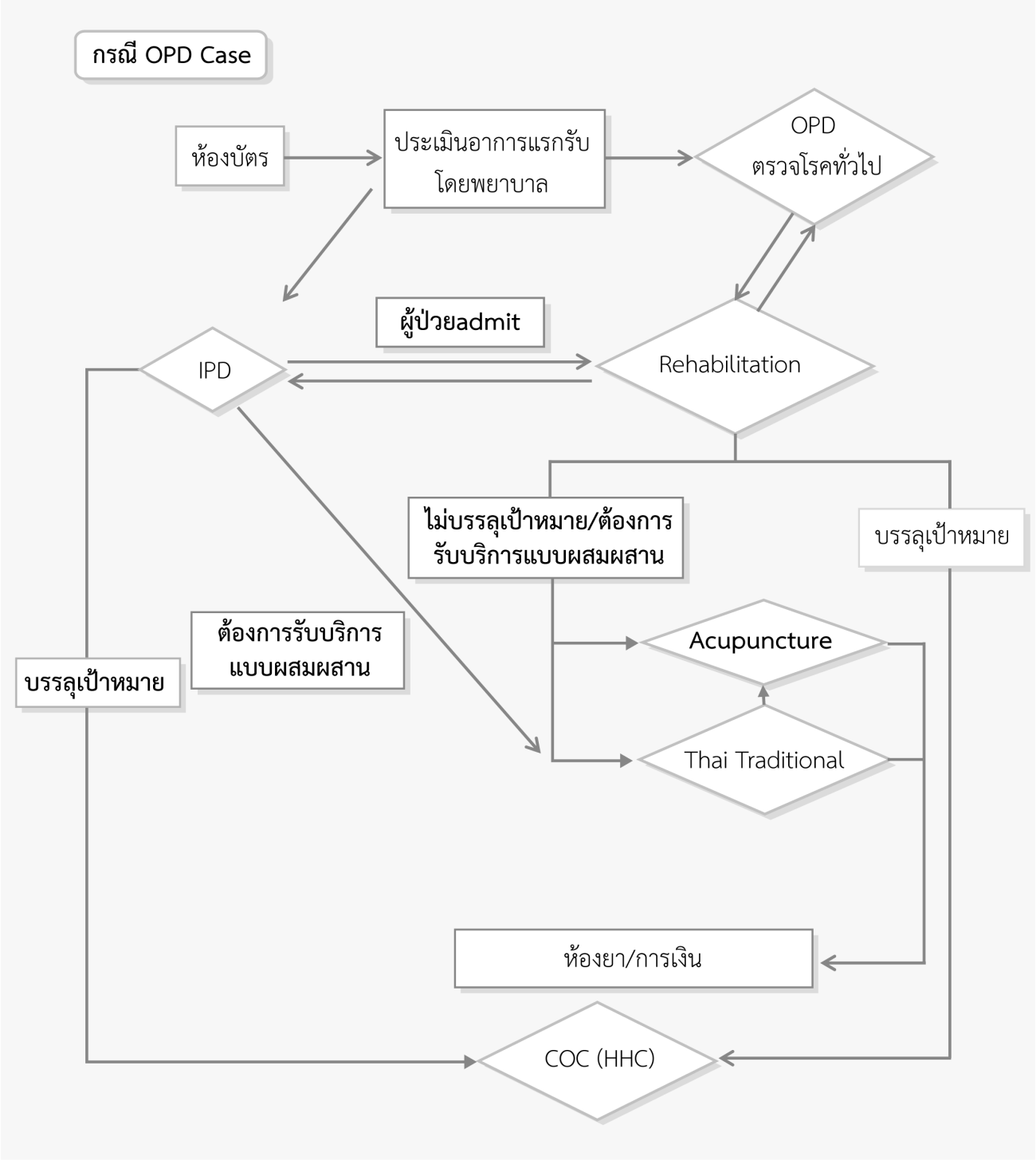
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

1) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และถ่ายทอดอย่างทั่วถึงชัดเจน
2) กรอบอัตรากำลังที่เป็นรูปธรรม 30 เตียง (อย่างน้อย) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำการ
3) ควรสนับสนุนงบประมาณจัดสรรตามความจำเป็นของบริบทนั้นๆ
4) ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านIMC

ภาพที่ 4.1 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่



ภาพที่ 4.1 (ต่อ) Intermediate Care Flow โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่



4.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

ระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

1) บริการแบบผู้ป่วยใน(IPD)

2) บริการผู้ป่วยนอก(OPD)

3) บริการแบบเยี่ยมบ้าน/ลงพื้นที่ชุมชน(Out-reach)

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค Stroke/TBI/SCI รายใหม่ โดยบูรณาการกับระบบสูงอายุที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

ระยะเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตถึงระยะเวลา 6 เดือน

เป้าหมายการดำเนินงานIntermediate Care ปีงบประมาณ 2562

1) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรกร้อยละ 70

2) กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูมีสมรรถนะดีขึ้น(potential group) กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ 1-2 step) มีสมรรถนะดีขึ้นร้อยละ 70

3) ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู(low potential group)

4) กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู(bedridden) เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 20 (ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pressure sore, pneumonia, UTI)

1.3 ศักยภาพ

1) มีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในรพ. ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: เป็นโรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการintermediate bed/ward)

(1.1) ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M และ F ในจังหวัดที่ให้บริการดูแลระยะกลาง
เป้าหมายปี 2562: ร้อยละ 50 ปี 2563: ร้อยละ 75 ปี 2564: ร้อยละ 100 (ประเมินระดับจังหวัด)

(1.2) มีการให้บริการIntermediate ward จังหวัดละ 1 แห่ง
เป้าหมายปี 2562: ร้อยละ 50 ปี 2563: ร้อยละ 75 ปี 2564: ร้อยละ 100 (ประเมินระดับเขต)

2) ผู้ป่วยStroke, Traumatic Brain Injury และSpinal Cord Injury ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูฯ ใน 6 เดือนแรกหรือจนBarthel index = 100
เป้าหมายปี 2562: ร้อยละ 60 ปี 2563: ร้อยละ 70 ปี 2564: ร้อยละ 80 (ประเมินระดับจังหวัด)

3) ผู้ป่วยStroke, Traumatic Brain Injury และSpinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนนBarthel index < 75 ได้รับบริการฟื้นฟูฯ และติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนBarthel index = 100
เป้าหมายปี 2562: ร้อยละ 60 ปี 2563: ร้อยละ 70 ปี 2564: ร้อยละ 80 (ประเมินระดับจังหวัด)

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) แต่งตั้งคณะกรรมการService plan IMC ระดับเขต และระดับจังหวัด

2) พัฒนาระบบบริการ IPD, OPD และการให้บริการในชุมชน

3) พัฒนาระบบProject managerระดับจังหวัด Care managerระดับอำเภอ และNurse case manager สำหรับการให้บริการIPD

4) พัฒนาIPD care protocol

4.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1

จุดอ่อน

1) การอบรมบุคลากรและพัฒนาหลักสูตรอบรมระยะสั้น เช่น พยาบาลIMC การประเมินและฝึกกลืน การประเมินและฝึกพูด

2) การพัฒนาStandard data set เพื่อการส่งต่อ และติดตามข้อมูล

3) การให้บริการด้านสังคมร่วมกับ อปท. โดยกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด

4) การพัฒนาระบบการจ่ายเงิน (benefit package IPD OPD ชุมชน) ร่วมกับ สปสช.

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) พัฒนารูปแบบบริการ Intermediate Care จัดบริการIntermediate care ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยจัดตั้ง Ward/OPD/คลินิกสูงอายุ/ศูนย์ประสานงาน/งานเยี่ยมบ้าน

(1.1) รองรับผู้ป่วยreferกลับ

(1.2) ประเมินดูแลโดยสหวิชาชีพทั้งทางด้านกาย จิต สังคม

(1.3) ฟื้นฟูโดยกายภาพบำบัด และการแพทย์แผนไทย

(1.4) มีกิจกรรมเตรียม/สอนผู้ดูแล

(1.5) ประเมินADL

(1.6) มีDischarge plan เตรียมบ้าน เตรียมชุมชน ประสานเครือข่ายมามีส่วนร่วม

(1.7) ส่งต่อHHC

2) พัฒนาระบบAcute Care โดยเน้นการประเมินและจัดการปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่

(2.1) ADL

(2.2) Bedsore

(2.3) Delirium

(2.4) Fall

(2.5) Nutrition

(2.6) Polypharmacy

3) พัฒนาระบบAmbulatory Care

(3.1) คัดกรองGeriatric syndrome

(3.2) คลินิกสูงอายุ (ประสานนัดเข้าคลินิกสูงอายุ) One Stop Service ประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูส่งต่อ F/U ประสานHHC

(3.3) Fast tract โดยOPD

(3.4) เน้นการเข้าถึงบริการได้ง่าย และสะดวกปลอดภัย

(3.5) ปรับสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ

4) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใน

(4.1) ประเมินปัญหาผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับโดยสหวิชาชีพ

(4.2) ดูแลตามปัญหาโดยสหวิชาชีพ

(4.3) วางแผนจำหน่าย ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม

(4.4) ทำหน้าที่เป็นRespite Careเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

(4.5) ประสานHHC

(4.6) จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็น

4.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1

5) พัฒนาระบบRefer

(5.1) พัฒนาระบบIT ในการส่งกลับข้อมูล

(5.2) ถ้ามีข้อบ่งชี้พิจารณาadmit ได้แก่ อายุมากกว่า 80 ปี ADL ต่ำกว่า 50 CVA มีท่อ/สายต่างๆ ครอบครัวยังไม่สามารถดูแลได้ เป็นต้น

6) พัฒนาระบบHHC

(6.1) Empowerชุมชน

(6.2) เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

(6.3) การดูแลสุขภาพและสังคมร่วมกัน โดยหลายภาคส่วนในชุมชน

(6.4) มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในระดับCUP (Care manager)

(6.5) รพสต. เป็นหน่วยประสานทีมในชุมชน ในการเยี่ยมดูแลต่อเนื่องตามความจำเป็น

(6.6) จัดตั้งคลังอุปกรณ์ระดับอำเภอ

7) พัฒนาศูนย์ประสานงาน

(7.1) พัฒนาการส่งข้อมูลรอบด้านมากกว่าข้อมูลโรคเพียงอย่างเดียว

(7.2) ให้มีการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องมากกว่าหนึ่งช่องทาง เช่น ไลน์ โทรศัพท์ เอกสาร โปรแกรมCOC link และอื่นๆ

(7.3) ให้มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงาน ทั้งในโรงพยาบาล รพสต. รพศ. และนอกโรงพยาบาล

(7.4) มีศูนย์รวบรวมข้อมูล รับแจ้งทุกเรื่องปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วย

8) พัฒนาระบบLong Term Care ในชุมชน

(8.1) มีคณะกรรมการระดับอำเภอทุกภาคส่วน โดยนายอำเภอเป็นประธาน

(8.2) มีบริการสุขภาพและสังคมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน มีอาสาสมัครเป็นพี่เลี้ยง ภาคีเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ

(8.3) มีการอบรมอาสาสมัคร/ผู้ดูแล(caregiver) ครอบคลุมทุกพื้นที่

(8.4) ท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

(8.5) กิจกรรมการดูแลเหมาะสมกับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และความสามารถของครอบครัว

(8.6) จัดตั้งคลังอุปกรณ์ในชุมชน

(8.7) จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & governance)

(1.1) มีการสนับสนุนนโยบายระดับจังหวัด และผู้บริหารระดับCUP และระดับโรงพยาบาล

(1.2) มีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นร่มใหญ่

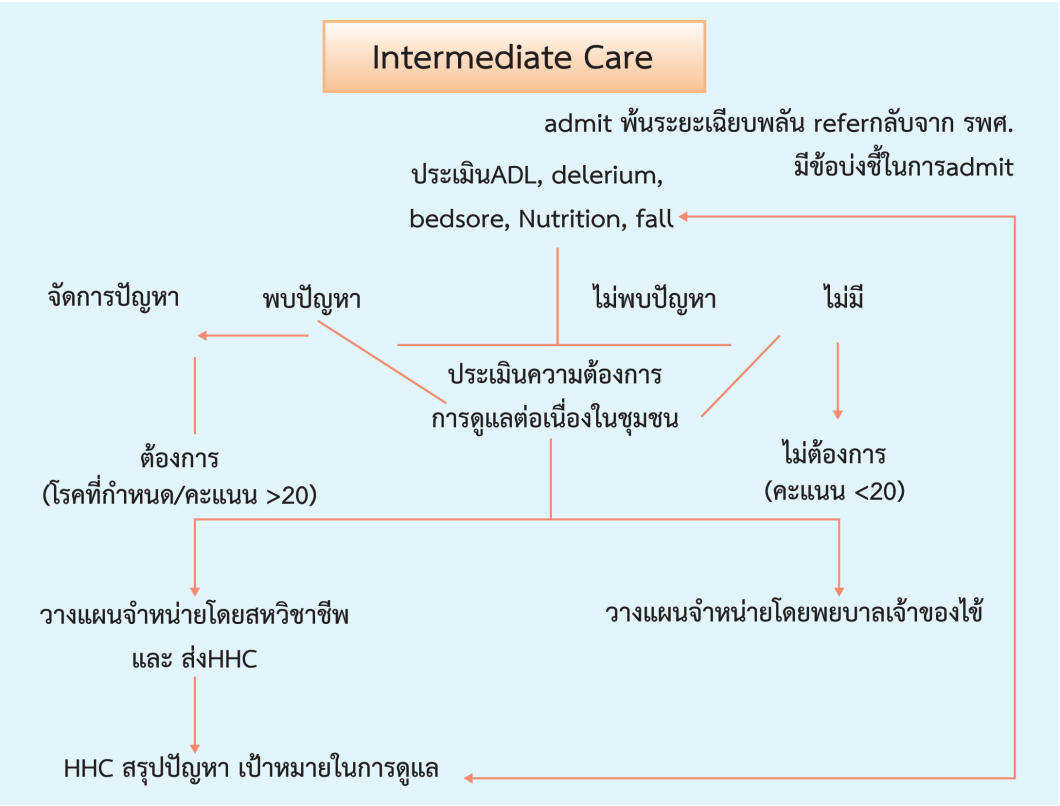
2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation)

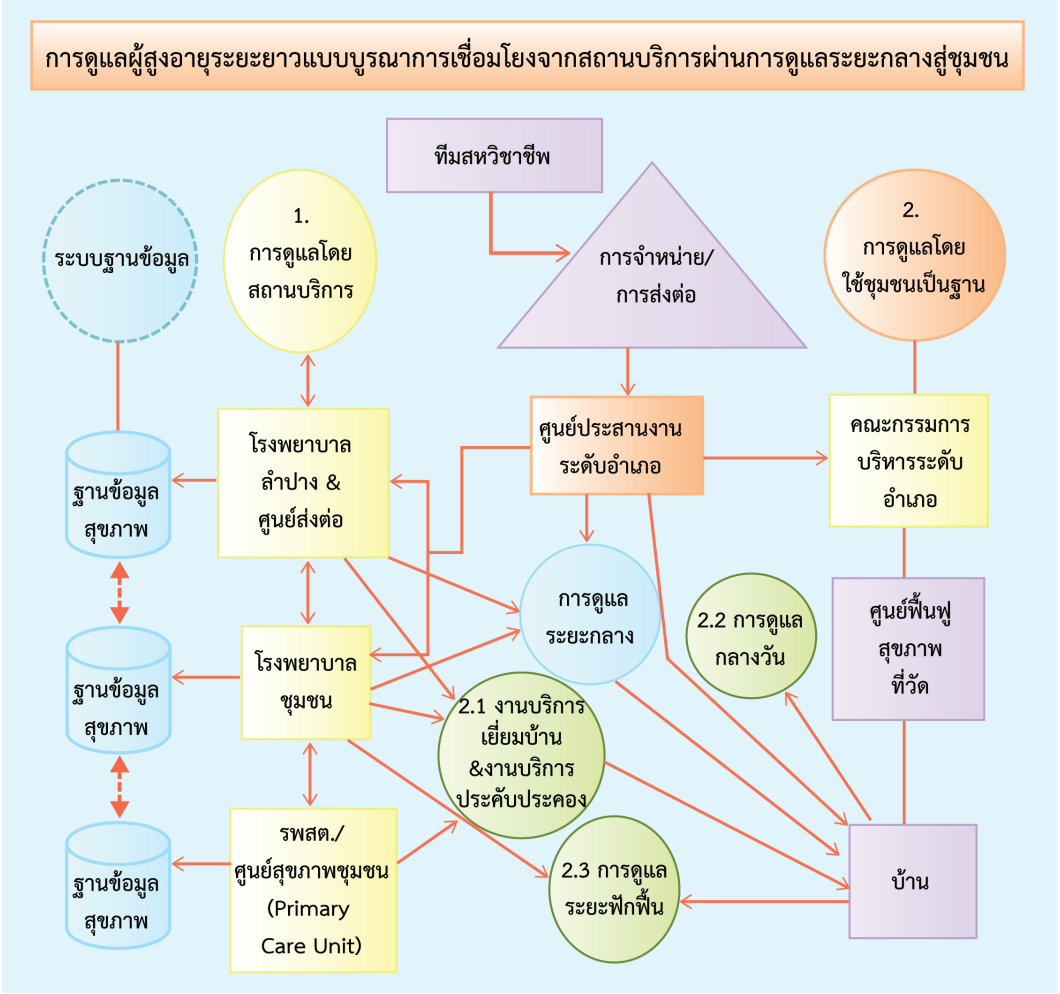
(2.1) มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคชุมชน และเอกชน

(2.2) มีกระบวนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน บุคลากรสาธารณสุขเป็นเลขานุการ

4.2 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 1
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
ต้องการสนับสนุนในการพัฒนาIntermediate Care ทั้งทางด้านอัตรากำลัง งบประมาณ กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) และต้องการการสนับสนุนดังนี้ 1) การอบรมหลักสูตรผู้สูงอายุหลักสูตร 4 เดือน 2) ทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกิจกรรมบำบัด แพทย์ พยาบาล 3) พัฒนาบุคลากรอื่นนอกเหนือจากทางการแพทย์ เช่น caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม 4) พัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม-โรค โดย รพศ.แม่ข่าย 5) พัฒนาระบบMultidisciplinary team meeting สำหรับผู้ป่วยทุกรายในทุกพื้นที่ 6) ส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เข้าใจและตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยผสานในหลักสูตรการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลประจำควรเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ภาพที่ 4.2 Intermediate Care Flow จังหวัดลำปาง





4.3 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ(multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

การประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟู คือ นับตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนถึง 6 เดือนแรก

ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประเมินจากคะแนนBI < 15 หรือBI ≥ 15 ร่วมกับมีMultiple impairment

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

เครือข่ายเวชกรรมฟื้นฟูจังหวัดพิษณุโลกเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะฟื้นฟู(Sub-acute Rehabilitation)ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินโครงการโดยสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและใช้ระบบThe Physical Rehabilitation Medicine (PRM) Referral Network ในเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลกเพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู และใช้ระบบสารสนเทศPRM เป็นเครื่องมือในการส่งต่อและติดตามการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

1.3 ศักยภาพ

จากการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะฟื้นฟู พบว่าทุกอำเภอมีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยระยะฟื้นฟูเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องตามศักยภาพ แต่ยังพบผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีโอกาสได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่ได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 1 ครั้งมีเพียงร้อยละ 52.6 แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยอีกมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ จำนวนครั้งของการฟื้นฟูเฉลี่ยเพียง 4.85 ครั้ง/คนเท่านั้น ทำให้ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งไม่อยู่ในระบบฐานข้อมูล นอกจากนี้พบรูปแบบของการส่งต่อที่หลากหลายตามความสะดวกในการปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ ปัญหาที่พบคือไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่ครบถ้วน และพบผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อไว้ในระบบที่สามารถตรวจสอบได้หรือการตรวจสอบเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อมูลไม่เชื่อมโยงกันระหว่างเครือข่าย การส่งต่อด้วยใบส่งตัวมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ไปรับการรักษาต่อและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่มีบันทึกในระบบที่ตรวจสอบได้ ในขณะที่โปรแกรมเพื่อการส่งต่อทางระบบสารสนเทศ เช่น Thai refer, Thai COC, PRM Referral Network ทำให้มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อที่ตรวจสอบได้ แต่ในทางปฏิบัติยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการส่งต่อทางระบบสารสนเทศ ด้วยเป็นการเพิ่มภาระงานต่อผู้ปฏิบัติ และความยุ่งยากในการใช้โปรแกรม โปรแกรมที่ใช้เพื่อการส่งต่อส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการส่งต่อทางเดียว ไม่สามารถลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องระหว่างเครือข่าย ทำให้ไม่เห็นภาพรวมของการรักษา อีกทั้งผู้ส่งและผู้รับไม่สามารถเข้าดูข้อมูลซึ่งกันและกันได้ ถึงแม้โปรแกรมPRM Referral Network เป็นโปรแกรมที่รองรับข้อมูลสำคัญของการฟื้นฟู สามารถลงข้อมูลการให้บริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยง และวิเคราะห์ข้อมูลผลการฟื้นฟูได้ แต่ประสบปัญหาการใช้งานอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง และไม่มีระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อเป็นแนวทางพัฒนางานฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

4.3 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดอ่อน/จุดแข็ง /อุปสรรค : -

แนวทางพัฒนา ที่ประชุมได้ร่วมกันหาแนวทางพัฒนาดังนี้

1) ส่งเสริมให้มีหอหรือเตียงรับผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชน

2) พัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปรับปรุงโปรแกรมPRM Referral Network ให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินการให้บริการได้

3) อบรมบุคลากรด้านการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู เพื่อเพิ่มเครือข่ายบริการ

4) ด้านจัดซื้อกายอุปกรณ์ ควรชี้แจงผู้บริหารเรื่องระเบียบการเบิกค่าอุปกรณ์ทดแทนจากสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ทางโรงพยาบาลพิจารณาจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ในพื้นที่มีดังนี้

- ส่งต่อทางเอกสารด้วยใบส่งต่อ โดยการเขียนใบส่งต่อให้ผู้ป่วยนำไปยื่นที่สถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อ พบการส่งต่อวิธีนี้ในทุกอำเภอ ด้วยผู้ให้บริการส่วนหนึ่งรู้สึกพึงพอใจการเขียนเอกสารมากกว่าการลงข้อมูลในระบบสารสนเทศผ่านระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งรู้สึกยุ่งยากกว่า โดยผู้ให้บริการทราบข้อด้อยของการส่งต่อทางเอกสารด้วยใบส่งต่อ คือไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมระหว่างผู้ส่งและผู้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ไปยังสถานพยาบาลจึงไม่ได้รับการติดตามเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่อง
- ส่งต่อทางโปรแกรมการส่งต่อ พบว่ามีการใช้โปรแกรมการส่งต่อที่หลากหลายในจังหวัดเดียวกัน โปรแกรมPRM Referral Network, Thai refer, Thai COC ข้อดีของโปรแกรมThai refer, Thai COC คือเป็นระบบเดิมที่ใช้อยู่ในบางพื้นที่ ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคย โปรแกรมThai referสามารถเชื่อมกับข้อมูลพื้นฐานของทางสถานพยาบาล ไม่ต้องลงข้อมูลบางส่วนซ้ำ ผู้บันทึกข้อมูลพึงพอใจ แต่โปรแกรมเหล่านี้ไม่รองรับข้อมูลสำคัญหลายส่วนของการฟื้นฟู ทั้งไม่สามารถลงข้อมูลการให้บริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยง เพราะสถานพยาบาลปลายทางที่ให้บริการต่อไม่สามารถจะลงข้อมูล และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูให้ต่อเนื่องในระบบได้ ผู้ส่งไม่ทราบผลรวมของการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง จึงขาดความเชื่อมโยงในการฟื้นฟู ทั้งไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลผลการให้บริการ ต่างกับโปรแกรมPRM Referral Networkที่รองรับข้อมูลสำคัญของการฟื้นฟู สามารถลงข้อมูลการให้บริการและวิเคราะห์ข้อมูลผลการฟื้นฟูได้ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการฟื้นฟู แต่ยังไม่สามารถเชื่อมกับข้อมูลพื้นฐานของทางสถานพยาบาล ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกมีภาระงานเพิ่มไม่ต้องการลงข้อมูลบางส่วนซ้ำ ส่งผลต่อความร่วมมือ นอกจากนี้การพัฒนาโปรแกรมค่อนข้างยากและใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ดูแลที่สามารถปรับโปรแกรมเป็นภาคเอกชนจึงต้องอาศัยงบประมาณในการพัฒนา
- ส่งต่อด้วยApplication Line พบการส่งต่อวิธีนี้ในเครือข่ายภายในอำเภอ คือ ระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. และเครือข่ายระหว่างอำเภอภายในจังหวัดเดียวกันคือระหว่าง รพศ./รพท. กับ รพช. โดยจัดตั้งกลุ่มLine เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ แต่ยังต้องใช้ร่วมกับวิธีส่งต่ออื่น เช่น การเขียนใบส่งต่อให้ผู้ป่วยนำไปยื่นสถานพยาบาลและทางโปรแกรมการส่งต่อ มีข้อดีคือสามารถแจ้งปลายทางได้รวดเร็วและสะดวก ข้อด้อยคือยังต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่น การรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้ยากเนื่องจากมีข้อมูลใหม่เพิ่มเข้ามาเรื่อยๆ ทำให้ดูข้อมูลเก่าได้ยาก และไม่เป็นหมวดหมู่

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

ผลการดำเนินการ ในช่วง1 มิถุนายน 2560 ถึง 30 พฤษภาคม 2561

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูและใช้ระบบPRM Referral Networkเป็นเครื่องมือในการส่งต่อโดยติดตามผู้ป่วยทั้งหมด 562 คน เป็นผู้ป่วยระยะฟื้นฟู 390 คน (ร้อยละ 69.4)

4.3 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

โดยผู้ป่วยระยะฟื้นฟูคือผู้ป่วยที่มี BI < 75 หรือ75 < BI < 100 with multiple impairment และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกนับจากเริ่มป่วย ในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยระยะฟื้นฟูมีประมาณร้อยละ 69.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการลงข้อมูลในระบบPRM Referral Network

เนื่องจากไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด จึงไม่สามารถสรุปอัตราผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่แน่นอนได้

ผลการให้บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู

- ให้บริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 167 คน (ร้อยละ 42.8) จำนวนครั้งเฉลี่ย 1.3 ครั้ง/คน
- ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 75 คน (ร้อยละ 19.2) จำนวนครั้งเฉลี่ย 1.5 ครั้ง/คน
- ให้บริการที่ศูนย์ในชุมชนจำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.8) จำนวนครั้งเฉลี่ย 1 ครั้ง/คน
- ให้บริการที่บ้านผู้ป่วยจำนวน 87 คน (ร้อยละ 22.3) จำนวนครั้งเฉลี่ย 5.2 ครั้ง/คน

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ พบว่าได้รับบริการแบบผู้ป่วยในมากสุดคือร้อยละ 42.8 แต่เป็นการให้บริการระยะAcute Careจำนวนครั้งการได้รับบริการเฉลี่ย 1.3 ครั้ง/คนเท่านั้น จัดว่าเป็นจำนวนน้อย ส่วนจำนวนครั้งการให้บริการพบมากสุดคือที่บ้านผู้ป่วยเฉลี่ย 5.2 ครั้ง/คน ทั้งนี้ด้วยโรงพยาบาลพุทธชินราชจัดให้มีบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่บ้านทุกวันราชการ ยังพบว่ามีการให้บริการจำนวนหนึ่งไม่ระบุประเภทของสถานที่ที่ให้บริการ เนื่องจากในช่วงแรกของการลงข้อมูลโปรแกรมที่ใช้ยังไม่มีตัวเลือกสถานที่ที่นอกเหนือจากผู้ป่วยในให้เลือกในระบบ ได้ปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถลงข้อมูลสถานที่ที่ให้บริการเพิ่มเติมในภายหลัง จำนวนครั้งของการให้บริการในแต่ละรูปแบบจึงอาจน้อยกว่าความเป็นจริง

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง

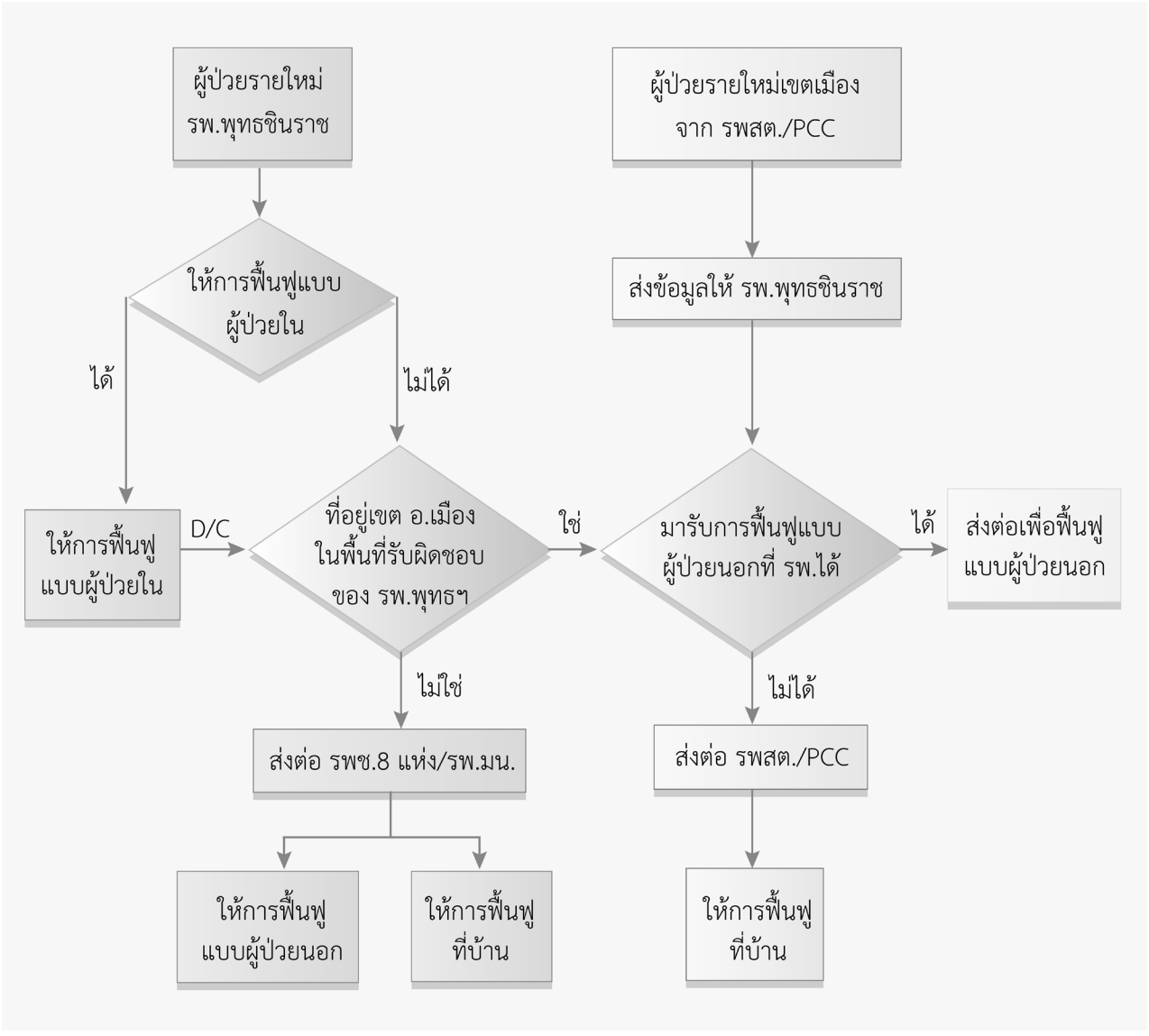
1) จัดหาบุคลากรให้เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู
2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบส่งต่อเพื่อสามารถติดตามผู้ป่วยและให้การฟื้นฟูที่ต่อเนื่องได้
3) เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในระยะแรกภายหลังการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน ให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่จำเป็นตั้งแต่แรก ซึ่งสามารถพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ทันเวลา

ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู

โปรแกรมPRM Referral Network เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู เนื่องจากรองรับข้อมูลสำคัญของการฟื้นฟู สามารถลงข้อมูลการให้บริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงได้ การพัฒนาโปรแกรมทำให้ใช้งานง่ายขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลผลการฟื้นฟูเพื่อพัฒนาระบบต่อไป ควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการฟื้นฟูดังนี้

1) พัฒนาต่อยอดโปรแกรมให้บุคลากรภาครัฐมีส่วนร่วมปรับโปรแกรมได้เพื่อให้เกิดความคล่องตัว
2) ปรับให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน
3) มีบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบบันทึกข้อมูลเพื่อการรักษา/ส่งต่อในงานประจำ และสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูล เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาได้ครบถ้วน และติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการต่อเนื่อง
4) นำมาปรับใช้ร่วมกับการบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชยบริการฟื้นฟูจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่ครบถ้วน เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบให้ยั่งยืนต่อไป

ภาพที่ 4.3 Flowรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก



4.4 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 3

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

ระบบบริการดูแลระยะกลาง(Intermediate care) การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ ต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ Intermediate bed/ward) กลุ่มประชากรเป้าหมาย : ผู้ป่วย 3 โรค Stroke, TBI, SCI รายใหม่

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว มีการให้บริการIntermediate Careแบบผู้ป่วยใน โดยรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่จากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระยะเวลาการนอนพักฟื้นฟูประมาณ 2-4 สัปดาห์ และทุกสัปดาห์มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายจะได้รับบริการฟื้นฟูแบบเข้ม วัดประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ BI ช่วงเดือน ส.ค.-ก.ย. 2561 มีผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันเข้ารับบริการจำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการฟื้นฟูพบว่ามีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น (ค่า BI เพิ่มขึ้น)

1.3 ศักยภาพ

1) จัดตั้งคณะทำงานทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการ Intermediate Care จังหวัดนครสวรรค์

2) จัดสถานที่ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเหมาะสม รองรับการดูแลผู้ป่วยIMC โดยมี Intermediate care bed จำนวน 4 เตียง

3) ดำเนินงานและกิจกรรมตามแผน

4) มีแนวทางในการประสานงาน การให้คำปรึกษา และการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน กับโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และเครือข่าย

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 660 เตียง พื้นที่ 14 ไร่ แต่อัตราครองเตียงเกินร้อยละ 90 ขณะที่โรงพยาบาลเก้าเลี้ยวมีขนาด 30 เตียง อัตราครองเตียงไม่เกินร้อยละ 50 ระยะทางจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ประมาณ 18 กิโลเมตร จึงสร้างความร่วมมือของทั้งสองโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยIMC เพื่อลดความแออัด และเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน โดยการสนับสนุนของผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 3 และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน

2) ทีมให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพเข้มแข็ง

3) มีการสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จุดอ่อน

1) ขาดกำลังคน เช่น OT,PT, rehab nurse โดยที่นักกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการทั้งใน รพ. แม่ข่าย-ลูกข่าย จึงไม่สามารถขยายบริการสู่ รพ. ลูกข่าย และยังไม่มีพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟู

4.4 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 3

2) ขาดความมั่นคงในการจ้างงาน (นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดเข้ามาปฏิบัติงานใหม่อยู่ในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวรายวัน) ผู้สนใจสมัครงานมีน้อยและส่วนมากทำงานได้ไม่ถาวร ทำให้การให้บริการไม่ต่อเนื่อง

3) ยาเวชภัณฑ์วัสดุทางการแพทย์ยังมีไม่ทั่วถึง ได้แก่ orthosis บางชนิด เช่น AFO, splint

4) ยังไม่มีระบบข้อมูลonline ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยIMCที่สมบูรณ์ จาก รพศ. สู่ รพช.

5) ผู้ป่วยและญาติที่พักอาศัยต่างอำเภอ มีความลังเลที่จะรับบริการที่ รพช. เนื่องจากอยู่ไกล และไม่แน่ใจคุณภาพการดูแล

6) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังเป็นแบบAcute care DRGs ที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ Intermediate Care

อุปสรรค

1) ผู้ป่วยไม่มาตามนัดติดตามอาการ และไม่มารับการฟื้นฟูตามการส่งต่อ รพช. จึงติดตามผู้ป่วยไม่ได้

2) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) ประชุมทีมบริการเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านIMC และจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมประชุมกับทีมงานIMC ระดับจังหวัด เพื่อทำความตกลงในเรื่องการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยIMC

2) ดำเนินการตามระบบที่วางไว้ สื่อสารนโยบายและระบบให้ทีมสหวิชาชีพรับทราบ และร่วมดำเนินโครงการ

3) ติดตามระบบการทำงานที่วางไว้

4) ทบทวนระบบ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าฝึกการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care) 2 สัปดาห์

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่พ้นระยะเฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาท และไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดแล้ว (off IV)

2. ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และไม่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ (ventilator independence)

3. ไม่มีข้อห้ามในการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟู

4. ประเมินคะแนนBI น้อยกว่า 15 หรือมากกว่าเท่ากับ 15 ร่วมกับมีimpairment ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป : Swallowing problem, Communication problem, Mobility problem, Cognitive & Perception problem, Bowel & Bladder problem

5. มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถเรียนรู้โปรแกรมการฟื้นฟู และสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดระยะที่พักค้างในโรงพยาบาล

ข้อห้ามในการฝึกโปรแกรมการฟื้นฟู

1. มีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส

2. ชีพจร >100 ครั้งต่อนาที หรือ <60 ครั้งต่อนาที หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน

3. ความดันโลหิต ≥180/110 หรือ ≤ 90/60 มิลลิเมตรปรอท

4. กรณีมีความดันโลหิตระหว่าง 160/110 ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ให้ฝึกโปรแกรมแบบpassive เท่านั้น

5. อัตราการหายใจ >20 ครั้งต่อนาที หรือมีภาวะหอบเหนื่อยขณะพัก

6. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะประเมิน หรือภายในระยะเวลา 8 ชั่วโมงที่ผ่านมา

4.4 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 3

7. มีภาวะซึมลง สับสน ชัก หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูได้
8. มีอาการทางระบบประสาทที่เป็นมากขึ้น เช่น แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น เป็นต้น
9. มีอาการที่สงสัยภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เช่น ขาบวมข้างเดียว เป็นต้น
10. มีอาการข้ออักเสบเฉียบพลัน
11. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทำให้ไม่สามารถรับการฟื้นฟูได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
12. มีภาวะที่ทำให้ไม่สามารถนั่งได้ เช่น ปวดหลังมาก ปวดศีรษะมาก เวียนศีรษะมาก เป็นต้น

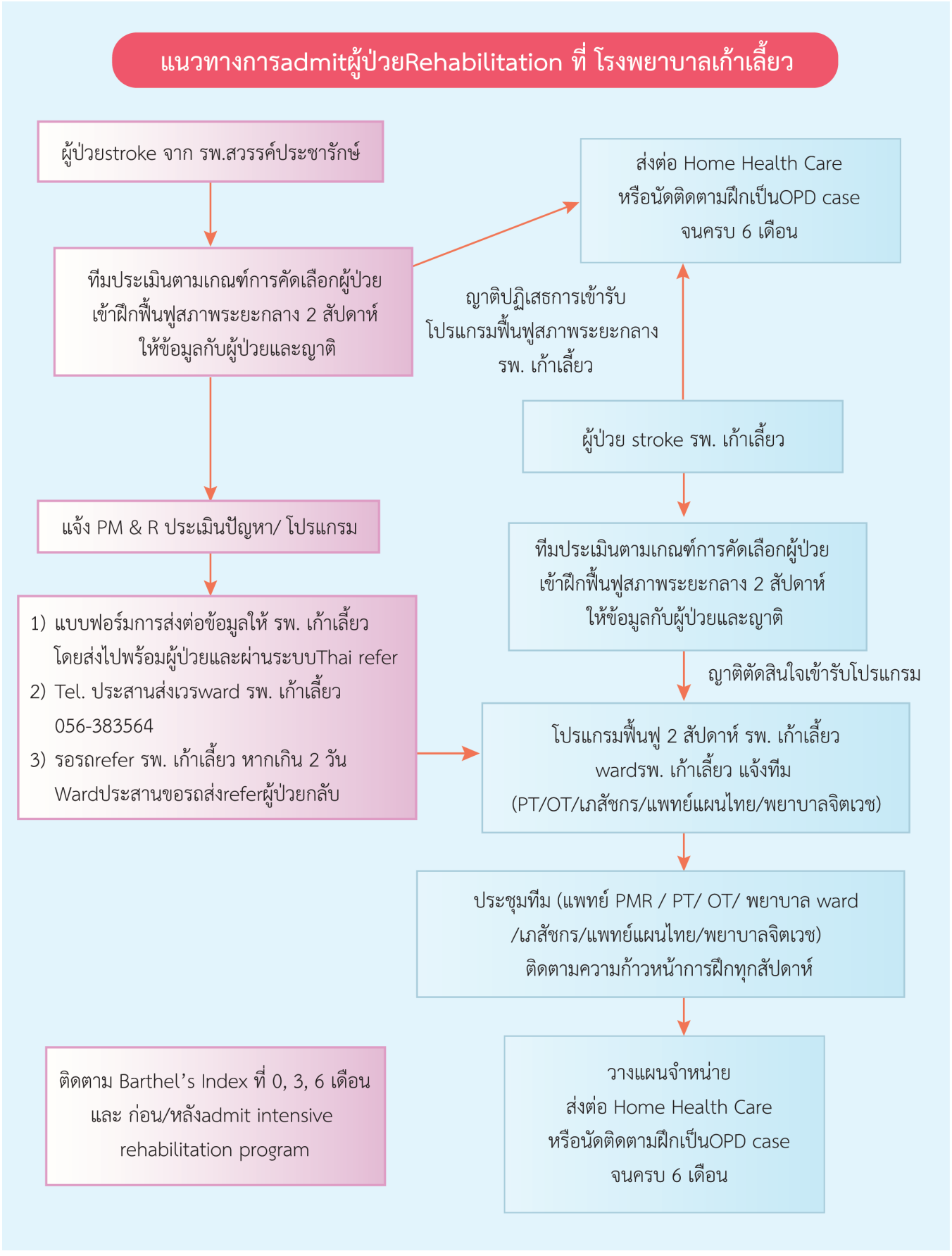
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC

1) ผู้นำที่เข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์ชัดเจน และให้การสนับสนุนการดำเนินการ
2) มีความเป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและเป็นรูปธรรม และมีการเพิ่มcompetencyด้านการฟื้นฟู
3) มีเวทีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
4) มีวิธีการวางแผนจำหน่าย โดยพิจารณาจากปัญหาผู้ป่วย จากกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้น และประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยทีม

4. แผนการพัฒนาIMC รองรับผู้สูงอายุ

1) เสนอให้มีการเบิกจ่ายค่าบริการที่กำหนด รหัสบริการ IMC (ICD10,9) หรือ IP ในอัตราที่เหมาะสม
2) อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกิจกรรมบำบัด ส่วนใน รพ.ลูกข่ายที่ให้บริการแบบ Intermediate ward ควรมีนักกายภาพบำบัด 3 ตำแหน่ง เป็นอย่างน้อย
3) ระบบส่งต่อ ด้วยเครือข่ายเทคโนโลยี สำหรับส่งต่อข้อมูลในช่วง Intermediate Care ที่สมบูรณ์ สะดวกต่อการใช้งาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูล/ระบบส่งต่ออื่นๆ
4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยในระยะยาวควรมีพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟู 4 เดือน
5) งบพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น โครงสร้างอาคาร สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้พิการ (ทางต่างระดับ, ประตูห้องน้ำแคบ) และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รองรับการให้บริการผู้พิการและผู้สูงอายุ

ภาพที่ 4.4 แนวทางการadmitผู้ป่วยRehabilitation ที่ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว



4.5 โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดสิงห์บุรีพบว่าประชากรผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 25 และ อำเภออินทร์บุรีพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 24.97 ของประชากร 54,186 คน หรือประมาณ 13,535 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือหารายได้ และจำนวนไม่น้อยประสบปัญหาด้านสุขภาพ การคัดกรองความสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL < 11) จำนวน 494 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.65 ซึ่งกลายเป็นภาระของบุตรหลานและครอบครัว ไม่สามารถใช้เวลาทุ่มเทประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ นอกจากผู้สูงอายุแล้ว ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งสาเหตุมาจากความผิดปกติที่หลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันอัตราความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เพิ่มขึ้น (อัตราความชุกในการเกิดโรคDM ปี 2555-2557 เป็น 4.08, 5.09 และ 5.54 ตามลำดับ และอัตราความชุกการเกิดโรคHT ปี 2555-2557 เป็น 10.51, 12.79 และ13.14 ตามลำดับ) โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคที่มีภาวะผู้สูงอายุร่วมด้วย กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยสาเหตุเดิม อัตราการReadmissionโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอินทร์บุรี สูงกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย < ร้อยละ 2) ปี 2557, 2558, 2559 ร้อยละ 4.39, ร้อยละ 3.83 และร้อยละ 9.46 ตามลำดับ

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

จากการปฏิบัติงานพบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับบริการระยะกลาง (Intermediate Care) แต่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากชุมชน กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ขาดความพร้อมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน เช่น ผู้ป่วยมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะการดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อหลอดลมคอ การทำแผล การล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น ซึ่งการให้บริการในระยะIntermediate care เป็นกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมญาติและผู้ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการ กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

เดือนกรกฎาคม 2559 Holistic care wardของโรงพยาบาลอินทร์บุรีจึงได้เริ่มเปิดให้บริการจำนวน 6 เตียง ต่อมาเดือนตุลาคม 2559 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออินทร์บุรี โดยการสนับสนุนของเขตสุขภาพที่ 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) แบบเครือข่าย คือ ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติ (Post-acute Care) และมีอาการคงที่แต่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จำเป็นได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ฟื้นฟูและมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตามกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ให้ความรู้ด้านสุขภาพเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล(caregiver) ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ก่อนกลับบ้าน สร้างอาสาสมัครครอบครัว (อสค.)ดูแลบุคคลในครอบครัว และเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องของบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามผลกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ PCC/รพ.สต. Long-term Care Manager และภาคีเครือข่ายในชุมชน วัตถุประสงค์สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในรายที่จำเป็น เพื่อลดความพิการถาวรและให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตดี

4.5 โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4

1) ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Regain Function) ก่อนกลับบ้านและชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพ

2) ป้องกัน/ชะลอภาวะพึ่งพิง และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น

3) ลดภาระของครอบครัวและผู้ดูแล

4) ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน และการเจ็บป่วยซ้ำ

5) ลดความแออัดของการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติในโรงพยาบาล

1.3 ศักยภาพ

กลุ่มโรคผู้ป่วยที่สำคัญของระบบบริการ Inburi Intermediate Care ดังนี้

1) ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ต้องเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และมีอาการทางคลินิกคงที่
   1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ระยะพักฟื้น
   2. บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury)
   3. บาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระยะพักฟื้น (Spinal Cord Injury)
   4. ผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วยที่ต้องฟื้นฟู เช่น Pneumonia, โรคถุงลมโป่งพอง
   5. โรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้
   6. โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
   7. โรคไตวายเรื้อรัง
   8. โรคมะเร็งที่รับเคมีบำบัด
   9. ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อ ระยะพักฟื้น
   10. ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัว เช่น NG tube
2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น
   1. กลุ่มที่ต้องการการดูแลในระยะยาว เช่น ADL 4-11
   2. ผู้สูงอายุที่แก่หง่อมเปราะบาง (Frail elderly) มีหลายโรค และมีปัญหาในการดูแลตนเอง
   3. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ
3) Palliative care Transitional stage (Pallitive Performance Scale 40-60%)

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน มีทีมงานประสานงานภายในโรงพยาบาล

2) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่าย มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สสจ. รพสต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัดสิงห์บุรี เป็นต้น

3) ทีมสหวิชาชีพมีความเข้มแข็ง มีบทบาทชัดเจน

4) มีสถานที่และบุคลากรทางการพยาบาลเพียงพอต่อการจัดบริการ

จุดอ่อน

1) ขาดแพทย์แวชศาสตร์ฟื้นฟู และบุคลากรหลายวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น

2) อุปกรณ์การฟื้นฟูมีไม่เพียงพอ

3) ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์หลายชนิดยังมีไม่ทั่วถึง เช่น Shoulder Sling เป็นต้น

4) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังเป็นแบบAcute Care DRGs ซึ่งไม่เอื้อต่อการให้บริการ Intermediate Care

5) ยังไม่มีระบบข้อมูลonline ที่ได้มาตรฐานและใช้ได้จริง

4.5 โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4

อุปสรรค

1) กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง
2) ยังขาดแคลนวิชาชีพต่างๆ ที่จำเป็นต่อการให้บริการIntermediate Care อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

ตามFlow กระบวนการดูแลผู้ป่วยIntermediate Care Ward

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

ผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการพัฒนาระบบบริการIntermediate Care โรงพยาบาลอินทร์บุรี

ระยะเวลาดำเนินงาน 2 ปี (ก.ค. 2559 -มิ.ย. 2561) มีผู้ป่วยที่ได้รับบริการจำนวน 499 ราย โดยผู้ป่วยร้อยละ 82.36 (411 ราย) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการติดตามต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 70 มีค่าBarthel's Index เพิ่มขึ้น และมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมสูงขึ้น แต่อยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2559- ธันวาคม 2559 พบว่า ด้านสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยมีการฟื้นฟูได้ตามเกณฑ์ แต่ด้านคุณภาพชีวิต จากการประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOOQL-BREF-THAI) ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และไม่เกิน 2 สัปดาห์ก่อนกลับบ้าน เป็นการประเมินครั้งที่ 1 จำนวน 10 ราย พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมเท่ากับ 61.8 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากจำหน่าย 1 เดือนให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำ พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 69.3 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

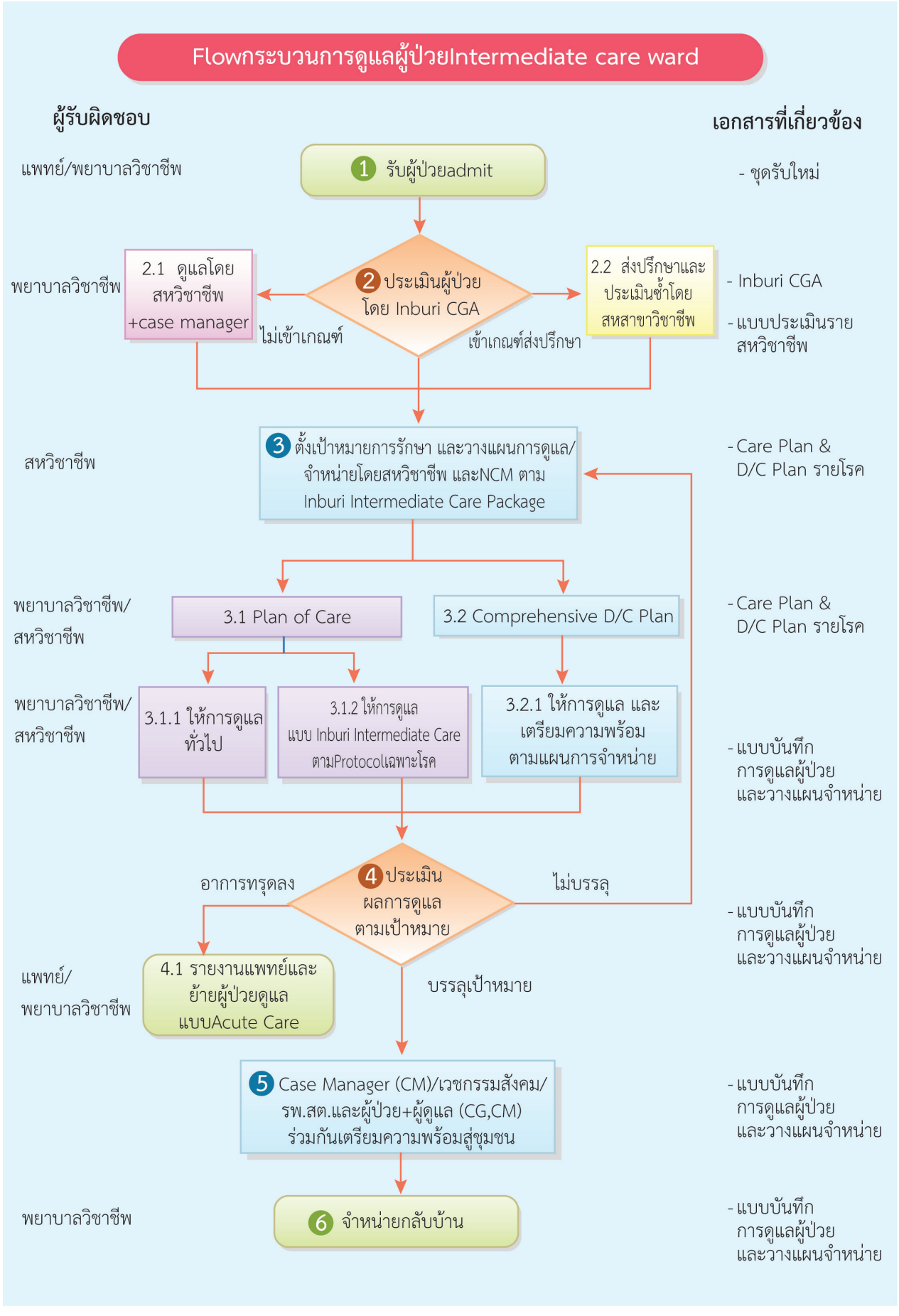
หลังการดำเนินงานService plan และPerformance Agreement Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4 เกิดการเข้าถึงบริการ และติดตามผลการให้บริการระยะ 6 เดือนอย่างชัดเจนในผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury และHead Injury ดังตาราง

ปี	ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า BI ≥75	จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองเข้าระบบมีค่า BI < 75	จำนวนผู้ป่วย Refer back	Outcomeจากการติดตาม BI<75 เมื่อครบ 6 เดือน			
						BI สูงขึ้น	BI คงที่	BI ลดลง	เสียชีวิต
2560 (ต.ค.59 - ก.ย.60)	Stroke	130	70	60	-	40	17	-	3
2561 (ต.ค.60 - มิ.ย.61)	Stroke	119	53	66	2	17	9	0	-
		50	50	-					
	TBI	31	28	3					

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

-

ภาพที่ 4.5 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี



4.6 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงเป็นอันดับสองในประชากรหญิง และเป็นอันดับสามในประชากรชาย พบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (Sedentary Lifestyle) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

สถิติของจังหวัดสระบุรี จากรายงาน รง.505 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 -2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

เดิมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการในระยะกึ่งเฉียบพลันของสถานพยาบาลภาครัฐภายในจังหวัดสระบุรียังมีการให้บริการไม่เป็นระบบเชื่อมโยงอย่างชัดเจน และไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยและคนพิการระยะกึ่งเฉียบพลันจำนวนมากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอ และมีผู้ป่วยและคนพิการอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ

ตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 จนถึงปัจจุบัน จังหวัดสระบุรีพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและส่งต่อ รวมทั้งติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบถ้วน ประกอบกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีเห็นความสำคัญของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกึ่งเฉียบพลัน จึงสนับสนุนการดำเนินโครงการให้มีการพัฒนาระบบบริการ ควบคู่ไปกับการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพทางกายแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 126 แห่ง จัดอบรมพยาบาลฟื้นฟูฯ จัดประชุมKM ทุกสิ้นปีงบประมาณ รวมทั้งสนับสนุนการเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพทั่วทั้งจังหวัดสระบุรีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานและครอบคลุม นำไปสู่การป้องกันความพิการถาวรและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน เพื่อป้องกันหรือลดความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้ในแทบทุกด้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ขยายไปสู่บริการผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบ วัตถุประสงค์สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในรายที่จำเป็นเพื่อลดความพิการถาวรและผู้ป่วยสามารถเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อมา พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญและพัฒนาเป็นService plan Intermediate Care โดยให้บริการทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน

ตลอดระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี (พ.ศ. 2557 - 2561) มีผู้ป่วยที่รับเข้าโครงการจำนวนทั้งสิ้นกว่า 1,800 ราย โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการติดตามต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 60 มีค่าBarthel’s Index เพิ่มขึ้น

1.3 ศักยภาพ

จากการทำวิจัยแบบR2R โดยคุณสุภาภรณ์ เทพพาณิชย์ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี ทำการศึกษาผลของการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดสระบุรี โดยศึกษาผู้ป่วยที่รับเข้าโครงการทั้งจากโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท ในช่วงเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 174 คน พบว่าค่าBarthel’s Index เฉลี่ยก่อนการใช้ระบบเท่ากับ 26.07 คะแนน

4.6 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4

และหลังการใช้ระบบเท่ากับ 56.67 คะแนน จากคะแนนเต็มร้อย ซึ่งพบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าอัตราการส่งต่อผู้ป่วย อัตราการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และร้อยละของการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 91

ภายหลังการดำเนินงานService plan และ Performance Agreement (PA) Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4 เกิดการเข้าถึงบริการจากการติดตามผลการให้บริการระยะ 6 เดือนอย่างชัดเจนในผู้ป่วย 3 โรค ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury และ Head Injury

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน
2) มีระบบการให้บริการเครือข่ายสหวิชาชีพระดับจังหวัด
3) มีระบบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลทุกระดับ สสจ. สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

จุดอ่อน

1) บุคลากรหลายวิชาชีพยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น
2) ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์หลายชนิดยังมีไม่ทั่วถึง
3) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังเป็นแบบAcute care DRGs ที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ Intermediate Care
4) ยังไม่มีระบบข้อมูลonline ที่ได้มาตรฐานและใช้ได้จริง

อุปสรรค

1) Service Delivery
   - Intermediate ward: ยังขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่น และปัญหาด้านระยะทางที่ห่างจากบ้านผู้ป่วย
   - Intermediate bed: รพช. บางแห่งยังไม่มีแนวทางการดำเนินงาน และการรับrefer back ที่ชัดเจน
   - ระบบrefer back ยังไม่ชัดเจน
   - Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข)
2) Health Workforce
   - ยังขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการIntermediate Care อย่างมีประสิทธิภาพ
3) Health Information
   - ยังไม่มีระบบข้อมูลแบบonline ที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง
4) Health technology
   - หลายพื้นที่ยังเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการใช้ IPD care protocol for IMC
5) Finance
   - IP rate พิเศษ เขตสุขภาพที่ 4 เริ่มจ่าย 1 เมษายน 2561 จำนวนrefer back IMC ยังต่ำ (สิทธิ UC เม.ย. จำนวน 28 ราย / พ.ค. จำนวน 47 ราย)
   - ค่าบริการฟื้นฟู 9 ด้าน จากสปสช. จ่ายได้จริงเพียงร้อยละ 60 เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และการkeyเบิกยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต
6) Governance
   - การให้บริการIntermediate bed/ward ในหลายพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด ควรพัฒนาให้มีกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัดเพิ่มจาก 3 จังหวัด (สระบุรี สิงห์บุรี อยุธยา) เป็น 5 จังหวัด

4.6 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4
2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC
1) การพัฒนาระบบบริการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างครอบคลุม และเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและส่งต่อ 2) ติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบถ้วน ประกอบกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เห็นความสำคัญของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกึ่งเฉียบพลัน 3) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการ ควบคู่กับการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพทางกายให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 126 แห่ง จัดอบรมพยาบาลฟื้นฟูฯ จัดประชุมKM ทุกสิ้นปีงบประมาณ 4) สนับสนุนการเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพทั่วทั้งจังหวัดสระบุรีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานและครอบคลุม นำไปสู่การป้องกันความพิการถาวรและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น 5) เน้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน เพื่อป้องกันหรือลดความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้แทบทุกด้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่ตามมา 6) ขยายไปสู่บริการผู้ป่วยนอกและบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบ วัตถุประสงค์สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในรายที่จำเป็น ลดความพิการถาวร และให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 7) ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญในการบริการและพัฒนาเป็นService plan Intermediate Care โดยให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และในชุมชน
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1. นโยบายสนับสนุนชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ 2. การวางแผนและพัฒนาระบบร่วมกันในระดับจังหวัด 3. การเชื่อมโยงการทำงานแบบเครือข่ายสหวิชาชีพ 4. มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงาน และเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน 5. มีการเชื่อมโยงการให้บริการร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. พมจ. เป็นต้น 6. การพัฒนาระบบการส่งต่อและรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
-

ตารางที่ 4.1 การจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยและแนวทางการให้บริการสำหรับ 3 โรคเป้าหมาย โรงพยาบาลสระบุรี

ปัญหาอุปสรรค	ความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
Service Delivery:			
● Intermediate ward: ยังขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่นและปัญหาด้านระยะห่างจากบ้านผู้ป่วย	● ส่ง nurse case manager ที่ IMC ward อบรมหลักสูตรเฉพาะทางstroke หรือพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน/ใช้ care protocol	● 1 ปี	● งบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพ/สสจ.
● Intermediate bed: รพช. บางแห่งยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานและการรับ refer back ที่ชัดเจน	● พัฒนาระบบมาตรฐาน Intermediate bed/ward ที่ชัดเจนมากขึ้นทั้งทางด้านโครงสร้าง ยา วัสดุการแพทย์ และระบบบริการ	● 3 เดือน	● คณะกรรมการ service plan IMC กสธ. ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
● ระบบrefer back ยังไม่ชัดเจน	● พัฒนาระบบrefer back เพื่อคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง Intermediate bed/ward ให้มีความชัดเจนมากขึ้น	● 3 เดือน	● คณะกรรมการจังหวัด PA IMC และผู้บริหาร รพศ./รพท./สสจ.
● Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข)	● ผลักดันให้มียาลดเกร็งใช้ใน รพช.ทุกแห่งที่มีบริการ Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข)	● 6 เดือน	● สสจ.
Health Workforce:			
● ยังขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการIntermediate care อย่างมีศักยภาพ	● ควรส่งเสริมให้มีตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด ในโรงพยาบาลที่ให้บริการIntermediate ward	● 1 ปี	● สำนักงานเขตสุขภาพ
	● ส่งบุคลากรเข้าอบรมหรือจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น เช่น การฝึกพูด การฝึกกลืน	● 1 ปี	● รพช./รพท. และคณะกรรมการ PA IMC
Health Information:			
● ข้อมูลระดับเขตที่ได้ยังไม่ครบถ้วน ยังไม่สามารถบอกถึง coverage หรือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน	● ปรับStandard Data Set และใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรายไตรมาสจากHealth Data Center ของแต่ละจังหวัด	● 1 ปี	● คณะกรรมการข้อมูล IMC/คณะกรรมการ PA IMC ระดับจังหวัด
● ยังไม่มีระบบข้อมูลแบบ online ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับระดับเขต	● พัฒนาweb application ระดับเขต เพื่อการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย	● 2 ปี	● คณะอนุกรรมการข้อมูล IMC
Health Technology:			
● หลายพื้นที่ยังเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการใช้ IPD care protocol for IMC	● นำNational Standard Care Protocol มาใช้	● 6 เดือน	● คณะกรรมการจังหวัด PA IMC
	● รอเผยแพร่คู่มือIMC service plan (ปีงบ 2562) ของ กสธ.		
Finance:			
● IP rate พิเศษ เริ่มจ่าย 1 เมษายน 2561 จำนวน การ refer back IMC ยังต่ำ (สิทธิ์ UC เม.ย. 28 ราย/พ.ค. 47 ราย)	● คืนข้อมูลให้แต่ละจังหวัดพัฒนาแนวทางการคัดกรองและ refer back IMC ให้ชัดเจนมากขึ้น/ติดตามข้อมูลในไตรมาสต่อไป	● 3 เดือน	● สปสช. เขต 4 และคณะกรรมการ PA intermediate care
● ค่าบริการฟื้นฟู 9 ด้าน จากสปสช. จ่ายได้จริงเพียง 60% เนื่องจากงบประมาณไม่พอต่อการให้บริการ และการkeyเบิกยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต	● ตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อปรับระบบการkey เรียกเก็บและพัฒนาการจ่ายร่วมกันให้เหมาะสม/ตัดยอดการให้บริการตามจำนวนบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ/พัฒนาระบบการ audit คุณภาพการให้บริการ/ของบเพิ่มจาก สปสช.ส่วนกลาง	● 3 เดือน	● สปสช. เขต 4/คณะกรรมการค่าบริการฟื้นฟูฯเขต 4
Governance:			
● การให้บริการ Intermediate bed/ward ในหลายพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน	● ควรร่วมพัฒนาให้เกิดบริการIntermediate bed/ward อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นทั้งทางด้านโครงสร้างและระบบบริการ	● 3 เดือน	● สสจ./รพช.
● พัฒนาให้มีกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัดเพิ่มจาก 3 จังหวัด (สระบุรี สิงห์บุรี อยุธยา) เป็น 5 จังหวัด ในปี 2561	● สปสช. เขต 4 ร่วมกับ สธ. ควรร่วมกันหารือและทำข้อตกลงกับ อบจ. ในจังหวัดที่เหลือ เพื่อร่วมจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูจังหวัด/จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด เขต 4	● 1 ปี	● สปสช. เขต 4 และสำนักงานเขตสุขภาพ

Intermediate Care เป็นนโยบายสำคัญของเขต Performance Agreement (PA) Smart intermediate care โดยมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานดังhouse model และมีแนวทางการพัฒนาระบบบริการตามกรอบ Six Building Blocks ดังนี้

ภาพที่ 4.6 แนวทางการดำเนินงาน Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4

Smart Intermediate Care เขต 4

Stroke

TBI

SCI

Fracture Hip?

เป้าหมาย (1 ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน “เปลี่ยนภาระ เป็นพลังของสังคม”

เป้าหมาย PA ปี 2561 : ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและ BI < 75 ได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน 6 เดือนแรก 70%

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทัศนคติ	ระบบข้อมูล
1. ตั้งคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด ประชุมชี้แจงแนวทางพัฒนาระบบ 2. สร้างเครือข่ายให้บริการ รพศ./รพท. รพช. รพ.สต. 3. งบประมาณ: งบเขต งบสปสช. กองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด การเรียกเก็บค่าบริการแบบ IPD OPD และการเยี่ยมบ้าน	1. ระบบการคัดกรอง, refer back และติดตามผล 2. สร้างแนวทางการให้บริการแบบIPD (intermediate bed/ward รพช.), OPD และในชุมชน 3. Multidisciplinary team meeting 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้(KM)	1. สร้างความเข้าใจและทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ อปท. ภาคีเครือจ่าย และประชาชน 2. เยี่ยมบ้าน/เยี่ยมเสริมพลัง 3. Mass & media Communication	1. ใช้Standard data set เพื่อส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน 2. สรุปข้อมูลตามตัวชี้วัด ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และนำข้อมูลมาใช้วางแผนเพื่อการพัฒนาระบบ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
● ตั้งคณะทำงานระดับเขต/ระดับจังหวัด ● ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ ● งบOn-top IP สปสช. กรณี refer back ต้นทาง 1,000 บาท ปลายทาง 2,000 บาท (เริ่ม 1 เม.ย. 61) ● เริ่มคัดกรองผู้ป่วยและให้บริการ	● มีระบบproject manager (ระดับจังหวัด) care manager (Intermediate ward/bed) ● มี care protocol การให้บริการสำหรับ Intermediate ward/bed และการให้บริการแบบOPD, community	● มีการติดตามผลการให้บริการในผู้ป่วยแต่ละราย ● เยี่ยมเสริมพลัง 8 จังหวัด ● มีระบบIntermediate bed ในทุก รพช. และมีระบบIntermediate ward ใน รพ.เป้าหมาย ● ประกวดเรื่องเล่าIMC ระดับเขต	● อบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 3 วัน (2 รุ่น) ● อบรมนักกายภาพบำบัด 3 วัน (Care manager) ● ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร 4 เดือน (IMC ward) ● เผยแพร่การดำเนินงานทางรายการโทรทัศน์ ● จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และKMระดับเขต : กำหนดการ 24 ส.ค. 61 ● เพิ่มกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัดจาก 3 เป็น 5 จังหวัด

4.7 โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

สถิติของจังหวัดสระบุรี จากรายงาน รง.505 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี / โรงพยาบาลพระพุทธบาท

1.3 ศักยภาพ

การดำเนินงานService plan และ Performanace Agreement (PA) Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4 เกิดการเข้าถึงบริการและการติดตามผลการให้บริการระยะ 6 เดือนอย่างชัดเจนในผู้ป่วย 3 โรค ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury และHead Injury

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

แนวโน้มของผู้ป่วยในโครงการIntermediate Care มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการป้องกันและดูแลตนเองน้อย การเกิดอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ด้วยการเข้าถึงที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูรวดเร็วขึ้น มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตปกติได้ดีขึ้น

จุดแข็ง

1) ผู้นำเข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์ชัดเจน และให้การสนับสนุน
2) มีอาคารฟื้นฟู แยกออกมาเป็นสัดส่วน
3) ความเป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและเป็นรูปธรรม และมีการเพิ่มcompetency ด้านการฟื้นฟู
4) มีเวทีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
5) มีการเตรียมทีม เรียนรู้จากทีมและขยายไปสู่ รพ.สต. และเครือข่าย
6) มีวิธีการวางแผนจำหน่าย โดยวางแผนจากปัญหาของผู้ป่วย จากกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้น และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ ของทีม
7) ทีม รพ.สต./อสม. มีส่วนร่วมlearning by visiting และสามารถขยายไปในวงกว้าง

จุดอ่อน

1) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งต่อยังไม่ครบถ้วน
2) การค้นหาและการส่งต่อผู้ป่วย ยังไม่รวดเร็วในทุก รพ.สต.

อุปสรรค

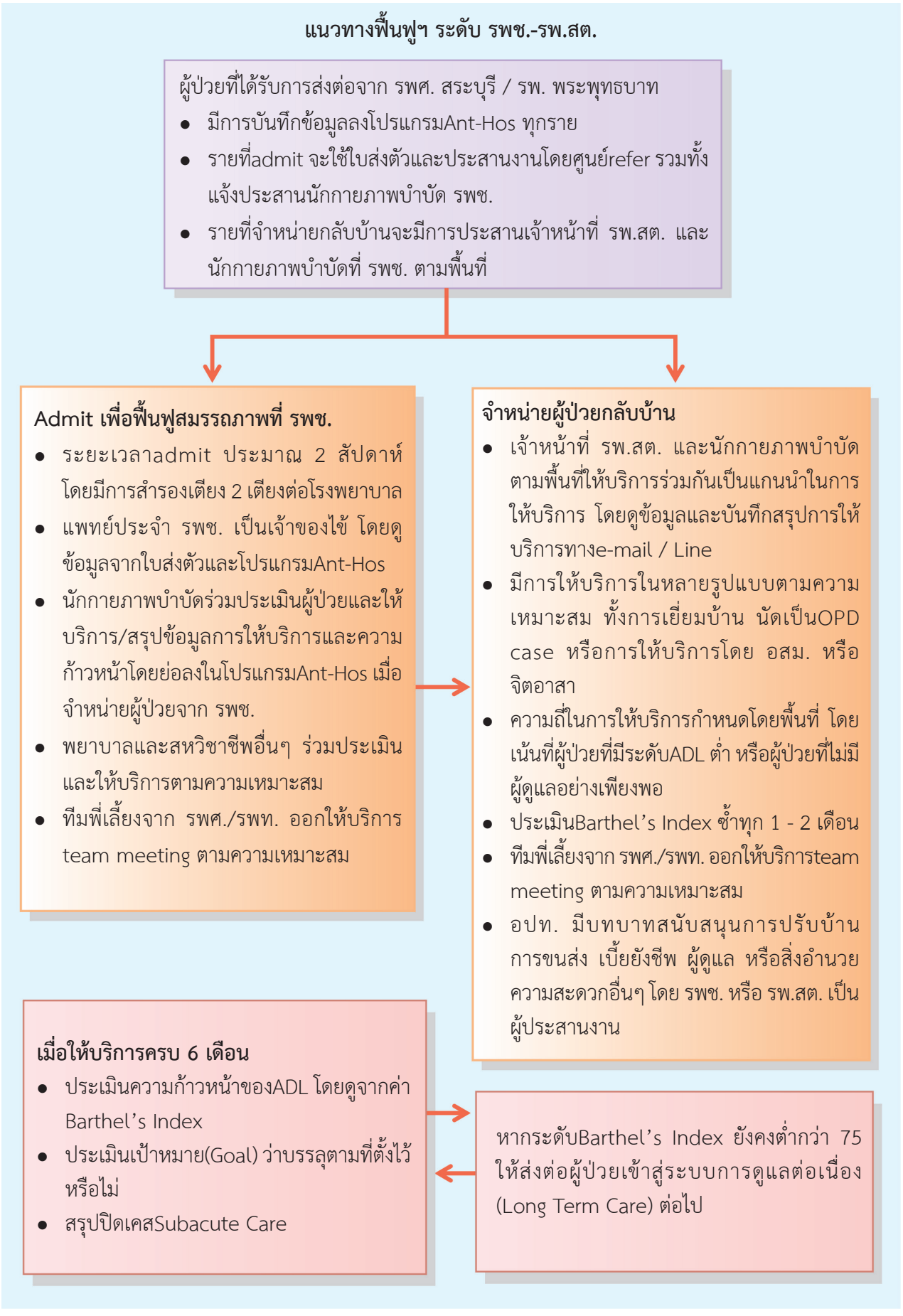
1) การสำรองเตียงยังมีความไม่แน่นอนสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากกว่าเตียงที่มีในโรงพยาบาล
2) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยบางพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมชัดเจน แต่ในบางพื้นที่อาจยังไม่เห็นภาพชัด
3) มีการนำนวัตกรรมที่ใช้ได้ดี นำไปใช้ในชุมชน แต่ยังขาดอัตรากำลังในการผลิต และงบประมาณการจัดทำ

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) วางระบบการทำงานIntermediate Care
2) ทำตามระบบที่วางไว้ และสื่อสารนโยบายและระบบให้ทีมสหวิชาชีพรับทราบ และร่วมกันดำเนินโครงการในระดับ รพศ. /รพ. /รพ.สต. /ท้องถิ่น และชุมชน
3) ติดตามระบบการทำงานที่วางไว้

4.7 โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4
4) ทบทวนระบบ 5) ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนแต่ละแห่ง
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1) มีผู้นำที่เข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน และให้การสนับสนุนการดำเนินการ 2) มีอาคารฟื้นฟู แยกออกมาเป็นสัดส่วน 3) มีความเป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและเป็นรูปธรรม และมีการเพิ่มcompetency ด้านการฟื้นฟู 4) มีเวทีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 5) มีการเตรียมทีม เรียนรู้จากทีมและขยายไปสู่ รพ.สต. และเครือข่าย 6) มีวิธีการวางแผนจำหน่าย โดยดูจากปัญหาของผู้ป่วย จากกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้น และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ ของทีม 7) ทีม รพ.สต./อสม. มีส่วนร่วมlearning by visiting และสามารถขยายในวงกว้าง
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) ด้านองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการพัฒนาIntermediate Care 2) ด้านบุคลากรวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ขาดแคลน เช่น นักฝึกการพูด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น 3) ด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดทำนวัตกรรมลงสู่ชุมชน

ภาพที่ 4.7 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี



4.8 โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม เขตสุขภาพที่ 5

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

รูปแบบการให้บริการดูแลฟื้นฟูมีหลากหลายตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การติดตามเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน โดยที่ผ่านมาบริการฟื้นฟูโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นเป็นแบบผู้ป่วยนอกและติดตามเยี่ยมให้บริการที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตามนัด จากปัญหาการเดินทาง ปัญหาค่าใช้จ่าย และอื่นๆ ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร การให้บริการที่บ้านมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อย ไม่สามารถติดตามเยี่ยมได้อย่างเหมาะสมครอบคลุม

กลุ่มเป้าหมายIntermediate Care

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะเฉียบพลันและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ (Subacute Stroke)
2) ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury)
3) ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)
4) ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อหรือมีภาวะกระดูกรอบข้อสะโพกหัก (Arthopasty & Fracture around hip)

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นให้บริการIntermediate Care แบบผู้ป่วยใน โดยรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่จากโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ระยะเวลาการนอนพักฟื้นฟูที่โรงพยาบาล คือ 6 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลศูนย์นครปฐมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยทุกรายจะได้รับบริการฟื้นฟูแบบเข้ม วัดประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้BI ปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันเข้ารับบริการจำนวน 111 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 86 ราย ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางสมอง 6 ราย ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง 15 ราย และผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักหลังการผ่าตัด 4 ราย หลังการฟื้นฟูพบว่าร้อยละ 97 มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น (คะแนน BI เพิ่มขึ้น) และติดตามเยี่ยมจนครบ 6 เดือน พบว่ามีสมรรถนะทางกายพัฒนาขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่มีผู้ป่วยรายใดมีภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) เพิ่มขึ้นจากการดำเนินงาน Intermediate Care รูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น พบว่า ผลลัพธ์ด้านการบริการผู้ป่วยใน คือค่าCMI และอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

1.3 ศักยภาพ

1) จัดตั้งคณะทำงานทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการIntermediate Careของโรงพยาบาล สอดคล้องกับคณะทำงานIntermediate Careของจังหวัดนครปฐม

2) จัดสถานที่ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยIntermediate Care โดยมี Intermediate care bed จำนวน 10 เตียง

3) มีการดำเนินงานและทำกิจกรรมตามแผนการดำเนินการ

4) มีแนวทางในการประสานงาน และการให้คำปรึกษาและการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน กับ รพศ.นครปฐม และเครือข่าย มีระบบการส่งผู้ป่วยกลับที่เชื่อมโยงชัดเจนกับระบบปฐมภูมิ หรือระบบการดูแลในชุมชน ได้แก่ มีการประสานงานกับ รพ.สต. เจ้าของพื้นที่

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน

4.8 โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม เขตสุขภาพที่ 5

2) ทีมให้บริการด้านการฟื้นฟูเข้มแข็ง

3) มีความพร้อมในด้านอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ในการฟื้นฟู และมีบุคลากรทีมสหวิชาชีพในด้านฟื้นฟูที่ครอบคลุม ได้แก่ นักกายภาพบำบัด 4 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 2 คน) ทีมงานผู้พิการจากองค์กรคนพิการอิสระพุทธมณฑล

4) มีบ้านฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

5) มียาลดเกร็งใช้สำหรับผู้ป่วยIMCในโรงพยาบาล

6) มีการสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จาก รพศ.นครปฐม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำเดือนละ 2 ครั้ง

จุดอ่อน

1) บุคลากรบางวิชาชีพยังไม่เพียงพอ เช่น นักกิจกรรมบำบัด มีจำนวนเพียง 1 คน

2) ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ยังมีไม่ทั่วถึง ได้แก่ orthosisบางชนิด เช่น AFO, splint

3) ยังไม่มีระบบข้อมูลonline ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยIMCที่สมบูรณ์จาก รพศ.นครปฐม สู่ รพช.

4) ผู้ป่วยและญาติที่อาศัยอยู่ต่างอำเภอลังเลที่จะมารับบริการที่ รพช. ในช่วงแรก เนื่องจากอยู่ไกลและไม่แน่ใจคุณภาพการดูแล

อุปสรรค

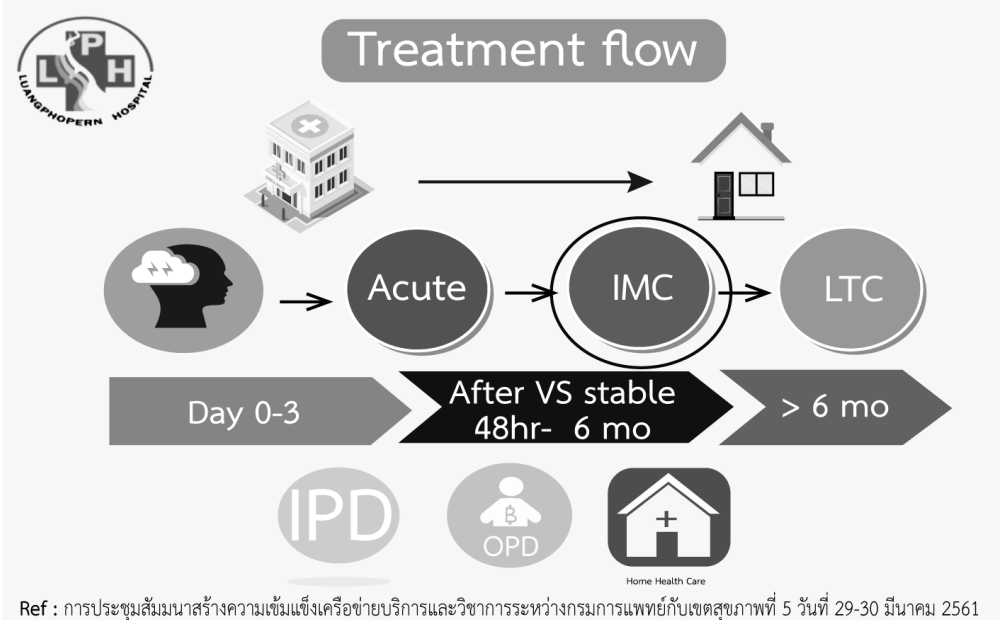
1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากหลายแผนกจาก รพศ. ผู้ป่วยบางรายจึงไม่ได้ผ่านแพทย์ฟื้นฟู จึงไม่มีข้อมูลการส่งต่อ และบางครั้งไม่มารับการฟื้นฟูตามการส่งต่อ รพช. จึงติดตามผู้ป่วยไม่ได้

2) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

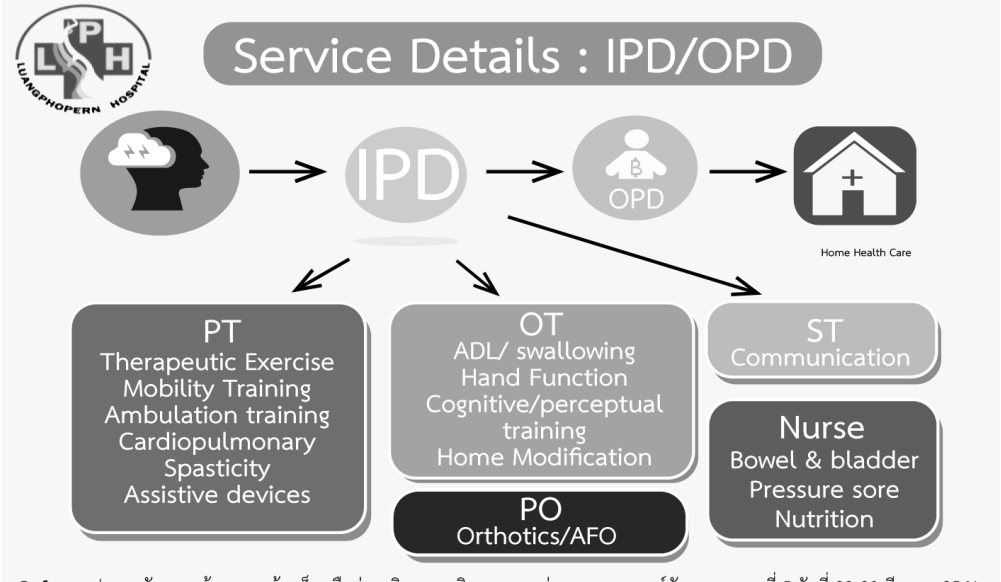
3) เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งมีภาระงานมาก และเวลาไม่ตรงกัน เช่น ติดประชุม

4.8 โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม เขตสุขภาพที่ 5

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC



Ref : การประชุมสัมมนาสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการระหว่างกรมการแพทย์กับเขตสุขภาพที่ 5 วันที่ 29-30 มีนาคม 2561



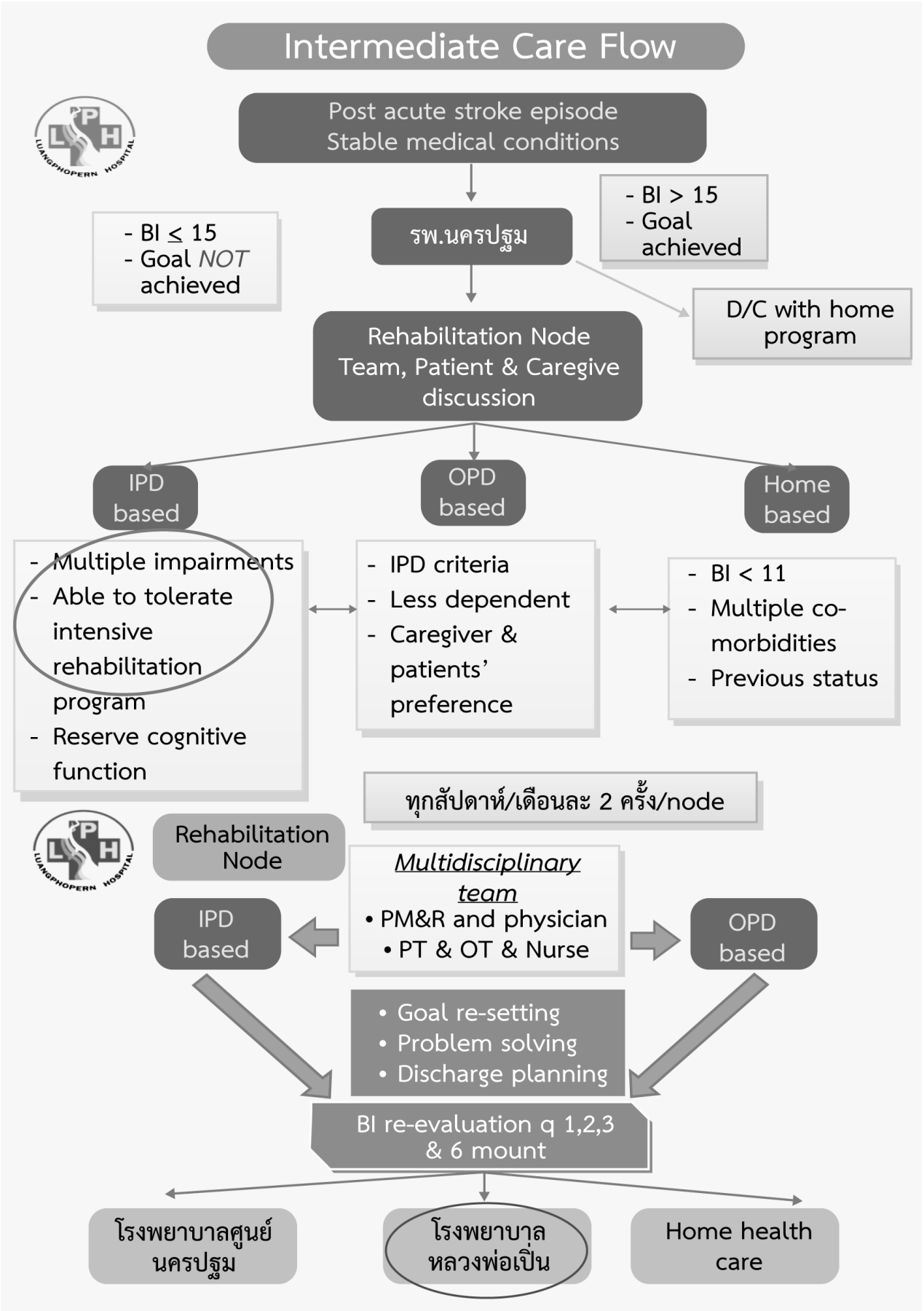
Ref : การประชุมสัมมนาสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการระหว่างกรมการแพทย์กับเขตสุขภาพที่ 5 วันที่ 29-30 มีนาคม 2561

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น มีจุดเด่นในด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน เนื่องจากมีความพร้อม ทั้งในด้านสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และอัตรากำลัง และมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่มีความเฉพาะ คือมีการทำงานร่วมกับศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ ในการฝึกทักษะผู้ป่วยผู้พิการเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่สังคม

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาIntermediate Care ของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น เริ่มจากทางโรงพยาบาลมีอัตราครองเตียงค่อนข้างต่ำ ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมมีอัตราครองเตียงสูงมาก จึงได้มีการหารือในระดับผู้บริหารของทั้งสองโรงพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ในการส่งผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และมีจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มารับบริการฟื้นฟูสภาพแบบคนไข้ใน และมีการติดตามเยี่ยมโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม อย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 4.8 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม



4.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ 6

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

การดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) “Home Ward : Klongyai Model” แนวคิดการสร้างHome Ward ของ คปสอ.คลองใหญ่ จังหวัดตราด ดำเนินการตั้งแต่ ปี 2546 โดยการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่องไปดูแลต่อที่บ้าน ดำเนินงานอย่างเต็มระบบในปี 2552 มีสหวิชาชีพร่วมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายกรณี ทอดผ้าป่าจัดตั้งธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยยากจนยืมใช้ที่บ้านฟรี สร้างเงื่อนไขที่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ประการหนึ่งคือ กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยทุกวันดำเนินการโดยญาติ และทุกสหวิชาชีพ จึงมีการกำหนดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และร่วมกันพัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติได้ โดยผ่านการประเมินในระดับดีขึ้นไป ทักษะจำเป็นที่ผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติได้ อาทิ 1) การทำความสะอาดร่างกาย 2) การจัดท่าทางและการพลิกตัว 3) การประกอบอาหารสำหรับให้ทางสายยาง 4) การให้อาหารทางสายยาง 5) การทำแผลเจาะคอ/เจาะหน้าท้อง 6) การทำแผลกดทับ/แผลมะเร็ง 7) การดูแลถุงอุจจาระทางหน้าท้อง 8) การสวนปัสสาวะทิ้ง 9) การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 10) การดูแลการคาสายสวนปัสสาวะ 11) การทำกายภาพบำบัด 12) การพ่นยา 13) การให้ออกซิเจน 14) การล้างไตทางหน้าท้อง 15) การฉีดยาเบาหวาน 16) การประเมินระดับความปวด 17) การให้ยาระงับปวด 18) การวัดปรอท 19) การวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล 20) การวัดระดับออกซิเจนในเลือดอย่างง่าย 21) การเตรียมอุปกรณ์ส่งนึ่งทำลายเชื้อ และ 22) การจัดการขยะติดเชื้อ

ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังได้รับการพัฒนาทักษะด้านจิตใจและจิตวิญญาณไปพร้อมกันด้วย ได้แก่ การรับรู้สภาวะของโรคตามความเป็นจริง การรับรู้ความรู้สึกและความต้องการ การตั้งเป้าหมายสู่ความคาดหวังที่เป็นไปได้ การค้นหาความปรารถนาที่ผู้ป่วยต้องการ การมีมุมมองของการแสดงความรัก เติมกำลังใจอารมณ์ขันสู่การสร้างคุณค่าและคุณความดีต่อกันบนความทุกข์ที่เกิดขึ้นกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฝึกทักษะการออกแบบกิจกรรมในครอบครัว ให้ผู้ป่วยก้าวไปสู่การตายอย่างงดงาม ทั้งที่ รพ. และที่บ้าน ระลึกถึงความดีที่กระทำอย่างอิ่มบุญกุศล และปราศจากความกลัว

ปี 2558 ขยายรูปแบบHome Ward ทั่วทั้งจังหวัดตราด สปสช. จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ด้อยโอกาสระดับจังหวัด ทำการซ่อมแซมบ้าน จัดหาและซ่อมบำรุงอุปกรณ์การแพทย์ให้เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งจังหวัด ทีมหมอครอบครัว อาทิ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกร นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักสุขภาพจิต ทันตแพทย์ ชันสูตร และอื่นๆ เข้าร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างละเอียด โรงเรียนcaregiverในงานผู้ป่วยในฝึกสอนทักษะที่เกี่ยวข้อง มีการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่โดยพยาบาล/นักกายภาพฯ เจ้าของไข้ตามแผนการดูแลรักษา มี รพ.สต. ทุกแห่งเข้าร่วมเป็นเครือข่าย (การสร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน) ส่งผลให้ปัจจุบันCUPคลองใหญ่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียงแบบประคับประคอง (Intermediate Care, Long Term Care และ Palliative Care) เชื่อมจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

สถานะสุขภาพของประชาชนอำเภอคลองใหญ่ ปี 2561 พบสาเหตุการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรกคือ 1) กล้ามเนื้อ ข้อ และเส้นเอ็นอักเสบ 2) ฟันผุ 3) โรคความดันโลหิตสูง 4) ไข้หวัด 5) กระเพาะอาหารอักเสบ 6) เบาหวาน 7) ท้องร่วง 8) เวียนหัว 9) ทอนซิลอักเสบ 10) ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส(HIV) ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยของอำเภอคลองใหญ่ แบ่งเป็น 6 กลุ่มโรค 14 โรค ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง

4.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ 6

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโรคติดต่อ ประกอบด้วย เอดส์ ไข้เลือดออก วัณโรค

กลุ่มที่ 3 อุบัติเหตุ ประกอบด้วย อุบัติเหตุจราจร/Head Injury

กลุ่มที่ 4 แม่และเด็ก ประกอบด้วย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

กลุ่มที่ 5 กลุ่มโรคทั่วไป ประกอบด้วย ถุงลมโป่งพอง /หอบหืด มะเร็ง จิตเวช ยาเสพติด

กลุ่มที่ 6 กลุ่มทันตสุขภาพ ประกอบด้วย ฟันผุ

ปีงบประมาณ 2561 เครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองใหญ่เลือกประเด็นโรคนำเพื่อขับเคลื่อนภาพรวมทั้งอำเภอ ด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้แก่ 1) การบริหารจัดการขยะ 2) การดูแลคนลำบากในชุมชน 3) การปรับปรุงตลาด 2 แผ่นดิน และ 4) การพัฒนาทักษะ EF (Executive Function) ในเด็ก 3 ปี ถึงมัธยมปลาย

1.3 ศักยภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 43 คน นักวิชาการสาธารณสุข 15 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 33 คน (พยาบาลวิชาชีพอบรมเวชปฏิบัติเบื้องต้น หลักสูตร 4 เดือน ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น รพ.คลองใหญ่ 5 คน รพ.สต. 4 คน หลักสูตรการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 4 คน หลักสูตรการพยาบาลผู้ติดเชื้อและเอดส์ 1 คน หลักสูตรการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1 คน หลักสูตรการพยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน หลักสูตรการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(CM) 5 คน และล่ามภาษากัมพูชา 1 คน

เครือข่ายภาคประชาชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 345 คน ตำบลคลองใหญ่ 193 คน ตำบลไม้รูด 94 คน ตำบลหาดเล็ก 58 คน อาสาสมัครต่างชาติชาวกัมพูชา 32 คน

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) อำเภอคลองใหญ่มีการจัดบริการสุขภาพแบบเชื่อมโยง โดยพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS) มีการเชื่อมโยงมาตรฐาน HA / QA / PCA และระบบService Plan ในระดับอำเภอ ภายใต้การบริหารแบบบูรณาการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (IRBM) โดยโรงพยาบาลคลองใหญ่ เป็นแม่ข่ายในการบริการและพัฒนาระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายด้วยกระบวนการUC Care

2) อำเภอคลองใหญ่จัดบริการเชิงรุกตามกลุ่มวัย 5 กลุ่มวัย โดยการค้นหาและจัดลำดับโรคตามHigh Risk, High Volume, High Cost, โรคที่เป็นนโยบาย, โรคที่ต้องมีการประสานงานกันเป็นพิเศษ และโรคที่มีผลการรักษาไม่ดี มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาตามหลักระบาดวิทยา Host Agent Environment กับเป้าหมายตามกลุ่มวัย กลุ่มโรค กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดบ้านติดเตียง เพื่อกำหนดบริการเชิงรุกเข้าสู่ตามโซนของพื้นที่

3) พัฒนาการใช้โปรแกรมการรับส่งต่อThai Refer ใน รพ.สต. ทุกแห่ง เพื่อเชื่อมโยงบริการระหว่างรพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ครบทุกตำบล และภาคีเครือข่ายร่วมกำหนดแผนและร่วมดำเนินการตามบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

5) จัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ครอบคลุม 3 ตำบล 5 แห่ง (รพ. 1 รพ.สต. 4) มีการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีการบูรณาการหน่วยบริการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และจัดให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงต่อกลุ่มโรคเมตาบอลิก โดยมีแผนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ตา/ไต/เท้า/สุขภาพช่องปาก โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันทั้งเครือข่าย

4.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ 6

6) มีศูนย์ดูแลต่อเนื่องอำเภอคลองใหญ่ และธนาคารอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเตียง ใช้โปรแกรมThai COC เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง และมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลคลองใหญ่ ร่วมกับ รพ.สต.

7) งานควบคุมโรคติดต่อ มีทีมสอบสวนโรค (SRRT) ระดับอำเภอ ระดับตำบล

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) แพทย์และสหวิชาชีพรักษาโรคผู้ป่วยจนทุเลา ผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยคือ ตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น

2) พยาบาลผู้ป่วยในประเมินหัตถการจำเป็นทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องได้รับในแต่ละวัน คืนข้อมูลให้ครอบครัวร่วมกันวางแผนกำหนดตัวผู้ดูแลในแต่ละหัตถการ เพื่อนัดหมายและนำผู้ดูแลมาฝึกทักษะที่ถูกต้องในโรงเรียน caregiver จนผลการประเมินแต่ละหัตถการอยู่ในระดับดี หากมีหัตถการที่ขาดผู้ดูแล พยาบาลผู้ป่วยในจะประสานให้พยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้นจัดหาผู้ดูแลในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยคือทักษะcaregiver ดีขึ้น

3) พยาบาลผู้ป่วยในประเมินอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องใช้ที่บ้าน คืนข้อมูลทางไลน์กลุ่มHome Ward ให้พนักงานที่มอบหมายให้ดูแลธนาคารอุปกรณ์ ทำหน้าที่เป็น Nurse Aid ดูแลทั้งCUP ร่วมกับพยาบาลเจ้าของพื้นที่นำอุปกรณ์ลงไปติดตั้งที่บ้านผู้ป่วยล่วงหน้า กรณีผู้ป่วยมีฐานะดีจะเสนอให้เช่าอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวกับองค์กรเอกชนจิตอาสา คือกลุ่มสาธุ ซึ่งดำเนินการโดยนายอธิราช อิงประสาร กรณีผู้ป่วยยากจน จะให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ฟรีจากธนาคารอุปกรณ์ของโรงพยาบาลไปใช้ก่อน แล้วทำแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อยโอกาสในเวลาต่อมา ผู้ป่วยยากจนบางรายต้องมีการปรับสภาพบ้านเบื้องต้นให้สามารถนำอุปกรณ์การแพทย์ลงติดตั้งอย่างปลอดภัย จะประสานงานกับองค์กรการกุศลภาคเอกชน เช่น เหล่ากาชาดจังหวัด ทีมช่างท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) และจิตอาสาจากชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์(ชมรมแสงเทียน) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจนเหล่านั้นซ่อมแซมบ้านเบื้องต้น ผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยคือความพร้อมของบ้านมีมากขึ้น

4) ผลลัพธ์ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

(1) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตร้อยละ 100

(2) ทุกตำบลได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคุณภาพชีวิต

(3) มีธนาคารอุปกรณ์ และมีการซ่อมแซมอุปกรณ์ระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้ตามความจำเป็น

(4) มีกองทุนให้การช่วยเหลือในระดับตำบล/ชุมชน

5) ชมรมผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาให้เป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพร้อยละ 80

4. แผนการพัฒนาต่อเนื่องด้านกำลังคน (Health Workforce)

1) มีแผนการพัฒนาให้นักกายภาพบำบัดอบรมหลักสูตรนักกายภาพบำบัดชุมชน

2) มีแผนเพิ่มนักกายภาพบำบัด 1 คน เพื่อปฏิบัติงานตามIMC ซึ่งเป็นไปตามFTE

3) มีการอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด และcaregiver

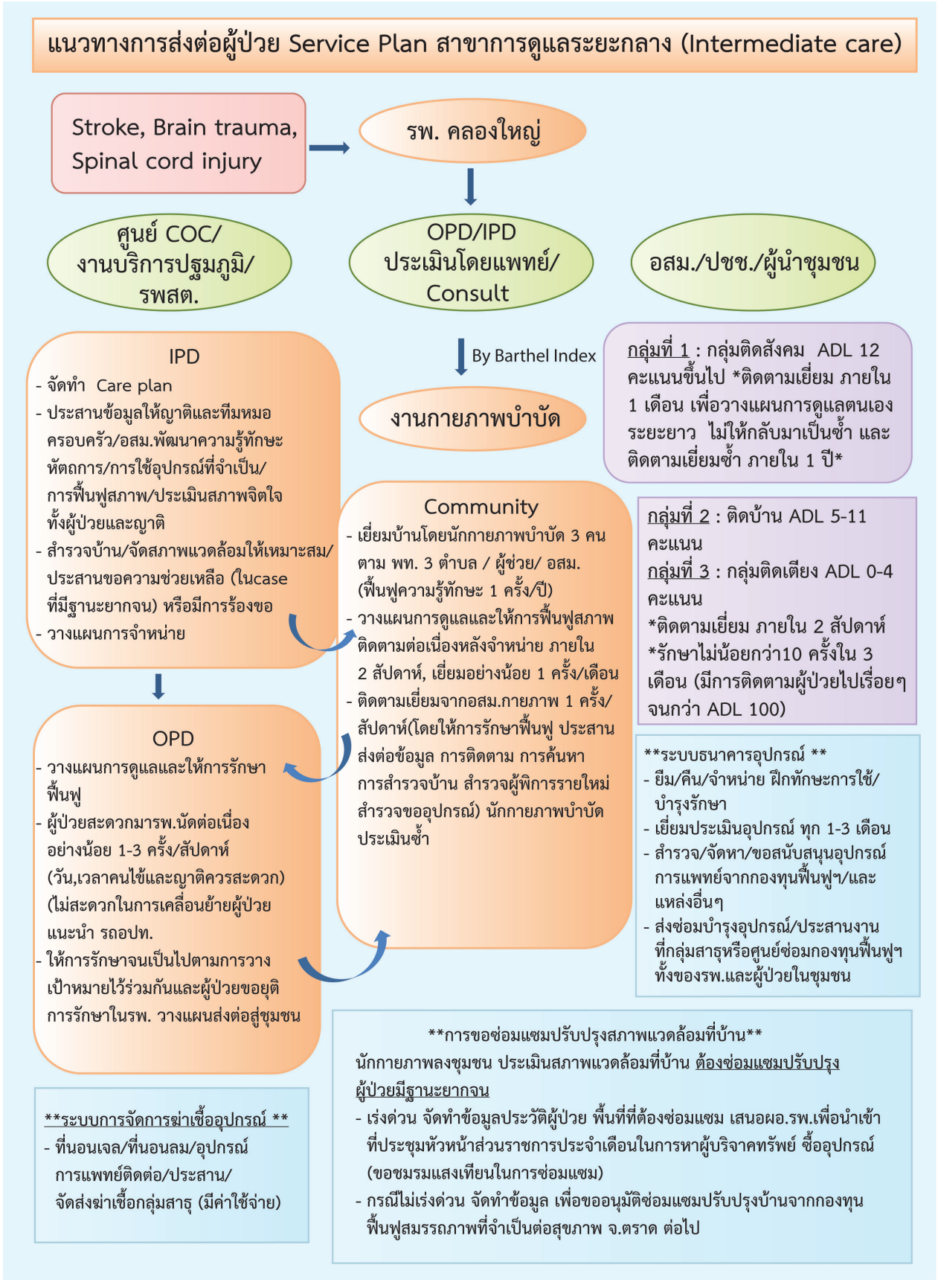
4) พัฒนาข้อมูลให้ตรงกัน ทั้งไปและกลับ รวมถึงข้อมูลในศูนย์COC

5) เสนอให้ พชอ. กำหนดจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.)เป็นการดูแลคนยากลำบากในชุมชน เพื่อจัดหางบประมาณในกรณีขอสนับสนุนจากแหล่งเงินอื่นๆ ไม่ได้ เช่น แพมเพอส อาหารสายยาง ในผู้ป่วยยากจน

6) ส่งแพทย์อบรมเวชศาสตร์ครอบครัว ในระยะสั้น อย่างน้อย 1 คน

4.9 โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด เขตสุขภาพที่ 6
7) พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์ : วัดผลลัพธ์การดูแลรักษา ให้ง่ายขึ้นและไม่เพิ่มภาระบุคลากร (1) ลดcomplication (2) ลดReadmit (3) ADL
5. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) กรมการแพทย์สำรวจฐานข้อมูลเตียงฟาวเลอร์ที่ชำรุดรอจำหน่ายในทุกโรงพยาบาลรัฐ ทุกปี เพื่อเปิดโอกาสให้กองทุนฟื้นฟูหรือกลุ่มจิตอาสาที่มีศักยภาพในการซ่อมเตียงได้มาขอบริจาคฟรี เพื่อหมุนเวียนใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่ต้องใช้เงินบำรุงจัดซื้อเตียง 2) ขยายงบประมาณการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้เกิดในทุกสิทธิการรักษา และทุกกลุ่มอายุ 3) จัดสรรงบประมาณOntop ให้ รพช. ที่ทำIMCได้ดี ลดอัตราครองเตียง ลดReadmit 4) เพิ่มFTEของสหวิชาชีพที่ทำIMC ได้ดี มีผลลัพธ์ชัดเจนต่อเนื่องเกิน 3 ปี 5) ปรับระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนcaregiverในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้เป็นทุกสิทธิ และทุกกลุ่มอายุ

ภาพที่ 4.9 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด



4.10 โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

การดูแลระยะกลาง หมายถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์พยาบาลหรือสหวิชาชีพในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือIntermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ 45 วัน)

กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา

1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพาตเฉียบพลัน (post-acute stroke)
2) ภาวะบาดเจ็บทางสมอง
3) ภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง

วัตถุประสงค์การดูแลระยะกลาง โรงพยาบาลขอนแก่น

1) ลดความแออัด รพศ.ขอนแก่น
2) เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. ในจังหวัดขอนแก่น
3) ฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดภาวะแทรกซ้อน
4) เชื่อมโยงแผนการดูแลผู้ป่วยIMC ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และชุมชน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1) จัดตั้งคณะทำงานทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการIntermediate Care

2) จัดสถานที่ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและอาคารให้เหมาะสม เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยIntermediate Care โดยมีIntermediate corner/beds/ward ในโรงพยาบาลน้ำพอง และ รพ.อุบลรัตน์

3) ดำเนินงานและกิจกรรมตามแผนฯ หรือคู่มือดำเนินงาน

4) มีแนวทางในการประสาน และการคำปรึกษาและการส่งต่อในกรณีฉุกเฉินกับแม่ข่าย และเครือข่ายมีระบบการส่งผู้ป่วยกลับ ที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับระบบปฐมภูมิหรือระบบการดูแลในชุมชน เช่น มีการประสานงานกับCare Manager หรือPCC ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

1.3 ศักยภาพ

1) รูปแบบIPD ส่งผู้ป่วยไปIntensive rehabilitation ที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เตียงสามัญ 20 เตียง, ห้องพิเศษ 8 ห้อง) และในอนาคตโรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาสจะมีบริการรูปแบบIPD หากอาคารผู้ป่วยในสร้างแล้วเสร็จ

2) รูปแบบOPD มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุกลุ่มIMC ที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส ต.โคกสี อ.เมืองขอนแก่น

3) รูปแบบCommunity (การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยทีมPCC เป็นOut-reached program)

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) เป้าหมายชัดเจน
2) Teamเข้มแข็ง

4.10 โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7

จุดอ่อน

1) ผู้ป่วยและญาติลังเลที่จะไปโรงพยาบาลชุมชนในช่วงแรก เพราะอยู่ไกลและไม่แน่ใจคุณภาพการดูแล
2) ความไม่มั่นใจในระบบการส่งต่อและความเข้าใจของบุคลากรในพื้นที่

อุปสรรค

1) เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งมีภาระงานมากและหลากหลาย ไม่สามารถทำตามแผนได้ เวลาไม่ตรงกันเช่น ติดประชุม เจ้าหน้าที่บางสาขายังมีไม่เพียงพอ รวมทั้งงบประมาณยังมีจำกัด
2) บุคลากรเฉพาะทางบางด้านมีน้อย เช่น ช่างสำหรับซ่อมแซมกายอุปกรณ์ รถเข็นหรือเครื่องช่วยเดินต่างๆ ยังไม่เพียงพอ รวมทั้งยังไม่มีระบบช่างที่ช่วยปรับปรุงบ้านคนพิการได้อย่างชัดเจน
3) นโยบายยังขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพในบางพื้นที่
4) ความร่วมมือของผู้ป่วย/ญาติบางราย มีน้อย ผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลบางส่วนยากจนขาดพาหนะ ไม่มีเวลาและไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่
5) ปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วน รวมทั้งความไม่เข้าใจหรือความเชื่อทางไสยศาสตร์
6) การส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วย ล่าช้า เนื่องมาจากโปรแกรมการส่งต่อยังไม่เสถียร
7) บางชุมชนยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ขาดความร่วมมือ ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกคนพิการ
8) มีผู้ป่วยระยะกลางบางส่วนที่ไม่ได้เข้ามาในระบบ เช่น ส่งกลับมาจากพื้นที่อื่น

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) โรงพยาบาลชุมชนเป้าหมายIMCระยะแรก จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8
โดยโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยIMC
และมีโรงพยาบาล Node เป็นโรงพยาบาลลูกข่ายในการดูแลผู้ป่วยIMC (โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลอุบลรัตน์) โดยมีข้อกำหนดหลัก 3 ยินยอม คือ
(1.1) แพทย์เฉพาะทางผู้เป็นเจ้าของผู้ป่วยIMC ยินยอมและปลอดภัยที่จะไปรักษาต่อที่ รพช. ใกล้บ้าน
(1.2) ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ยินยอม
(1.3) โรงพยาบาลชุมชนปลายทาง ยินยอม พร้อมรับดูแลผู้ป่วยIMC
2) พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน (นอกอำเภอเมืองขอนแก่น)
(2.1) โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่ข่าย ในการเปิดทุกช่องทางรับติดต่อปรึกษา 24 ชม. และพร้อมรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อกรณีที่ รพช. ไม่พร้อม ไม่มีการปฏิเสธ โรงพยาบาลขอนแก่นไม่เคยเตียงเต็ม
(2.2) โรงพยาบาลขอนแก่นใช้เกณฑ์ประเมินคัดกรองที่นำมาจากการศึกษาดูงานเขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลสระบุรี เป็นหลักในการส่งต่อผู้ป่วยIMC ไปยังNodeที่เป็นโรงพยาบาลลูกข่ายในการดูแลผู้ป่วยIMC คือ โรงพยาบาลน้ำพอง และโรงพยาบาลอุบลรัตน์
(2.3) โรงพยาบาลน้ำพอง (F1) และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ (F2) ดำเนินการรูปแบบโรงพยาบาลประชารัฐ จึงต้นทุนทางสังคมสูงมาก เป็นปัจจัยสำคัญทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ อาคารใหม่สร้างจากเงินบริจาคของชาวอำเภอเอง
3) ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
(3.1) คณะกรรมการService Plan สาขาที่ดูแลโรคStroke, TBI, SCI จัดทำFlow การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และชุมชน เพื่อจัดทำแนวทางการให้บริการIntermediate Care จังหวัดขอนแก่น
(3.2) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจัดทำCPG และแผนการรักษาดูแลต่อเนื่องรายบุคคล โรคStroke, TBI, SCI กรณีที่ส่งต่อไปดูแลยัง รพช. ที่จัดบริการIntermediate Care

4.10 โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7

(3.3) พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยIMC (งบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 7) ปี พ.ศ. 2561 โดยเน้นที่กลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นอันดับแรก

Small Success

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- แต่งตั้งคณะกรรมการIMC - ประชุมชี้แจงคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง - ศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยIMC	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยIMC - ติดตามการรายงานข้อมูล	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ดำเนินงานใน 4 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 7 - กำกับ ติดตามประเมินผลตัวชี้วัด

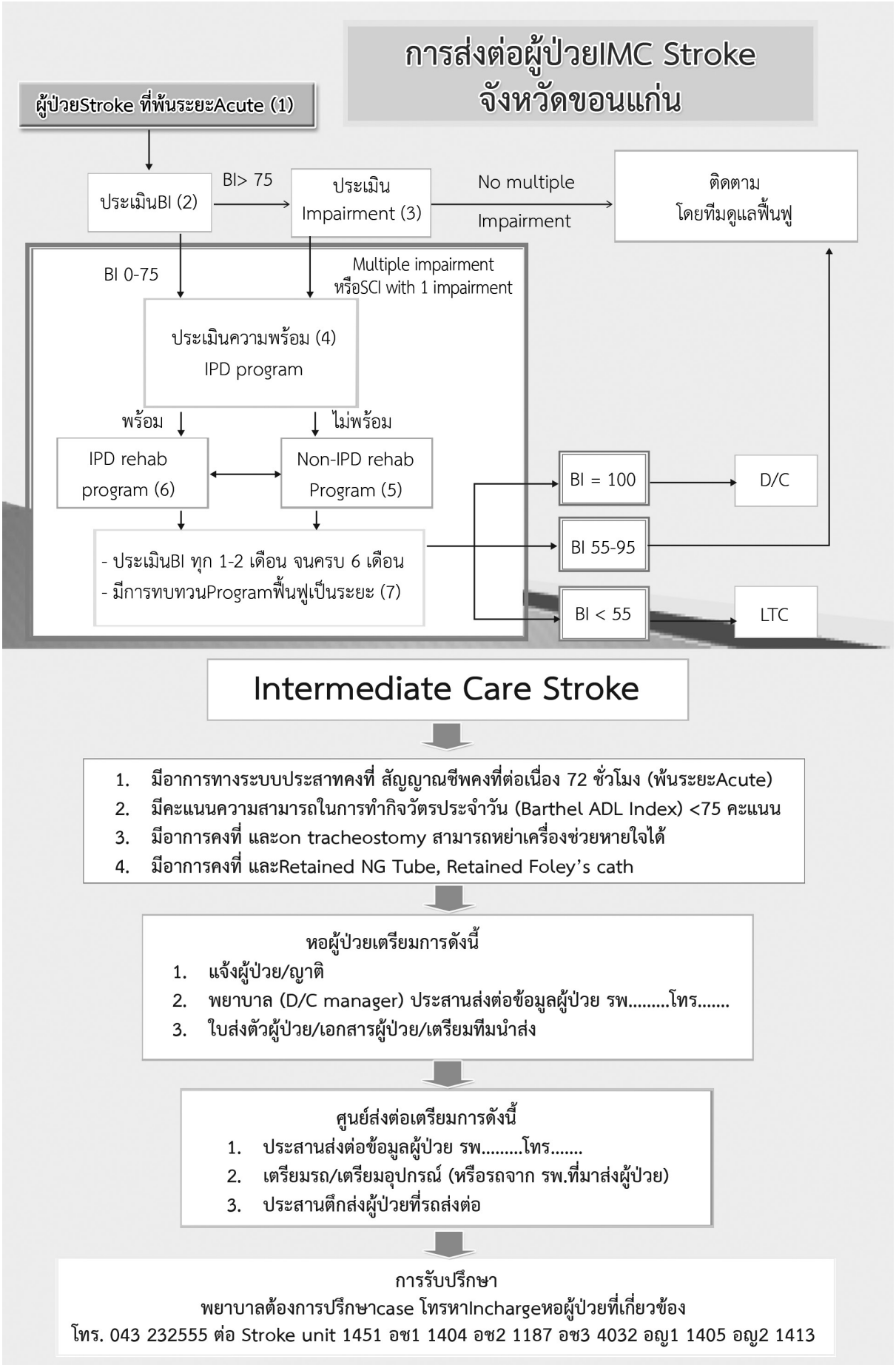
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) นโยบายจัดตั้งคณะกรรมการ ระดับเขต / จังหวัด
2) กำหนดผู้รับผิดชอบงานชัดเจน
3) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน
4) การสนับสนุน และประสานงานเครือข่ายสหวิชาชีพ
5) ชุมชนมีส่วนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน(Home ward)

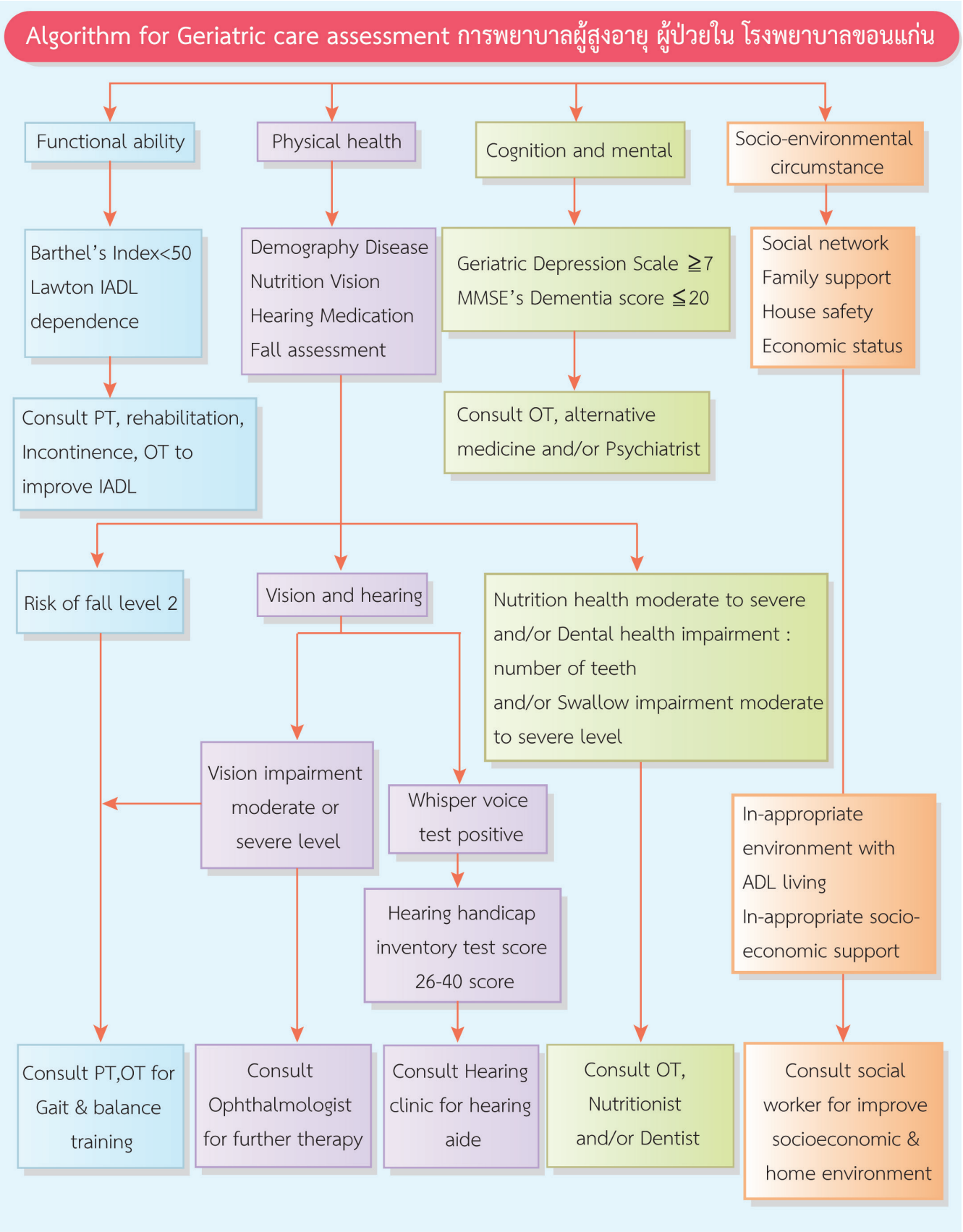
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

1) แนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการที่ชัดเจน
2) อัตรากำลังคนด้านเวชกรรมฟื้นฟู
3) ระบบส่งต่อ ระบบIT ที่สมบูรณ์ทุกๆ เขต ลดภาระงาน
4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และงบพัฒนาด้านอื่นๆ
5) แนวทางการใช้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ชัดเจน

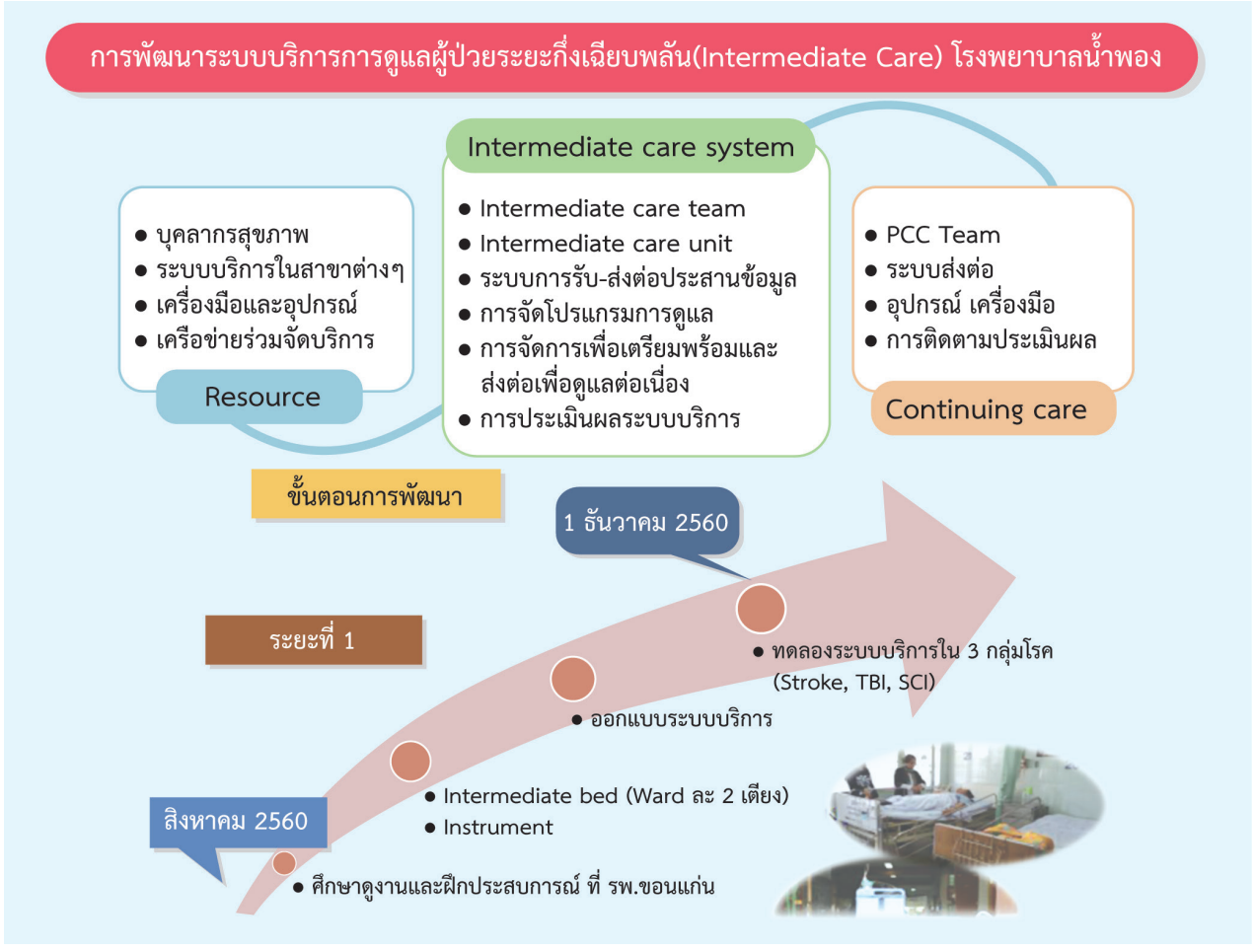
ภาพที่ 4.10.1 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

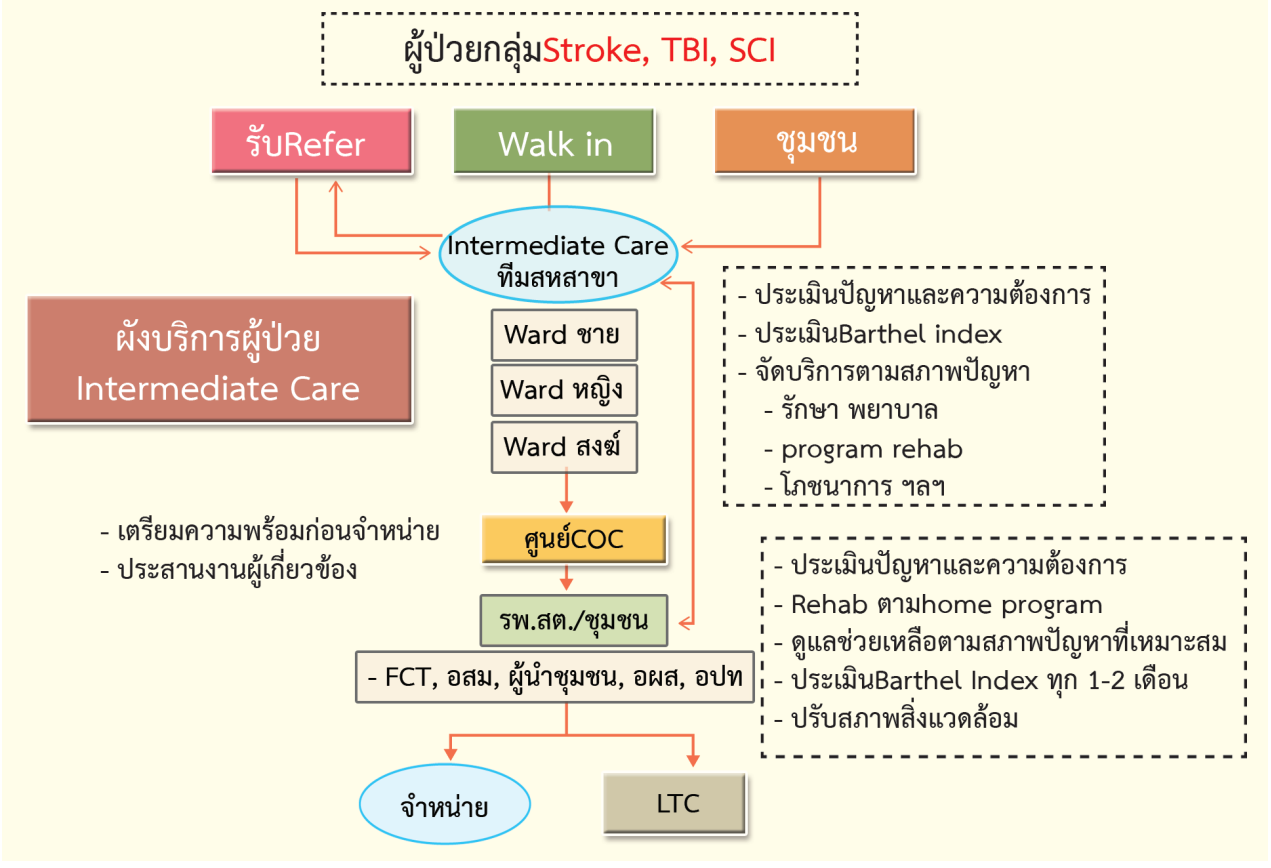


ภาพที่ 4.10.2 Geriatric Care Flow งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 4.10.3 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น





4.11 โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลขอนแก่น 2 มีบุคลากรแบบสหวิชาชีพทำหน้าที่ควบคุมกำกับ พัฒนา และให้บริการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยแบบผสมผสาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากพ้นภาวะวิกฤติ (sub-acute period) โดยที่ไม่จำกัดระดับของADL (Activities of daily living) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว(medically stable) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี โดยให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยในด้าน 1) Functional ability 2) Physical health 3) Mental health and cognition & perception 4) Socio-environmental status เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบองค์รวม ที่ให้การดูแลทางการแพทย์พยาบาลหรือสหวิชาชีพในสถานพยาบาลรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD) แบบไป-กลับ โดยไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อนที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเจ็บป่วยในระยะกึ่งวิกฤติ ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

1.3 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) มีบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพเป็นแกนนำพื้นฐานหลักในด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยด้านโรคหลอดเลือดสมอง คือ พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์/ทันตาภิบาล เป็นต้น

2) การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีระบบการกำหนดตัวผู้จัดการระบบงานอย่างชัดเจน มีแนวทางการทำงานเป็นโปรแกรมร่วมของสหวิชาชีพที่ชัดเจน และทีมมีความกระตือรือร้นในการปรับปรุงพัฒนางานอยู่เสมอ

3) มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่นที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง โดยทีมนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ที่เป็นระบบและข้อมูลเป็นปัจจุบัน

4) ผู้ดูแลเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ ในการรับ-ส่ง และดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตามแผนการดูแล

5) โครงสร้างของอาคารผู้ป่วยนอกที่เชื่อมโยงห้องให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องในบริเวณชั้นเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพได้รวดเร็วในแต่ละวัน

6) สภาพสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกของโรงพยาบาลที่สวยงามร่มรื่น ช่วยในด้านการฟื้นฟูจิตใจที่ดี

7) บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่เป็นมิตร

8) มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการพัฒนางานจากวัดศิริธรรมิกาวาส อย่างสม่ำเสมอ ทั้งการจ้างงานบุคลากร งบประมาณการก่อสร้างและซ่อมบำรุง งบครุภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ

จุดอ่อน

1) ความห่างไกลของโรงพยาบาลขอนแก่น 2 จากตัวเขตเทศบาลนครขอนแก่น เป็นระยะทาง 15 กิโลเมตร ตามโครงสร้างทางภูมิศาสตร์ ทำให้การเดินทางลำบาก ทั้งในส่วนของบุคลากรและผู้มาใช้บริการ

2) การพัฒนาทางด้านภูมิทัศน์โดยรอบโรงพยาบาลที่ยังไม่สมบูรณ์ เช่น การจัดสถานที่สวนสาธารณะ หรือลู่ทางเดินเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายต่างๆ

3) อัตรากำลังบุคลากรที่ไม่เพียงพอของโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ได้แก่ นักกายภาพบำบัดมีเพียง 1 คน ขาดนักฝึกหัดการพูด นักจิตวิทยา หรือนักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนและภาระงานมาก เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถมาดำเนินงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2 ได้ตามตารางโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ

4.11 โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น
4) โครงสร้างของโรงพยาบาล ในด้านจำนวนห้องให้บริการที่มีน้อย และขนาดห้องที่ไม่ใหญ่มาก ทำให้มีความความแออัดของการให้บริการ เช่น ห้องกายภาพบำบัด ห้องฟื้นฟูทางด้านอื่นๆ เป็นต้น 5) เครื่องมือทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ยังเป็นแบบพื้นฐาน เครื่องมือที่ใช้ฟื้นฟูเฉพาะด้านยังไม่เพียงพอ 6) ระบบการเชื่อมการดูแลในด้านการเบิกอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน **อุปสรรค** 1) พื้นที่โรงพยาบาลยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้เป็นที่ราชพัสดุ ทำให้มีปัญหาด้านการของบประมาณเพื่อขยายงานผู้ป่วยใน หรืองานด้านสนับสนุนอื่นๆ (อยู่ในระหว่างการดำเนินการ) 2) การขนส่งผู้ป่วยจากตำบลต่างๆ ในเขตอำเภอเมือง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อมารับบริการดูแลที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2 (ในกรณีผู้ป่วยไม่มีรถ) 3) นโยบายในระบบการคิดค่ารักษาการฟื้นฟูแบบเข้มข้น โดยเฉพาะในส่วนของ สปสช. ยังไม่สอดรับกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4) ภูมิลำเนาผู้ป่วยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลขอนแก่น 2 มาก ทำให้ไม่สามารถมารับการดูแลฟื้นฟูแบบไปกลับ
2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC
ระยะที่ 1 เตรียมการ (ปลายปี 2559) 1) ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา 2) กำหนดวัตถุประสงค์ของงานIntermediate Care 3) กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4) การเตรียมแหล่งการส่งต่อข้อมูล 5) การเตรียมทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็น เตรียมสร้างความร่วมมือจากองค์กรภายนอก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลนำร่อง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะสงฆ์ และคณะกรรมการวัดศิริธรรมิกาวาส เป็นต้น **ระยะที่ 2 (2560)** 1) การพัฒนาทักษะของบุคลากร 2) การร่างแนวทางและโปรแกรม 3) จัดโครงสร้างและออกแบบระบบของงาน 4) ทดลองใช้ **ระยะที่ 3 (2561)** 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยIMC 2) ประเมินผลรูปแบบ 3) ประเมินปัญหาและอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข 4) วางแผนและแก้ไขปัญหาที่พบ รวมทั้งวิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและการแก้ไข 5) ประสานการแก้ปัญหาทั้งจากองค์กรภายในและภายนอก 6) ปรับปรุงรูปแบบระบบ 7) เผยแพร่ส่งเสริมงานให้เป็นที่รู้จักทั้งภายในและภายนอกประเทศ 8) ติดตามการรายงานข้อมูล 9) ระดมทุนเพื่อหางบประมาณในการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยใน

4.11 โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 4 (2562)

1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับดำเนินงานใน 4 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 7
2) ทำความร่วมมือการพัฒนาระบบการดูแลและวิชาการ กับองค์กรทั้งในและต่างประเทศ
3) ส่งเสริมบุคลากรให้ศึกษาดูงานต่างประเทศ
4) ประเมินผลระบบ ปัญหา และพัฒนางาน
5) พัฒนาเครือข่ายทีมIntermediate Care อำเภอเมืองขอนแก่น
6) กำกับ ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัด
7) ระดมทุน เพื่อจัดหางบประมาณสร้างอาคารผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น 2

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมจากครอบครัว อย่างเป็นระบบ

2) การได้รับการสนับสนุนและร่วมมือกับองค์กรภายนอก ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลนำร่อง เช่น ตำบลโคกสี ตำบลหนองตูม ตำบลบึงเนียม

3) การมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ และความต้องการพัฒนางานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น 2

4) มีการกำหนดผู้จัดการระบบงานอย่างชัดเจน โดยมอบหมายพยาบาลเป็นผู้จัดการระบบ

5) การได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจนจากผู้บริหารโรงพยาบาล และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่นในการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ในเรื่องIntermediate Care และIntermediate Hospital

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

อัตรากำลัง

1) ควรเพิ่มจำนวนอัตรากำลังคนด้านการดูแลฟื้นฟูที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสภาพร่างกาย สภาพสมอง สภาพจิตใจ

2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งการศึกษาอบรมเฉพาะทาง การศึกษาดูงานในและต่างประเทศ

3) ควรพัฒนาระบบส่งต่อ โดยควรมีโปรแกรมระบบIT ที่สมบูรณ์และเป็นรูปแบบเดียวกันทุกๆ เขต

4) ควรพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพพยาบาล โดยกำหนดโครงสร้างทางการพยาบาลเพิ่มเติม เป็นกลุ่มงานการพยาบาลฟื้นฟู

งบประมาณ

1) แนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการที่ชัดเจน ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก ในทุกสิทธิการรักษา
2) แนวทางการใช้เงินกองทุนฟื้นฟูที่ชัดเจน ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก และระบบOut-reach program
3) งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากร
4) งบประมาณในจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือด้านการฟื้นฟู

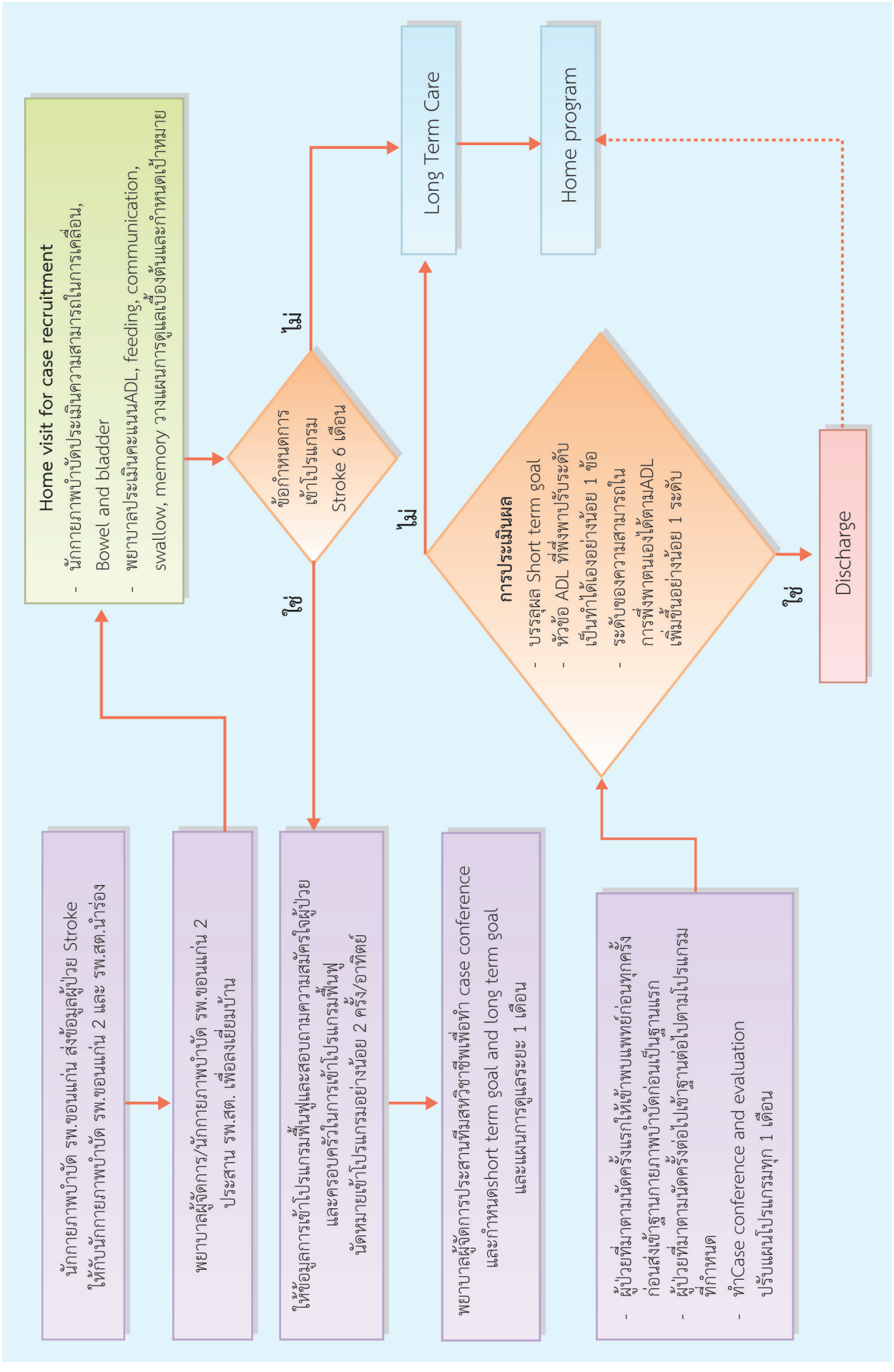
ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผสมผสานสหวิชาชีพ Stroke in golden period โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น

Multidisciplinary care team	Item of problem	Therapy	Time	Indicator
Physician	- Diagnosis & treatment	Physical examination & investigation	1 time/ mo.	No complication of physical & functional & mental health
Geriatric Nurse	- Medication - Dressing - Bladder - Bowel - Brain stimulation - Depression	- Management of Medication - Socio-economic environment - Dressing training - Bladder training - Bowel training - Brain stimulation	2 times/ week	- Normal bowel movement and toilet use - ADL: dressing, grooming, feeding raise to independent - Home modification fit to living and enough economic status - Impair cognitive domain improvement
Physical therapist	- Transferring - Mobility - Stair - Toilet use - Chest - Pain	- Therapeutic exercise - Electrotherapy - Functional mobility training - Quality movement training - Balance training - Ambulation training - Gait training	2 times/ week	- Improvement of Functional mobility task - level of assisted decrease at least 1 step - Quality movement, Balance, Gait analysis, Pain scale improve
Occupational therapist	- Cognition (esp. Level of arousal, Attention &Memory) - Perception - Sensory - Hand Function - Oro-motor control (Communications and etc.) some aspects need work together with other professions. - Home barriers	- Perception and Cognition training - Attention training - Oro-motor Stimulation - Swallowing & Eating Therapy - Pre-speech training - Sensory Re-education - Muscle Re-education (Normalize Muscle Tone) - Hand Function training - ADL training - Bilateral Integration training	1 time/ week	- Improvement of any components s' Cognition, Perception, Sensory, Oral motor Control, ADL& Psychosocial those were problems (depend on potential person or family) - Safety Feeding or Eating. (prevent death for Aspiration Pneumonia)

Multidisciplinary care team	Item of problem	Therapy	Time	Indicator
	- Requirements for Hand splint, arm sling or shoulder support - Psychosocial	- Hand splint/ arm sling/ shoulder support - Psycho support - Home modification (recommendation)		- Home barriers were modified by universal design - Quality of life questionnaire: WHOQOL-BREF-THAI
Thai traditional medicine	Pain - Mobility - Bowel - Brain stimulation - Speech - Spiritual - Improve sensory	- Body Massage - Hot compression - Herb treatment & aromatherapy - Sensation & movement	2 times/ week	- Pain scale - Bowel movement function - Muscle power and direction of movement increasing at least 1 level
Dental nurse	- Oral hygiene	Oral care & education	1 time/ mo.	- No oral and teeth problem
Pharmacist	- Medication	- Drugs reconciliation	1 time/ mo.	- No drugs interaction
Nutritionist	- Nutrition	- Scale of nutrition level - The nutrition program	1 time/ mo.	- BMI normal

ตัวชี้วัดรวม

- ADL 1 of 10 item increase from dependent to independent at least 1 item
- Level of ADL dependent raise up at least 1 level
- Achieve short term goal



ภาพที่ 4.11.1 Flow of recruitment on intensive rehabilitation of stroke patients of KKH2nd โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิการาส

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatrics) ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

ผู้ป่วยนอกสูงอายุ หมายถึงผู้ป่วยที่เข้ารักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (ภาวะสมองความคิดความจำผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยที่ไม่จำกัดระดับของADL(Activities of daily living) โดยให้การดูแลเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันในด้าน

1) Functional ability
2) Physical health
3) Mental health and cognition
4) Socio-environmental status

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

การให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกสูงอายุของโรงพยาบาลขอนแก่น 2 จัดเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ให้การดูแลทางการแพทย์พยาบาล และสหวิชาชีพในสถานพยาบาลเพื่อป้องกัน ฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และรักษา ในรูปแบบผู้ป่วยนอก(OPD) รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง หรือการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยในเบื้องต้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกผู้ป่วยนอกจะทำการประเมินคัดกรองภาวะGeriatric syndrome แบบComprehensive geriatric assessmentทั้ง 4 ด้าน ก่อนส่งพบและส่งต่อปัญหาให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยผู้ป่วยสูงอายุหลังจากได้รับการตรวจรักษาแล้ว จะได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ตามปัญหาทางGeriatrics ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ผ่านระบบGreen channel ทางด่วนพิเศษ หรือเพื่อการฟื้นฟูป้องกันตามปัญหาGeriatric syndromeที่พบ กับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น 2

1.3 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) มีพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุทำหน้าที่กำกับและจัดการระบบ
2) มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวออกปฏิบัติงานทุกวัน และมีแพทย์เฉพาะทางสาขากระดูกและข้อเวชศาสตร์ฟื้นฟู จัดตารางออกตรวจประจำทุกเดือน
3) มีการจัดโปรแกรมกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม โดยดำเนินงานทุกวันอย่างต่อเนื่อง
4) มีทีมสหวิชาชีพเฉพาะทางแทบทุกด้าน เช่น พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ นักอรรถบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น

จุดอ่อน

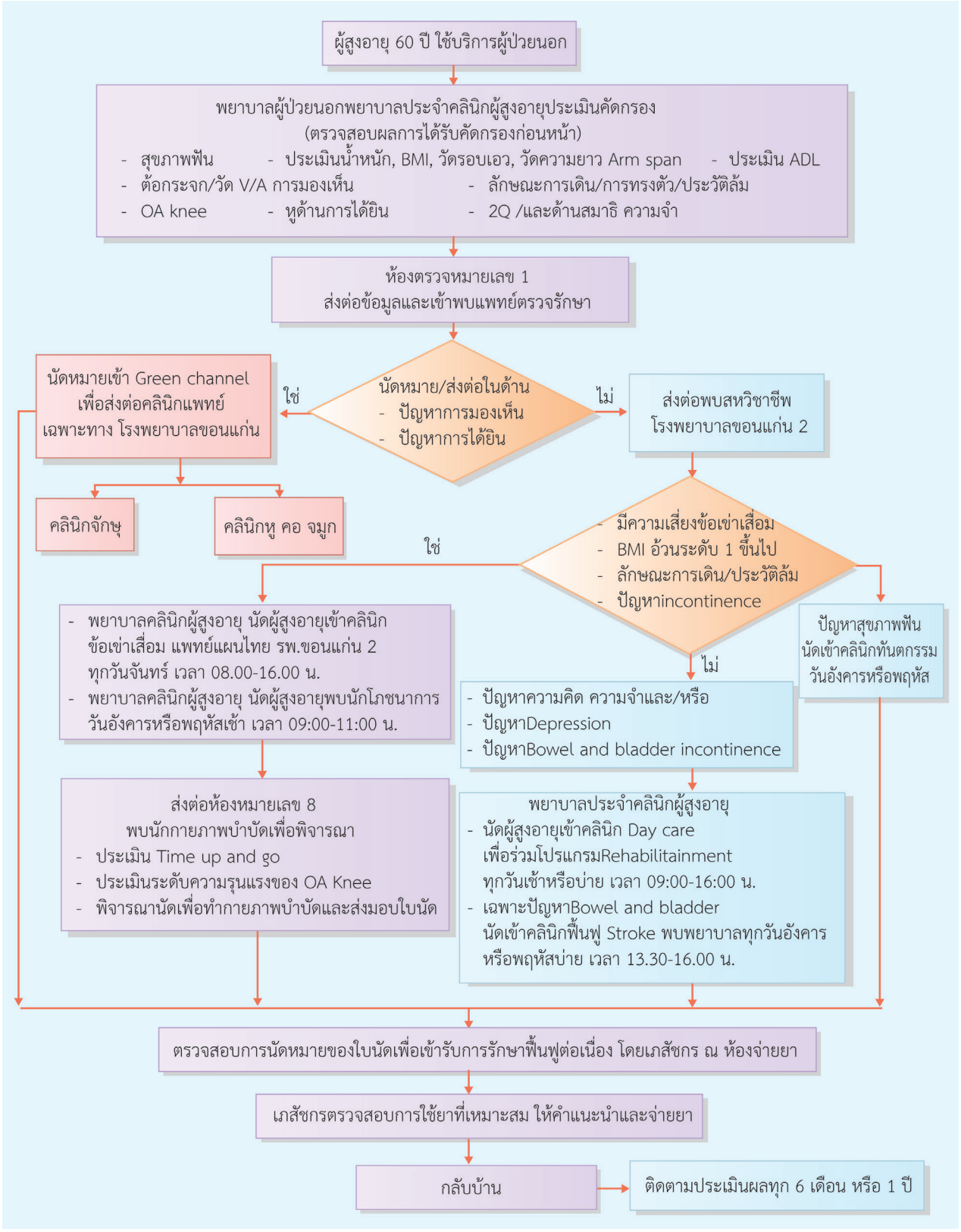
1) ยังมีอัตรากำลังบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทั้งพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ และสหวิชาชีพต่างๆ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทำให้มีภาระงานมาก และอาจไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา
2) ความเข้าใจและตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลยังไม่เพียงพอในด้านGeriatric approach & mind ส่งผลต่อการละเลยปัญหาทางด้านGeriatric syndrome ทั้งในด้านการคัดกรองปัญหาและการรักษาฟื้นฟู โดยทีมแพทย์พยาบาล

อุปสรรค

1) มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุเป็นจำนวนมาก กล่าวคือจำนวนผู้สูงอายุที่มารับการรักษามีมากกว่าร้อยละ 50
2) การคัดกรองภาวะGeriatrics syndrome ต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน และหลายขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเวลา ผู้ประเมินเกิดความเหนื่อยล้า

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatrics) ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส
3) รูปแบบในด้านการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความชัดเจน 4) การเห็นถึงความสำคัญโดยตัวผู้สูงอายุเองในการรักษาฟื้นฟูด้านGeriatric syndrome นั้นมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากไม่เป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินต่อชีวิต ทำให้ภาวะเสื่อมมีมากขึ้น อัตราการกลับเพื่อเข้ามาดูแลฟื้นฟูหรือรักษามีค่อนข้างน้อย 5) การส่งต่อกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ยังไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุในด้านGeriatrics ได้เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร และขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจ
2. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1) มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีระบบการเชื่อมโยงงานที่ชัดเจน 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนด้านบุคลากรและการปฏิบัติงาน 3) มีโครงสร้างอาคารเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเดินเชื่อมไปยังทีมสหวิชาชีพได้โดยง่าย ไม่ซับซ้อน 4) มีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ที่ชัดเจน และรวดเร็ว

ภาพที่ 4.11.2 Flowการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น 2 สาขาวัดศิริธรรมิกาวาส จังหวัดขอนแก่น (เปิดบริการทุกวัน จันทร์-ศุกร์)



4.12 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

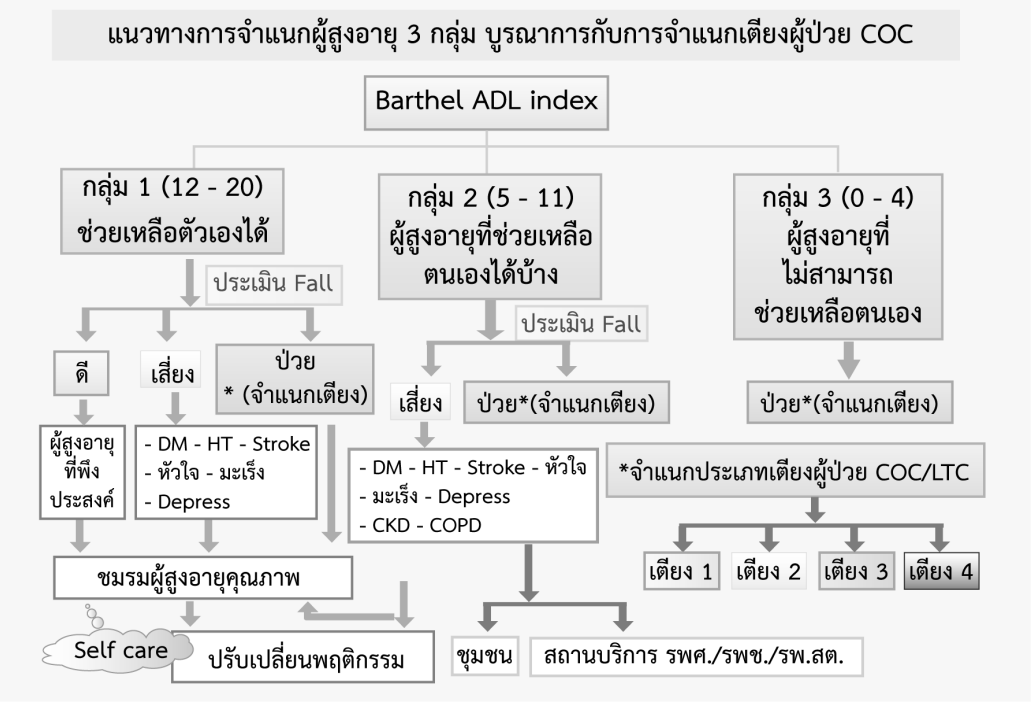
จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในเจ็ดจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประชากรจังหวัดอุดรธานีประมาณ 1.5 ล้านคน และประชากรทั้งเขตมีประมาณ 5.5 ล้านคน เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้พัฒนาระบบงาน Long Term Care ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่บ้าน ครอบคลุม 15 กลุ่มโรคเป้าหมายและกลุ่มอื่นๆ โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ใน 15 กลุ่มโรคนี้ อย่างไรก็ดี การจัดกลุ่มส่วนใหญ่ยึดตามโรคหลักซึ่งมีทุกกลุ่มวัย สำหรับการดูแลผู้สูงอายุนั้น มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องและดูแลระยะยาวโดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเตียง 2 และเตียง 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และพึ่งพิงทั้งหมด (ตามหลักเกณฑ์ในการจำแนกเตียงCOC/LTC เขตสุขภาพที่ 8)

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

แนวทางการจำแนกผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม บูรณาการกับการจำแนกภาวะสุขภาพและการจำแนกเตียงป่วยในการส่งผู้ป่วยที่พ้นระยะacute กลับสู่LTCในชุมชน จะส่งผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลอุดรธานี (Continuing of Care Center; COCcenter) และส่งต่อไปยังศูนย์COCของแต่ละอำเภอ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ทีมประสานงานการดูแลผู้สูงอายุ/ทีม LTC/ทีมpalliative care จะร่วมทำ discharge plan หรือteam meeting ในกรณีที่ส่งไปดูแลแบบIntermediate Careในโรงพยาบาลระดับอำเภอจะให้ส่งผ่านReferral center สำหรับอำเภอเมืองอุดรธานีนั้นไม่มีโรงพยาบาลอำเภอเมือง จึงยังคงดูแลต่อในหอผู้ป่วยเดิม หรืออาจส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และส่งต่อCOC เมื่อผู้ป่วยจะกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมระดับปฐมภูมิ หรือFamily Care Team; FCT (ดังภาพที่ 4.12.2 ผังการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน ประยุกต์จากผังในหนังสือการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2557)

1.3 ศักยภาพ

ภาพที่ 4.12.1 แนวทางการจำแนกผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ตาม ADL บูรณาการกับการจำแนกภาวะสุขภาพ (ดี เสี่ยง ป่วย) และเตียงดูแลต่อเนื่องในชุมชน COC จังหวัดอุดรธานี



4.12 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ระบบบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (Continuing of Care) และPalliative care ได้รับรางวัลจากคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) พ.ศ. 2559

2) ได้รับรางวัล The best Geriatric Service Award พ.ศ. 2559 การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นbest practice ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลภาวะพลัดตกหกล้ม (Fall) จากกรมการแพทย์

3) เครือข่ายจังหวัดอุดรธานีได้รับการรับรองProvincial Healthcare Network Certification (PNC) for Stroke fast track พ.ศ. 2561 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

อุปสรรค

1) การส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้ส่งต่อผ่านศูนย์COCได้ทั้งหมด โดยจากการทบทวนข้อมูลในปี 2560 มีผู้ป่วยstroke อำเภอเมืองที่admitในโรงพยาบาลอุดรธานีจำนวน 712 คน ได้รับการส่งต่อดูแลที่บ้านโดยผ่านโปรแกรมLTC อ.เมือง จ.อุดรธานี จำนวน 490 คน นั่นคือประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยstroke ที่ได้ส่งต่อดูแลต่อเนื่อง

2) แต่ละทีมต้องการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ที่แตกต่างกัน โดยงานIMCต้องการประเมินBarthel's Index Score (BIS) หรือbasic ADL เป็นรายข้อ 10 ข้อ รวมทั้งติดตามcomplications โดยให้ทีมที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิรายงานเข้าGoogle drive

3) ในขณะที่ทีมStroke unit ติดตามผู้ป่วยโดยใช้Modified Rankin Scale (MRS) และติดตามทางโทรศัพท์โดยcase manager สาขาstroke

4) ทีมCOC รายงานเป็นเตียง 4 ประเภท ตามแนวทางการจำแนกเตียง และรายงานADL เป็นคะแนนรวม โดยรายงานในโปรแกรมLTC ระดับเขต 8

5) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องบันทึกข้อมูลรายงานหลายโปรแกรม

6) ผู้ป่วยStroke จำหน่ายจากโรงพยาบาลค่อนข้างเร็ว มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในภาพรวม 6.2 วัน ส่วนผู้ป่วยอำเภอเมือง จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.1 วัน ซึ่งระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนั้นค่อนข้างสั้น อาจไม่เพียงพอต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพพร่องกว่ากลุ่มวัยก่อนสูงอายุ อีกทั้งระยะเวลาในการสอนญาติที่เป็นcaregiver ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านกายภาพบำบัด ยังไม่เพียงพอ เมื่อจำหน่ายเร็ว Family Care Teamในชุมชนจึงมีบทบาทหลักในการดูแล FCTจึงมีนักกายภาพบำบัดเป็นสมาชิกสำคัญของทีม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมในการประเมินปัญหาผู้ป่วย มีกระบวนการจัดทำcare plan สนับสนุนทีมสุขภาพและcaregiverในการดูแลผู้ป่วยตามcare plan

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

คณะทำงานโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมCOC/LTC และพยาบาลจาก 5 หอผู้ป่วย ร่วมประชุมหารือการดำเนินงานIMC ใน กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Stroke, Traumatic Head Injury และSpinal Cord Injury รวมทั้งในกลุ่มโรคFracture around the hip โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุด้านป้องกันและดูแลภาวะพลัดตกหกล้มดำเนินการดูแลต่อเนื่องอยู่แล้ว ตามที่ได้กล่าวในเบื้องต้นเกี่ยวกับอุปสรรคว่า แต่ละทีมต้องการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ที่แตกต่างกัน จึงได้หารือเกี่ยวกับบทบาทของทีม และระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วย โดยภายใน 6 เดือนแรก ทีมIMC และ

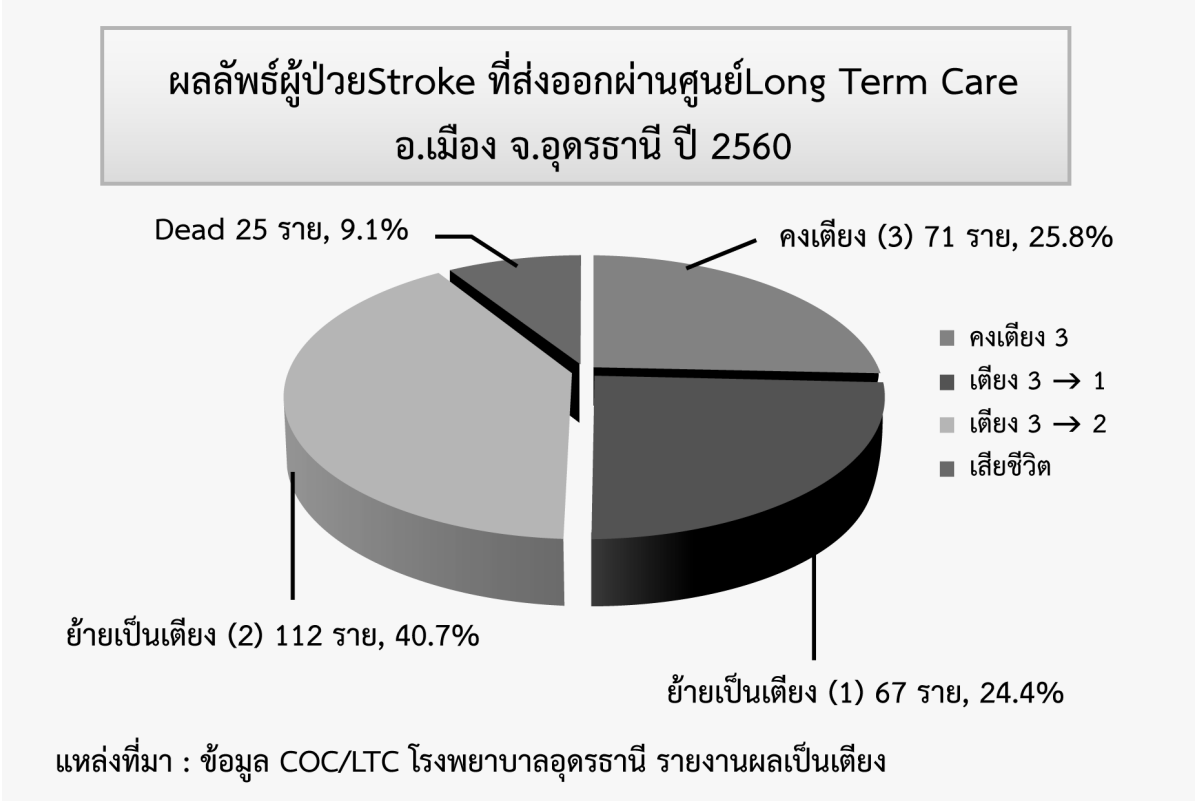
4.12 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8

ทีมCOCของโรงพยาบาลเป็นผู้ติดตาม Family Care Teamในชุมชนเป็นผู้เยี่ยมดูแล และรายงานผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ระยะ 1, 3, 6 เดือนแรก โดยผู้ป่วยอาจจะได้รับการส่งกลับมาติดตามอาการจากแพทย์ หรือทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นแบบผู้ป่วยนอก และหลังจาก 6 เดือน ติดตามโดยทีมCOC เยี่ยมโดยFamily Care Teamที่บ้านตามแนวทางLTC

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยStroke

ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งรายงานผลลัพธ์โดยทีมLTC จำแนกเป็นเตียง พบว่าผู้ป่วยเตียงประเภท 3 ยังคงเป็นเตียง 3 จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 25.8) ผู้ป่วยเตียง 3 มีภาวะสุขภาพดีขึ้นย้ายเป็นเตียงประเภท 2 จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 40.7) และเตียง 3 ย้ายเป็นเตียง 1 จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 24.4) โดยภาพรวมร้อยละ 65 มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง แต่ก็มีผู้ป่วยอาการหนักเสียชีวิต 25 ราย (ร้อยละ9.1) (ดังภาพที่ 4.12.1) และข้อมูลจากงานคนพิการพบว่าในปี 2560 คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนคนพิการอันเนื่องมาจากStroke จำนวน 113 คน (ดังภาพที่ 4.12.1)

ภาพที่ 4.12.2 ผลลัพธ์ผู้ป่วยStroke ที่ส่งออกผ่านศูนย์LTC จังหวัดอุดรธานี



แหล่งที่มา : ข้อมูล COC/LTC โรงพยาบาลอุดรธานี รายงานผลเป็นเตียง

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) การบูรณาการระหว่างคณะกรรมการService plan สาขาต่างๆ โดยร่วมมือกันเป็นเครือข่ายทั้งจังหวัด ตั้งแต่สถานบริการระดับ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับปฐมภูมิ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลแบบองค์รวม

2) มีทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชน ประกอบด้วยแพทย์สาขาต่างๆ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร โภชนากร นักการแพทย์แผนไทย

3) FCT มีแนวทางในการดูแลแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมตามแบบส่งต่อ หรือตามcare plan

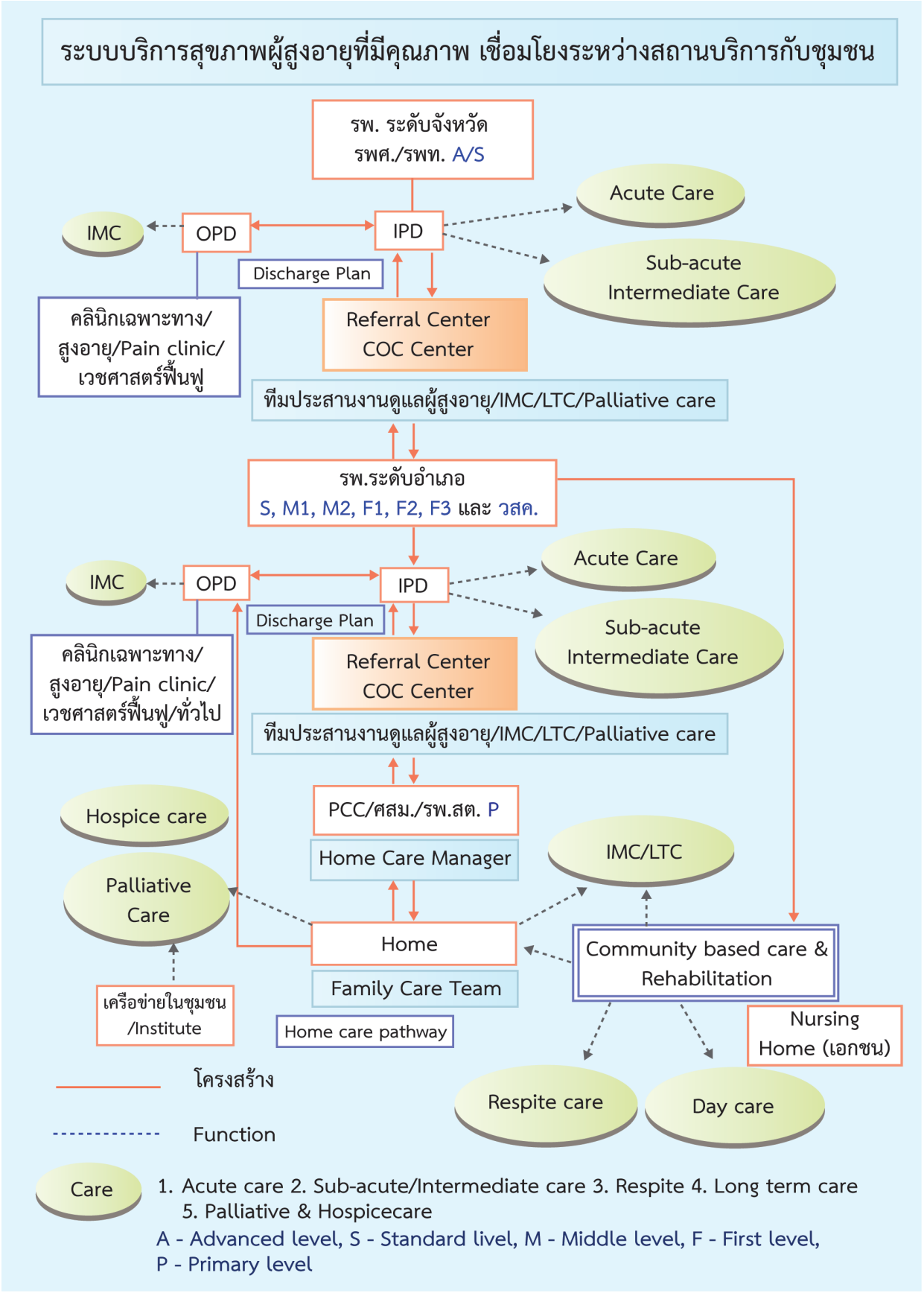
4) กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่พ้นช่วงacute ส่งกลับดูแลแบบ Intermediate Care และต่อเนื่องในชุมชนนั้น หากทีมFCTที่เป็นสหวิชาชีพได้เยี่ยมบ้านให้การดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ภายใน 1- 2 สัปดาห์สำหรับผู้ป่วยเตียง 3 และภายใน 2-3 สัปดาห์สำหรับผู้ป่วยเตียง 2 และสม่ำเสมอต่อเนื่อง จะสามารถฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น

4.12 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8
5) มีrehabilitation programสำหรับผู้ป่วย มีคู่มือทบทวนทักษะการดูแล และการทำกายภาพสำหรับcaregiverที่เป็นอาสาสมัคร หรือcaregiverที่เป็นญาติ จะช่วยให้ระยะเปลี่ยนผ่านช่วง 3-6 เดือนแรกของการดูแลแบบIntermediate Care ในชุมชนมีประสิทธิภาพขึ้น 6) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบcommunity based care and rehabilitation ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว จนสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้มีชีวิตที่สามารถพึ่งตนได้ตามสมรรถนะ ลดภาวะimpairment ไม่ให้เกิดความพิการถาวร
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) การสนับสนุนให้มีนักกายภาพบำบัดร่วมกับFCT ในการทำงานในชุมชน หรือพัฒนาศักยภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลชุมชน ในด้านการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วย 2) มีภาพโปสเตอร์ หรือคลิปวีดีโอ สำหรับผู้ป่วยและญาติ ที่แสดงวิธีการทำกายภาพบำบัดได้ด้วยตนเองอย่างง่าย 3) มีศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและคนพิการในชุมชน แบบใกล้บ้านใกล้ใจ

ภาพที่ 4.12.3 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลอุดรธานี

ผังการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน

(ประยุกต์จากผังในหนังสือการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2557)



4.13 โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เขตสุขภาพที่ 9

1. บริบท (context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลรัตนบุรี ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) โดยทีมบุคลากร พัฒนาและให้บริการด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งในรูปแบบบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้าน โดยเน้น 3 โรค คือ Stroke,TBI และ SCI รายใหม่ เพื่อตอบสนองตามงานนโยบาย ตัวชี้วัดงานIMC ของService plan กำหนดร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (ร้อยละ 10 ของสถานบริการทั้งหมด) โรงพยาบาลรัตนบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีศักยภาพในการเปิดให้บริการตามเกณฑ์ ได้เปิดให้บริการอย่างเต็มรูปแบบที่แผนกผู้ป่วยในตึกเวชกรรมฟื้นฟู ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 เป็นเตียงสามัญ จำนวน 9 เตียง โดยรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มIMC ที่refer back จากโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ และ ผู้ป่วยที่refer in จากโรงพยาบาลอำเภอข้างเคียง (เป็น node ร่วมบริการ)

ก่อนปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลรัตนบุรีได้เปิดบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยมีรูปแบบบริการเป็นIMC bed ที่ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง เป็น stroke unit ตึกละ 2 เตียง ต่อมาในปี 2559-2561 รับผู้ป่วยกลุ่มIMC ที่เป็นกลุ่มrefer in (กลุ่มป่วยรายใหม่) เพื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพจำนวน 73 ราย, 74 ราย และ 97 ราย ตามลำดับ งานบริการแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559-2561 ตึกเวชกรรมฟื้นฟูได้ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มIMC จำนวน 112 ราย และ 173 ราย ส่วนงานบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัตนบุรี มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้บริการทุกวันพฤหัสบดี ในสัปดาห์ที่ 1และ 3 ของทุกเดือน ในจำนวนผู้ป่วยนอกกลุ่ม IMC ที่มารับบริการคลินิกโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ขึ้นทะเบียน ในปี 2559-2561 พบว่าอัตราผู้สูงอายุกลุ่มIMC ที่มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ คือ 65.18 (176/270 ราย), ร้อยละ 63 (172/273 ราย) และร้อยละ 70.26 (215/306 ราย) ตามลำดับ

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

มีการให้บริการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่ม IMC รับเข้าไว้ในความดูแล ทั้งในกลุ่มที่refer in, refer back และกลุ่มunplan refer back โดยเป็นผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตจนถึงระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพตามปัญหา ตามโปรแกรมที่กำหนด และประเมินผลหลังจากมีการฟื้นฟูสภาพทุกเดือน มีเกณฑ์วัดประสิทธิภาพประสิทธิผล โดยใช้เครื่องมือBI, National Institute Health Stroke Scale (NIHSS) และModified Rankin Scale (MRS) โดยมีโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ร่วมดูแลและควบคุมกำกับติดตาม โดยดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลรัตนบุรีทั้งหมดจะมีการลงทะเบียน และจัดสรรการเข้ารับบริการให้เหมาะสม โดยอิงจากBI และimpairment ใน 3 รูปแบบ คือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และระบบบริการเยี่ยมบ้าน/ลงพื้นที่ในชุมชน (HHC) เมื่อติดตามเยี่ยมเคสทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน จะประเมินBI ถ้า >75 เข้าสู่destination ถ้าBI ≤75 และมีmultiple impairment จะเข้าสู่การดูแลในกลุ่ม LTC ต่อไป

1.3 ศักยภาพ

โรงพยาบาลรัตนบุรี มีอัตรากำลังบุคลากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร 4 เดือน) 3 คน แพทย์แผนไทย 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือน) 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และมีหน่วยบริการที่จัดระบบบริการร่วมกัน ดังนี้

1) งานบริการผู้ป่วยนอก
2) งานตรวจรักษา/ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
3) งานบริการผู้ป่วยใน
4) งานแพทย์แผนไทย
5) งานเยี่ยมบ้าน

4.13 โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เขตสุขภาพที่ 9

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จากการวิเคราะห์องค์กร โดยทีมนำบุคลากร เพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลรัตนบุรี พบว่า

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ และมีนโยบายสนับสนุนอย่างชัดเจน
2) ทีมสหวิชาชีพ มีองค์ความรู้และพร้อมในการให้บริการ
3) มีมูลนิธิ องค์กรอิสระ ให้ความร่วมมือ เป็นภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และมุ่งมั่นพัฒนา
4) มีroadmap, action plan ที่เป็นรูปแบบ (IRBM; Integration Result Base Management) แผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลรัตนบุรี ระยะ10 ปี (ปี 2560-2569)
5) มีโปรแกรมThai COC เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

จุดอ่อน

1) ขาดบุคลากรที่สำคัญบางวิชาชีพ คือ นักกิจกรรมบำบัด นักอัตถบำบัด
2) ขาดแคลนอุปกรณ์วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพที่สำคัญ ด้านกิจกรรมบำบัด และด้านกายภาพบำบัดที่สำคัญ
3) ผู้ป่วยกลุ่มIMC มากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุ และต้องมีญาติ/ผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลัก จึงเป็นปัญหาเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐานะ

อุปสรรค

1) ปัญหาimpairmentที่สำคัญ ได้แก่ cognitive function, functional ability, communication มีข้อจำกัดในการฟื้นฟู เนื่องจากขาดบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะ
2) ขาดอุปกรณ์เพื่อinvestigate ประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูที่ปลอดภัย ได้มาตรฐาน เช่น การทำClean Intermittent Catheter (CIC) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ

โอกาสพัฒนา

1) เสริมสร้างความร่วมมือกับ อบต. อปท. พมจ. เพื่อให้มีการพัฒนาไปทิศทางเดียวกัน
2) มีการจัดบริการ แบบIndependence Living
3) ผู้ป่วย ผู้พิการ ได้รับการปรับสภาพบ้าน เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วม

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

มีโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์เป็นแม่ข่าย ดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
- จัดตั้งคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขต - ประชุมคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลระยะที่ 1 เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน - จัดทำแนวทางการดำเนินงาน - มีแนวทางในการปฏิบัติ	- ประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด - จัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด - มีแนวทางในการปฏิบัติ - นิเทศและติดตามการดำเนินงาน รพช. ระดับ Node - การติดตามผลการดำเนินงานจากโปรแกรมThai COC	- มีเครือข่ายในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย - นิเทศและติดตามการดำเนินงาน รพช. ระดับ Node - การติดตามผลการดำเนินงานจากโปรแกรมThai COC - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 5 วัน - กำหนดพื้นที่เป้าหมายเพิ่ม - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร 4 เดือน	- รวบรวมผลการดำเนินงานระดับจังหวัด - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัดและระดับเขต - สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงาน ในปีต่อไป

4.13 โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เขตสุขภาพที่ 9

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

ระบบการบริหารแผนกลยุทธ์ คป.สอ.รัตนบุรีจะจัดบริการตามService base และได้ให้ความสำคัญกับงานนโยบาย ซึ่งงานด้านIMCเป็นงานService planที่สำคัญ จึงได้จัดทำแผนงานโครงการอย่างเป็นรูปธรรม และจัดไว้ในแผนกลยุทธ์ฉบับที่ 1 (แผนระยะ 5 ปี) ปี 2555-2559 และฉบับที่ 2 (แผนระยะ 10 ปี) ปี 2560-2569 โดยมีขั้นตอนการจัดทำดังนี้

1) จัดอันดับกลุ่มโรค ตามrisk, cost, volume, policy
2) การวิเคราะห์ TOWS Analysis
3) การวิเคราะห์ TOWS Matrix
4) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ค่านิยมหลัก
5) แผนที่กลยุทธ์
6) กำหนดตัวชี้วัดท้าทาย
7) กำหนดตัวชี้วัด 4 ระดับ RPUI (R: roadmap, P:profile, U:unit, I:individual)
8) นำตัวชี้วัดมากำหนดแผนปฏิบัติการ และจัดทำโครงการ

จุดแข็งขององค์กร ที่ส่งเสริมให้งานIMCประสบความสำเร็จ ดังนี้

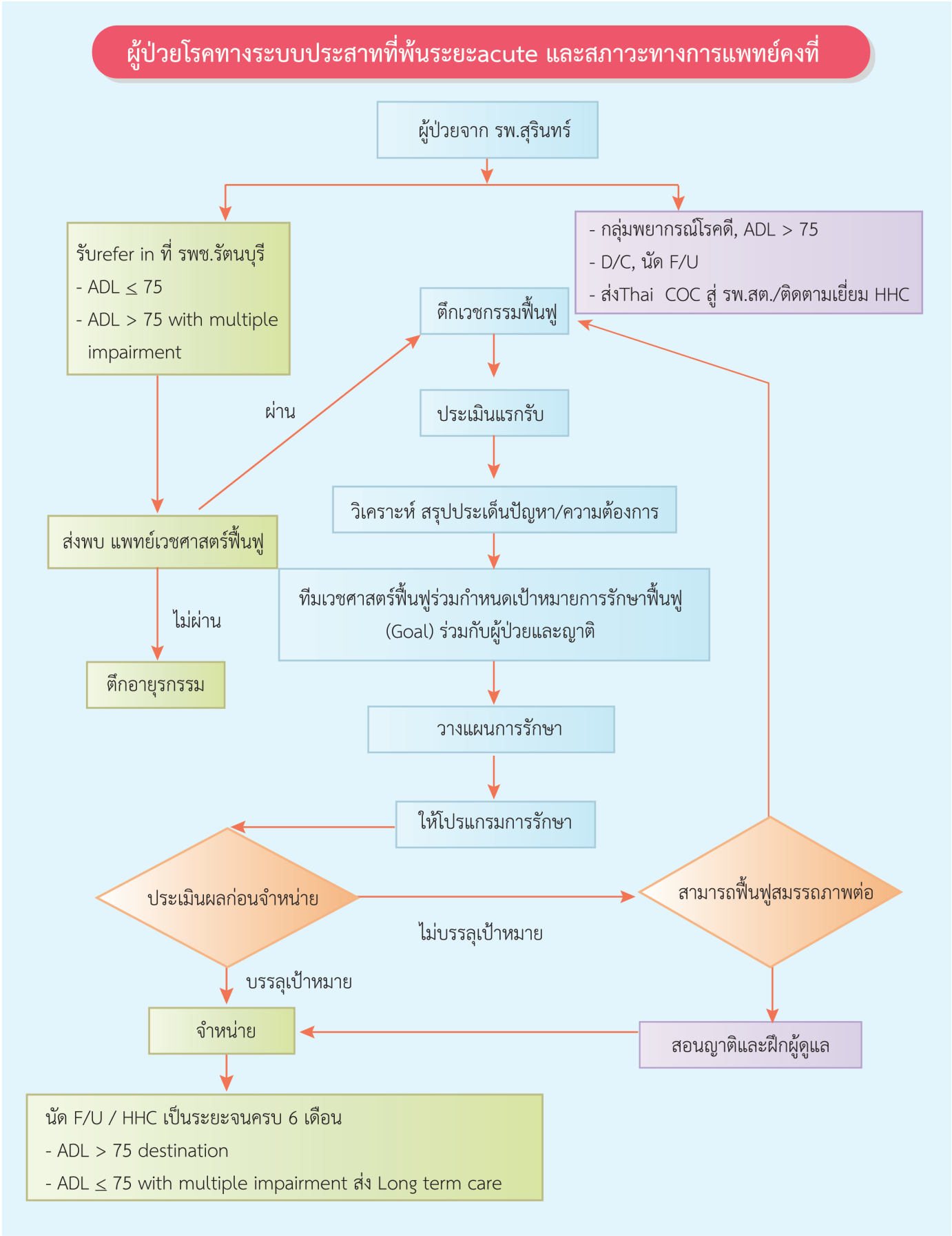
1) มีระบบ CT scan เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค
2) มีระบบบริการฟื้นฟูสภาพแบบสหวิชาชีพ ทั้งแบบแพทย์แผนไทย ฝังเข็ม และกายภาพบำบัด
3) มีระบบการดูแลต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพ และเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบThai COC
4) ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ในการร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

การฟื้นฟูสภาพ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลปรับสภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด และสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่พึงกระทำได้ด้วยอัตภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งโรงพยาบาลรัตนบุรีต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ดังนี้

1) อบรม พัฒนา ความรู้ด้านIMC แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
2) ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมพัฒนา รพช. อื่นๆ ให้มีศักยภาพ และมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม IMC ได้มากขึ้น
3) พัฒนาโปรแกรมThai COC ให้มีความครอบคลุม ข้อมูลด้านงานIMC เพิ่มมากขึ้น
4) จัดหา จัดสรร อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้อย่างเพียงพอ เหมาะสม
5) เพิ่มความร่วมมือกับองค์กรภายนอก กระทรวง ทบวง กรมอื่นๆ ให้มีการพัฒนาและร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มIMC ผู้พิการ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ภาพที่ 4.13 Flowการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มIntermediate Care โรงพยาบาลรัตนบุรี



4.14 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 10

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

การดูแลระยะกลาง หมายถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน(transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน(acute conditions) กับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหวิชาชีพในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือIntermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับM และF ทั้งนี้เป็นการดูแลระยะหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ45 วัน)

กลุ่มเป้าหมายระยะเริ่มต้นพัฒนา

1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพาตเฉียบพลัน (post-acute stroke)
2) ภาวะบาดเจ็บทางสมอง
3) ภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง

วัตถุประสงค์ของการดูแลระยะกลาง

1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์
2) ฟื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน (intensive rehabilitation)
3) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต
4) ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม
5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
6) เชื่อมโยงแผนการดูแลสู่ชุมชนและที่บ้าน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บทางสมองและภาวะบาดเจ็บทางไขสันหลังในระยะกึ่งวิกฤติในเขตสุขภาพที่ 10

1.3 ศักยภาพ

1) รูปแบบIPD ส่งผู้ป่วยระยะกลางดูแลต่อเนื่อง intensive rehabilitation ที่หอผู้ป่วยSpinal unit โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตียงสามัญ 8 เตียง, ห้องพิเศษตามหอผู้ป่วยพิเศษ

2) รูปแบบIPD ส่งผู้ป่วยระยะกลางดูแลต่อเนื่อง intensive rehabilitation ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนโดยมีIntermediate ward 8 เตียง ที่โรงพยาบาล 50 พรรษาฯ, Intermediate beds ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

3) รูปแบบOPD มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยIMC ที่โรงพยาบาลชุมชน

4) รูปแบบcommunity ให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ระดับผู้ปฏิบัติมีความพร้อมในการพัฒนางาน IMC
2) มีความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างแพทย์สาขาอื่นๆ
3) มีเครือข่ายกายภาพบำบัดที่เข้มแข็งในระดับจังหวัดและระดับเขต

4.14 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 10

จุดอ่อน

1) ขาดอัตรากำลังคน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟู นักแก้ไขการพูด เป็นต้น

2) ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์หลายชนิดยังมีไม่ทั่วถึง

3) ระบบจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในไม่เอื้อต่อการให้บริการIntermediate Care

4) ระบบส่งต่อข้อมูลยังไม่ครอบคลุม

อุปสรรค

1) ระบบบริการ

- ขาดความเข้าใจในนโยบายIMC
- ขาดการประสานงานที่ดี
- Care plan IMC ยังไม่ชัดเจน
- Intermediate bed/ward ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานและการรับrefer back ที่ชัดเจน
- Intermediate bed/ward ยังไม่มียา กายอุปกรณ์เสริมบางอย่างที่จำเป็นต้องใช้ในการฟื้นฟู

2) กำลังคนด้านสุขภาพ

- ยังขาดวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการIntermediate Care อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟู นักกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด เป็นต้น
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังไม่เพียงพอ

3) ระบบข้อมูล

- ใช้ระบบThai COC ซึ่งflowการส่งข้อมูลยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

4) เทคโนโลยีทางการแพทย์

- ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- Financing system ยังไม่ชัดเจน ไม่มีIP rate พิเศษสำหรับcase IMC
- ค่าบริการฟื้นฟูไม่เหมาะสมกับการให้บริการ

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- ยังขาดพลังในการขับเคลื่อนทั้งในจังหวัดและเขตเพื่อให้เกิดระบบที่ยั่งยืน
- ไม่มีกองทุนฟื้นฟูจังหวัด

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

เตรียมความพร้อม

1) จัดตั้งคณะกรรมการIntermediate Care ระดับจังหวัด/เขต

2) เตรียมความพร้อมบุคลากรสาขาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยIMC, การจัดตั้งIntermediate beds/ward

3) จัดประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลังให้แก่บุคลากรในเขตสุขภาพที่10

โรงพยาบาลเป้าหมาย

1) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นแม่ข่ายในการรับ-ส่งผู้ป่วยIMC

2) โรงพยาบาลnode เป็นแม่ข่ายและลูกข่ายในการดูแลผู้ป่วยIMC (โรงพยาบาล 50 พรรษาฯ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลเดชอุดม, โรงพยาบาลตระการพืชผล)

4.14 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 10

3) ให้บริการIntermediate ward 8 เตียงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาล 50 พรรษาฯ

4) จากโรงพยาบาลชุมชน (21 โรงพยาบาล) ในจังหวัดอุบลราชธานีให้บริการIntermediate bed 2-4 เตียง

ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

1) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นแม่ข่ายในการเปิดช่องทางรับติดต่อปรึกษาทางLINE group และพร้อมรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อกรณีโรงพยาบาลชุมชนไม่พร้อม

2) ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลลูกข่ายทางโปรแกรมThai COC, PT soft และLINE group

3) ใช้แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่IMC ตามflow

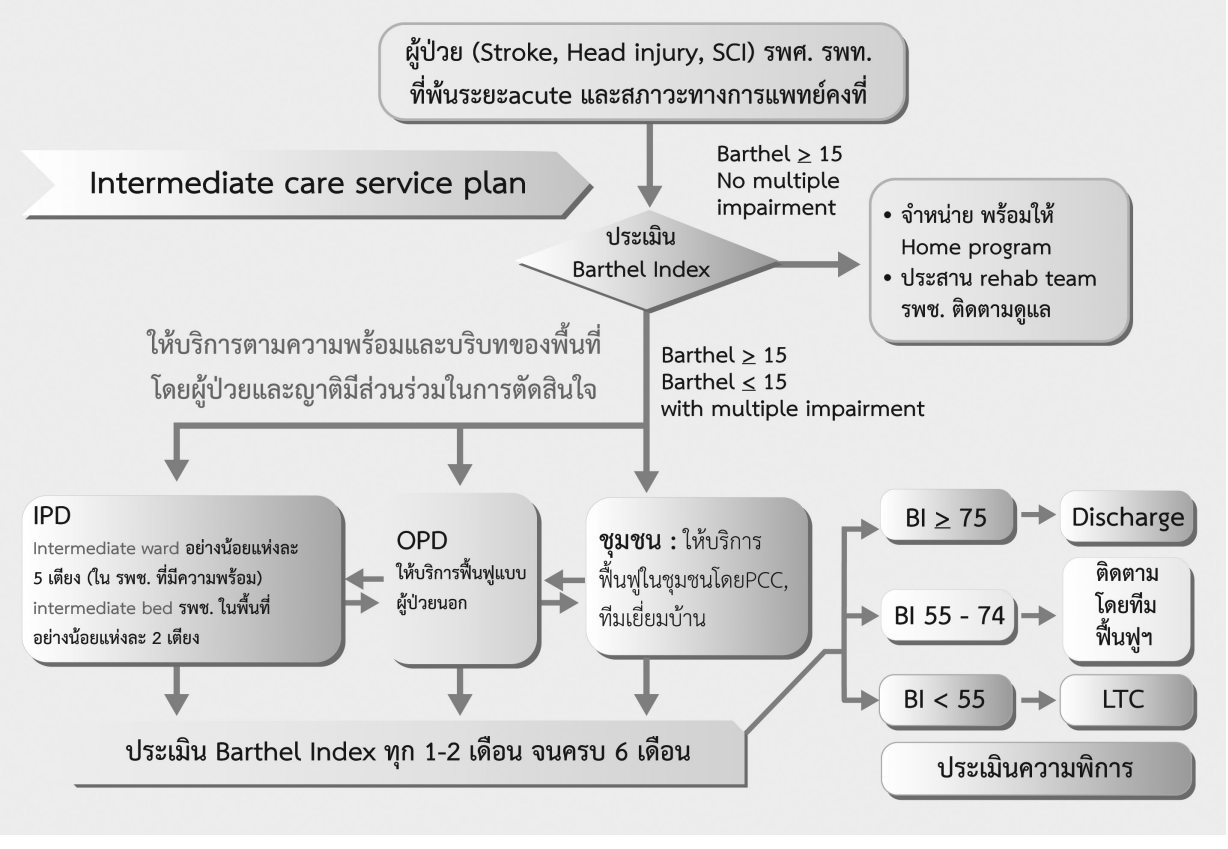
4) เริ่มมีการส่งผู้ป่วยIMC ในเดือนกรกฎาคม 2561

5) เยี่ยมติดตามและร่วมดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 2 ครั้ง เพื่อร่วมวางแผนการรักษา ทราบปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำมาพัฒนางานต่อไป

6) จัดทำCPG และแผนการรักษาดูแลต่อเนื่องในStroke, TBI, SCI

7) พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยIMC

ภาพที่ 4.14 Intermediate care Flow โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



สรุปผลการดำเนินงานIMC เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2561 : จำนวนผู้ป่วยrefer back เพื่อรับการดูแลIMCต่อเนื่อง ข้อมูลจากThai COC

Stroke (คน)	TBI (คน)	SCI (คน)	รวม (คน)
83	7	34	124

4.14 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 10
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบท (แบบผสมผสาน)
1) นโยบายสนับสนุนชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ 2) การวางแผนและพัฒนาระบบร่วมกันในระดับจังหวัด 3) การเชื่อมโยงการทำงานแบบเครือข่ายสหวิชาชีพ 4) มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงานและเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน 5) การพัฒนาระบบส่งต่อและรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) แนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการที่ชัดเจนและใช้เหมือนกันทั่วประเทศ 2) อัตรากำลังคนด้านเวชกรรมฟื้นฟู 3) ระบบส่งต่อที่สมบูรณ์ 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและงบพัฒนาด้านอื่นๆ 5) จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

4.15 โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บทางสมองและบาดเจ็บไขสันหลัง ที่พ้นจากภาวะวิกฤติและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างเต็มรูปแบบ จึงดำเนินโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้านเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ผู้ป่วยระยะกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เหมาะสมได้อย่างครอบคลุม

2) พัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลางให้ได้มาตรฐาน

3) พัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มขีดความสามารถของสถานพยาบาลภาครัฐทุกระดับภายในจังหวัดศรีสะเกษในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างเหมาะสม และเป็นทิศทางเดียวกัน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บทางสมองและบาดเจ็บไขสันหลังในจังหวัดศรีสะเกษ

1.3 ศักยภาพ

1) รูปแบบIPD ส่งผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ Intermediate ward โรงพยาบาลพยุห์ ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้ 10 เตียง

2) รูปแบบOPD ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย เพื่อรับการฟื้นฟูและติดตามหลังการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

3) รูปแบบCommunity ให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนจากทีมของโรงพยาบาล และส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. เพื่อให้มีการดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เต็มรูปแบบ

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักกายอุปกรณ์ เป็นต้น

2) มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการรับปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บสมองและบาดเจ็บไขสันหลัง

3) ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วย รวมถึงสภาวะทางการแพทย์ของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลศรีสะเกษไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัด

4) ระบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วย กรณีมีปัญหาทางด้านการฟื้นฟู ที่โรงพยาบาลเครือข่าย โดยสามารถสื่อสารกับทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศรีสะเกษได้โดยตรง

จุดอ่อน

1) เครื่องมือทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด ที่ใช้ในการฟื้นฟูเฉพาะด้านยังไม่เพียงพอ

2) อัตรากำลังของสหสาขาบางวิชาชีพยังไม่เพียงพอ เช่น นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู

อุปสรรค

1) ผู้ป่วยและญาติบางรายไม่พร้อมเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดผู้ดูแลหลัก และระยะทางจากบ้านห่างไกลจากโรงพยาบาล

4.15 โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

1) ประสานเตรียมความพร้อมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระหว่างโรงพยาบาลศรีสะเกษกับโรงพยาบาลพยุห์ โดยมีโรงพยาบาลพยุห์เป็นโรงพยาบาลนำร่องของจังหวัดศรีสะเกษ

2) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มความรู้ให้บุคลากรโรงพยาบาลพยุห์ และรพ.สต. ในเขตอำเภอพยุห์ โดยทีมวิทยากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3) ประเมินความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพยุห์

4) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปยังโรงพยาบาลพยุห์

5) จัดทำCare protocol และแบบประเมินเพื่อใช้ในขณะที่ผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลพยุห์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1) ส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปยังโรงพยาบาลพยุห์ โดยมีการติดต่อประสานงานตามแนวทางที่เตรียมไว้

2) ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู ไปที่โรงพยาบาลพยุห์เพื่อทำการตรวจประเมิน วางแผนและให้การรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่โรงพยาบาลพยุห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามcare protocol

ระยะที่ 3 การประเมินและการสรุปผลการดำเนินการ

1) ประเมินผลการบำบัดฟื้นฟู ก่อน-หลัง และระหว่างมาติดตามรักษา ด้วย BI

2) ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

3) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่บำบัดฟื้นฟูได้ตามเป้าหมาย ไปยังรพ.สต. เพื่อดำเนินการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง

4) ประชุมทีมเพื่อสรุปปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหา

ระยะที่ 4 การพัฒนา

1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดศรีสะเกษ

2) จัดประชุมคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อรับทราบแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยขยายผลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลพยุห์

3) นำเสนอการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษร่วมกับโรงพยาบาลพยุห์ ในที่ประชุมผู้บริหารโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

4) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาเครือข่ายผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดศรีสะเกษ

5) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

- โรงพยาบาลเมืองจันทร์
- โรงพยาบาลพยุห์
- โรงพยาบาลปรางค์กู่
- โรงพยาบาลขุนหาญ
- โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

4.15 โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพอย่างเข้มแข็ง

2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

3) มีการประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลศรีสะเกษไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีระบบการให้คำปรึกษา ระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศรีสะเกษกับนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลเครือข่าย

5) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

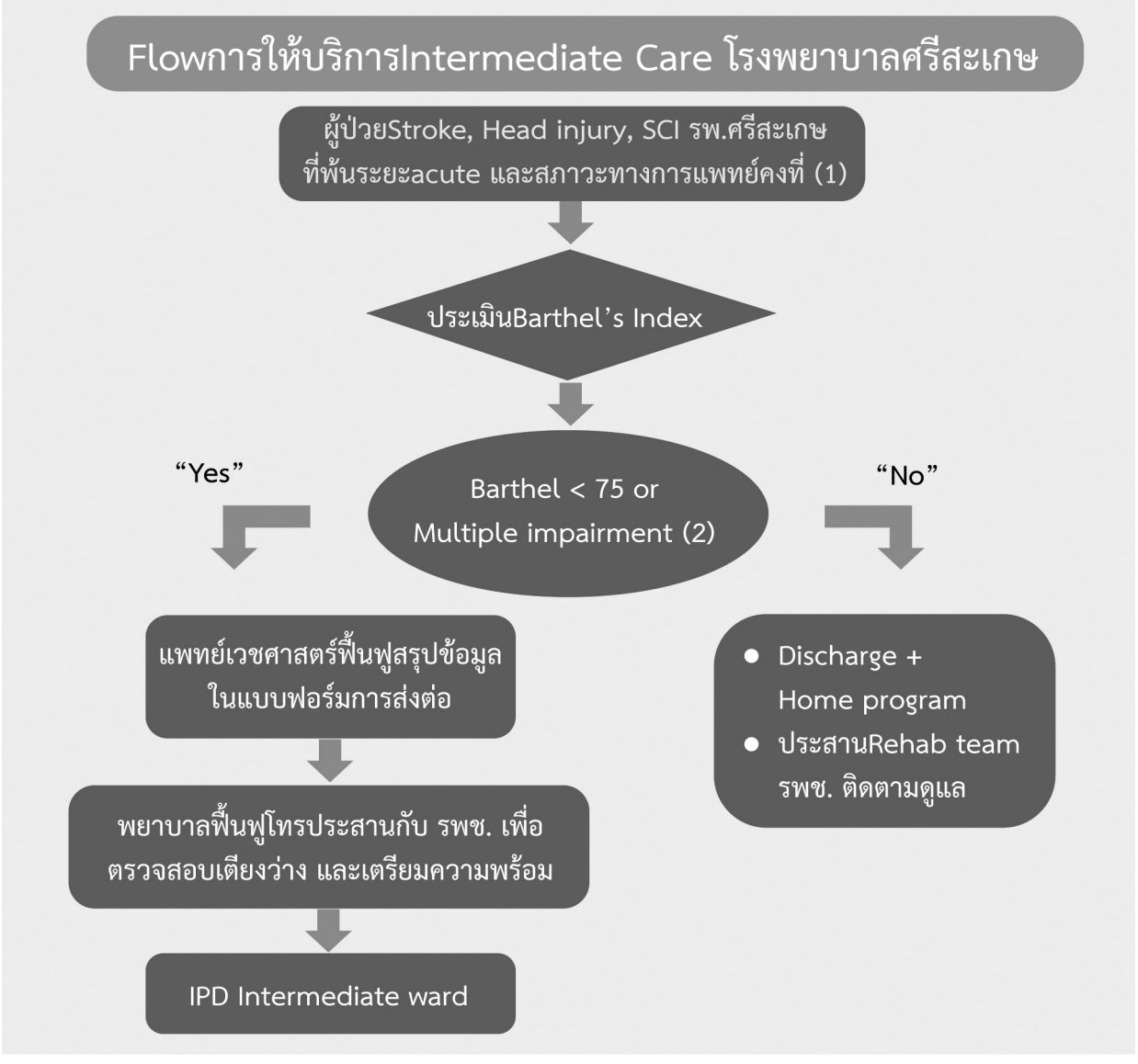
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

1) ด้านอัตรากำลังของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู

2) อุปกรณ์และเครื่องมือด้านการฟื้นฟูที่เพียงพอ

3) การจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น การฝึกกลืน การฝึกพูด เป็นต้น

ภาพที่ 4.15 Flowการให้บริการIntermediate Care โรงพยาบาลศรีสะเกษ



4.16 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วยหน่วยบริการในพื้นที่ได้แก่ รพศ.สุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลระดับ A), รพท.เกาะสมุย (โรงพยาบาลระดับ M1), รพช. (ระดับ M2, F2, F3) รวม 19 แห่ง

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1) IPD ผู้ป่วย - Stroke
- SCI
- TBI

} ส่งใบ Consult เวชกรรมฟื้นฟู * Stroke Unit แจ้ง PTด้วย

2) PT ประเมินBarthel Index & Multiple Impairment

ถ้า 1) I < 75

2) BI ≥ 75 + Multiple Impairment or Barthel ≥ 75 + 1 Impairment ในSCI ส่งเข้าการดูแลแบบIMC ผ่านHHC Program + F/U ทุก1-2 เดือน (จนครบ 6 เดือน)

* PT Notify OT case ที่มีปัญหาการกลืน/การพูด

3) Case ที่มีความพร้อมadmit IPD (ทำตามสั่งได้ 1-2 ขั้นตอน) ประเมินและคุยกับญาติผู้ป่วย แจ้งPM & R เพื่อreferไปadmit รพช. ที่พร้อม (10 แห่ง)

* PM & R เขียนใบrefer/ อายุรแพทย์ระบบประสาทเขียนใบrefer ในผู้ป่วยStrokeไปadmit รพช. ระบุrefer back ไปadmit IMC Bed/ ward

* PM & R เขียนในOrder refer back ไปadmit IMC Bed/ ward

* Ward โทรประสาน รพช. โดยติดต่อศูนย์refer ของ รพช. นั้นๆ

4) ทีมเวชกรรมฟื้นฟูkeyข้อมูลเข้าHHC Program

5) F/U ทุก1-2 เดือนโดยทีมสหวิชาชีพ รพช./เวชกรรมสังคม + เวชกรรมสังคม (ในเขตอำเภอเมือง)

จนครบ 6 เดือน
- BI = 100 → D/C
- BI = 55-95 → F/U โดยทีมฟื้นฟู
- BI < 55 → ส่ง LTCดูแลต่อเนื่อง

หมายเหตุ ; IPD = ผู้ป่วยใน, PM & R = แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, HHC program = Home Health Care program โปรแกรมที่ใช้ส่งข้อมูลระหว่าง รพศ. และ รพช., PT = นักกายภาพบำบัด, OT = นักกิจกรรมบำบัด

1.3 ศักยภาพ

บุคลากรสหวิชาชีพ	รพศ.สุราษฎร์ธานี จำนวน (คน)	รพท. เกาะสมุย จำนวน (คน)	รพช. ระดับ M2, F2, F3 จำนวน (คน)	PCU/รพ.สต. จำนวน (คน)
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2	-	-	-
นักกายภาพบำบัด	13	5	46	20
นักกิจกรรมบำบัด	3	-	-	-

4.16 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11

บุคลากรสหวิชาชีพ	รพศ.สุราษฎร์ธานี จำนวน (คน)	รพท. เกาะสมุย จำนวน (คน)	รพช. ระดับ M2, F2, F3 จำนวน (คน)	PCU/รพ.สต. จำนวน (คน)
พยาบาลฟื้นฟู (หลักสูตร4เดือน)	2	-	2	
นักแก้ไขการพูด	-	-	-	-
ช่างกายอุปกรณ์	2	-	2	

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) เป้าหมายชัดเจน
2) เครือข่ายเข้มแข็ง
3) ผู้บริหารให้การสนับสนุน

จุดอ่อน

1) ขาดกำลังคน นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ไม่เพียงพอต่อภาระงาน และขาดความมั่นคงในการจ้างงาน (จ้างแบบรายคาบ) บางพื้นที่
2) ความไม่มั่นใจในระบบการส่งต่อ และความเข้าใจของบุคลากรในพื้นที่ในช่วงแรกเริ่มดำเนินงาน

อุปสรรค

1) ขาดกำลังคนหลายสาขาวิชาชีพ
2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังไม่เพียงพอ เช่น บทบาทของพยาบาลในงานIMC
3) โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีอุปกรณ์บางชนิด เช่น เตียงต่ำ plastic AFO เป็นต้น
4) โครงสร้าง/สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ คนพิการ (ทางต่างระดับ ประตูห้องน้ำแคบ)
5) ระบบFinancing ยังไม่เหมาะสม/ไม่ชัดเจน

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

1) แต่งตั้งคณะกรรมการIMC ระดับจังหวัด
2) ผู้บริหารกำหนดเป้าหมายKPI และกรอบเวลาการดำเนินงาน ได้แก่
   2.1) ร้อยละสถานพยาบาลระดับM และF ที่ให้การดูแลระยะกลางเป้าหมาย ปี 2561 ร้อยละ 10
   2.2) ผู้ป่วยIMC ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนแรก ร้อยละ 70 (ตัวชี้วัดคุณภาพระดับจังหวัด)
3) วิเคราะห์ปัจจัยที่พร้อม และสิ่งที่ต้องการสนับสนุน
4) จัดทำแบบประเมินCheck list เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยIMC
5) จัดทำFlow การดูแลผู้ป่วย จาก รพศ. → รพช. ระดับ F/M → รพ.สต.
6) จัดทำIPD care protocol for IMC bed/ward (ตัวอย่างจากเขต 4 สระบุรี)
7) จัดประชุมเครือข่าย บทบาทพยาบาลฝ่ายเวชฯ รพช./รพ.สต. ในงานIMC 100 คน/รุ่น (2 รุ่น)
8) จัดประชุมเครือข่ายบทบาทพยาบาลในงานIMC
9) แผนการนิเทศติดตาม รพช. ทั้ง10 แห่ง

4.16 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

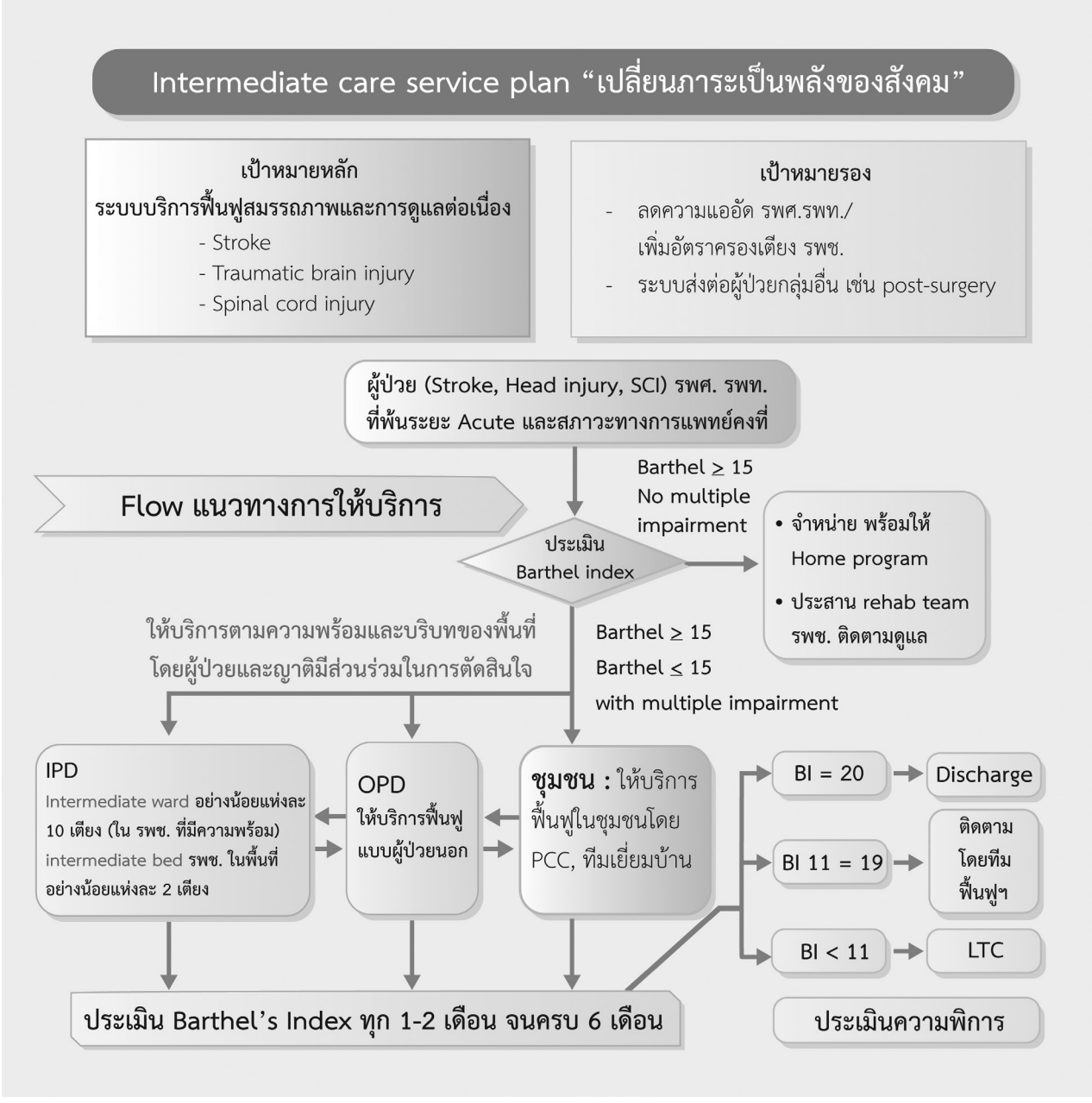
1) ระดับผู้ปฏิบัติมีความพร้อมในการพัฒนางานIMC
2) ระบบส่งต่อข้อมูลHHC สามารถปรับปรุงให้เหมาะสมตามการใช้งาน
3) ความร่วมมือดำเนินงานของเครือข่าย/ทีมสหวิชาชีพ
4) เครือข่ายกายภาพบำบัดที่เข้มแข็ง
5) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเขตและระดับจังหวัด ผู้บริหารสนับสนุน อยู่ในช่วงดำเนินการจัดเตรียม IMC Ward 4-8 เตียง ที่ รพ.พุนพิน

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

แผนสนับสนุน	เขตสุขภาพ	กรมการแพทย์
แผนระยะสั้น	✓ ประชุมชี้แจงนโยบาย และการดำเนินงานในระดับเขตจังหวัด ✓ ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้งมีการกำกับติดตามและเสริมพลังแก่ลูกข่าย ✓ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ✓ พัฒนาcare protocol ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	✓ ประสานนโยบายIMC ร่วมกับผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่ปฏิบัติ ✓ สื่อสารทำความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ (นิยาม ขอบเขตงาน เป้าหมาย) ✓ สนับสนุนองค์ความรู้ ผู้เชี่ยวชาญหลักสูตรเฉพาะตามความจำเป็นของเขต (หลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ, การกลืน, แก้ไขการพูด, กิจกรรมบำบัด, general rehab for geneal pratice) ✓ Care plan/คู่มือIMC

แผนสนับสนุน	เขตสุขภาพ	กรมการแพทย์	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แผนระยะกลาง/ระยะยาว	✓ วิเคราะห์อัตรากำลังคนตามFTE และ จัดสรรคนให้เหมาะสม (แต่ละ รพช. มี PT อย่างน้อย 2 คน) ✓ จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคคลากรของเขต และมีการจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดดำเนินการโดยเฉพาะพยาบาลฟื้นฟูระยะสั้น/การกลืน	✓ นำเสนอตัวอย่างBest practice IMC ✓ นำเสนอรูปแบบ/แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน ✓ ระบบค่าใช้จ่าย financiing system ที่เหมาะสม ✓ สนับสนุนองค์ความรู้ผู้เชี่ยวชาญหลักสูตรเฉพาะ (เพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปใช้ พัฒนาศักยภาพภายในเขต/จังหวัดได้) ✓ กรมการแพทย์ประสาน สป. เพื่อพัฒนาโปรแกรมข้อมูลIMC ที่linkกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับ และlinkกับโปรแกรมLTC	✓ พัฒนาโปรแกรมข้อมูลIMC ที่linkกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับ และlinkกับโปรแกรมLTC ✓ กำหนดรหัสโรคIMC เพื่อให้ระบบreimbursement สอดคล้องกับต้นทุนบริการ

ภาพที่ 4.16 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลบางกล่ำ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ประสบปัญหามีผู้ป่วยเข้ารับบริการน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยในมีอัตราการครองเตียงไม่ถึงร้อยละ 40 จึงได้รับการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีเป็นจำนวนน้อย ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบปัญหาภาวะเงินทุนติดลบ ผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารจึงเห็นควรให้มีการปรับระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยประสานกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ในการกระจายผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ มายังโรงพยาบาลบางกล่ำ ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โรงพยาบาลบางกล่ำจึงพัฒนาศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเครือข่าโรงพยาบาลหาดใหญ่ และได้จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะเฝ้าระวัง (sub-acute) คือเพิ่งจะพ้นการรักษาในระยะเฉียบพลันจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ เข้ารับการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบางกล่ำจนกระทั่งอาการคงที่จึงจะจำหน่าย และกลุ่มผู้ป่วยที่จะส่งกลับบ้านในพื้นที่อำเภอบางกล่ำนั้น จะได้รับการประสานและส่งต่อไปยังพยาบาลชุมชน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

วางระบบหรือวางแผนการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เชื่อมโยงต่อเนื่องไปถึงที่บ้านหรือชุมชน ตามบทบาทของพยาบาลเพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย ป้องกันความพิการหรือให้หลงเหลือน้อยที่สุด หรือแม้จะกลายเป็นคนพิการติดบ้าน ติดเตียง ก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยการสร้างความร่วมมือกับชุมชน และดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรักษาความสมดุลและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม เป้าหมายคือผู้ป่วยStroke, SCI, Head Injury และmajor multiple trauma ในระยะsub acute care ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางกล่ำ และผู้ป่วยระยะLong Term Care ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอบางกล่ำ

1.3 ศักยภาพ

1) จัดระบบส่งต่อและระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายในเครือข่ายอำเภอบางกล่ำ โดยมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลบางกล่ำเป็นศูนย์กลาง ทำหน้าที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบางกล่ำเอง หรือจากโรงพยาบาลอื่นๆ โดยมีพยาบาลซึ่งผ่านการอบรมCare manager ประจำการที่ศูนย์ฯ โดย

(1) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่ศึกษาผู้ป่วยแต่ละรายที่ส่งเข้ามาที่ศูนย์ฯ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(2) จัดทำตารางการร่วมลงปฏิบัติงานในพื้นที่/ชุมชน ของทีมสหวิชาชีพ

(3) ประสานทีมสหวิชาชีพร่วมลงให้การดูแล/ฟื้นฟูที่บ้าน/ในชุมชน ตามสภาพปัญหา/อาการของผู้ป่วยและตามแผนการดูแลรายบุคคลที่จัดทำขึ้น

(4) ประสานทีมผู้ดูแลที่บ้าน/แกนนำจิตอาสาในชุมชน ที่ผ่านการอบรมแล้ว ร่วมลงพื้นที่ให้การดูแล/ฟื้นฟูที่บ้าน/ในชุมชน ตามสภาพ/อาการของผู้ป่วย และตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ

(5) ให้การดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนครบ 6 เดือน หากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะวางแผนเยี่ยม 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน แล้วจำหน่ายผู้ป่วยรายนั้น แต่หากอาการคงที่หรือไม่ดีขึ้นเมื่อครบ 6 เดือน จะส่งต่อเข้าระบบLong Term Care

(6) จัดตั้งศูนย์รับบริจาค/ให้ยืม เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อเป็นศูนย์รวมให้ผู้ป่วยยืมใช้ได้

4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12

2) ประสานทรัพยากรทางสังคมต่างๆ ที่มีในชุมชน รอบตัวผู้ป่วย เพื่อร่วมให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยตามความจำเป็น ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอ เพื่อช่วยเหลือส่งเสริมด้านเศรษฐกิจและสังคม สถานประกอบการในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือด้านเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น ชมรมสมาคมต่างๆ เพื่อขอรับบริจาควัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน จนกว่าอาการดีขึ้น กรณีครอบครัวไม่สามารถจัดหาเองได้

3) บทบาทการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

ด้านทรัพยากรบุคคล ส่งพยาบาลเข้าอบรมพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน ส่งพยาบาลอบรมความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟู เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบขับถ่าย พยาบาลผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จัดพื้นที่ให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายโดยไม่มีอุปสรรค ตามกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา ได้แก่ จัดห้องฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยฝึก เป็นต้น

ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง มีการค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป และความเสี่ยงทั่วไปในผู้ป่วยทุกราย กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยง ทบทวนและการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยง การประเมินด้านจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q

ด้านการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วย

- ผู้ป่วยทุกรายต้องผ่านการประเมินและการวางแผนการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ และมีการประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบางกล่ำ
- ในการรับส่งต่อผู้ป่วยเข้ามา กำหนดให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่จุดบริการOPD หรือER ก่อน ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย เพื่อประเมิน/เตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อเข้าแผนกผู้ป่วยใน
- ส่งผู้ป่วยให้เข้ารับการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด ตามโปรแกรม
- กรณีผู้ป่วยมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางกล่ำ จะมีระบบส่งต่อและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่งต่อผู้ป่วยเข้าศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลบางกล่ำ

ด้านการจัดระบบการประเมินผู้ป่วย

- ประเมินผู้ป่วยทุกรายตามกระบวนการพยาบาล ประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมทั้งกายจิตสังคม การค้นหาผู้ดูแลหลัก และความพร้อมของที่บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน
- ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากโรค หรืออาจเกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟู เช่น aspirate pneumonia, Deep vein thrombosis, Fall, Contracture, Urinary tract infection AD
- ประเมินซ้ำตามสภาพปัญหาผู้ป่วย ตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา และระดับความรุนแรง
- สื่อสารผลการดูแล และปัญหาการดูแลร่วมกัน ในทีมดูแล และญาติ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล

ด้านการวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

- มีการวางแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านการฟื้นฟูตามโปรแกรมทุกวัน
- มีการกระตุ้นกิจกรรมต่อเนื่องและประเมินความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้การประเมินสมรรถภาพด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ จัดให้มีห้องฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน

4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12

ด้านการให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ครอบครัว

- มีการให้ข้อมูลเบื้องต้นตั้งแต่แรกรับ เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา เช่น เป้าหมายในการฝึก ระยะเวลาเบื้องต้น ข้อควรปฏิบัติในการดูแล สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติ เป็นต้น
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4) บทบาทแผนกกายภาพบำบัด

ด้านทรัพยากรบุคคล ให้บริการฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลบางกล่ำ จะให้บริการผู้ป่วยแบบเข้มข้น กล่าวคือให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยแต่ละราย 3 ชม./วัน และไม่น้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์ อัตรากำลังของนักกายภาพฯ:ผู้ช่วย = 1:1 คน นักกายภาพบำบัด:ผู้ป่วย = 4:1 คน/ วัน

ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้างสถานที่ของอาคารกายภาพบำบัด จัดให้มีห้องน้ำผู้พิการ จำนวน 1 ห้อง จัดให้มีอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และจัดให้มีห้องกิจกรรมบำบัด

ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง

- ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 4 กลุ่มคือ Stroke, SCI, Head Injury และmajor multiple trauma ผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉพาะทางระบบประสาทต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ จะตรวจเช็คสัญญาณชีพทุกครั้งก่อน ระหว่าง และหลังให้การฟื้นฟู รวมถึงหากมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะต้องเฝ้าสังเกตผู้ป่วยตลอดช่วงให้การฟื้นฟู อีกทั้งยังต้องเฝ้าระวังเรื่องพลัดตกหกล้มระหว่างการเคลื่อนย้าย ในการฝึกมีการประเมินความสามารถผู้ป่วยก่อนให้การฟื้นฟูทุกครั้ง และมีการตรวจประเมินความรู้สึกsensory ทุกครั้งเมื่อมีการให้การรักษาด้วยความร้อน
- มีการประเมินทางด้านสภาวะจิตใจ โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q และให้บริการดนตรีบำบัดเพื่อป้องกันและลดภาวะเครียดผู้ป่วย จัดกิจกรรมตามเทศกาลให้ผู้ป่วย
- มีการซ้อมแผน การเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยขณะให้การรักษาฟื้นฟู ทุกปี

ด้านการประเมินผู้ป่วย

- มีการประเมินตั้งแต่แรกรับ โดยนักกายภาพบำบัด เพื่อดูระดับความสามารถและระดับความรุนแรง มีการตั้งเป้าหมายและระดับความสามารถที่คาดหวังร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยจะมีการประเมินซ้ำทุกๆ วัน มีการประเมินADL และFunction ด้วยแบบประเมินBI และFunctional Assessment ทุกๆ สัปดาห์ โดยทีมผู้ให้บริการฟื้นฟูมีการอธิบายผลการประเมิน ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรับบริการ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
- การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- มีการวางแผนโดยตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามสภาวะผู้ป่วยแต่ละรายให้บริการฟื้นฟูแบบเข้มข้น(Intensive) เมื่อบรรลุเป้าหมายจะมีการแนะนำHome program แนะนำการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การปรับที่อยู่อาศัย โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้ทราบข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นมีแผนการจำหน่าย และส่งต่อ โดยส่งต่อHHC ในพื้นที่และต่างพื้นที่ทางระบบโทรศัพท์/line

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาและความต้องการผู้ป่วย อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดูแล มีการจัด บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับความเข้มที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง/สภาพความพิการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม บันทึกกิจกรรมในแต่ละวันให้ผู้ป่วย และจัดทำmeetingทีม สื่อสารในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12

5) บทบาทพยาบาลการบริการแบบองค์รวม (การดูแลต่อเนื่องในชุมชน)

(1) พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ด้านการส่งเสริมความรู้และและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น ทักษะการช่วยเหลือตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นตามสภาพของตน ทักษะการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

(2) จัดระบบนัดหมายติดตามอาการ ตามข้อบ่งชี้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยที่เฉพาะเป็นรายบุคคล

(3) สร้างช่องทางช่วยเหลือ/แนะนำทรัพยากรที่ผู้ป่วยและญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้กรณีจำเป็น เช่น หน่วยฉุกเฉิน1669, อสม., แกนนำจิตอาสาในชุมชน, ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลในชุมชน เป็นต้น

(4) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย/แกนนำจิตอาสาในชุมชน ครอบคลุมทุกตำบล

(5) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/ในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้าน/แกนนำจิตอาสาในชุมชนใช้เป็นคู่มือแนวทางในการทำงานร่วมดูแล

(6) แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพร่วมรับผิดชอบพื้นที่ แยกราย รพ.สต. ภายในอำเภอบางกล่ำ

(7) ส่งพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และPCU อบรมหลักสูตรCare manager

6) การเข้าถึงบริการและเข้ารับบริการของผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยเมื่อพ้นจากภาวะวิกฤติและสามารถฟื้นฟูได้ โดยมีค่าBI ไม่เกิน 18 จาก 20 คะแนน สามารถทำตามคำสั่งได้ และต้องการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในเขตอำเภอบางกล่ำและนอกเขต

(2) จากการค้นพบผู้ป่วยในชุมชนพื้นที่เขตอำเภอบางกล่ำโดยทีมสหวิชาชีพ และจากการส่งต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้บริการผู้ป่วยทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) จำนวนผู้ป่วยระยะIMC ที่รักษาในโรงพยาบาลบางกล่ำยังมีน้อย จึงใช้โปรแกรมintensive Program ได้ คือฟื้นฟูทันทีหลังประเมินว่าสามารถใช้โปรแกรมนี้ได้ ใช้เวลาฟื้นฟูวันละ 3 ชั่วโมง และฟื้นฟูต่อเนื่องทุกวันไม่เว้นวันหยุด ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้เร็ว

2) ด้วยอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลบางกล่ำที่ยังต่ำ ทีมพยาบาลจึงสามารถประเมินและพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ได้อย่างใกล้ชิด สร้างความตระหนักในการทำกิจกรรมดูแลฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง

3) ภาคีเครือข่ายของอำเภอบางกล่ำเข้มแข็ง สามารถสนับสนุนให้เกิดการพัฒนางานได้ เช่น บริจาคเงินสร้างห้องฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น

จุดอ่อน

1) ขาดแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางในโรงพยาบาลบางกล่ำ

2) การรับผู้ป่วยยังคงขึ้นกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลหาดใหญ่ (ถ้าหาดใหญ่ไม่ส่ง จะไม่มีผู้ป่วย)

3) โรงพยาบาลบางกล่ำเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่สามารถแยกแผนกสำหรับผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

4) กรณีผู้ป่วยอาศัยอยู่ต่างอำเภอบางกล่ำ ทีมยังไม่สามารถติดตามดูแลถึงบ้านได้

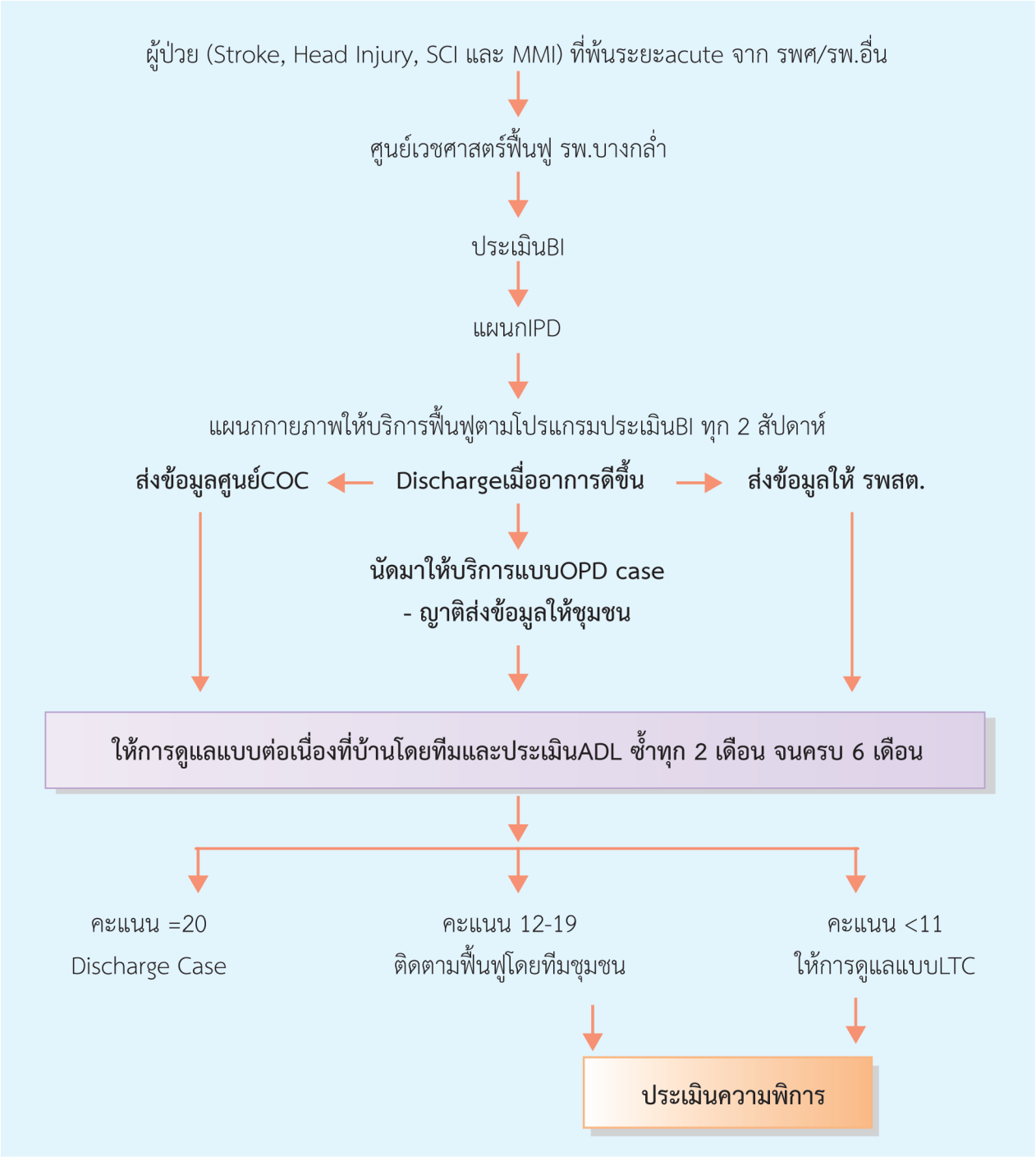
อุปสรรค

1) ระบบส่งต่อมาที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลบางกล่ำนั้น ผู้ป่วยทุกรายต้องผ่านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ วินิจฉัย และประเมินการรักษาเพื่อให้มีแพทย์เจ้าของไข้ (ไม่สามารถรับcase walk in ได้) ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้ารับการดูแลฟื้นฟูได้ทันท่วงที

4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12
2) ผู้ป่วยนอกพื้นที่อำเภอบางกล่ำ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลบางกล่ำ ในการติดตามจะใช้ระบบส่งต่อระหว่าง รพช. ด้วยกัน ทีมยังไม่สามารถติดตามที่บ้านได้ ทำให้เกิดการติดตามล่าช้า หรือขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องจากพื้นที่นั้นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) การจัดสรรเงินOn Top จาก สปสช. ไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้ไม่สามารถวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) ด้วยเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทรัพยากรบางประเภทไม่เพียงพอ เช่น พาหนะรับ-ส่ง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้ทุกครั้งตามแผน
2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC
1) จัดเตรียมอาคารสถานที่และเตียงเหมาะสม สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการรับบริการของผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน 2) จัดเตรียมอัตรากำลังบุคลากรรองรับให้เหมาะสมและเพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น จัดเป็นประเด็นสำคัญเนื่องจากการรับผู้ป่วยเพิ่ม ทำให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้นตามไปด้วย 3) จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานเปล เพื่อรองรับสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด 4) พัฒนาระบบบริการ ● จัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ระหว่างโรงพยาบาลบางกล่ำและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ต้องมีการประสานเชื่อมโยงเป็นระบบ โดยจัดทำแนวทางการส่งต่อร่วมกันระหว่างทีมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น จัดทำขั้นตอนการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ของโรงพยาบาลบางกล่ำ เป็นต้น ● พัฒนาระบบการทำงานให้มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพการฟื้นฟูทุกแผนก 5) พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ด้านส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะจำเป็น เพื่อให้สามารถดูแลตัวเอง/ดูแลผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง เช่น ทักษะช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นตามสภาพของตน/ผู้ป่วย ทักษะการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้นก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6) จัดระบบนัดหมายติดตามอาการ ตามข้อบ่งชี้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยที่เฉพาะเป็นรายบุคคล 7) สร้างช่องทางช่วยเหลือ/แนะนำทรัพยากรที่ผู้ป่วยและญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้ หากมีความจำเป็น เช่น หน่วยฉุกเฉิน1669, อสม., แกนนำจิตอาสาในชุมชน, ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลในชุมชน เป็นต้น 8) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย/แกนนำจิตอาสาในชุมชน ครอบคลุมทุกตำบล โดยใช้หลักสูตรกรมอนามัยเพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือและผู้ร่วมให้การดูแลช่วยเหลือในชุมชน 9) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/ในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้าน/แกนนำจิตอาสาในชุมชนใช้เป็นคู่มือแนวทางในการทำงานร่วมดูแล 10) แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพร่วมรับผิดชอบพื้นที่ แยกราย รพ.สต. ภายในอำเภอบางกล่ำ เพื่อเป็นทีมร่วมดูแล / ช่วยเหลือ/ฟื้นฟู โดยทุกทีมจะร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ 11) ส่งพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และPCU อบรมหลักสูตรCare manager เพื่อเพิ่มศักยภาพของการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน

4.17 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1) ความตั้งใจของทีม ทั้งจากโรงพยาบาลบางกล่ำและโรงพยาบาลหาดใหญ่ 2) ผู้บริหารทุกระดับสนับสนุน 3) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลหาดใหญ่และทีมฯ ถือเป็นหน้าที่ในการไปปฏิบัติงานติดตามดูแลผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลบางกล่ำ 4) ทีมบุคลากรของโรงพยาบาลบางกล่ำทุกคนถือเป็นหน้าที่ ที่ต้องปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 5) ทีมชุมชนที่เข้มแข็ง ร่วมด้วยช่วยกัน ถือเป็นประโยชน์ของชุมชนที่มีทีมบุคลากรสาธารณสุขและภาคีร่วมให้การดูแลคนในชุมชนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 6) ท้องถิ่นถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่มีระบบการดูแลที่ดี
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) อุปกรณ์พร้อมสำหรับการให้การดูแลฟื้นฟูที่บ้านอย่างเพียงพอ 2) ผู้ป่วยนอกพื้นที่อำเภอบางกล่ำ ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประจำโรงพยาบาลบางกล่ำ (กำลังศึกษา จบในปี 2564) 3) ควรมีพาหนะติดตามถึงที่บ้านผู้ป่วย (จึงใช้วิธีประสานติดตามโดยผ่าน รพช. ด้วยกัน) และต้องการสร้างเครือข่ายเรื่องการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปทุก รพช. ในจังหวัดสงขลา และมีโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลถึงกันได้ทุกหน่วยบริการในจังหวัดสงขลา

ภาพที่ 4.17 Intermediate Care Flow เครือข่ายโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา



4.18 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีทีมบุคลากร ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ พัฒนา และให้บริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขใกล้เคียงกับระยะก่อนป่วย รู้คุณค่าในตัวเอง และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติให้สามารถฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลภาครัฐ ขนาด 162 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตก ครอบคลุมเขตบางแค หนองแขม ทวีวัฒนา และปริมณฑล ครอบคลุมจังหวัดสมุทรสาคร และนครปฐม เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิระดับต้น โดยรับส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุข และส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและภาวะฉุกเฉิน โรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมและแพทย์ทางเลือกฝังเข็ม ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้บริการทางวิชาการ โดยเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และเปิดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง อย่างครบวงจร ทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ในชื่อว่า Bangkok Geriatric & Palliative care model มีระบบบริการด้านผู้สูงอายุ ดังนี้

1) Health promotion and prevention เน้นพัฒนาผู้นำและอาสาสมัครชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ ทำให้มีผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลุ่มactive aging เพิ่มขึ้น

2) Secondary and tertiary prevention คลินิกลดอ้วน ลดกลุ่มstroke จากNon Chronic Disease (NCD) และมีกลุ่มhealthy ageingเพิ่มขึ้น

3) คลินิกสุขใจ สูงวัย ประคับประคอง คัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มGeriatric syndrome และ Palliative care แบบองค์รวมด้วยทีมสหวิชาชีพ วัน เวลา เดียวกัน เพื่อชลอความเสื่อมของร่างกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย วางแผนพินัยกรรมชีวิต ลดต้นทุนการเดินทาง และได้รับการประเมินจากสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยด้วยแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ สังกัดสำนักการแพทย์ ได้คะแนนประเมินสูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ติดต่อกัน 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561)

4) เปิดหอผู้ป่วยชีวาภิบาล สำหรับดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง มีการนำกระบวนการFamily meeting, Functional rehabilitation และทีมสหวิชาชีพมาเข้าร่วมบริการ ลดกลุ่มADLพร่องจากการนอนโรงพยาบาล จัดทำDischarge planning and continuous care และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติด้วยHome Clinic

5) Intermediate care ward ร่วมกับ Japan International Cooperative Agency (JICA) เพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ เพิ่มActivities of daily living (ADL) ลดภาวะทุพพลภาพจากการนอนโรงพยาบาล รับreferผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพักฟื้น บาดเจ็บที่สมอง และบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระยะพักฟื้น

6) Home Health Care and continuous care ติดตามและให้คำปรึกษาผ่านBangkok Rachapiphat video call center visiting ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และส่งทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพในทีมที่จำเป็น

4.18 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

7) เพิ่มศักยภาพชุมชน ทำAppreciation Influence control (AIC) 1 ชุมชน 1 Nursing home ลดการถูกทอดทิ้ง ชุมชนดูแลกัน รวมถึงปรับสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้เป็นชุมชนสุขภาพดี

8) Acute care and complication สามารถVideo call center ประสานEmergency Medical system (EMS) มีสัญลักษณ์Wrist band ยืนยันliving will และกลับมาadmit ward ได้ด้วยระบบFast track เพื่อเข้ารับการดูแลด้วยระบบผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพทีมเดิม

9) นำแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานมาบูรณาการในการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้สูงอายุทั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยชีวาภิบาล และIntermediate care wards

ทำให้โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้รับรางวัลBest service กรุงเทพมหานคร 2560 และรางวัลเลิศรัฐระดับดี 2561

1.3 ศักยภาพ

กลุ่มโรคผู้ป่วยที่สำคัญของระบบบริการRPP Intermediate Care ดังนี้

1) ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ต้องเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและมีอาการทางคลินิกคงที่

(1) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ระยะพักฟื้น

(2) บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury)

(3) บาดเจ็บกระดูกไขสันหลังระยะพักฟื้น (Spinal Cord Injury)

(4) ผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วยที่ต้องฟื้นฟู เช่น Pneumonia, โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

(5) โรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ในรายที่ก่อนมาadmit คะแนน ADLปกติ แล้ว ADLน้อยกว่า 11 ระหว่างมาadmit เพื่อการรับเคมีบำบัด

(6) ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อ ระยะพักฟื้น

2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น

(1) ผู้สูงอายุที่แก่หง่อมเปราะบาง (Frail elderly) มีหลายโรค และมีปัญหาในการดูแลตนเอง ADL น้อยกว่า 11 ระหว่างมาadmit

(2) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ

3) Palliative care กลุ่มNon cancer อยู่ในTransitional stage (Palliative Performance Scale 40-60%) หลังจากต้องจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการบริการ

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน มีทีมงานประสานงานภายในโรงพยาบาล

2) **มี**แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และบุคลากรหลายวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น

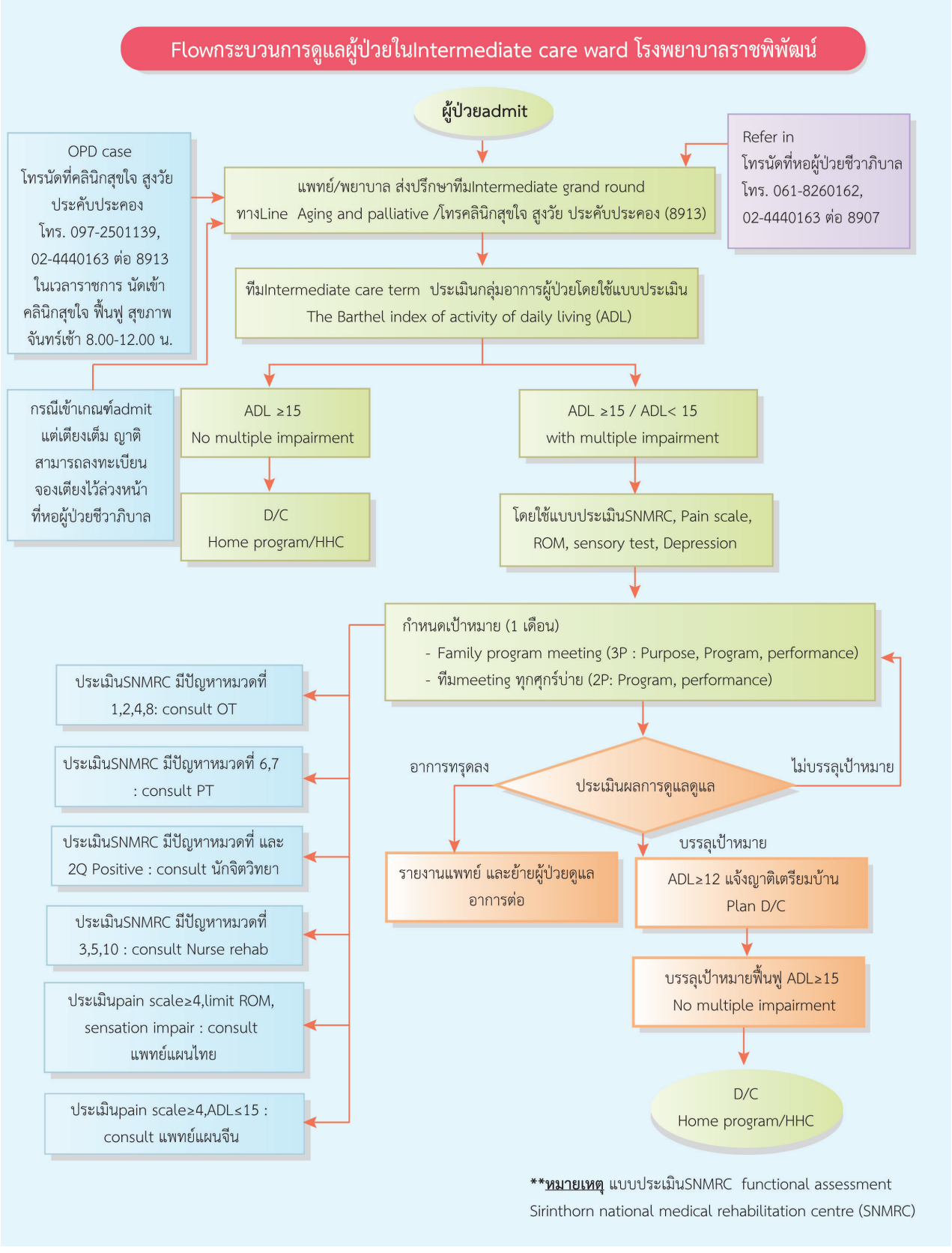
3) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่าย มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต สำนักพัฒนาสังคม และ สปสช.เขต 13 เป็นต้น

4) ทีมสหวิชาชีพมีความเข้มแข็ง มีบทบาทชัดเจน

5) มีสถานที่และบุคลากรทางการพยาบาลเพียงพอต่อการจัดบริการ

4.18 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13
จุดอ่อน 1) อุปกรณ์การฟื้นฟูยังไม่เพียงพอ 2) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังเป็นแบบAcute care DRGs (diagnosis related group) ที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการIntermediate Care 3) ยังไม่มีระบบข้อมูลonlineที่ได้มาตรฐาน และใช้ได้จริง **อุปสรรค** 1) กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง 2) ยังขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการIntermediate Care อย่างมีประสิทธิภาพ
2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC
ตามFlowกระบวนการดูแลผู้ป่วยIntermediate care ward
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1) เครือข่ายภาคประชาชนมีความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง 2) เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมเรียนรู้และปฏิบัติงานได้หลายบทบาทหน้าที่ และเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเป็นการร่วมบุญสร้างบารมี 3) วัด/ชุมชน ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง 4) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นโรงพยาบาลที่มีผู้นำศาสนาอุปถัมภ์ ทำให้ผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคอย่างเต็มใจ 5) พัฒนาด้านอาคาร/สถานที่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ โดยไม่ต้องรองบประมาณจากระบบราชการ
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และถ่ายทอดอย่างถั่วถึงชัดเจน 2) กรอบอัตรากำลังที่เป็นรูปธรรม 30 เตียง (อย่างน้อย) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำการ 3) การสนับสนุนงบประมาณควรแยกตามความจำเป็นของบริบทนั้นๆ 4) ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านIMC

ภาพที่ 4.18 Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยในIntermediate care ward โรงพยาบาลราชพิพัฒน์



ตารางที่ 4.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ (SNMRC Functional Assessment)

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ (SNMRC Functional Assessment)

หมวดที่ 1 Feeding
- ดื่มน้ำ
- รับประทาน

หมวดที่ 2 Grooming
- แปรงฟัน
- ล้างหน้า
- ล้างมือ
- หวีผม

หมวดที่ 3 Cleaning
- อาบน้ำ-เช็ดตัว
- สระผม-เช็ดผม
- ทำความสะอาดหลังขับถ่าย

หมวดที่ 4 Dressing
- ถอดเสื้อ
- ถอดกางเกง
- ถอดถุงเท้า-ถอดรองเท้า
- ใส่เสื้อ
- ใส่กางเกง
- ใส่ถุงเท้า-ใส่รองเท้า

หมวดที่ 5 Bowel & Bladder management
- ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
- ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

หมวดที่ 6 Mobility
- พลิกตัวบนเตียง
- ลุกขึ้นนั่ง
- ทรงตัวในท่านั่งและท่าทางในการนั่ง
- ลุกขึ้นยืน
- ทรงตัวในท่ายืน
- เคลื่อนย้ายตัว

หมวดที่ 7 Walking
- เดินบนทางราบ
- เดินบนทางลาดเอียง
- ขึ้น-ลงบันได อย่างน้อย 12-14 ขั้น

หมวดที่ 8 Communication
- ฟังเข้าใจในการสื่อสารกับบุคคลอื่น
- แสดงออกทางภาษา

หมวดที่ 9 Social & Cognition
- ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- แก้ไขปัญหา
- ความจำ
- คำนวณ

หมวดที่ 10 IADL
- เตรียมอาหาร
- ทำความสะอาดที่พักอาศัย
- กินยา

4.19 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

จากสถานการณ์ปัจจุบัน โครงสร้างประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลให้ภาระการดูแลสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังและโรคจากความเสื่อมสูงขึ้น สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพและสังคม ซึ่งพบว่าการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังมีช่องว่างของคุณภาพ มีผลให้อัตราการพึ่งพิงและการดูแลผู้สูงอายุในระยะ Long Term Care สูงขึ้นตามมา

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท ดำเนินงานตามนโยบายกรมการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ (Seamless) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคระบบประสาทเมื่อพ้นจากระยะวิกฤตแล้วมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การดูแลระยะกลาง(Intermediate Care) อย่างเชื่อมโยงไร้รอยต่อและมีคุณภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับระยะก่อนป่วย และไม่เกิดภาวะพึ่งพาต่อญาติ/ผู้ดูแล และสังคม

กลุ่มเป้าหมายการดูแลในIntermediate Care

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะเฉียบพลันและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ (Subacute Stroke)
- ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury)
- ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1) จัดตั้งคณะทำงานเพื่อให้บริการการดูแลระยะกลาง

2) จัดให้มีIntermediate corner จำนวน 8 เตียง โดยเริ่มดำเนินการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2561

3) ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านระบบประสาทและไขสันหลัง ของเขตสุขภาพที่ 1 และโรงพยาบาลนครพิงค์

4) มีแนวทางการประสานงานในโรงพยาบาลและส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายผ่านระบบThai COC

1.3 ศักยภาพ

1) มีเตียงที่สามารถรองรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

2) มีระบบส่งต่อและระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายในเครือข่าย โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลด้วยThai COC หากพบว่าไม่มีรายชื่อของผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ จะดำเนินการประสานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆให้ทราบcase เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) ประสานทีมผู้ดูแลที่บ้าน/แกนนำ/แกนนำจิตอาสาในชุมชนที่ผ่านการอบรมเพื่อร่วมลงพื้นที่ให้การดูแลตามสภาพ/อาการของผู้ป่วย ตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ

4) ประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ในชุมชน

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการให้บริการ

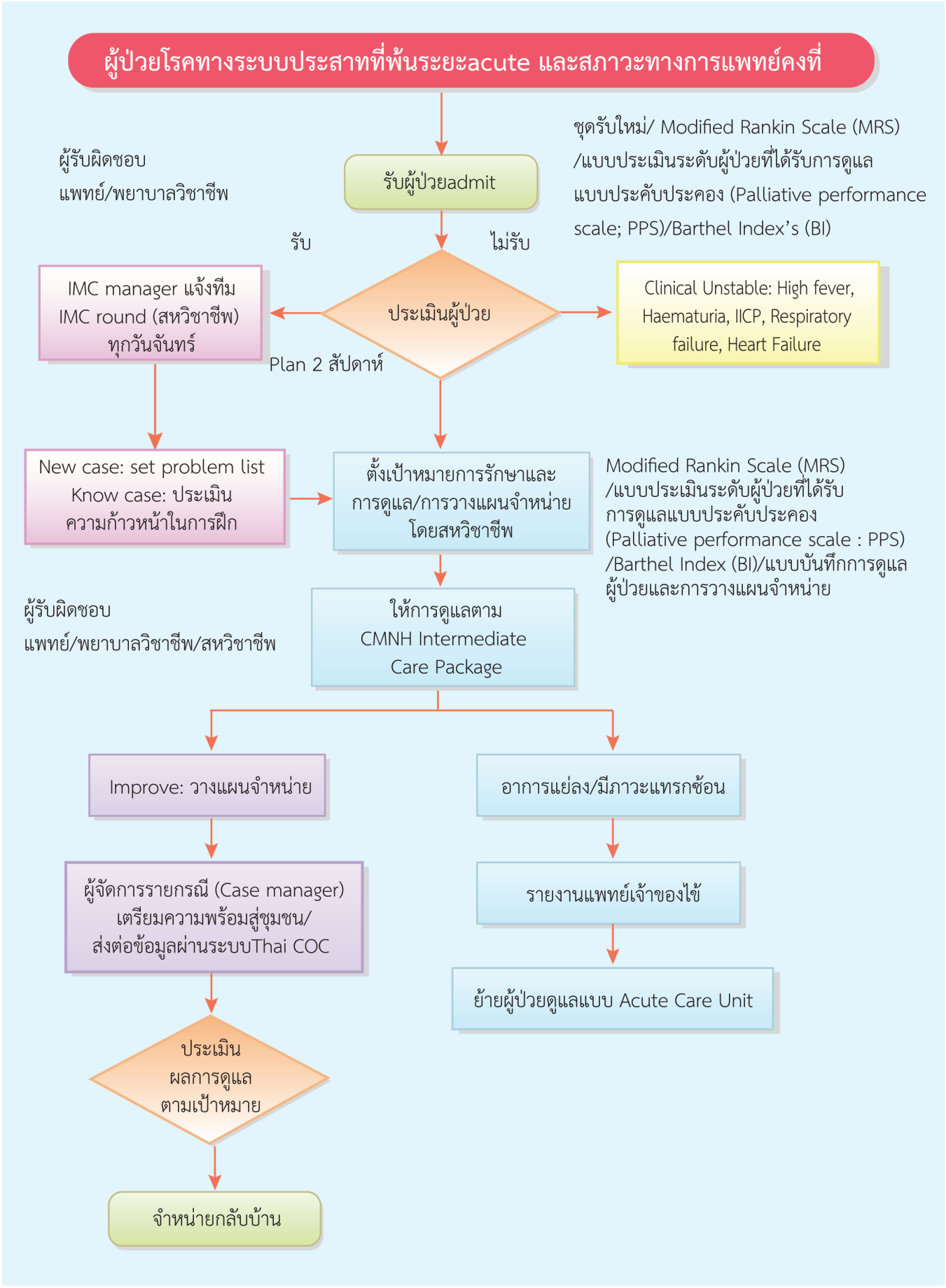
จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน

2) ทีมสหวิชาชีพมีความเข้มแข็ง มีบทบาทชัดเจน

4.19 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1
3) มีพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ วุฒิปริญญาโท จำนวน 4 คน 4) มีความพร้อมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ **จุดอ่อน** 1) ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการฝึกการดูแลเสมือนจริง (อยู่ระหว่างดำเนินนโยบายจัดหาสถานที่) 2) ขาดพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านฟื้นฟู (หลักสูตร 4 เดือน) **อุปสรรค** 1) กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง 2) การส่งต่อข้อมูลล่าช้าเนื่องจากโปรแกรมการส่งต่อยังไม่เสถียร 3) การนัดประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนา/แก้ไขระบบงาน สมาชิกทีมส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมให้ความคิดเห็นได้ เนื่องจากมีภาระงานด้านอื่นๆ 4) IMC Manager ขาดความรอบรู้และประสบการณ์ในงาน ประกอบกับภาระงานประจำเพิ่มขึ้น ทำให้งานIMC ไม่พัฒนาเท่าที่ควร 5) ญาติไม่พร้อมในการมาดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา บางรายยังฝึกให้การดูแลได้ไม่ถึงเป้าหมาย และขอออกจากโรงพยาบาลก่อนกำหนด 6) ขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการ Intermediate Care อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น
2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC
1) รับนโยบายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านIMC และจัดทำแนวทางการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3) เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยใน (3 มกราคม 2561) โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมาตรวจประเมิน ให้การดูแลตามปัญหาโดยสหวิชาชีพ และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมในIMC round (ทุกวันจันทร์ เริ่มเวลา 14.00น) 4) วางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมองค์รวม
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)
1) การวางแผนและพัฒนาร่วมกันในระดับจังหวัด 2) การเชื่อมโยงการทำงานแบบเครือข่ายสหวิชาชีพ 3) มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงาน และเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน 4) เชื่อมโยงการให้บริการร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. เป็นต้น 5) การพัฒนาระบบการส่งต่อ และการรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ
1) การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึง 2) ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านIMC 3) ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ ควบคู่กับการจัดบุคลากรทางการพยาบาลเข้าอบรมเพิ่มพูนศักยภาพด้านการดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ เพื่อให้บริการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานและครอบคลุม

ภาพที่ 4.19 Intermediate Care Flow โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่



4.20 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ มีพันธกิจและวิสัยทัศน์ในการเป็นสถาบันชั้นนำทางด้านการบริการและวิชาการของโรคทางระบบประสาทของประเทศ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระการดูแลของญาติ ประคองเวลาไม่ให้เข้าสู่ภาวะติดเตียงหรือการที่ต้องได้รับการบริบาลแบบระยะยาว (Long Term Care) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมปกติได้ยาวนานที่สุด รวมทั้งพัฒนาฝึกฝนทางด้านปริญาณปัญญาให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

สถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันเฉพาะทางโรคระบบประสาท ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 300 เตียง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาทครบวงจร ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาททั่วประเทศ รวมทั้งรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ขาดผู้เชี่ยวชาญหรือเครื่องที่ยุ่งยากซับซ้อนทางด้านระบบประสาท ให้บริการตรวจรักษาโรคทางระบบประสาทวิทยา 5 ด้าน ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ประสาทศัลยกรรม จิตเวช เวชกรรมฟื้นฟู อายุรกรรมทั่วไป จักษุประสาท และทันตกรรม นอกจากนี้ยังมีหน่วยส่งเสริมและสุขภาพป้องกันโรค ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาท

ทางด้านวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา เป็นผู้นำทางด้านการผลิดสื่อแนวทางการรักษา(CPG)โรคทางระบบประสาทของประเทศไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) สำหรับแพทย์ พยาบาล เวชกรรมฟื้นฟู ทันตกรรม โรคลมชัก โรคเนื้องอกในสมอง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น และเป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ พยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท ด้านโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแทพย์ นักศึกษาพยาบาลด้านระบบประสาท นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งศึกษาวิจัยของโรคทางระบบประสาทหลายสาขา

สถาบันประสาทวิทยา มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยมีการจัดรูปแบบบริการแบบone stop service สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกสูงอายุคุณภาพ และคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Memory Clinic) รวมทั้งมีการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในเวลากลางวัน รายละเอียดดังนี้

1) **คลินิกสูงอายุคุณภาพ** เป็นคลินิกพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบสหสาขาทางการแพทย์ แบบone stop service มีแพทย์อายุรกรรมดูแลการรักษาโรคเรื้อรัง จิตแพทย์ดูแลรักษาภาวะทางจิต แพทย์เวชกรรมฟื้นฟูดูแลทางด้านกระดูกและข้อ และมีทันตแพทย์ดูแลปัญหาสุขภาพในช่องปาก ให้บริการทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน

2) **คลินิกความจำ** (Memory Clinic) เป็นคลินิกเฉพาะทางให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแบบสหวิชาชีพ โดยแพทย์ประสาทวิทยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จิตแพทย์ร่วมดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิต นักจิตวิทยาประเมินระดับปริญาณปัญญา (cognitive assessment) พยาบาลประเมินระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และให้คำปรึกษาแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดให้คำแนะนำในการฝึกกิจกรรมที่ช่วยการฝึกสมองและการใช้ชีวิตประจำวัน โภชนากรประเมินภาวะทุพโภชนาการและให้คำแนะนำเกี่ยวกับด้านอาหาร รวมทั้งเภสัชกรช่วยดูแลเรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงของการใช้ยา รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างยา ให้บริการทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน

3) **ศูนย์สุขกายสุขใจ** (Day Care) ให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบองค์รวมในเวลากลางวัน เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ รวมทั้งฝึกสมองและทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น ทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกาย รวมทั้งดูแลปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น ในกรณีที่ญาติมี

4.20 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถนำมาผู้ป่วยฝึกที่ศูนย์ได้ ในระยะเวลาสั้นๆ โดยมีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้คำแนะนำ และเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านสูงอายุของสถาบันต่างๆ ทั้งไทยและต่างประเทศ

ศูนย์สุขกายสุขใจ มีระบบบริการดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระยะต้น หรือปานกลาง จะต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา และจิตแพทย์ของสถาบันประสาทวิทยาก่อนเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขกายสุขใจ

2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ที่จำเป็นต้องฝึกสมองหรือกายภาพบำบัดแบบไป-กลับ

3) ผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการมาฝึกที่ศูนย์สุขกายสุขใจ

1.3 ศักยภาพ

1) ใมีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง โดยมีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติ และมีระยะเวลาการเข้าเป็นผู้ป่วยในต่อรอบการดูแลรักษาประมาณ 4-6 สัปดาห์

2) มีการจัดรูปแบบบริการสหวิชาชีพแบบOne Stop Service สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และคลินิคเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Memory Clinic)

3) มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และมีหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน

4) มีการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในเวลากลางวัน (Day Care) หรือศูนย์สุขกายสุขใจ

5) มีโครงการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการโดยทีมส่งเสริมสุขภาพสถาบันประสาทวิทยา

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการให้บริการ

จุดแข็ง

1) ให้บริการองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพหลากหลายสาขาร่วมดูแล เช่น แพทย์ประสาทวิทยา จิตแพทย์ พยาบาลสูงอายุ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และโภชนากร

2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน มีทีมงานประสานงานภายในโรงพยาบาล

3) มีการให้บริการครบวงจร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

4) มีกิจกรรมหลากหลาย ให้บริการในศูนย์สุขกายสุขใจ และสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไม่เป็นโปรแกรมที่fix

5) ให้การดูแลทั้งในด้านสุขภาวะทั่วไปของผู้ป่วย และประสานส่งตรวจกับแพทย์ กรณีถึงวันนัดโดยไม่ต้องรอคิว

6) สถานที่ ได้มีการออกแบบศูนย์สุขกายสุขใจให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้นแบบของบ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ แตกต่างจากบรรยากาศโรงพยาบาล ช่วยลดความเครียดของผู้รับบริการ

จุดอ่อน

1) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในเป็นไปตาม Acute care DRGs ที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการIMC

2) ยังไม่มีระบบในการส่งต่อข้อมูล และติดตามด้านการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นรูปแบบ

3) ขาดบุคลากรด้านพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้มากกว่า 15 ราย/วัน

4) ไม่สามารถเบิกค่าบริการได้ เนื่องจากเป็นระบบใหม่ ไม่อยู่ในรายการที่เบิกจ่ายได้ของกรมบัญชีกลาง

5) ขาดการประเมินผลเป็นรูปธรรมทั้งทางคลินิกและความคุ้มค่า

4.20 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

อุปสรรค

1) กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

2) ขาดแคลนบุคลากรที่เพียงพอต่อการขยายการให้บริการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการจึงไม่สามารถมารับบริการได้ทุกวัน ต้องสลับหมุนเวียนกันมารับบริการ

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาDay Care

ตามFlow กระบวนการดูแลผู้ป่วยDay Care และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

3. ปัจจัยความสำเร็จDay Care ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างศูนย์สุขกายสุขใจเบื้องต้นจากภาคเอกชน

2) ผู้บริหารสนับสนุนให้งบประมาณเพิ่มเติม รวมทั้งส่งเสริมให้ไปศึกษาดูงานต้นแบบ ทั้งในและต่างประเทศ

3) เครือข่ายด้านวิชาการจากอาจารย์โรงเรียนแพทย์ ช่วยฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

4) เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมเรียนรู้และปฏิบัติงานได้หลายบทบาทหน้าที่ และเสียสละประโยชน์ส่วนตัว

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาDay Care ด้านต่างๆ

1) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และถ่ายทอดอย่างทั่วถึงชัดเจน

2) ควรพัฒนาเครือข่ายหรือขยายบริการไปสู่ชุมชน โดยการสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ทั้งทางด้านงบประมาณและการบริหารจัดการ โดยทางสถาบันให้ความสนับสนุนทางด้านวิชาการ

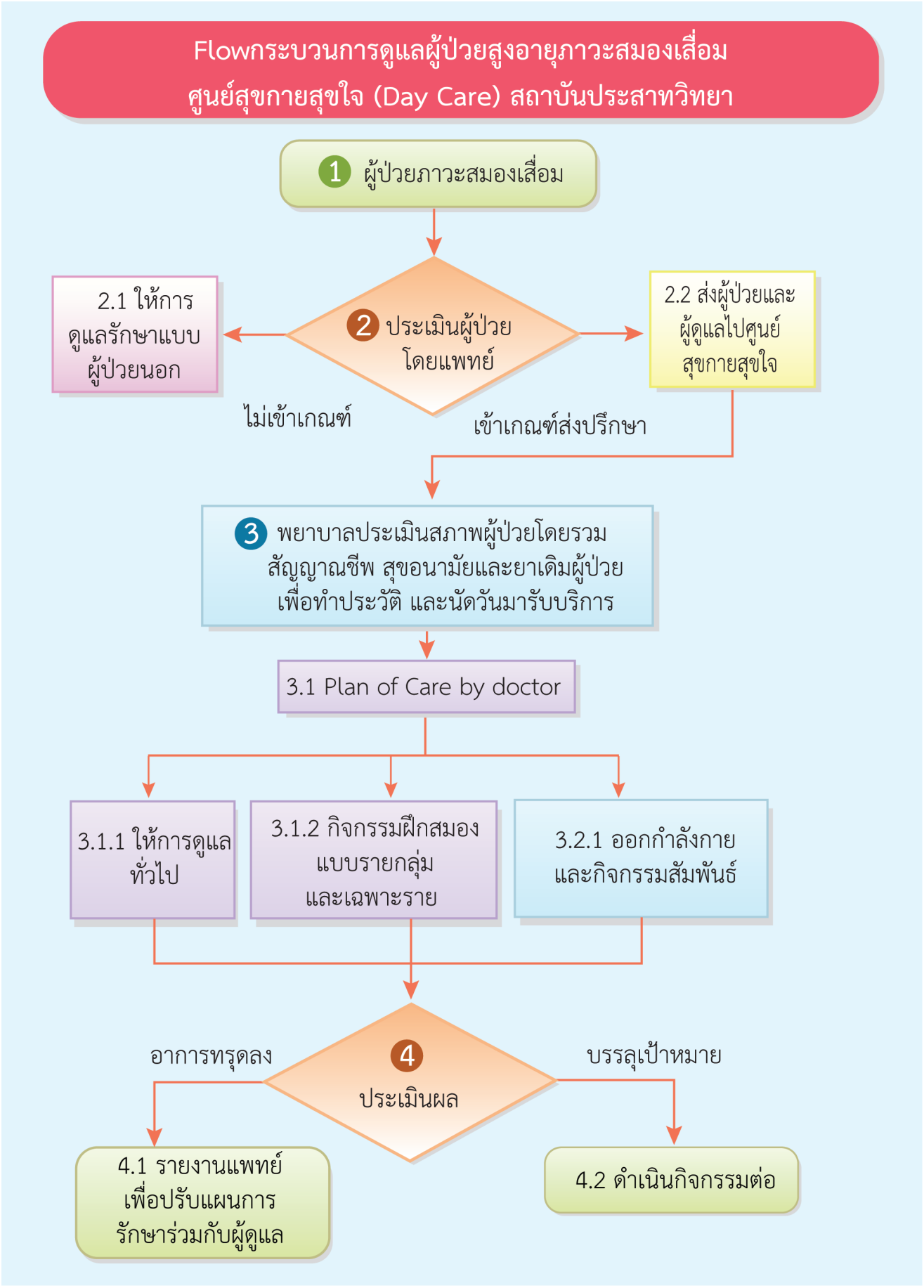
3) งบประมาณในการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์กับที่บ้าน เช่น หุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) ควรพัฒนาหลักสูตรและจัดฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องเหมาะสม

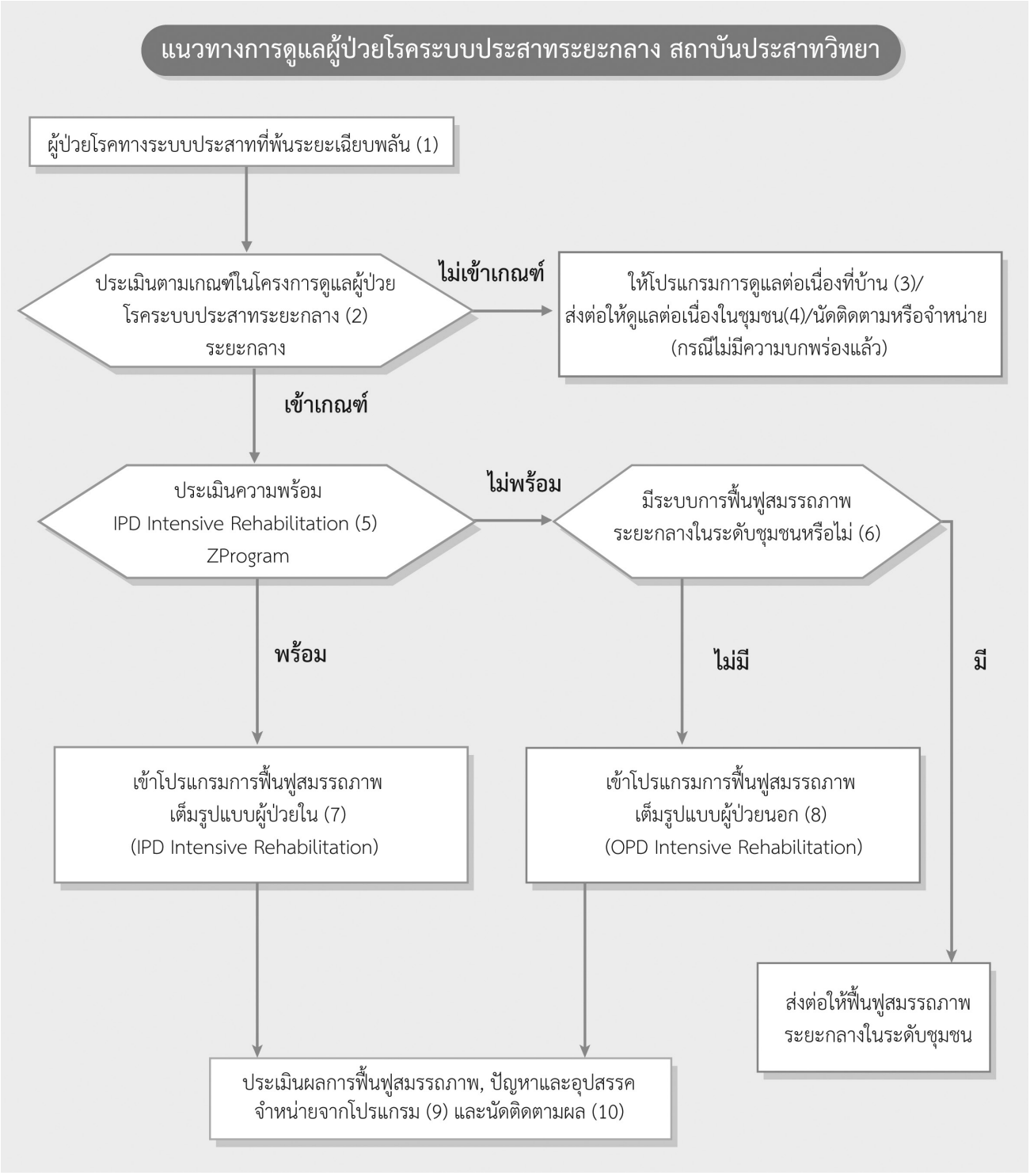
5) การสนับสนุนงบประมาณควรแยกตามความจำเป็นของบริบทนั้นๆ

6) ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ

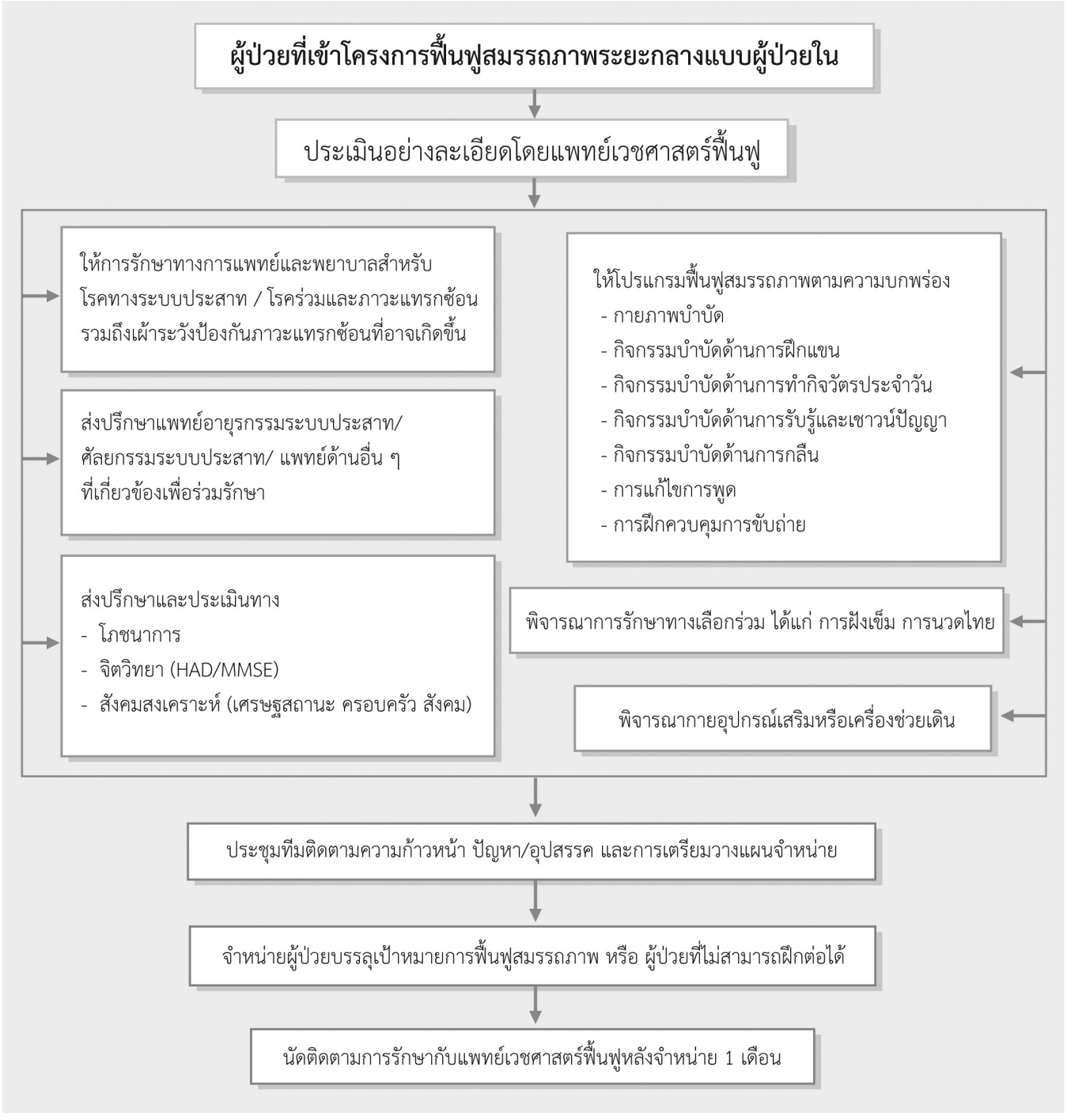
ภาพที่ 4.20.1 Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม ศูนย์สุขกายสุขใจ (Day Care) สถาบันประสาทวิทยา



ภาพที่ 4.20.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง สถาบันประสาทวิทยา



ภาพที่ 4.20.3 แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลางแบบผู้ป่วยใน สถาบันประสาทวิทยา



** ประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยประเมิน

1. คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel's Score) แรกรับ ทุกสัปดาห์และเมื่อจำหน่าย
2. คะแนนDisability Modified Rankin Scale ประเมินแรกรับและเมื่อจำหน่าย

*** เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการ

- บรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ตั้งไว้
- คะแนนBIคงที่ ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์
- มีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดได้

4.21 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 โดยคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด การคาดการณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ในปี 2574 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและสูงกว่า ให้บริการผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานบริการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีผู้สูงอายุมารับบริการจำนวนมากทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2558-2560 แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้สูงอายุมาใช้บริการจำนวน 359,546 ราย 395,741 ราย และ 417,813 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.05, 34.97 และ 34.53 ตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 12,436 ราย 13,299 ราย และ 13,188 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.08, 34.91 และ 34.85 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งสองแผนก เป้าหมายการบริการคือ ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล Acute Care Setting ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ สถิติหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยระยะIntermediate Care มากถึง 20 รายต่อเดือน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลราชวิถีเป็น Super Contractor โดยรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วประเทศในทุกสาขา และจัดตั้งศูนย์ประสานการรับส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข(Referral Center) ในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครอบคลุมเขตดินแดง พญาไท ราชเทวี ห้วยขวาง บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและภาวะฉุกเฉิน โรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม แพทย์ทางเลือก และคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้บริการทางวิชาการโดยเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเปิดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence) 8 ด้าน ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโสต ศอ นาสิก ด้านผ่าตัดทางกล้อง ด้านปลูกถ่ายอวัยวะ ด้านจอประสาทตา ด้านหัวใจและหลอดเลือด ด้านอุบัติเหตุ ด้านโรคไต และด้านโรคเบาหวาน ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องฝึกทักษะการดูแล เช่น เรื่องการทำอาหารสายยาง การให้อาหารทางสายยาง การฉีดยาเบาหวานบริเวณหน้าท้อง การดูแลท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การพ่นยา การทำแผลเรื้อรัง การเตรียมอุปกรณ์ทำแผล การดูแลหลังล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนการจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาล ให้ความรู้ด้านสุขภาพเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล (caregiver) ก่อนกลับบ้าน เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องของบริการในโรงพยาบาล ติดตามผลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ PCC สำนักอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน

1.3 ศักยภาพ

ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักที่มีความซับซ้อนทางพยาธิสภาพ โดยผสมผสานความรู้ความสามารถและเทคโนโลยีขั้นสูงตลอดจนเครื่องมือที่ทันสมัยได้เป็นอย่างดี บุคลากรมีความรู้ ประสบการณ์และความสามารถเฉพาะทางครบทุกสาขา สามารถเป็นแบบอย่าง (Role Model) และเผยแพร่ความรู้กับสถาบันทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ

4.21 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการให้บริการ

จุดแข็ง

1) มีทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพครบ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ ทันตแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

2) ทีมมีความเข้มแข็ง มีบทบาทชัดเจน

3) มีระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีที่สมบูรณ์ มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะรองรับการให้บริการทั้งหมด รวมทั้งการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ

4) มีระบบข้อมูลonline ที่ได้มาตรฐานและใช้ได้จริง

5) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่าย มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น

6) ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน มีทีมงานประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

จุดอ่อน

1) นโยบายให้บริการผู้ป่วยโดยไม่จำกัดจำนวน ผู้ป่วยนอกจึงรอรับบริการจำนวนมาก ขณะที่จำนวนเตียงผู้ป่วยในมีจำนวนจำกัดทำให้ระยะเวลาการรอเตียง (Waiting list) นาน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ บางรายความรุนแรงโรคเพิ่มขึ้น

2) โครงสร้างของโรงพยาบาล มีหอผู้ป่วยอยู่กระจัดกระจายในอาคารต่างๆ จำนวนมาก ทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน

3) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นโรคเรื้อรังซับซ้อน ต้องการการดูแลจากทีมผู้เชี่ยวชาญสหสาขา จึงใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้

4) ไม่มีพยาบาลcase manager ด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์

อุปสรรค

1) การสำรองเตียงยังมีความไม่แน่นอนสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมากกว่าจำนวนเตียง

2) ความร่วมมือของผู้ป่วย/ญาติ บางรายไม่มีผู้ดูแล บางส่วนยากจน/ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปเป็นภาระ ขาดพาหนะ ไม่มีเวลาและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ พบมากในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษากรมบัญชีกลาง ข้าราชการเบิกจ่ายตรง และสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ราชวิถี/ผู้พิการ/เครือข่าย

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

ตามFlowกระบวนการดูแลผู้ป่วยIntermediate care ward

3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1) มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีระบบการเชื่อมโยงงานที่ชัดเจน

2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนด้านบุคลากรและการปฏิบัติงาน

3) มีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่ชัดเจน และรวดเร็ว

4) มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ

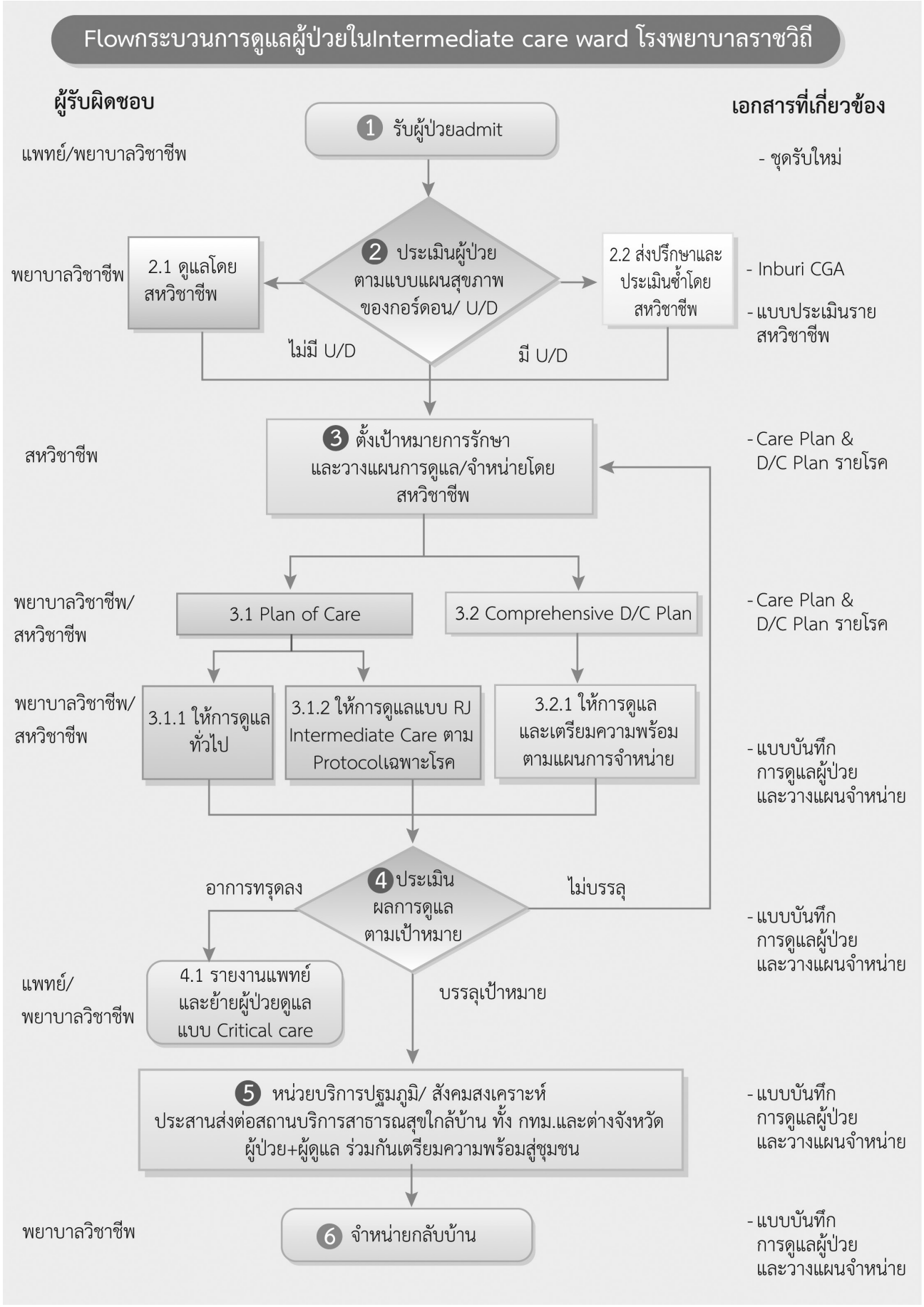
5) พัฒนาระบบการส่งต่อและรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน

4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ด้านต่างๆ

1) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และถ่ายทอดอย่างทั่วถึงชัดเจน

2) พัฒนาบุคลากรอื่นๆ เช่น หลักสูตรcaregiver 120 ชั่วโมง

ภาพที่ 4.21 Flowกระบวนการดูแลผู้ป่วยในIntermediate care ward โรงพยาบาลราชวิถี



4.22 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นสถาบันการแพทย์เฉพาะทาง คือเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อ โดยที่ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโรคกระดูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาใกล้เคียงกับระยะก่อนป่วย และป้องกันไม่ให้กระดูกเกิดการหักซ้ำ เป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อให้เกิดการดูแลเชื่อมโยงและฟื้นฟูหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ดูแลมีองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลฟื้นฟู

กลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care)

1) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันการหักซ้ำ (Refracture prevention)
2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังพ้นระยะเฉียบพลัน และมีสภาวะทางการแพทย์คงที่
3) ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 614 เตียง ให้บริการประชาชนในเขต สาทร บางรัก ยานนาวา บางคอแหลม พระโขนง สวนหลวง และประเวศ รับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากนอกเขต โดยเฉพาะโรคทางกระดูกและข้อ (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์) นอกจากนี้ยังให้บริการทางวิชาการโดยเป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นคลินิก ของสถาบันร่วมผลิตแพทย์กรมการแพทย์มหาวิทยาลัยรังสิต - โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทาง และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล

1.3 ศักยภาพ

1) คลินิกรู้ทันการหักซ้ำ (Refracture Prevention) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยข้อสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยมีจุดประสงค์เพื่อไม่ให้เกิดการหักซ้ำ โดยเป็นการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา แนะนำ รวมทั้งกายภาพบำบัด ฝึกการทรงตัว ฝึกการบริหาร และดูแลต่อเนื่อง

2) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จะได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาทางการแพทย์ ตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลและฟื้นฟูหลังการผ่าตัด → IMC → กลับบ้าน

3) ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases; NCD) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังภาวะทางการแพทย์คงที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งต่อการดูแลไปยังทีมเยี่ยมบ้าน

1.4 สถานการณ์ปัจจุบันในการให้บริการ

จุดแข็ง

1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนชัดเจน

2) มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์อายุรกรรมประสาท อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จักษุแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ทันตแพทย์ รังสีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นัก-ช่างกายอุปกรณ์ นักโภชนาการ นักรังสีการแพทย์ เทคนิคการแพทย์

จุดอ่อน

1) ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยยังเป็นตามAcute care DRGs ที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลาง

2) ยังไม่มีข้อมูลonline ที่จะเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 13

4.22 โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 13

อุปสรรค

1) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเลิดสิน และนอกเขตสุขภาพที่ 13 จึงยากต่อติดตามดูแลผู้ป่วย

2) ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases; NCD) และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอัตราการครองเตียงเกินร้อยละ 100 ทำให้การฟื้นฟูยังไม่ได้เต็มที่

2. กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาIMC

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) และ Aging society เพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะเฉียบพลันให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้กลับสู่ชุมชนใกล้เคียงสภาวะก่อนเจ็บป่วยและในผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาได้ และเป็นการเตรียมการเข้าสู่ระยะ Long Term Care (LTC) โรงพยาบาลเลิดสินจึงส่งบุคลากรเข้าอบรมและประชุมหารือ โดยดำเนินการระยะแรกเริ่มที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และผู้ป่วยข้อสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน (Refracture Prevention) พัฒนามาเป็นผังการให้บริการดูแลตาม Flow การให้บริการ Lerdsin Intermediate Care Model

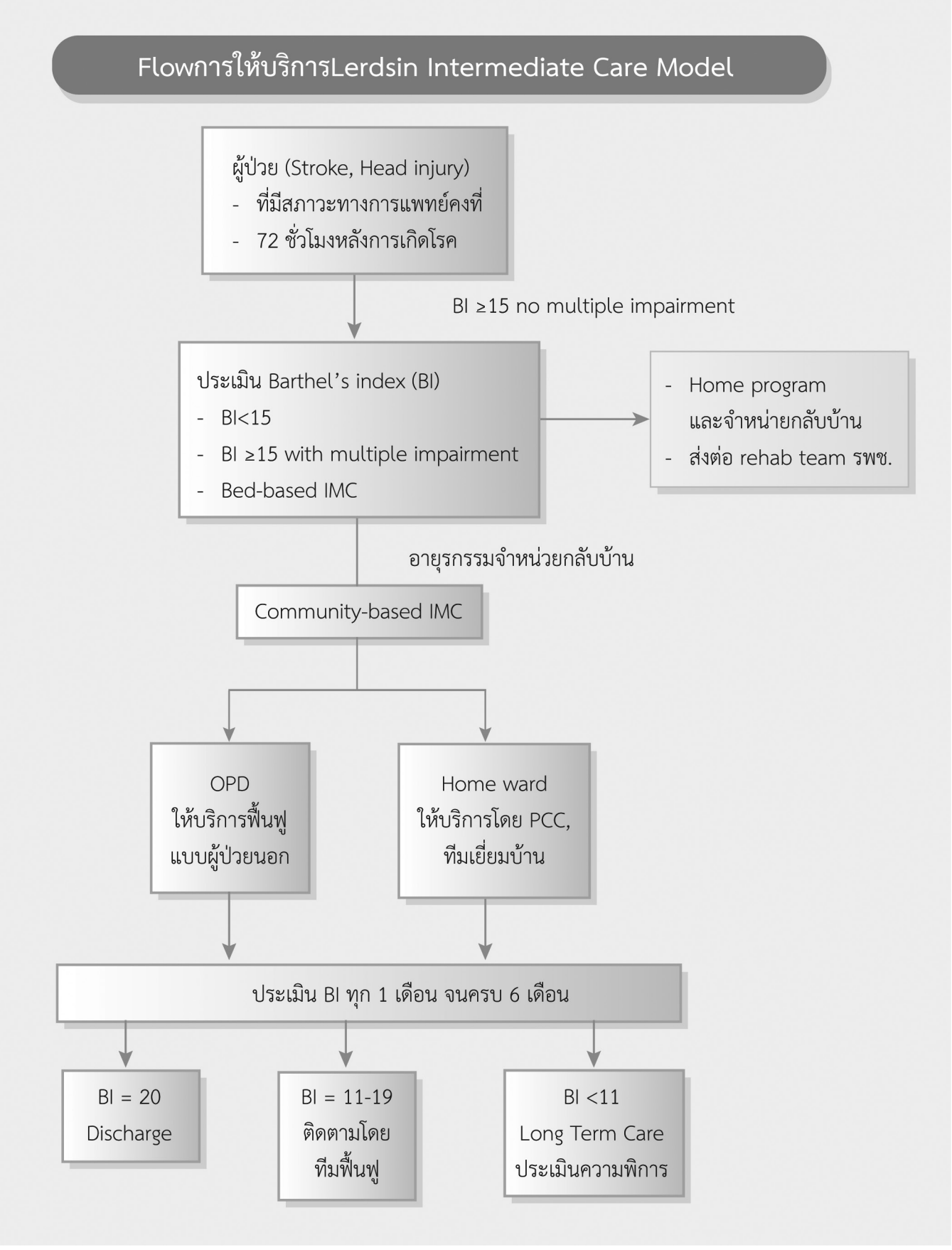
3. ปัจจัยความสำเร็จIMC ในบริบทบวร (แบบผสมผสาน)

1. ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญและขับเคลื่อน โดยพยายามสร้างเครือข่ายประสานกับโรงพยาบาลต่างสังกัดในเขตสุขภาพจิตที่ 13 ให้เกิดการทำงานร่วมกัน
2. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านหรือส่งต่อไปยังเครือข่ายในเขตพื้นที่ของผู้ป่วย

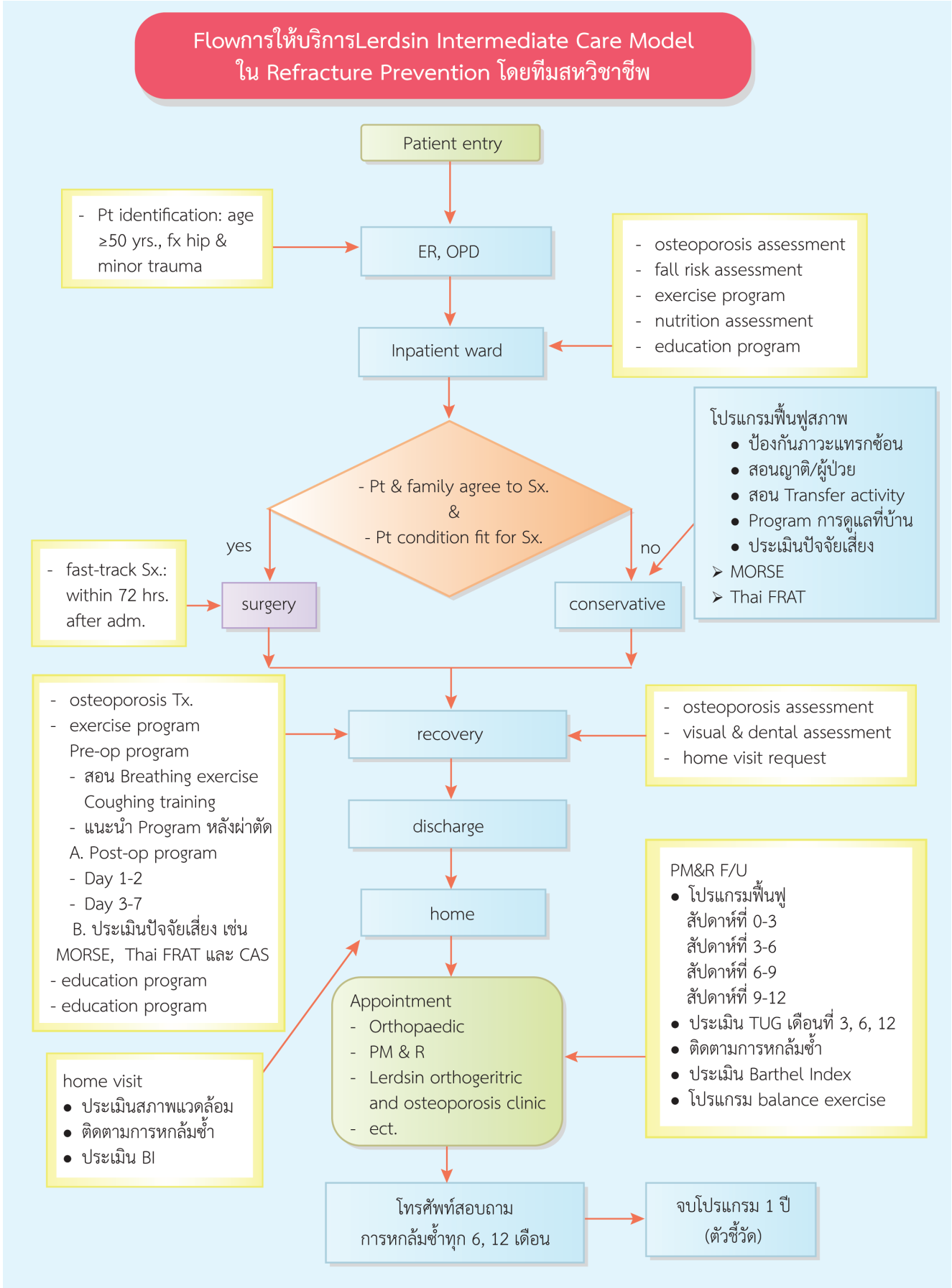
4. ความต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาIMC ในด้านต่างๆ

1. พัฒนาระบบส่งต่อหลังIMC รวมทั้งเมื่อเข้าสู่LTC
2. มีการกำหนดค่าDRGs ในเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วย
3. สร้างความเข้าใจให้บุคลากรในองค์กรตระหนักถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังระยะacute care

ภาพที่ 4.22.1 Flowการให้บริการLerdsin Intermediate Care Model



ภาพที่ 4.22.2 Flowการให้บริการ Lerdsin Intermediate Care Model ใน Refracture Prevention โดยทีมสหวิชาชีพ





บทที่ 5

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยSix Building Blocksและข้อเสนอในการพัฒนาIntermediate Careของผู้สูงอายุในประเทศไทย

บทที่ 5 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยSix Building Blocks และข้อเสนอในการพัฒนาIntermediate Careของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยSix Building Blocks

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ศึกษาการจัดบริการสุขภาพประเทศต่างๆ และนำเสนอว่าการประเมินระดับคุณภาพของระบบการจัดบริการสุขภาพ ควรพิจารณา 6 องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ เรียกว่าSix Building Blocks หรือSix Core components of health system

ในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ในการจัดบริการ Intermediate Care สำหรับผู้สูงอายุ การประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อมูลจากเขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาล (ตามระดับของโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยในระบบบริการ) เมื่อวิเคราะห์ตาม Six Building Blocksขององค์การอนามัยโลก พบประเด็นตามองค์ประกอบทั้ง 6 ดังนี้

1. บริการสุขภาพ (Health Service Delivery)

การจัดบริการดูแลสุขภาพที่ดีพิจารณาจากลักษณะสำคัญ (Keys characteristics of good sevice delivery) 8 ประการ ดังนี้

1) ครบถ้วน (Comprehensiveness) จัดบริการครอบคลุมและบูรณาการ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ พบว่ามีการดำเนินการทั้ง 4 ด้าน แต่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแยกส่วน การเชื่อมต่อระหว่างด้านมีน้อย การส่งต่อข้อมูลระหว่างแต่ละส่วนยังไม่มากเพียงพอ

บริการส่งเสริมสุขภาพ ยังดำเนินการไม่ทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุทุกคน แม้ว่ามีความพยายามแก้ไขโดยการให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นเสมือนเครื่องมือในการเข้าถึงผู้สูงอายุให้มากที่สุด แต่การดำเนินงานในส่วนนี้ยังไม่เกิดความครอบคลุมมากนัก ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

บริการป้องกันโรค ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลเป็นกำลังหลักและกระจายถึงระดับ รพ.สต. การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจสำหรับโรคติดต่อ ส่วนโรคไม่ติดต่อยังพบปัญหาการป้องกันโรคเนื่องจากยังขาดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ไม่ว่าจะเป็นโรคจากอุบัติเหตุจากการทำงาน โรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อม และกลุ่มGeriatric syndromes

บริการรักษาพยาบาล มีการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ หอ/เตียงผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีService Plan กำหนดขีดความสามารถการบริหารบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละระดับ และมีเครือข่ายการส่งต่อชัดเจน

บริการดูแลฟื้นฟูสภาพ จัดบริการทั้งในระดับ รพศ./รพท./รพช. รวมทั้งขยายงานดูแลไปสู่ที่บ้านโดยมอบสมาชิกในครอบครัว หรือ อสม. ช่วยดำเนินการ และมีทีมของโรงพยาบาลไปช่วยเหลือดูแล ระยะPost-acute

Care ส่วนใหญ่ดำเนินการในช่วงท้ายของการดูแลในAcute care ward ตามด้วยการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการ (Disabilities) โดยนัดติดตามผลที่OPD ของโรงพยาบาล มอบให้ญาติดูแลต่อ และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมแบบHome Health Care เป็นครั้งคราว

บริการLong-term Care สำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยถาวร เป็นการดูแลที่บ้านโดยเริ่มจากการปรับสภาพที่บ้านให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Assisted Home Care) ผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยแบบว่าจ้าง มีอาสาสมัครไปช่วยดูแลเป็นครั้งคราว และมีสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปเยี่ยมเป็นระยะ หลายพื้นที่มีการพัฒนาระบบrefer back ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับสูงกว่าไปให้โรงพยาบาลระดับต่ำกว่าดูแลต่อเนื่องตามระบบเครือข่ายและService Plan วางแผนดูแลโดยการประเมินBarthel's Index มีการจัดบริการPost-acute Care แบบBed-based Care(IMC) ในโรงพยาบาลระดับ รพท. และ รพช. และบางแห่งเริ่มจัดบริการDay Care ต่อเนื่องจากBed-based Care

2) การเข้าถึง (Accessibility) การจัดบริการEMS รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใน รพช./รพท./รพศ. ทั่วประเทศ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นAcute Coronary Syndrome, Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และโรคฉุกเฉินอื่นๆ เข้าถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็วได้รับการดูแลรักษาทันท่วงที ผลการรักษาดีขึ้นชัดเจนและเสียชีวิตน้อยลง OPDสำหรับผู้ป่วยสูงอายุดำเนินการแทบทุกโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังให้การดูแลรักษาโดยยึดโรคเป็นหลัก การประเมินค้นหาและวินิจฉัยGeriatric syndromeยังมีน้อย การได้รับบริการเพื่อแก้ปัญหาของผู้สูงอายุจึงยังไม่ดีพอ IPDมีการจัดหอหรือเตียงผู้ป่วยสูงอายุ ปรับอาคารสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุ ยังขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ การวินิจฉัยและแก้ปัญหาGeriatric syndrome จึงยังมีน้อยเช่นกัน

Post-acute Careเป็นส่วนที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงบริการได้ไม่ดีนัก เนื่องจากแนวนโยบายลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับ รพศ./รพท. กำหนดให้จำหน่ายเร็ว และกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องน้อยกว่าที่ควร สำหรับBed-based Post-Acute Careหรือ Intermediate Care ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่Stroke, TBI, SCI ผู้ป่วยสูงอายุที่มีGeriatric syndromeจึงมิได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะ Post-acute Careอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ส่งผลให้เข้าสู่ภาวะติดบ้านและติดเตียงมากกว่าที่ควรเป็น เมื่อผู้ป่วยระยะPost-acute CareและLong-term Careมีสถานะสุขภาพเลวลง ในขณะที่การดูแลที่บ้านจะได้รับการดูแลให้มีสถานะในระดับที่สูงขึ้นช้ากว่าที่ควร เนื่องจากไม่มีIntermediate Careรองรับ และในAcute care ward นั้นมีผู้ป่วยมากเกินกว่าที่จะรับผู้ป่วยเพิ่มได้

3) ขอบเขตคุ้มครอง (Coverage) ทั้งในด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุยังพบปัญหาเกี่ยวกับความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นมากเกินภาระงานผู้ให้การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการฟื้นฟูสภาพยังมีน้อยกว่าความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลฟื้นฟูและการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุจึงกลายเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลถึงคุณภาพการดูแลที่ไม่เพียงพอ และปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม

4) ความต่อเนื่อง (Continuity) แม้ว่าบางพื้นที่จะเริ่มจัดCare manager สำหรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ให้เข้ารับบริการในSettingที่เหมาะสม แต่ยังพบได้น้อย การจัดทีมFCT หรือPCCส่งต่อการดูแลที่บ้านยังดำเนินการไม่เพียงพอทั้งความครอบคลุม ความถี่ และคุณภาพการดูแล ทำให้ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่คาดหวังให้เชื่อมประสานทุกขั้นตอนแบบไร้รอยต่อดำเนินการได้น้อยกว่าที่ควร

5) คุณภาพ (Quality) เนื่องจากการประเมินวินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุที่มีGeriatric syndrome ต้องใช้ความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญมากพอควร ประเทศไทยยังขาดบุคลากรเหล่านี้ คุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ สามารถจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายActive Healthy Ageing ต่ำกว่าที่ควร

6) คนเป็นศูนย์กลาง (Person - centeredness) การดูแลผู้สูงอายุทุกขั้นตอนยังคงเป็นแบบDisease - orientation เนื่องจากส่วนใหญ่ของการดูแลอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ที่เชี่ยวชาญตามสาขาของโรค ยังขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และหลักการดูแลโดยยึดความเป็นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหลายโรคพร้อมกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลไม่สอดคล้องกับปัญหา รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสังคม

7) การประสาน (Coordination) การดำเนินงานพัฒนาService plan network และระบบส่งต่อ ทำให้การประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ดีขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลตามระบบเครือข่ายดีขึ้นตามไปด้วย การปรับปรุงระบบrefer back และจัดบริการIntermediate Care ช่วยให้กระบวนการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับสูงซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและซับซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ดีขึ้น เครือข่ายระดับอำเภอ คปสอ. ช่วยให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล กับ รพ.สต. และ อสม. มีความสอดคล้องเหมาะสมยิ่งขึ้น และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นซึ่งมิได้เป็นบุคลากรด้านสุขภาพโดยตรง ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลในระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น

8) ความรับผิดชอบและความมีประสิทธิภาพ (Accountability and efficiency) ด้วยความก้าวหน้าทางข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงและเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น นำมาสู่การมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ประกอบกับมีการสอบถามข้อมูลต่างๆ เพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการควรจัดเตรียมข้อมูลและสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ส่วนปัญหางบประมาณไม่เพียงพอกับการจัดบริการ ผู้ให้บริการทุกระดับจึงต้องเน้นประสิทธิภาพ (efficiency) ทั้งสองส่วนนี้ช่วยให้กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นด้วย

และจากการติดตามการให้บริการสุขภาพด้วยIntermediate Care ใน 2 ประเด็น พบว่า

(1) ความเพียงพอของจำนวนเตียงรับผู้ป่วย : มีเตียงรับผู้ป่วยเพียงพอในระดับ รพช. ในการดูแลรักษา Primary Care และ Secondary Care แต่ในโรงพยาบาลศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยระดับTertiary Care มีเตียงรับผู้ป่วยดังกล่าวไม่เพียงพอ

(2) ความเพียงพอของการเยี่ยมบ้าน : มีการจัดตั้งFCT PCC อสม. และการเยี่ยมบ้าน แต่ยังดำเนินการไม่ครอบคลุม และความถี่ในการเยี่ยมต่ำกว่าความต้องการ

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

ประเทศไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatrician) จำนวนน้อยมาก จำเป็นต้องให้แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน หรือแพทย์อายุรกรรม ช่วยดูแลด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามโรคที่ผู้สูงอายุเป็นเข้าดูแลในIntermediate Careที่จัดขึ้น โดยมีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบหรือร่วมดูแลเป็นบางเวลา

พยาบาลซึ่งเป็นกำลังหลักของIntermediate Care เป็นพยาบาลวิชาชีพทั่วไป หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรมพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังมีจำนวนน้อย นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นกำลังสำคัญยังไม่เพียงพอ

นักกิจกรรมบำบัดมีจำนวนค่อนข้างน้อย วิชาชีพที่มีความสำคัญกับIntermediate Care โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการฟื้นฟูADL และวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน ได้เข้าร่วมมีบทบาทในIntermediate Care มากพอควร หลายพื้นที่พัฒนาผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้เป็นcaregiverสำหรับผู้สูงอายุ และพัฒนา อสม. ให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) เพื่อช่วยติดตามดูแลที่บ้าน

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)

มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารจากElectronic medical record สู่ระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย เช่น โปรแกรมThai refer PRM referral program การสื่อสารผ่านnetwork และ E-mail และมีการนำApplication line มาเพื่อใช้สื่อสารด้วย

มีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำตัวชี้วัดต่างๆ เผยแพร่เป็นระบบเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเครือข่ายเพื่อเปรียบเทียบ อย่างไรก็ดี หากพิจารณารายละเอียดของข้อมูลที่มีพบว่ายังมีส่วนขาดที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

1) Individual level ยังขาดการบันทึกข้อมูลGeriatric syndromes ของผู้สูงอายุเฉพาะแต่ละรายอย่างเป็นระบบ และแม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยก็ยังขาดซึ่งข้อมูลส่วนนี้

2) Health Facility level ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลการเจ็บป่วย ความต้องการใช้บริการOPD/IPD Disabilities หลังพ้นการดูแลระยะacute care ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ความเพียงพอของการประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการต่อเนื่อง เพื่อเตรียมIMC, Day Care, HHC และLTC ยังดำเนินการได้ไม่ชัดเจน ต้องประมาณอย่างง่ายไปพลางก่อน

3) Population level มีการสำรวจและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากพอควร แต่ยังขาดระบบข้อมูลจริงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ อาทิ อัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย สาเหตุการตาย ผู้สูงอายุที่มีความพิการประเภทต่างๆ ทั้งประเภทที่ให้การฟื้นฟูได้และประเภทที่เป็นโดยถาวร อันเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศ

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ ครุภัณฑ์และเครื่องมือต่างๆ (Medicine Products, Vaccines & Technologies)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดเตรียมยารักษาโรคผู้สูงอายุที่พบบ่อยอย่างเพียงพอ และพร้อมใช้ มีระบบสนับสนุนภายในเครือข่าย แต่ยาสำหรับGeriatric syndrome ได้แก่ ยารักษาDementia ยาบำรุงสมองและHigh dose vitaminและHormones ยังมีข้อแย้งว่าควรจัดเตรียมหรือไม่ และในบางครั้งยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ในส่วนเครื่องมือ/อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลที่มีโครงการนำร่อง ได้มีการจัดหาเครื่องมือทันสมัยไว้อย่างเพียงพอ ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และส่วนหนึ่งได้รับโดยการบริจาค

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health system financing)

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเน้นทางด้านการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับจากระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) แม้มีการปรับตามอัตราส่วนของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ แต่ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูง เป็นหลายโรค อาการของโรครุนแรง และมีความเสื่อมตามอายุร่วมด้วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง อัตราการเกิดความพิการที่ต้องการความช่วยเหลือสูง งบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพจึงไม่เพียงพอเท่าที่ควร

โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีการจัดบริการIntermediate Care และPost-acute Care สำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ มีการจัดหาเม็ดเงินเพิ่มจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ การจัดทำโครงการของบประมาณ การจัดหาเงินบริจาค และการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ มีการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน อาทิ ค่าใช้จ่ายสำหรับการปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการ

การจัดบริการIntermediate Careในโรงพยาบาล มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสช. และกรมบัญชีกลาง ตามระบบDRGsผู้ป่วยใน พบว่าได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง จึงเกิดความจำเป็นต้องบริหารจัดการเพื่อหาเม็ดเงินจากแหล่งอื่นมาสนับสนุนค่าใช้จ่าย

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance)

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผลักดันให้เกิดการดำเนินงานIntermediate Careที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้นำทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงและผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ และรพ.สต. ขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างเข้มแข็ง มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความก้าวหน้ามากในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ดี แนวคิดการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านโดยเร็วมีส่วนให้การพัฒนาIntermediate Care เป็นไปน้อยกว่าที่ควร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในระยะPost-acute Care และระยะLTCที่บ้านได้รับการดูแลไม่ดีเพียงพอ เกิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก

ข้อเสนอในการพัฒนาIntermediate Careของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การดำเนินงานIntermediate Careในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพหลายพื้นที่ในประเทศไทย แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เกิดประโยชน์สามารถดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยให้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ลดการพึ่งพิง เปลี่ยนสถานะสุขภาพจากผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านไปสู่สถานะติดสังคมได้มากขึ้น ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และนำสู่การดำเนินงานในผู้สูงอายุที่มีปัญหาGeriatric syndrome เข้าสู่ระบบโดยใช้ฐานจากIntermediate Care สำหรับ 3 โรคเป้าหมาย นำบทเรียนจากการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และสิ่งคุกคาม มาใช้ปรับปรุงระบบการดูแลให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ โดยมีข้อเสนอในการพัฒนาIntermediate Care ของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

1. ควรกำหนดคำจำกัดความของIntermediate Careที่ชัดเจน เพื่อการจัดวางระบบที่เหมาะสม และเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งในด้านกำลังคน ค่าใช้จ่าย โครงสร้างและการประเมินผล สามารถเชื่อมต่อกับกระบวนงานบริการอื่นได้อย่างไร้รอยต่อ ทั้ง Long Term Care และ Acute Care

การพิจารณากำหนดความหมายของIntermediate Careโดยส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะของสถานที่ที่ให้บริการ คือ เป็นบริการในสถานที่ ระหว่าง Acute care wardของโรงพยาบาล กับที่บ้านหรือ Long-term Care Institute จึงอาจกำหนดด้วยBed-based Post-acute Careในโรงพยาบาล หรือในชุมชน หรือสถานพยาบาลอื่น และควรต้องมีการกำหนดระยะเวลาไว้ชัดเจนด้วย

2. ควรมีการจัดการIntermediate Careให้เป็นส่วนหนึ่งของComprehensive Careสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการขั้นตอนต่างๆ ประสานเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ ควรดำเนินการโดยจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ประเมินสถานะสุขภาพ และจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living) ตามที่ได้ดำเนินการไว้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และจัดให้มี Care managerประจำตัวผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วยหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุและจัดให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม ได้แก่

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถพึ่งตนเองได้หรือพึ่งพิงผู้อื่นไม่มากนัก สำหรับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวจัดให้เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยอาจให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนการจัดบริการ ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัวควรจัดให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตามความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยใช้ระบบเครือข่ายในการส่งต่อประสานกันทั้งขาขึ้น-ขาลง รวมทั้งจัดให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามความเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ ควรมีระบบการค้นหาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อวินิจฉัยโรคและปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยให้การดูแลรักษาได้ผลลัพธ์ที่ดี ลดจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง

2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน ควรประเมินสถานการณ์การดูแลระยะยาวที่บ้าน ปรับปรุงสถานที่ จัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยเหลือ และฝึกอบรมผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นญาติ/ผู้ดูแลรับจ้าง ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพในระยะยาว และควรจัดบริการเสริมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดี ได้แก่ OPD Follow up, Day Care, Respite Care, Home Care ตามความเหมาะสม หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเลวลงหรือผู้ดูแลที่บ้านไม่สามารถดูแลได้ ควรนำเข้าIntermediate Care หรือนำเข้ารักษาในโรงพยาบาลตามสภาพปัญหาหรืออาจส่งต่อLong-term Care เมื่อไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้

3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันแทบทั้งหมด ควรจัดให้เข้าสู่ระบบบริการแบบLong-term Care ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หากสถานที่เครื่องมือ/อุปกรณ์และผู้ดูแลมีความพร้อม สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพ โดยทีมสหวิชาชีพไปช่วยดูแลเป็นระยะ แต่หากประเมินพบว่าการดูแลที่บ้านมีปัญหาไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ควรจัดหาLong-term Care Institute ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เข้ารับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. กรณีผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะฉุกเฉิน ไม่ว่าจะอยู่ในสถานที่ดูแลใดก็ตาม ควรจัดระบบEMS รับผู้ป่วยเข้ามาดูแลในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย จัดให้เข้ารับบริการระยะacute care ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตามความรุนแรงและความสามารถของโรงพยาบาล โดยใช้ระบบส่งต่อในเครือข่ายซึ่งมีอยู่

หลังการดูแลระยะacute จนกระทั่งผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยแล้ว ควรประเมินสถานะสุขภาพADL และประเมินGeriatric Syndromes โดยแบบประเมินและวิธีการประเมินที่เหมาะสม ทันสมัย และจัดการrefer backไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดูแลที่บ้านยังไม่สามารถดูแลได้ หรือที่บ้านยังไม่มีความพร้อมดูแล ควรจัดให้เข้ารับบริการในIntermediate Care ของโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลชุมชนจัดIntermediate Care ให้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งประมาณว่าในอำเภอที่มีประชากร 50,000 คน ควรมีเตียงIntermediate Care 10 เตียง ส่วนในอำเภอเมืองที่มีโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ อาจจัดให้มีIntermediate care ward หากมีความพร้อม หรือส่งไปIntermediate Care ของโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอใกล้เคียง ซึ่งควรเพิ่มจำนวนเตียงให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยของอำเภอเมืองด้วย

4. ควรมุ่งเน้นการดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายจิตและสังคม ให้บริการIntensive Rehabilitation ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะการพึ่งพิงให้น้อยที่สุด พร้อมกับเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากIntermediate Care

ที่สำคัญคือระยะเวลาที่รับไว้ดูแลใน Intermediate Care ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ โดยมีการประเมินADL และปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ เป็นระยะ หากดีขึ้นถึงเกณฑ์กำหนดจึงทำการจำหน่าย หรือเมื่อครบ 6 สัปดาห์แล้วยังไม่ดีขึ้น

เพียงพอ ควรจำหน่ายเข้าสู่ระบบLong-term Care และจัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุทุกคนที่ผ่านIntermediate Care ไม่ว่าจะมีอาการดีขึ้นหรือไม่ ด้วยOPD Follow-up, Day Care, Respite Care, Home Care, Long Term Care แล้วแต่ความเหมาะสม

5. ควรมีการวางระบบประเมินผลของบริการIntermediate Care ให้ชัดเจน วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการดูแล ทั้งงานกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีนและแพทย์ทางเลือก โภชนาการ และจิตวิทยา เพื่อปรับปรุงพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

6. กำลังคนด้านสุขภาพ ควรจัดหาบุคลากรสหวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการผลิตแพทย์Geriatrician จัดให้มีการเรียนการสอนการดูแลผู้สูงอายุในโรงเรียนแพทย์ และการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ให้มากขึ้น ระยะแรกอาจจัดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรืออายุรแพทย์ เข้ามาดูแลIntermediate Care จัดหาพยาบาลที่มีทักษะและความรู้ทำหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วย จัดหานักกายภาพบำบัดให้เพียงพอ และจัดหาผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีนและแพทย์ทางเลือกเข้าร่วมให้บริการตามแต่บริบทของพื้นที่

7. ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ควรบริหารจัดการระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อการเข้ารับบริการสุขภาพในขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง จัดระบบเครือข่ายข้อมูล (Information network) ให้เครือข่ายบริการสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็น และพัฒนาตัวชี้วัดที่สามารถวิเคราะห์จากฐานข้อมูลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยอาจพัฒนาต่อจากระบบข้อมูลที่มีอยู่เดิมในโรงพยาบาลหลายแห่งให้เป็นระบบข้อมูลมาตรฐานของประเทศ

8. Access to essential medicine and equipment ควรมีการประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดรายการเกี่ยวกับยา อาหาร และเครื่องมือ/อุปกรณ์ ที่ควรนำมาใช้ในบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการยอมรับและสนับสนุน จัดหาให้เพียงพอสำหรับการใช้และติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงให้ทันสมัยและได้ผลอยู่เสมอ

9. Health financing ควรปรับปรุงระบบการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพผู้สูงอายุในทุกขั้นตอนให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง พัฒนาระบบต้นทุนบริการ เพื่อให้ทราบค่าใช้จ่ายที่ถูกต้อง และนำมาวิเคราะห์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ปรับการจ่ายเงินตามDRGsสำหรับIntermediate Care โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมด้วย

ปัญหาสำคัญที่ควรวางแผนแก้ไข คือ การมีจำนวนเงินไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Intermediate Careเป็นการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากที่บ้าน มาเป็นการดูแลที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การใช้จ่ายเงินจากกองทุนประกันสุขภาพพบปัญหาว่าไม่เพียงพอ โรงพยาบาลจำนวนมากจึงประสบปัญหาทางการเงิน การจัดสรรเม็ดเงินมาใช้ดำเนินงานIntermediate Care จึงเกิดข้อจำกัด โรงพยาบาลบางแห่งได้รับจากเงินบริจาคและกิจกรรมการกุศล แต่บางพื้นที่อาจหาได้ยาก ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและรัฐควรหาหนทางสนับสนุนทางการเงินสำหรับจัดบริการดูแลระยะกลางของผู้สูงอายุให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แนวทางหนึ่งที่เป็นไปได้คือการใช้เม็ดเงินจากภาษีพิเศษ เช่น ภาษีสรรพสามิต ภาษีศุลกากร มาจัดสรรเพิ่มให้ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือจัดให้มีประกันสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมจากประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม โดยอาจให้ผู้ประกันตนจ่ายเบี้ยประกันเองหรือรัฐจ่ายให้ และอีกแนวทางหนึ่งคือการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจพบปัญหามากพอควรเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ต้องรับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือรับเงินสวัสดิการจากรัฐ มีข้อมูลในหลายประเทศว่าการจัดบริการIntermediate Careสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุ รัฐจึงควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นและช่วยเหลือการลงทุนในการจัดบริการระยะเริ่มต้น จนกว่าโรงพยาบาลจะสามารถหารายได้จากการบริการได้อย่างเพียงพอ

10. Leadership and government การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการเชื่อมโยงไร้รอยต่อนั้น จำเป็นต้องเพิ่มเติมและปรับปรุงบางขั้นตอนที่มีเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ การประกาศนโยบายที่ชัดเจนจากรัฐบาลและระดับผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การมอบหมายภารกิจแก่ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับพื้นที่ พร้อมทั้งการติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จอย่างสม่ำเสมอ

การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่นั้นต้องการความร่วมมือจากโรงพยาบาลระดับต่างๆ และเครือข่ายด้านสุขภาพตลอดถึงระดับตำบล จึงควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องพร้อมแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันที่เป็นรูปธรรม โดยบรรจุในService planของกระทรวงสาธารณสุข และให้ คปสอ. เป็นฐานในระดับอำเภอ เพิ่มการประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาจให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแกนหลักในการระดมกำลังคนและทรัพยากรสนับสนุนการดูแลระยะกลางของผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งสู่ Active Healthy Ageing ของประเทศไทย จึงจะบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังได้

ตารางที่ 4.4 ระดับของโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยของระบบบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงกระสาธารณสุข, 2560; สำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ระดับโรงพยาบาล	ประเภทและจำนวน (เตียง)
A (Advance - level Hospital)	โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 700 เตียงขึ้นไป
S (Standard - level Hospital)	โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 300 เตียงขึ้นไป
M1 (Middle - level Hospital)	โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดมากกว่า 170 เตียง
M2 (Middle - level Hospital)	โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1 (First - level Hospital)	โรงพยาบาลชุมชน ขนาดใหญ่ 90-120 เตียง
F2 (First - level Hospital)	โรงพยาบาลชุมชน ขนาดกลาง 30-90 เตียง
F3 (First - level Hospital)	โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเล็ก 30 เตียง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs,(2017). **Population Division:World Population Ageing** 2017-Highlights.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.(2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559**. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
3. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2556). **รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ.** กรุงเทพมหานคร : วัชรินทร์พี.พี.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.(2560). **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2559.** กรุงเทพมหานคร.
5. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร.(2557). **การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร :** องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, วิชาญ เกิดวิชัยและ ศักดิ์ชัย ถิรวิทยาคม.(2560). **บริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา.** วารสารวิชาการสาธารณสุข 26, 18-31
7. รติอร พรกุณา. (2561). การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ. **เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง Service plan สำหรับผู้สูงอายุ.** ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 7-8 พฤษภาคม 2561
8. Young, J. (2009). The development of intermediate care services in England. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 49, S21-S25.
9. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. **Smart Intermediate Care.** [Internet]. [December 3, 2017] Available from : http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2. Intermediate%20care_DMS.pdf
10. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์.(2561). รูปแบบระบบบริการสุขภาพระยะกลาง. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง **การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดบริการ IMC ของโรงพยาบาล.** ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2561
11. โรงพยาบาลกรุงเทพ. **ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ.** [Internet]. [September7,2018] Available from:https://www.bangkokhospital.com/index.php/th/.../frailty-in-elderly
12. วันดี โภคะกุล, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน.(2548). **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์).** กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
13. โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2554). **คู่มือโครงการ CTOP.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับชิ่ง
14. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (LTOP) การประชุม 2nd Policy Discussion Seminar;** 24-25 ก.ค. 2557; อาคารสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี.
15. กระทรวงสาธารณสุข. **นโยบาย intermediate care.** [Internet]. [February 15,2018] Available from : https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file
16. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **Intermediate care service plan กระทรวงสาธารณสุข-สถาบันสิรินธรฯ.** [Internet]. [February 15, 2018] Available from :http://www.snmri.go.th/snmri/download/train/pm/Intermediate_1.pdf

ภาคผนวก

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์พีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 08 1898 2800
E-mail pavasuthipisit@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2528	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2534 - 2553	แพทย์ประจำโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
2551	เกียรติบัตรแพทย์ดีเด่น จากสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
2556	โล่เชิดชูเกียรติ ศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดีผู้อุทิศตนเพื่อสังคม จากสมาคมศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดี
2557	โล่ประกาศเกียรติคุณ คนดีศรีสาธารณสุข จากกระทรวงสาธารณสุข
2558	โล่เชิดชูเกียรติ แพทย์ดีเด่นด้านบริการ จากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
2558	โล่เชิดชูเกียรติ นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประเภทผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ภาครัฐ จากสมาคมนักบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
2539 - 2560	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สุพจน์ ภูเก้าล้วน
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 08 1569 4333
E-Mail supot2325@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2529	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2538	วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม แพทยสภา
2556 - 2558	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา
2558 - 2560	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

ประสบการณ์/ผลงาน

- ก่อตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในเขตเทศบาลเมืองกระบี่ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลกระบี่
- พัฒนา รพ.สต. บ้านคลองประสงค์ ซึ่งเป็นพื้นที่เกาะ และการเข้าถึงโรงพยาบาลกระบี่เป็นไปได้ยาก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ดี

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 08 1873 3183
E- Mail chancjan@yahoo.co.th

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2532	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2535 - 2536	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดขอนแก่น
2537	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงวิชาเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) แพทยสภา
2537 - 2543	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดขอนแก่น
2544	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
2544 - 2556	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดขอนแก่น
2551	ผู้บริหารโรงพยาบาลดีเด่น สาขาโรงพยาบาลชุมชน
2552	ศิษย์เก่าเกียรติยศ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อ - สกุล นายแพทย์มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน)

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2531	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2537	วุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง แพทยสภา
2546	วุฒิบัตรการพัฒนาผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์แห่งประเทศไทย กสพท.
2547	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2549	ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม DSTC ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
2552	Certificate in Depth hospital management program จาก SASIN, Kellogg school of management, USA
2553	ข้าราชการพลเรียนดีเด่น ปี 2552 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2556	แพทย์ดีเด่น จากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี 2555
2558	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
2560	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย
ตำแหน่ง คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
โทรศัพท์ 08 1861 4246
E-Mail wicharn@buu.ac.th

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2516	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2520	วุฒิบัตรสาขาประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2529	บริหารธุรกิจบัณฑิต (บริหารทั่วไป) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2530	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2535	Diploma in Health Care Administration and Hospital Management Haifa, Israel

เกียรติประวัติและประสบการณ์

- แพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสระบุรี
- อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา, โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ผลงาน

- ดำเนินงานโครงการ “พฤฒพลัง” กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ดำเนินงานโครงการ “โรงพยาบาลสานรักผู้สูงอายุ” กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- จัดบริการ Intermediate Care และ Long Term Care โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน)
E-Mail lertluck123@yahoo.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2534	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงณ์มหาวิทยาลัย
2537	วุฒิบัตรสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป แพทยสภา
2548	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2554	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2556	ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ สถาบันพระปกเกล้า
2534 - 2551	แพทย์ประจำโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร
2551 - 2553	ผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2553 - 2558	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2545	กรรมการบริหารสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
2546	อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2559	รางวัลสตรีตัวอย่างแห่งปี สาขาการแพทย์และสาธารณสุข

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- รางวัลเลิศรัฐ Bangkok Geriatric & Palliative care model สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ปี 2561
- รางวัล Best service กรุงเทพมหานคร โครงการสุขใจสูงวัยประคับประคอง ปี 2561
- รางวัลโรงพยาบาลคุณธรรมดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 0 2354 8138
โทรสาร 0 2354 8104
E-Mail manus60@yahoo.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2528	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2533	ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา) มหาวิทยาลัยมหิดล
2534	วุฒิบัตรสาขาโสต นาสิก ลาริงซ์ วิทยา แพทยสภา
2528	นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
2535	นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
2547	นายแพทย์ประจำศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ด้านโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี
2556	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี และผู้อำนวยการสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- แพทย์ใช้ทุนดีเด่น โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ปี 2531
- รางวัลข้าราชการระดับเชี่ยวชาญ ผู้มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น ประจำปี 2556
- ข้าราชการพลเรือนดีเด่น ประจำปี 2560
- นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประจำปี 2561

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สมพงษ์ ตันจริยภรณ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 08 1861 4246
E-Mail sompong25711@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2526	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
2532	วุฒิบัตรสาขาอายุรศาสตร์ แพทยสภา
2554	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงไพรัตน์ แสงดิษฐ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน)
E-mail pairatpni61@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2527	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2533	วุฒิบัตรสาขาอายุรศาสตร์ แพทยสภา
2546	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2558	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสงฆ์
2560	ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- รางวัลโรงพยาบาลคุณธรรมดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงศศิธร ศิริมหาราช
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน)
โทรศัพท์ 0 5392 0200
E-mail jjsasitorn@yahoo.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2531	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2531	แพทยประจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2536	วุฒิบัตรสาขาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
2544	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2547	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การเมืองและการปกครอง) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2556	เศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงอาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ 0 4224 5555 ต่อ 1327, 1123 มือถือ 08 9709 0646
E-mail aphaphanuth@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2527	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2533	วุฒิบัตรสาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2533 - 2535	อายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
2560 - ปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และหัวหน้ากลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2561
- แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ และคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรธานี

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

E-mail neeneetanti@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2535	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2538	วุฒิบัตรสาขาประสาทวิทยา แพทยสภา
2548	ประกาศนียบัตรการบริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี
2556	ประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ สถาบันพระปกเกล้า
2535 - 2538	แพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2538 - ปัจจุบัน	แพทย์ประจำกลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
2547 - ปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ประธานคณะอนุกรรมการคลินิกความจำ สถาบันประสาทวิทยา ปี 2547 - ปัจจุบัน
- ประธานคณะกรรมการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือด สถาบันประสาทวิทยา ปี 2553 - ปัจจุบัน
- เลขานุการคณะอนุกรรมการService plan โรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 - 2561
- เลขาธิการและคณะกรรมการบริหารสมาคมประสาทวิทยา ปี 2560 - ปัจจุบัน
- รางวัลข้าราชการระดับเชี่ยวชาญ ผู้มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น ประจำปี 2559

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์วิชัย อัศวภาคย์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 08 0409 7787
E-mail Wichaius@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2527	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2532	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2533	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา
2539	Master of Public Health, Antwerp, Belgium จาก Price Leopold Institue of Tropical Medicine
2545	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ประธานคณะกรรมการการปฏิรูปโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข
- บุคคลดีเด่นแห่งปี สาขาบริหารชุมชน สโมสรโรตารี่น้ำพอง ปี 2538
- แพทย์ชนบทดีเด่น กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พลูเกสร มูลนิธิแพทย์ชนบท ปี 2546
- แพทย์ดีเด่นในชนบท คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ปี 2549
- ศิษย์เก่าดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2551
- ต้นแบบคนดีศรีแผ่นดิน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในโอกาสงานวันเยาวชนแห่งชาติ จังหวัดขอนแก่น ปี 2552
- รางวัลกระแส ชนะวงศ์ มูลนิธิหมอกระแส ชนะวงศ์ ปี 2553
- แพทย์ดีเด่นของแพทยสภา แพทยสภา ปี 2553
- เกียรติบัตร “จริยธรรม สรรเสริญ” แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ปี 2554
- ข้าราชการพลเรือนดีเด่น ครุฑทองคำ ในระดับประเทศ สำนักนายกรัฐมนตรี ปี 2557

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ประวัติการศึกษา

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2540	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2545	ประกาศนียบัตรการฝังเข็มและสมุนไพรจีน
2547	ปริญญาโท การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)
2547	ประกาศนียบัตร Mini MBA คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2551	หลักสูตรอายุรศาสตร์แพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยเฉิงตู ประเทศจีน
2553	ประกาศนียบัตรหลักสูตรแพทย์แผนไทย วสส.พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
2541 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- บุคคลตัวอย่าง จากหนังสือพิมพ์เส้นทางเศรษฐกิจ ปี 2547
- ผู้บริหารดีเด่น จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ปี 2547
- แพทย์ชนบทดีเด่น จากแพทย์สมาคมในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี 2548
- ศิษย์เก่าดีเด่นด้านบริหาร จากสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ขอนแก่น ปี 2549
- ผู้บริหารดีเด่น จากสมาคมนักบริหารโรงพยาบาล ปี 2549
- คนดี สังคมไทย สาขาบริการและจัดการด้านการแพทย์ ปี 2553
- ระฆังทอง (บุคคลแห่งปี) ปี 2554
- ข้าราชการดีเด่น ระดับประเทศ ปี 2558
- นสิยาแมน จากโรงเรียนเทพศิรินทร์ ปี 2559
- แทนคุณแผ่นดิน จาก Nation group ปี 2559
- นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประจำปี 2560 จากสมาคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย
- นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประจำปี 2560 จากสมาคมนักบริหารสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สุริยะ สุพงษ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
โทรศัพท์ 08 9656 5496
E-Mail Sun_496@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ประวัติ
แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน แพทยสภา
อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
แพทย์ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบัง จังหวัดยะลา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- โครงการพัฒนางานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลบางกล่ำ เครือข่ายโรงพยาบาลหาดใหญ่
- การจัดบริการIntermediate Care และ Long Term Care เครือข่ายอำเภอบางกล่ำ

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงศิรดา วงศ์วานวัฒนา
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
โทรศัพท์ 08 5141 5676
E-mail quadpreaw@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2560	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2561	ผู้บริหารโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เขตสุขภาพที่ 6
2561 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
E-mail acharal5555@yahoo.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2533	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2539	วุฒิบัตรสาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2533 - 2536	แพทย์ประจำกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่
2539 - 2560	แพทย์ประจำกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
2560 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ทินกร ชื่นชม
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
โทรศัพท์ 08 1995 9253
E-mail tinnakon57@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2539	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2546	วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2546	สูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
2549	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08 9431 7449
E-mail jarassink@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2529	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2538	ประกาศนียบัตรอาชีวเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2546	ประกาศนียบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และประธาน คปสอ. อำเภอสารภี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- พัฒนาศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านสารภี เป็นศูนย์ต้นแบบภาคเหนือ
- พัฒนาโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา (Intermediate Care Center แห่งแรกในภาคเหนือ)

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ภัทรัตน์ ปานสุวรรณจิตร์
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา (สาขาโรงพยาบาลสารภี) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08 8252 6443
E-mail tann_pan@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2555	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2558	วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2559	ประกาศนียบัตรแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 10 กรมการแพทย์ทหารบก
ปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ผู้จัดการหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
- ประธานองค์กรแพทย์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์โสภณ มุธุสิทธิ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
E-mail Bosssanom@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2528	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2532	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2545	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2545	รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2528 - 2529	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก)
2539 - 2561	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนม และคณะกรรมการพัฒนาอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
2561 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี
2545	รางวัลบุคคลตัวอย่างแห่งปี จากมูลนิธิเพื่อสังคมไทย
2556	รางวัลการดำเนินงานโครงการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จังหวัดสุรินทร์
2558	โล่เกียรติคุณเป็นผู้ทรงคุณค่าปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชนในโรงพยาบาลชุมชน นานเกิน 30 ปี
2560	โล่พระราชทานสมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ในการปฏิบัติงานกิจการแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)
2561	โล่เกียรติคุณดีเด่นด้านการป้องกันการจมน้ำ ระดับเขต (Merit Maker) เขตสุขภาพที่ 9

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงอภิญญา เอี่ยมตระการ
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 08 6854 7202
E-mail a.eiamtrakarn@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2533	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2541	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- อาสาสมัครมูลนิธิขาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- จัดบริการIntermediate Care โรงพยาบาลขอนแก่น และลูกข่าย

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
โทรศัพท์ 08 6702 4649
E-mail sjampanak@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2544	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2550	วุฒิบัตรสาขาเวชกรรมฟื้นฟู กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ประธานService plan สาขาIntermediate Care จังหวัดสระบุรี
- เลขานุการ PA Smart Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานService plan สาขาIntermediate Care และ PA Smart Intermediate Care ภายในจังหวัดสระบุรีและเขตสุขภาพที่ 4
- พัฒนาแนวทางการสรุปเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยIntermediate Care
- ร่วมพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณontop สำหรับการrefer back ผู้ป่วยIntermediate Care สปสช. เขต 4
- พัฒนาCare protocol สำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยIntermediate Care

ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงชลาทิพย์ ซื่อวัฒนะ
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสันทราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08 7673 2052
E-mail suewattana@yahoo.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2552	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2552	แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- กรรมการHome Ward, Service Plan จังหวัดเชียงใหม่
- กรรมการระบบIntermediate Care จังหวัดเชียงใหม่
- พัฒนาโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา (Intermediate Care Center)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ภูริทัต แสงทองพานิชกุล
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
E-mail puritatlm@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2549	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
2555	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
2560	อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ แพทยสภา
2560	บริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง สถาบันอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
2549 - 2553	แพทย์ประจำโรงพยาบาลพนมไพร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
2554 - 2557	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร
2558 - ปัจจุบัน	กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการและระบบคุณภาพ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- เปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปี 2561
- รางวัลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ 1 ระดับสนพ. 5 ปี 2557 - 2561
- รางวัลคุณภาพการให้บริการของกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 รางวัลดีเด่น ประเภทรางวัลรายกระบวนงาน “โครงการสุขใจ สูงวัยประคับประคอง” ปี 2560
- รางวัล “เลิศรัฐ” สาขาบริการภาครัฐ ประจำปี พ.ศ. 2561 ประเภทพัฒนาการบริการระดับดี จากผลงานโครงการ Bangkok Geriatric & Palliative Care Model โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ปี 2561
- รางวัลตาราอวอร์ด ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2561 คือ รางวัลที่มอบให้บุคคลที่มีซึ่งทำประโยชน์เพื่อสังคม ประเภทองค์กร ปี 2561

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงธัญลักษณ์ ขวัญสนิท
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ 08 3280 7979
E-mail tanyaluck.pmr@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2544	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2550	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2550 - ปัจจุบัน	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และอนุกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (วาระปี 2560 - 2561)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงสุรางคนา อินทร์สุข
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
E-mail kookkui2448@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2545	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ
2552	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทยสภา
2554	International Diploma course in International Diploma course in research methodology & Biostatistics มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2557	Acupuncture training course จาก University of Traditional Chinese Medicine
2545 - 2546	แพทย์ประจำโรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2552 - ปัจจุบัน	แพทย์เวชกรรมฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงอภิจารี ชูศักดิ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
E-mail nink_nn@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2552	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
2558	วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2559	ประกาศนียบัตรแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 10 กรมการแพทย์ทหารบก
2558 - 2560	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
2560 - ปัจจุบัน	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล ดร.รติอร พรกุณา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่นสาขา 2 และหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 09 3541 2828
E-mail ratiorn@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2537	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท
2546	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2557	ปริญญาดุษฎีบัณฑิต in Medical science (Aging Science) school of medicine, Kumamoto university, Japan
2557 - 2558	หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น
2558 - ปัจจุบัน	หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่นสาขา 2 และหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลงานเด่น

- โล่ประกาศเกียรติคุณ การดำเนินงานด้านคลินิกผู้สูงอายุดีเด่น จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

ชื่อ - สกุล นางชาลิณี ภัทรพงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้จัดการโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08 5032 9767
E-mail lek.chalee@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2530	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
2550	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน (พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2560	พยาบาลวิชาชีพรักษาการหัวหน้าสถานีอนามัยตะเคียนทอง อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี
ปัจจุบัน	ผู้จัดการโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝังเข็ม

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- วิทยานิพนธ์เรื่อง การปฏิบัติของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2550
- พัฒนาโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ให้เป็นIntermediate Care Center

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล พว.สินีนาฎ ทิพย์มูสิก
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
E-mail sineenat.t.@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์
2546	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา
2553	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2532	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
2560 - ปัจจุบัน	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- รองประธานคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลอินทร์บุรี
- วิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี (แหล่งเผยแพร่ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 22 เล่มที่ 2 พ.ศ. 2555)
- วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางด้วยระบบเครือข่าย โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2559

ชื่อ - สกุล พว.อุทัยวรรณ จันทร์ถาวร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
โทรศัพท์ 09 8262 2512
E-mail pakfamily2002@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท
2539	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2547	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล
2559 - ปัจจุบัน	หัวหน้าหอผู้ป่วยสุขเพิ่มพูน โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ร่วมงานวิจัยเรื่อง ผลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอินทร์บุรี พ.ศ. 2558
- การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2559
- ร่วมพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
โทรศัพท์ 09 1853 8973
E-mail sumpit.pit@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2531	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราชพิษณุโลก
2550	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร
2531	หัวหน้างานห้องคลอดห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเสริมงาม
2554 - ปัจจุบัน	หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2555
- บุคคล/หน่วยงานภาครัฐดีเด่นสำหรับผู้สูงอายุ ประจำปี 2555 โดยคณะกรรมาธิการพัฒนาสังคมและกิจการเด็กเยาวชน สตรีผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา
- นำเสนอด้วยวาจารางวัลผลงานดีเด่นเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ปี 2557 โดยสำนักการพยาบาล

ชื่อ - สกุล นางณัฐธยาน์ วีระกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
โทรศัพท์ 08 8251 7595
E-mail nut-1512@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2521	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์
2528	ประกาศนียบัตรพยาบาลเทคนิค วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
2537	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพประจำงานเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ร่วมนำเสนอผลงาน คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน ของสำนักการพยาบาล
- ร่วมนำเสนอผลงาน เรื่องเล่าจากการเยี่ยมบ้าน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางณปภัช ธนัทวรกมล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
โทรศัพท์ 09 5764 7787
E-mail NPP.kung@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2530	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
2530	พยาบาลวิชาชีพประจำงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง
2558 - ปัจจุบัน	หัวหน้างานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- พัฒนาระบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2553
- พัฒนาระบบการบริการคลินิกสูงอายุในสถานบริการ ปี 2553
- การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยIntermediate Care และ Palliative Care โรงพยาบาลห้างฉัตร ปี 2561

ชื่อ - สกุล นางสาวสุรีย์รัตน์ ธนากิจ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลคลองใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
โทรศัพท์ 09 4665 4159
E-mail sureerat2506@gmail.com

ประวัติการการทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2527 - 2538	พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด
2559 - ปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด
2544	ผู้บริหารการพยาบาลดีเด่น จังหวัดตราด
2554	คนดีศรี มสส. กระทรวงสาธารณสุข
2556	พยาบาลดีเด่นสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออก

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางเยาวลักษณ์ รอดละม้าย
ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
โทรศัพท์ 0 3639 1267 ต่อ 222 โทรสาร 0 3639 1204
E-mail yaowaluck.ptsaohai@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2548	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
ปัจจุบัน	หัวหน้างานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) วิจัยเรื่องผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยปวดหลัง(HNP)
- งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

ชื่อ - สกุล นางกิ่งเพชร สกุลรักษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
E-mail n-kkingphet@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2539	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์
2558	ประกาศนียบัตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (หลักสูตร 4 เดือน) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
2560	ประกาศนียบัตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร 4 เดือน) สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
2539	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
2559 - ปัจจุบัน	หัวหน้าหอผู้ป่วยในเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางสาวกฤติยา จิตราภัณฑ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 08 1560 9818
E-mail krittiyac@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2531	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี
2541	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2543	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
2531 - 2555	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน
2556 - ปัจจุบัน	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกเด็ก โรงพยาบาลเลิดสิน

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- จัดทำ “มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม” โรงพยาบาลเลิดสิน
- วิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลเลิดสิน
- ร่วมจัดทำ “ตำราการพยาบาลออร์โธปิดิกส์” โรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อ - สกุล นางสาวมนทกานต์ ยอดราช
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 08 4547 3909
E-mail Y.montakan@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2536	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
2540	ปริญญาตรีสาขาเอกสุขศึกษา สาขาโทจิตวิทยา มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2551	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
2556	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2536	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลราชวิถี
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (แหล่งเผยแพร่ วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2556)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางสาวสุชารินี ศรีสวัสดิ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08 9850 6485
E-mail srisawat_2@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2549	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
2561	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2549	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพประจำงานวางแผนการจำหน่ายและเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ชื่อ - สกุล นางธัญพร ชื่นกลิ่น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
โทรศัพท์ 08 1599 2909
E-mail thunya_po@homail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2526	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
2530	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2543	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2554	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยศิลปากร
2526 - 2537	พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส
2537	อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส
2545	อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2560 - ปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- ประชุม Proceeding of 2016 ANPOR Annual Conference “A Bridging Experience and Prognosis: The Future of a Public Opinion Research Network” ที่ประเทศกัมพูชา พ.ศ. 2559
- วิจัยเรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางเบญจพร สุธรรมชัย
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ 08 5546 1615
E-mail benjap2010@hotmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2526	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
2526	พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2533	นักวิชาการสาธารณสุข 5-7 กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2548	นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2552	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2556 - ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- จัดทำหนังสือ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” ปี 2553 - 2556 (เล่มที่ 1 - เล่มที่ 8)
- จัดทำหนังสือ “การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” ปี 2557
- วิจัยเรื่อง บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2557)
- วิจัยเรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 24 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2558)
- วิจัยเรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560)
- วิจัยเรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย : ทัศนะจากผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561)
- จัดทำหนังสือ “รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย” ปี 2561
- กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2561
- กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ชื่อ - สกุล นางสาวนภัส แก้ววิเชียร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ 08 3616 9551
E-mail naphas2554@gmail.com

ประวัติการศึกษา - การทำงาน

ปี พ.ศ.	ประวัติ
2535	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์
2545	นิติศาสตรบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2535	พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์
2539	พยาบาลวิชาชีพประจำฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี
2547	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
2555	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2556 - ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ กรมการแพทย์

ประสบการณ์/ผลงานเด่น

- จัดทำหนังสือ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” ปี 2553 - 2556 (เล่มที่ 1 - เล่มที่ 8)
- จัดทำหนังสือ “การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” ปี 2557
- วิจัยเรื่องบทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2557)
- วิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 24 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2558)
- วิจัยเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560)
- วิจัยเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย : ทัศนะจากผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ (แหล่งเผยแพร่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561)
- จัดทำหนังสือ “รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย” ปี 2561
- กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2561
- กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๗๖/๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขเห็นถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อความพิการ เพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของกระทรวงสาธารณสุข และดัชนีคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) โดยกรมการแพทย์ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลาง Smart Intermediate Care สำหรับวางแผนพัฒนากระบวนการอย่างเป็นระบบ ใช้วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ เชื่อมโยงทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง และเติมเต็มช่องว่างในระบบดูแลสุขภาพ(Seamless Care) ของผู้สูงอายุ มุ่งให้เกิดรูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลางที่ดีและยั่งยืนสืบไป

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑.๑ อธิบดีกรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
๑.๒ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๓	ที่ปรึกษา
๑.๓ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ (นายสมภพ แสงกิตติไพบูลย์)	ที่ปรึกษา
๑.๔ ที่ปรึกษากรมการแพทย์ (นายปราการ ถมยางกูร)	ที่ปรึกษา
๑.๕ รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์)	ประธานกรรมการ
๑.๖ คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา	กรรมการ
๑.๗ ประธานมูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	กรรมการ
๑.๘ ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น	กรรมการ
๑.๑๐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่	กรรมการ
๑.๑๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี	กรรมการ
๑.๑๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช	กรรมการ
๑.๑๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
๑.๑๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี	กรรมการ
๑.๑๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ	กรรมการ
๑.๑๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี	กรรมการ
๑.๑๗ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น	กรรมการ
๑.๑๘ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร	กรรมการ

๑.๑๙ ผู้อำนวยการ...

๑.๑๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ กรรมการ
๑.๒๐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้ กรรมการ
๑.๒๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง กรรมการ
๑.๒๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กรรมการ
๑.๒๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กรรมการ
๑.๒๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ กรรมการ
๑.๒๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว กรรมการ
๑.๒๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี กรรมการ
๑.๒๗ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ กรรมการ
๑.๒๘ นางอาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุดรธานี
๑.๒๙ นายโชติ ภาวศุทธิกุล กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
๑.๓๐ นางสาวอภิญญา เอี่ยมตระการ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
๑.๓๑ นายศุภศิลป์ จำปานาค กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี
๑.๓๒ นางสาวสุรางคนา อินทร์สุข กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
๑.๓๓ นางสาวสุภาภรณ์ เทพพานิช กรรมการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี
๑.๓๔ นางเยาวลักษณ์ รอดละม้าย กรรมการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลเสาไห้
๑.๓๕ นางสินีนาฎ ทิพย์มูสิก กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี
๑.๓๖ นางอุทัยวรรณ จันทร์ถาวร กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี
๑.๓๗ นางชาลิณี ภัทรพงศ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา
๑.๓๘ นายภัทรัตน์ ปานสุวรรณจิตร์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา
๑.๓๙ นางชลาทิพย์ ซื่อวัฒนะ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสันทราย
๑.๔๐ นายหาญชัย พินัยกุล กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหาดใหญ่
๑.๔๑ นางสินีนาฎ สุขอุบล กรรมการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่

๑.๔๒. นางปาริชาติ...

๑.๔๒ นางปาริชาติ กาญจนวงศ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกล่ำ
๑.๔๓ นางสาวสุรีรัตน์ ธนากิจ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองใหญ่
๑.๔๔ นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร
๑.๔๕ นางณปภัช ธนัทวรกมล กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร
๑.๔๖ นางณัฐธยาน์ วีรกูล กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร
๑.๔๗ นางธัญลักษณ์ ขวัญสนิท กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑.๔๘ นายวทัญญู ตั้งศิริอำนวย กรรมการ
นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
๑.๔๙ นางวิจันทรา ตุลาวงษ์ กรรมการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
๑.๕๐ นางปานจิต วรรณภิระ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธชินราช
๑.๕๑ นางกัญญารัตน์ ค้ำจุน กรรมการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธชินราช
๑.๕๒ นางดรุณี เอื้อพรปัญญา กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์
๑.๕๓ นางกิ่งเพชร สกุลรักษ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรัตนบุรี
๑.๕๔ นางสาวศศิธร สายยศ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
๑.๕๕ นางธัญพร ชื่นกลิ่น กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๑.๕๖ นายสมชาย จึงมีโชค กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
๑.๕๗ นายสุขสันต์ กิตติศุภกร กรรมการ
รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
๑.๕๘ นางเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง กรรมการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

๑.๕๙ ผู้อำนวยการ...

๑.๕๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี กรรมการ
๑.๖๐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรรมการ
๑.๖๑ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรรมการ
๑.๖๒ ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์ กรรมการ
๑.๖๓ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรรมการ
๑.๖๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรรมการ
๑.๖๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรรมการ
๑.๖๖ ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรรมการ
๑.๖๗ นางสาวทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันประสาทวิทยา
๑.๖๘ นางพรพิมล มาศสกุลพรรณ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันประสาทวิทยา
๑.๖๙ นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม กรรมการ
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา
๑.๗๐ นางสาวนัชชา เรืองเกียรติกุล กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี
๑.๗๑ นางสุมนา พนาโรจน์วงศ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี
๑.๗๒ นางสาวมนทกานต์ ยอดราช กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี
๑.๗๓ นางสาวกฤติยา จิตราภัณฑ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน
๑.๗๔ นางสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
๑.๗๕ นางกรชนก วุฒิสมวงศ์กุล กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
๑.๗๖ นางหฤษีญา โอชารส กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
๑.๗๗ นางสาวศิวาพร สังข์รวม กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการแพทย์
๑.๗๘ นางเบญจพร สุธรรมชัย กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

๑.๗๙ นางสาวนภัส...

๑.๗๙ นางสาวนภัส แก้ววิเชียร กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และผู้ช่วยเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

๑.๘๐ นางรติอร พรกุณา กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น ๒ และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ ศึกษารวบรวม วิเคราะห์ พัฒนาการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๒ จัดทำแนวคิดการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุ ที่นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนากระบวนการดำเนินงานIMC ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๒.๓ จัดทำข้อเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๔ จัดทำรูปเล่มหนังสือรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑

๒.๕ ขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย และติดตามประเมินผล

๒.๖ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณา หรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม

๒.๗ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คณะผู้จัดทำ

1.	นายแพทย์ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรมการแพทย์
2.	นายแพทย์สุกิจ	ทัศนสุนทรวงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
3.	นายแพทย์วิชาญ	เกิดวิชัย	คณบดีคณะการแพทย์แผนไทย อภัยภูเบศร	มหาวิทยาลัยบูรพาชลบุรี
4.	นางเบญจพร	สุธรรมชัย	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
5.	นางสาวนภัส	แก้ววิเชียร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
6.	แพทย์หญิงอาภาพรรณ	นเรนทร์พิทักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลอุดรธานี
7.	นายแพทย์หาญชัย	พินัยกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลหาดใหญ่
8.	แพทย์หญิงธัญลักษณ์	ขวัญสนิท	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
9.	แพทย์หญิงอภิญญา	เอี่ยมตระการ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลขอนแก่น
10.	ดร.รติอร	พรกุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลขอนแก่น ๒
11.	นายแพทย์ศุภศิลป์	จำปานาค	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสระบุรี
12.	นางสาวสุภาภรณ์	เทพพานิช	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	โรงพยาบาลสระบุรี
13.	นางสาวเยาวลักษณ์	รอดละม้าย	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	โรงพยาบาลเสาไห้
14.	นางสินีนาฎ	ทิพย์มูสิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
15.	นางชาลิณี	ภัทรพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา
16.	นางสาวสมพิศ	แสงบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลห้างฉัตร
17.	แพทย์หญิงสุรางคนา	อินทร์สุข	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
18.	แพทย์หญิงศศิธร	สายยศ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
19.	แพทย์หญิงอภิจารี	ชูศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสวรค์ประชารักษ์
20.	นางกิ่งเพชร	สกุลรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุรินทร์
21.	นายแพทย์วทัญญู	ตั้งศิริอำนวย	นายแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
22.	แพทย์หญิงปานจิต	วรรณภิระ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลพุทธชินราช
23.	แพทย์หญิงเลิศลักษณ์	ลีลาเรืองแสง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
24.	แพทย์หญิงทัศนีย์	ตันติฤทธิศักดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สถาบันประสาทวิทยา
25.	แพทย์หญิงทิพยรัตน์	ศฤงคารินกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันประสาทวิทยา
26.	นางสาวกฤติยา	จิตราภัณฑ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเลิดสิน
27.	นางสาวมนทกานต์	ยอดราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลราชวิถี
28.	นางสาวสุชารินี	ศรีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
29.	นางนงณภัทร	รุ่งเนย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
30.	นางศิวาพร	สังข์รวม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
31.	นายสมิทธิกร	เย็นวัฒนา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์







รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

กรมการแพทย์
Department of Medical Service
กระทรวงสาธารณสุข