



(ร่าง) Intermediate care service plan

กระทรวงสาธารณสุข

www.shm.go.th

Intermediate care: ยังมี definition ที่หลากหลาย ขึ้นกับวัตถุประสงค์และบริบทของแต่ละพื้นที่

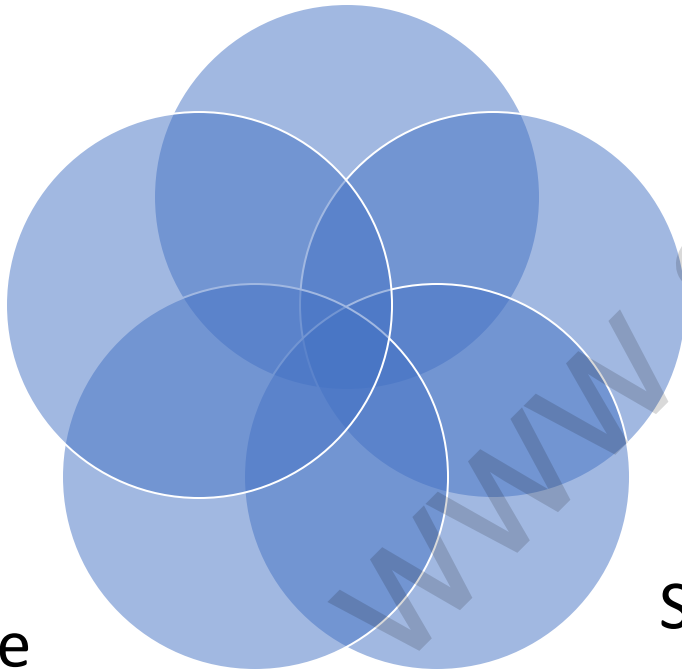
Subacute/post-acute
rehabilitation care

Step down
care

Transitional
care

Palliative care

Substitutional
care



ในระยะแรก เลือกพัฒนา subacute
/post-acute rehabilitation
care ก่อน

- กลุ่มผู้ป่วยชัดเจน
- วัตถุประสงค์ชัดเจน
- **Benefit** ชัดเจน
- บุคลากรมีความพร้อมในระดับหนึ่ง
- หลายพื้นที่มีการพัฒนารูปแบบบริการมา
ระดับหนึ่งแล้ว (**models**) สามารถ
รวบรวม สรุป และขยายผลเพื่อเป็น
ทางเลือกตามบริบทพื้นที่ได้
- ลดความแออัดได้ในระดับหนึ่ง
- เชื่อมโยงระบบการดูแลให้ครบถ้วน

ประเด็นปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนา Intermediate care

ด้านระบบบริการ	• ความชุกของโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง • ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ • รพศ./ รพท. มีความแออัด ในขณะที่ รพช. ส่วนหนึ่งยังมีอัตราครองเตียงต่ำ • ระบบ refer back และการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน
ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	• ความพร้อมในการรับกลับและดูแล/ การมีส่วนร่วม • การมั่นใจในคุณภาพและการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ • ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ • Caregiver burden (ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ)
ความต้องการของชุมชน	• ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ • Community-based rehabilitation (WHO; 1994)
ด้านวิชาการและคุณภาพการดูแล	• มีหลักฐานว่าการให้ specific intervention อีกระยะหนึ่งมีประโยชน์ และ cost-effective เช่น post-stroke rehabilitation (การศึกษาในประเทศไทย แบบ IPD)

Definition : Intermediate care

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน อยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (**multidisciplinary approach**) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

เป้าหมายหลัก	ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง - Stroke - traumatic brain injury - spinal cord injury
เป้าหมายรอง	- ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. - ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic wound, chemotherapy
ระยะเวลา	6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่
รูปแบบบริการ	- IPD (intermediate care ward/bed) - OPD - community

เป้าหมาย (ปี 61)

เพิ่มการเข้าถึงบริการ	- ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก 70% - สูตรคำนวณ (ระดับจังหวัด เฉพาะผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาใน รพ.) (ผู้ที่ได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก/ผู้ป่วย 3 กลุ่มที่รอดชีวิต) x 100
กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูมีสมรรถนะให้ดีขึ้น (potential group)	- กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ 1-2 step) มีสมรรถนะดีขึ้น 70% - สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ) (ผู้ป่วยที่มี BI สูงขึ้นกว่าเดิม/ผู้ป่วยทั้งหมดที่มี potential) x 100
ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (low potential group)	- กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (bedridden)เกิดภาวะแทรกซ้อน(ใหม่)น้อยกว่า 20% - ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ pressure sore, pneumonia, UTI - สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ วัดเมื่อให้บริการครบ 6 เดือน) (ผู้ป่วย bedridden BI 0-5 ที่มีภาวะแทรกซ้อน(ใหม่)/ผู้ป่วย BI 0-5 ทั้งหมด) X 100

ผู้ป่วย (Stroke, Head injury, SCI) รพศ. รพท.
ที่พ้นระยะ **Acute** และสภาวะทางการแพทย์คงที่

Flow chart: แนวทางการให้บริการ

ประเมิน

Barthel index

Barthel ≥ 15
No multiple
impairment

- จำหน่าย พร้อมให้ **home program**
- ประสาน **rehab team** รพช. ติดตามดูแล

ให้บริการตามความพร้อมและบริบทของพื้นที่
โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

Barthel < 15
Barthel ≥ 15
with multiple impairment

IPD

Intermediate ward อย่างน้อยแห่ง
ละ 10 เตียง (ใน รพช. ที่มีความพร้อม)
intermediate bed รพช. ในพื้นที่ อย่าง
น้อยแห่งละ 2 เตียง

OPD

ให้บริการฟื้นฟูแบบ
ผู้ป่วยนอก

ชุมชน :ให้บริการ
ฟื้นฟูในชุมชนโดย PCC,
ทีมเยี่ยมบ้าน

ประเมิน Barthel index ทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน

BI = 20

Discharge

BI 11 - 19

ติดตาม
โดยทีม
ฟื้นฟู

BI < 11

LTC

ประเมินความพิการ

การประเมิน Impairment: ความบกพร่องที่สำคัญ และส่งผลต่อการฟื้นฟูให้ได้เต็มตาม ศักยภาพหรือมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความบกพร่องที่ต้องประเมิน/โรค	Stroke	TBI	SCI	แนวทาง/วิธีการ
Swallowing problem	✓	✓	-	แนวทางการประเมินและเครื่องมือตาม แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาท
Communication problem	✓	✓	-	แนวทางการประเมินและเครื่องมือตาม แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง สถาบันประสาท
Mobility problem	✓	✓	✓	ประเมินจาก Barthel index ข้อ 2 และ ข้อ 6 หากไม่ได้คะแนนเต็ม 15 ถือว่ามีความผิดปกติ
Cognitive & Perception problem	✓	✓	-	เครื่องมือ Thai MMSE 2002 และ เกณฑ์โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Bowel & Bladder problem	✓	✓		Barthel index ข้อ 9 และ 10 หากได้คะแนนไม่เต็ม 10 ถือว่ามีความ ผิดปกติ

หมายเหตุ หากมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปถือว่ามีความ **Multiple impairment** ยกเว้น **SCI** ถือว่า มี **impairment** ชนิดเดียว จำเป็นต้องเข้ารับการดูแลแบบ **Intermediate care**

Service delivery	- พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการฟื้นฟู (พัฒนาโดยสถาบันสิรินธรฯ ปี 2558) (A. Assess & entry B. Assessment C. Planning D. Rehabilitation service E. Information & empower F. Continuous care - รูปแบบบริการ 3 รูปแบบ (ตามความพร้อมและบริบทของพื้นที่ รายละเอียดการให้บริการใช้เป็นแนวทาง) 1) IPD : (Intermediate ward: ให้บริการ Intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) / Intermediate bed: ให้บริการ Less-intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) 2) OPD : โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 12 ครั้ง ภายใน 6 เดือน 3) ชุมชน : การออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์โดยเฉลี่ย 12 ครั้ง/6 เดือน - Health literacy & education program, comprehensive care plan & multidisciplinary team meeting (โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม) - เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ acute care, intermediate care ไปจนถึง LTC (PCC, case manager) ได้สมบูรณ์ - นำ CPG รายโรค/รายปัญหา มาเป็นแนวทางการให้บริการสู่การปฏิบัติจริง (CPG stroke rehab guideline : สถาบันประสาท / CPG SCI rehabilitation : สถาบันสิรินธรฯ / CPG Cognitive & Perception problem : เครื่องมือ Thai MMSE 2002 และเกณฑ์โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) ระบบการปรับสภาพบ้าน และระบบสนับสนุนอุปกรณ์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟู
Health Work Force	- พิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วย/คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สถาบันสิรินธรฯ) และตามกรอบ FTE - เปิดอบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (สถาบันสิรินธรฯ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ) - เปิดหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพระยะสั้น (5 วัน) และหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (4 เดือน) (สถาบันสิรินธรฯ วิทยาลัยพยาบาล) - อบรม care giver: ญาติ นักบริบาล อสม.
Health Information	- พัฒนาต่อ ยอดระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศ (เช่น Ant-SNAP ของ จ.สระบุรี / PRM referral network ของสถาบันสิรินธรฯ) - เพื่อเผยแพร่ CPG คู่มือ และแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่จำเป็น ในรูปแบบ electronic file - ประชาสัมพันธ์ระบบบริการสู่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน รวมทั้งสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ

การพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รูปแบบบริการ	โรงพยาบาลระดับ						
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1.แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	✓	✓	✓	-	-	-	-
2.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	✓	✓	✓	✓	-	-	-
3.นักกายภาพบำบัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.นักกิจกรรมบำบัด	✓	✓	✓	✓	-	-	-
5.นักแก้ไขการพูด	✓	✓	-	-	-	-	-
6.นัก/ช่างกายอุปกรณ์	✓	✓	✓	-	-	-	-
7.พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร4 เดือน)	✓	✓	✓	-	-	-	-
8.พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (อบรมระยะสั้น 5 วัน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.นักสังคมสงเคราะห์	✓	✓	✓	✓	-	-	-
10.นักโภชนาการ	✓	✓	✓	✓	-	-	-
11.นักจิตวิทยา	✓	✓	✓	✓	-	-	-

ที่มา: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ปี 2558

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันสิรินธรฯ ปี 2558

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ที่
เหมาะสม ในระยะเวลาที่เหมาะสม

มีการติดตามประเมิน
ความสามารถ และ
ภาวะแทรกซ้อน เพื่อ
นำมาปรับแผนการดูแล
เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่
สังคมได้ตามศักยภาพ

ทีมสหวิชาชีพให้บริการ
ฟื้นฟูฯ บนพื้นฐานของ
หลักวิชาการ โดยผู้ป่วย
และครอบครัวมีส่วนร่วม

F: Cont.
care

A:
Access
& Entry

B:
Assess

E: Info &
Empower

D:
Rehab
service

C:
Planning

มีการประเมินแรก
รับ และ
ตั้งเป้าหมาย
(Rehabilitation
goal)

มีแผนการฟื้นฟูที่เป็นองค์
รวม โดยทีมสหวิชาชีพ

Technology	- พัฒนาการวิจัย การประเมินเทคโนโลยี (Health technology assessment) - การพัฒนานวัตกรรมโดยบุคลากรภาคสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่าย และโดยชุมชน - ระบบ technical support ต่าง ๆ
Finance	- IPD : เรียกเก็บค่าบริการตามระบบ DRGs (Pdx: hemiplegia RW เริ่มต้น = 0.76 / Pdx: cerebral infarction RW เริ่มต้น = 1.05) - OPD, ชุมชน : เรียกเก็บค่าบริการตามจริงรายครั้งตามวิชาชีพ (150 – 300 บาทต่อครั้ง : ค่าบริการฟื้นฟูฯ สปสช.) - โครงการจากกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด (งบประมาณจาก สปสช.: อบจ. 50% : 50%) - โครงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub acute rehabilitation service) ของสถานพยาบาลและเครือข่าย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย /สถาบันสิรินธรฯ/สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาลำดับประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Governance	- จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี 20 ปี โดยคำนึงถึงส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (พม. มหาดไทย ท้องถิ่น ศึกษาธิการ แรงงาน ฯลฯ) และทั้ง 3 กองทุน ร่วมกันบูรณาการให้บริการทั้ง medical care และ social care - การเยี่ยมเสริมพลังและติดตามตัวชี้วัด ระดับเขต ระดับจังหวัด

ครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ยา และหัตถการขั้นพื้นฐาน ตามระดับโรงพยาบาล

ระดับ โรงพยาบาล	ครุภัณฑ์	วัสดุทางการแพทย์	ยา	หัตถการ
รพศ. รพท.	เหมือน รพช. + Independent Living, visual feedback hand training, bicycle ergometry, swallowing training set, perception training set	เหมือน รพช. + splint, brace, silicone urinary self catheter	ยาลดเกร็ง ยา neuropathic pain ยาคลาย กระเพาะ ปัสสาวะ	Phenol block (การฉีดยาลดเกร็ง)
รพช.	tilt table, parapodium, parallel bar, เติงปรับระดับได้เพื่อการฝึก, เติง suspension, visual feedback mirror, Electrical stimulation, balance board, hand function training set, ADL training set)	shoulder sling, plastic AFO, cane, walker, wheel chair	ยาลดเกร็ง ยา neuropathic pain ยาคลาย กระเพาะ ปัสสาวะ	

Intermediate Care Service Plan

เป้าหมาย (1ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ได้มาตรฐานบริการฟื้นฟู

บริหารจัดการ		พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทัศนคติ	ระบบข้อมูล
1.โครงสร้าง กสร./เขต/จังหวัด 2. แผนแม่บท service plan 3.จัดสรรงบประมาณ		1.Register, referral network and monitoring 2.HRM & HRD 3.คู่มือแนวทางปฏิบัติ 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ model development	2.สร้างการรับรู้ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิเคราะห์ และปชช. 3.เยี่ยมเสริมพลัง	และให้บริการรวมทั้งติดตามและประเมินผล 2.การจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของข้อมูล
3 เดือน		6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด - ตั้งคณะทำงานระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด - ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ		- แผนแม่บท service plan - พัฒนาต่อยอดระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วย (web application) - จัดทำและเผยแพร่คู่มือฉบับบูรณาการการให้บริการ intermediate care (แนวทาง 1 เล่ม คู่มือสั้น ๆ 1 เล่ม)	- อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์ - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตรระยะสั้น 5 วัน - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 4 เดือน - เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/เขต	- สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานปีต่อไป - จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ ระดับประเทศ - แผนยุทธศาสตร์ 5 ปี 20 ปี

← เข้าถึงบริการ 70%? Barthel index เพิ่มขึ้น 70%? Complication ในผู้ป่วยติดเชื้อน้อยกว่า 20% →

บทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด

กองทุนฟื้นฟูจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชน

รพ.สต.

- แต่งตั้งคณะกรรมการฯ
- สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ
- จัดตั้งระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับจังหวัด
- จัดตั้งระบบการปรับสภาพบ้าน
- สนับสนุนด้านอาคารสถานที่ เช่น ห้องประชุม สถานที่เก็บอุปกรณ์ต่างๆ

- ตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด
- ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด
- สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
- สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผลการดำเนินโครงการในแต่ละปี
- ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
- คัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าหมายให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด
- สนับสนุนด้านวิชาการ ทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุมการสรุปผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการ
- ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

- กายภาพบำบัด/ เวชกรรมฟื้นฟู เป็นหลัก
- รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./ รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่
- สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมนิเทศ และ รพ.สต. ในพื้นที่ตามบริบท
- แพทย์ให้การสนับสนุน รวมดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน
- คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

- มีบทบาทเป็นเจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว
- ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช.
- ให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's cath, การทำแผล รวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้นำทีม care giver: อสม. ญาติ จิตอาสา ฯลฯ
- ประสานงานกับ อบต. ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้าน social care

บทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข

มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัย และสมาคม

วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการ
- จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นเพื่อให้บริการรายโรคและรายปัญหาที่เกี่ยวข้อง
- การศึกษาวิจัย

กรมการแพทย์

- พัฒนา web application ระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียนส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู ให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศ
- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- จัดอบรมหลักสูตรต่างๆ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว
- จัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)

องค์กรการปกครอง

ส่วนท้องถิ่น

- สมทบงบประมาณร่วมกับ สปสช. เพื่อสร้างและดำเนินการกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด
- ให้การสนับสนุนด้าน social care เช่น ดำเนินการปรับสภาพบ้าน หรือรถรับส่ง เป็นต้น
- สนับสนุนระบบ caregiver หรือนักบริบาล

PCC

- ให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิ โดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม
- multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อบต. ระดับต่างๆ
- จัดการระบบ caregiver ในชุมชน

สิ่งที่ท้าทาย

- จะทำอย่างไรให้เกิดระบบการคัดกรอง ลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ (web application) โดยสามารถ link กับฐานข้อมูลเดิมของโรงพยาบาลได้
- ให้บริการฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน โดยผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการอย่างสม่ำเสมอ และมีความเชื่อมั่นในระบบบริการ
- พัฒนาคุณภาพบริการให้ครอบคลุมมิติทั้ง medical care และ social care โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่ต้องได้รับสนับสนุน

- กลไกการทำงานระดับเขต จังหวัด รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และในชุมชน
- พัฒนาบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับ ต่อเนื่องจนถึงในชุมชน
- สนับสนุนการพัฒนาระบบ IT ในระดับประเทศ
- การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟู
- กำลังคนความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู
- งบประมาณ พัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม และความต่อเนื่องของนโยบาย

သစ်သန့်သန့်သန့်သန့်

