



นโยบาย INTERMEDIATE CARE

กระทรวงสาธารณสุข



สธ.ให้ รพ.ชุมชนทุกแห่งเป็น Intermediate care รับผู้ป่วยพันวิฤติมาดูแล

“เน้น 3 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง

โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยอินเตอร์มีเดียด แคร์
แห่งละ 2 เตียง และตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลพระราชรัฐ
ในปี 2562

ประเด็นที่นำมาสู่การพัฒนา Intermediate Care



ด้านระบบบริการ

- แอด (BOR สูง, refer back ยาก, admission และ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
- Beds utility etc.



ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

- ความพร้อมในการรับกลับและดูแล
- ความมั่นใจในคุณภาพและการดูแลต่อเนื่อง

- กลับบ้านได้เร็ว
- กลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิม
- ไม่พิการ



ความต้องการของชุมชน

- ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ
- Community-based rehabilitation (WHO; ๑๙๙๔)

นิยาม

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่าน
พื้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความ
ผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับ
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสห
วิชาชีพ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง
ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือ
ภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็ม
ศักยภาพ

ขอบเขต

๖ เดือน นับจากวันที่พื้นภาวะวิกฤติ
และมีอาการคงที่

กลุ่มเป้าหมาย

๑. Stroke / Traumatic brain injury /
Spinal cord injury
๒. กลุ่มเฉพาะตามบริบทพื้นที่ เช่น Post operative
physical therapy, chemotherapy, Chronic
wound,

จุดเน้นพัฒนาบริการ

- ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง
- ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic
wound, chemotherapy

Intermediate Care Service Plan

เป้าหมาย (1ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ได้มาตรฐานบริการฟื้นฟู

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทักษะคน	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	1.Mass & media Com. 2.สร้างการรับรู้ ทักษะบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชาเครือข่าย และปชช. 3.เยี่ยมเสริมพลัง	1.พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการจัดการและให้บริการรวมทั้งติดตามและประเมินผล 2.การจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของข้อมูล
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
•ขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด •ตั้งคณะทำงานระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด •ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ	•แผนแม่บท service plan •พัฒนาต่อ ยอดระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วย (web application) •จัดทำและเผยแพร่คู่มือฉบับบูรณาการ การให้บริการ intermediate care (แนวทาง 1 เล่ม คู่มือสั้นๆ 1 เล่ม)	•อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์ •อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตรระยะสั้น 5 วัน •อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 4 เดือน •เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/เขต	•สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานปีต่อไป •จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ ระดับประเทศ

เข้าถึงบริการ 70% Barthel index เพิ่มขึ้น 70% Complication ในผู้ป่วยติดเชื้อน้อยกว่า 20%

เป้าหมาย

1. ลดความแออัดของ Acute Care Setting (ลด BOR, จำหน่ายได้เร็ว, ลดการ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
2. Improve Functional Status นำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง (independent living)
3. เพิ่มประสิทธิภาพ Bed utility and capacity
4. ป้องกันและชะลอ complication
- (5. ลด caregiver burden และจัดบริการ specialised IC ตามความต้องการของพื้นที่)

แผนแม่บทพัฒนา 5 ปี (2560-2564) แบ่งการดำเนินงานออกเป็นสองระยะ :

- 1) ระยะพัฒนา (2560-2562)
- 2) ระยะขับเคลื่อน (2563-2564)

ระยะแรก (ระยะพัฒนา) 2560-2562

ขอบเขต : หลังพ้นระยะacuteและเข้าช่อบ่งชี้ IC จนถึง 6 สัปดาห์

1.รูปแบบหลัก

- กลุ่มเป้าหมาย 1) Post-acute stroke โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จัดเป็น patient with complex needs.
- 2) Post neurological trauma เช่น spinal cord injury, traumatic brain injury

2.รูปแบบเสริม (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบที่ถอดบทเรียนจาก model development ต่างๆที่พื้นที่ที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3.รูปแบบเฉพาะ (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบ intermediate care เฉพาะประเด็นตามบริบทความต้องการของพื้นที่ เช่น Intermediate care สำหรับผู้สูงอายุห่อ้มเปราะบาง, inoperable fracture, Post-operation care, Chronic wound care, Chemotherapy ward etc.

บทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.)

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

โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

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

โรงพยาบาล ชุมชน

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

PCC

- ให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม
- multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท. ระดับต่างๆ
- จัดการระบบ caregiver ในชุมชน

รพ.สต.

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

INTERMEDIATE CARE IN RATCHABURI

พญ. ปาจริย์ อารีย์รบ

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

โครงการนำร่อง
“เจ็ดเสมียน MODEL”

ความเป็นมา

1.สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง จ.ราชบุรี

- ปีงบประมาณ 2560 จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วย Stroke ทั้งสิ้น 1,671 ราย
- เสียชีวิต 195 ราย (11.67 %)
- ผู้ป่วย stroke ได้รับการ rehab 922 รายคิดเป็น 62.46 % (922/1476)

2.ความพร้อมทรัพยากรบุคคลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รพ.โพธาราม(M1)

- *แพทย์ 1 คน
- *นักกายภาพ 4 คน
- *นักกิจกรรมบำบัด 1 คน

รพ.บ้านโป่ง(S)

- *แพทย์ 1 คน
- *นักกายภาพ 6 คน
- *ช่างกายอุปกรณ์ 1 คน

รพ.จอมบึง(F1)

- *นักกายภาพ 3 คน

รพ.เจ็ดเสมียน(F2)

- *นักกายภาพ 2 คน

รพ.บางแพ(F2)

- *นักกายภาพ 3 คน

รพ.ราชบุรี (A)

- *แพทย์ 3 คน
- *นักกายภาพ 13 คน
- *นักกิจกรรมบำบัด 5 คน
- *นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย 2 คน
- *ช่างกายอุปกรณ์ 5 คน
- *พยาบาล 3 คน

รพ.ดำเนินสะดวก (M1)

- *นักกายภาพ 4 คน

รพ.สวนผึ้ง(F2)

- *นักกายภาพ 4 คน

รพ.วัดเพลง(F2)

- *นักกายภาพ 2 คน

รพ.ปากท่อ(F2)

- *นักกายภาพ 3 คน

รพ.บ้านคา(F3) 30 เตียง

- *นักกายภาพ 1 คน

การบริหารจัดการ

1.ประชุมผู้เกี่ยวข้อง (SP stroke และบุคลากรด้านการฟื้นฟู) (20 มค.60)

2.เลือกพื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 3 อำเภอ (เมือง โพธารามและบางแพ) 4 โรงพยาบาล

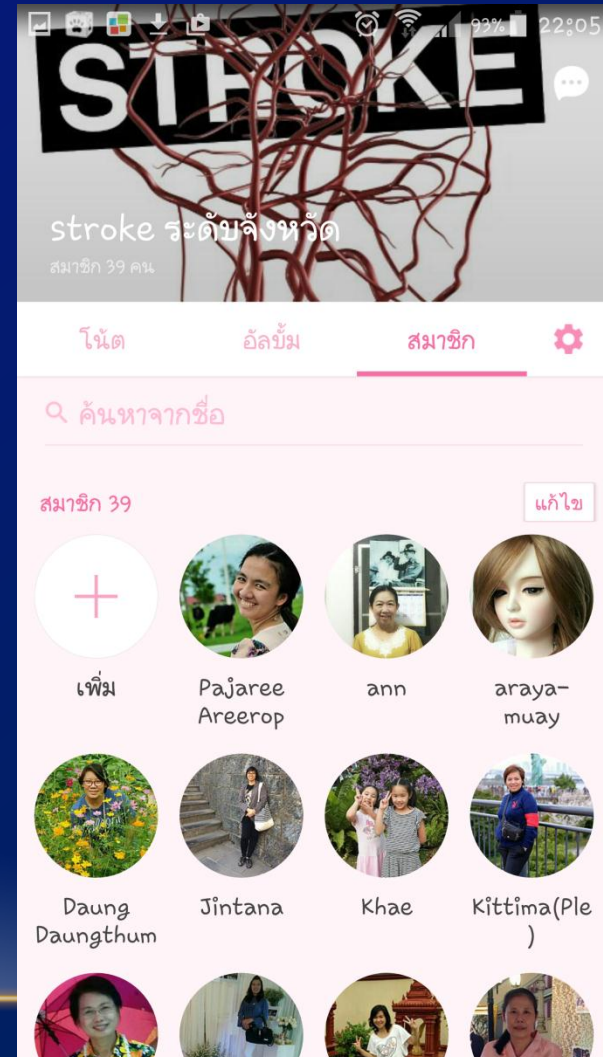
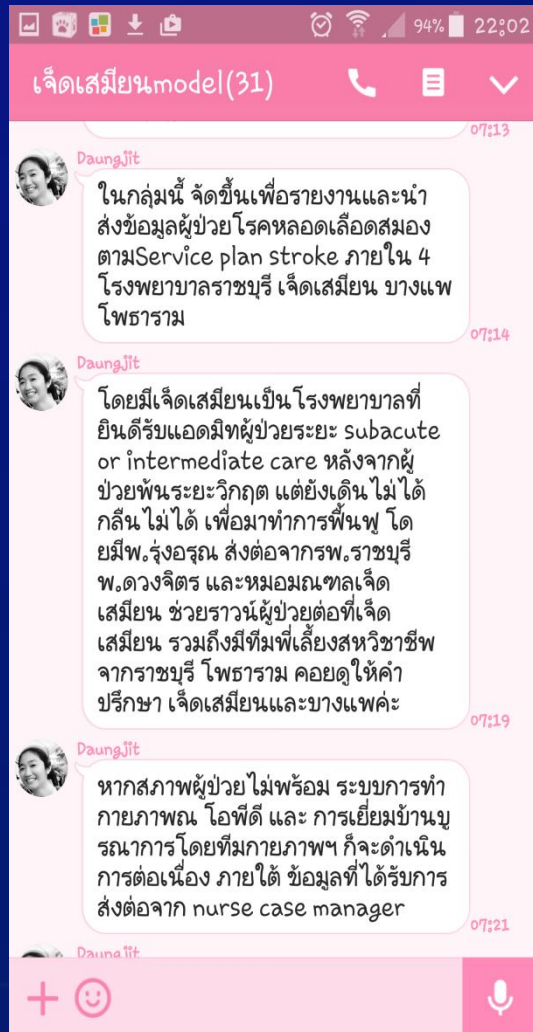
- รพศ. ราชบุรี (A)
- รพ.โพธาราม (M1)
- รพ.เจ็ดเสมียน (F2)
- รพ.บางแพ (F2)

ในนามโครงการนำร่อง “เจ็ดเสมียนโมเดล”

การบริหารจัดการ (ต่อ)

3. เชื่อมโยงระบบเครือข่ายในจังหวัด ผ่านคณะกรรมการ SP Stroke และ ทีม FCT
4. แพทย์ฟื้นฟูจาก รพ.โพธาราม ลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และโรงพยาบาลบางแพ เดือนละ 2 ครั้ง
5. พัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน รพช. เพื่อรองรับ Refer Back
6. กลุ่ม Line Consult สามารถปรึกษาได้ 24 ชม. ทั้งกลุ่ม Stroke ระดับจังหวัด และ กลุ่มเจ็ดเสมียน model

LINE GROUP



- แนวคิด

- เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ(Seamless Health Service Plan)
- One Province , One Hospital ใช้ทรัพยากรร่วมกัน
- ลดความแออัด
- พัฒนาสมรรถภาพโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
2. พัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับ
3. เพิ่มศักยภาพบริการ (CMI) ในรพช.
4. ลดความแออัดใน รพศ./รพท.
5. ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว และลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร

Flow chart: การให้บริการเจ็ดเสมียนโมเดล

ผู้ป่วยที่พักระยะ acute
รพ.ราชบุรี

ผู้ป่วยที่พักระยะ acute
รพ.โพธาราม

ประเมิน BI

BI 0-15

ประเมิน
ความพร้อม

พร้อมสำหรับ IPD program

IPD rehab program

IPD rehab program
รพ.เจ็ดเสมียน

IPD rehab program
รพ.บางแพ

ประเมิน BI ทุก เดือน

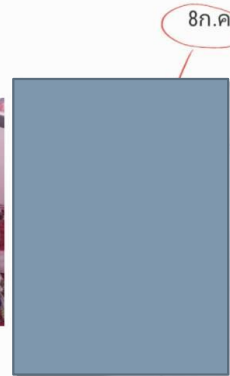
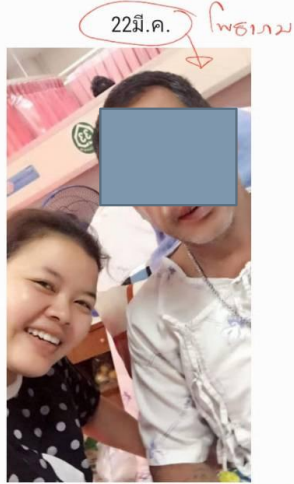
BI >15

ติดตามโดยทีม FCT

ส่งกลับชุมชน

ผลการดำเนินงาน

ช.56ปี Ischemic stroke referรพ.โพธาราม เมื่อ17มีค. CT= infarction Lt. corona radiata, internal capsule,cortex รับ กลับมาขงแพเมื่อ27มีค.



STROKE



HEAD INJURY



STROKE

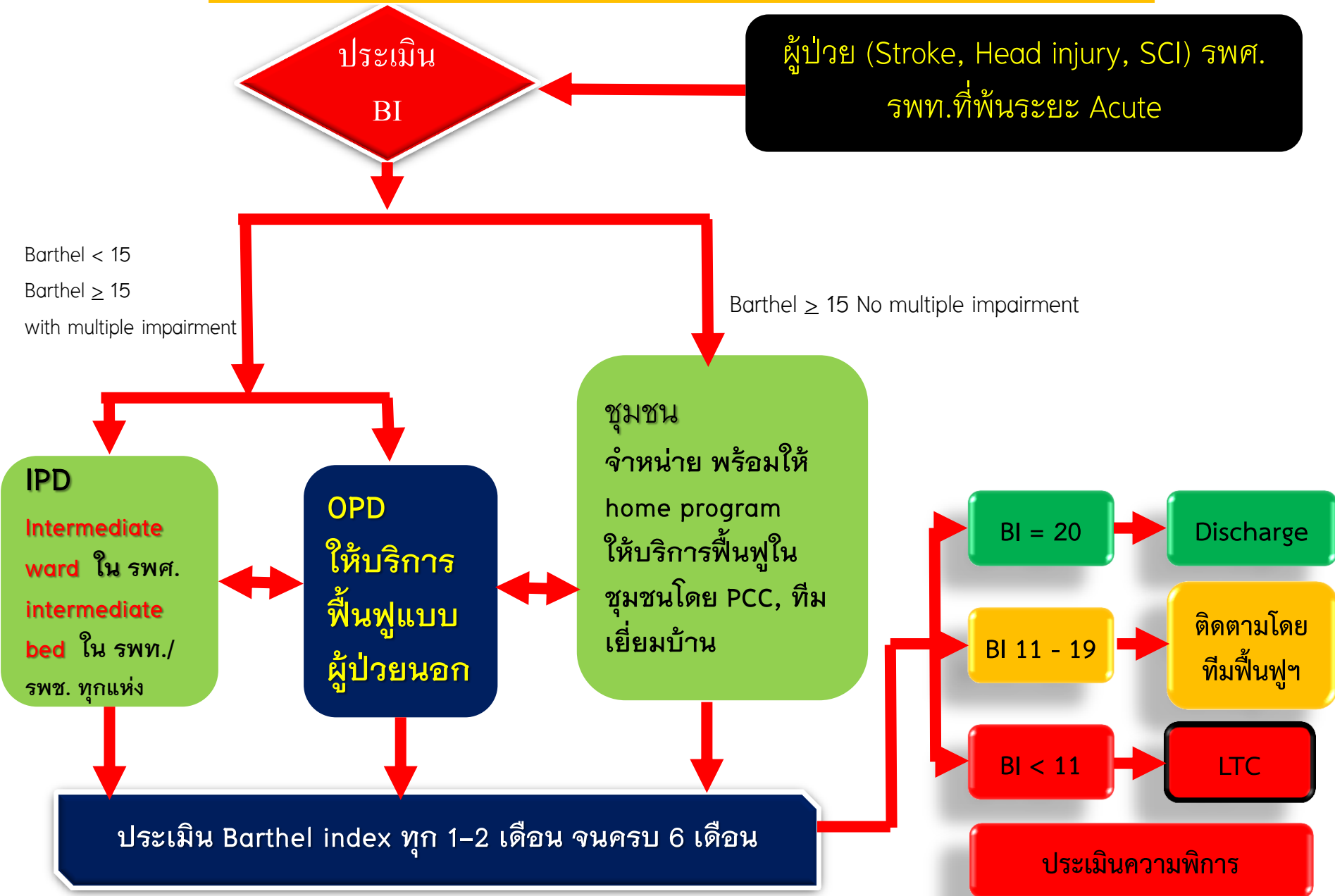


การบริหารจัดการสู่

RATCHBURI INTERMEDIATE CARE MODEL

- 1.ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเจ็ดเสมียนโมเดล และวางแผนพัฒนาระบบบริการ Intermediate care ราชบุรี (17 ก.ค. 60)
- 2.ขยายผลการพัฒนาระบบบริการ intermediate care ใน รพช. ทุกแห่ง และดำเนินการเต็มพื้นที่จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการ Ratchaburi Intermediate care Model
 - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Intermediate care จังหวัดราชบุรี
 - กำหนดแนวทางการให้บริการ Intermediate care จังหวัดราชบุรี ดังนี้

Flow chart: การให้บริการ Ratchaburi Intermediate care Model



สวัสดี

