

คู่มือ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)



มกราคม 2562
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ



การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง
Guideline for Intermediate Care
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan)



มกราคม 2562
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา	:	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล) ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข (นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุณาค)														
ผู้เขียน	:	คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care)														
กองบรรณาธิการ	:	<table border="0"> <tr> <td>แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน</td> <td>สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ</td> </tr> <tr> <td>นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รศ.พญ.วิไล คุปต์นิรติศัยกุล</td> <td>กองบริหารการสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย</td> </tr> <tr> <td>แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล</td> <td>ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย</td> </tr> <tr> <td>นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค แพทย์หญิงวิชณี ธงทอง</td> <td>โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ</td> </tr> <tr> <td>แพทย์หญิงดลฤดี ศรีศุภผล</td> <td>สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ</td> </tr> <tr> <td>นางสุภาภรณ์ เทพพานิช นางศุภิพันธุ์ โสสันดา</td> <td>โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ</td> </tr> <tr> <td>นางสาวมณีรัตน์ หัวหนองหาร</td> <td>สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ</td> </tr> </table>	แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ	นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รศ.พญ.วิไล คุปต์นิรติศัยกุล	กองบริหารการสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย	แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย	นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค แพทย์หญิงวิชณี ธงทอง	โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ	แพทย์หญิงดลฤดี ศรีศุภผล	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ	นางสุภาภรณ์ เทพพานิช นางศุภิพันธุ์ โสสันดา	โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ	นางสาวมณีรัตน์ หัวหนองหาร	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ
แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ															
นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รศ.พญ.วิไล คุปต์นิรติศัยกุล	กองบริหารการสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย															
แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย															
นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค แพทย์หญิงวิชณี ธงทอง	โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ															
แพทย์หญิงดลฤดี ศรีศุภผล	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ															
นางสุภาภรณ์ เทพพานิช นางศุภิพันธุ์ โสสันดา	โรงพยาบาลสระบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ															
นางสาวมณีรัตน์ หัวหนองหาร	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ															
ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ	:	<table border="0"> <tr> <td>นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข</td> <td>กองบริหารการสาธารณสุข</td> </tr> <tr> <td>นางสมสินี เกษมศิลป์</td> <td>กองบริหารการสาธารณสุข</td> </tr> <tr> <td>ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์</td> <td>สถาบันพระบรมราชชนก</td> </tr> <tr> <td>นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย</td> <td>กองบริหารการสาธารณสุข</td> </tr> </table>	นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข	กองบริหารการสาธารณสุข	นางสมสินี เกษมศิลป์	กองบริหารการสาธารณสุข	ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์	สถาบันพระบรมราชชนก	นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย	กองบริหารการสาธารณสุข						
นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข	กองบริหารการสาธารณสุข															
นางสมสินี เกษมศิลป์	กองบริหารการสาธารณสุข															
ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์	สถาบันพระบรมราชชนก															
นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย	กองบริหารการสาธารณสุข															
ผู้ประสานงาน	:	นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย กองบริหารการสาธารณสุข														
จัดพิมพ์และเผยแพร่	:	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														
พิมพ์ที่	:	บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชซิง จำกัด 53/1 หมู่ 7 ต.สวนหลวง อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74110 โทรศัพท์ 0 2813 7378 โทรสาร 0 2813 7378														
ปีที่พิมพ์	:	2562														
จำนวน	:	1,500 เล่ม														
ISBN	:	978-616-11-3930-8														

สารบัญ

คำนิยาม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1
เกริ่นนำ “จากภาระสู่พลัง”	3
ส่วนที่ 1 Policy Brief Intermediate Care	7
ส่วนที่ 2 คำนิยามสำคัญในงาน Intermediate care	13
ส่วนที่ 3 วัตถุประสงค์ของ Intermediate care	17
ส่วนที่ 4 ขั้นตอนการพัฒนาระบบ Intermediate care	19
ส่วนที่ 5 แนวทางการดูแล Intermediate care	25
- Check list IMC services	
- Care protocol IMC	
- Standing order for IMC	
- Team meeting guide for IMC	
- ตัวอย่างตารางกิจกรรมบริการแบบผู้ป่วยใน	
ส่วนที่ 6 รูปแบบบริการ Intermediate care	35
- การให้บริการแบบผู้ป่วยใน	
- การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก	
- การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน	
ส่วนที่ 7 แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน	37
- รายละเอียดตัวชี้วัด Service plan Intermediate Care (IMC) พ.ศ. 2562	
ส่วนที่ 8 ตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ (Best Practices)	43
- ถอดบทเรียนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลบางกล้า จ.สงขลา (Intermediate ward)	
- ถอดบทเรียนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี (Intermediate care network)	
ส่วนที่ 9 ภาคผนวก	65
- แหล่งอ้างอิงเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง	

Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)





คำนิยาม

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย เข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพทุกช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดถึงเชิงตะกอน เส้นทางหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงท้ายของชีวิต คือ การส่งเสริมระบบบริการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและผู้ป่วยระยะท้ายให้เกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อถึงเวลาก็จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ให้มีความเชื่อมโยงการจัดบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสาขาต่างๆ ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาแม่และเด็ก สาขาปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สาขาสุขภาพช่องปาก สาขาไต สาขาทา สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สาขากการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ สาขากการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สาขากการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน และการดูแลแบบประคับประคอง สาขาออร์โธปิดิกส์ สาขาศัลยกรรม สาขายาเสพติด และสาขากอายุรกรรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน เบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ลงได้ โดยเฉพาะการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต จากโรค ซึ่งมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดจนการดำเนินการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ในการพัฒนาแนวทาง มาตรฐาน และคู่มือต่าง ๆ รวมถึงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่มาจาก การบูรณาการของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดการพัฒนาคุณภาพที่มีพัฒนาการ อย่างต่อเนื่อง

หนังสือ “คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง” เล่มนี้ จึงนับเป็นการเริ่มต้นรูปแบบ การจัดบริการสุขภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ได้รับความสุข เคารพศักดิ์ศรีซึ่งกันและกันด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อ ความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน สามารถ กล่าวได้ว่า เป็นการปลดล็อกวิธีการแบบเดิมๆ ก่อเกิดผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้ร่วมกันสะท้อนสิ่งที่มีคุณค่าช่วยกันสร้างพลังการจัด บริการสุขภาพอันนำไปสู่ความสุขถึงผู้รับบริการ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ของประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ทัวถึง และเป็นธรรมอย่างยั่งยืนต่อไป



จากภาระสู่พลัง

“หมอคะ หมอขอบคุณป้าพี่น้องโรงพยาบาลทำกายภาพบำบัดได้มั๊ย”

คำถามที่มาพร้อมสายตาวิงวอนของหลานสาวป้าแดง

ป้าแดงวัยเจ็ดสิบเป็นสาวโสดผู้กระฉับกระเฉง หลังเกษียณอายุมาก็ทำหน้าที่ดูแลบ้าน ให้หลานสาวคนเดียว จำยตลาด ทำกับข้าว ทำสวนในบ้านได้อย่างคล่องแคล่ว แต่อยู่มาวันหนึ่ง เส้นเลือดในสมองของป้าแดงก็แตกในระหว่างนอนหลับ ป้าแดงไม่ตื่นมาทำอาหารเช้าเหมือนอย่างเคย

“หมอผ่าตัดไปแล้วสองครั้งคะ เบาลืมเลือดออกครึ่งนึง กับวางท่อระบายน้ำในสมองอีกครั้งนึง อยู่โรงพยาบาลได้เดือนนึงแก็ให้กลับบ้าน แต่พี่ยังไม่รู้จะดูแลยังไง”

พี่ต๋นหันไปมองป้าแดงที่นั่งตัวเอียงอยู่ในรถเข็น มีท่อเจาะที่คอ สายให้อาหารที่รูจมูกและ สายปัสสาวะโผล่พันผ้าถุงมาพันอยู่ข้างรถเข็น “เราอยู่กันแค่สองคนป้าหลาน พี่ก็อยากดูแลแก็ให้ดีที่สุด ตอนนี้ก็เลยเอาไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนก่อน พี่ค้นในอินเทอร์เน็ต แก็ก็บอกว่าระยะนี้ให้พยายาม รับประทานอาหาร ไข้มั๊ยคะหมอ แก็บอกว่าเป็นเวลาทองตอนหกเดือนแรก ว่าจะฟื้นได้มากน้อยแก็ไหน ก็อยู่ที่ตอนนี่”

=====

โรคสมัยใหม่อย่างโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่บุคลากรทางการแพทย์พบได้แทบทุกวัน ในโรงพยาบาลใหญ่ระดับจังหวัด

และเช่นเดียวกับโรกระบบประสาทส่วนใหญ่ การมีปัญหามองนั้นรบกวนการทำงานของร่างกายไปแทบทุกระบบ อย่างน้อยๆ ก็ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ขยับร่างกายไม่ได้ แต่ส่วนใหญ่มองจะรบกวนไปมากกว่านั้น ไม่ว่าจะเป็นการกลืนอาหาร การพูดสื่อสาร การควบคุมปัสสาวะ อุจจาระ ความจำและการตัดสินใจ

ด้วยความจำกัดของเตียงในโรงพยาบาลรัฐ ทำให้แพทย์มักจำเป็นต้องคืนคนไข้กลับไปให้ญาติดูแลต่อในระยะเวลาอันสั้น หรือเรียกได้ว่าพอพ้นระยะวิกฤตก็ถึงเวลากลับบ้านทันที

แต่ด้วยปัญหาสุขภาพที่ตามมามากมายนั้น จึงมักส่งผลให้ลูกหลานอยู่ในภาวะ **‘ไม่รู้จะดูแลอย่างไร’** เมื่อหมอบอกว่า **‘กลับบ้านได้แล้ว’** ผู้ป่วยจำนวนมากจึงมักได้นอนอยู่กับเตียงเฉยๆ หากเป็นครอบครัวที่มีเงินบ้างก็จะได้นอนอยู่กับเตียงในห้องปรับอากาศตามสถานพยาบาลเอกชน หากเป็นต่างจังหวัดก็อาจมีอาสาสมัครไปเยี่ยมเยียนที่บ้านสัปดาห์ครั้งหรือสองสัปดาห์ครั้ง

น้อยรายนักที่ญาติจะสามารถ **‘ค้นอินเทอร์เน็ต’** จนบอกตัวเองได้ว่า ระยะเวลาทองในการ **“ฟื้นฟู”** นั้นคือ หกเดือน และพยายามดิ้นรนให้ได้มาซึ่งการ **“ฟื้นฟูอย่างเต็มที่”** ในระยะเวลาทองดังกล่าว

=====

“พี่ไม่ได้คาดหวังจะให้ป้าแกกลับมาทำงานบ้านได้เหมือนเดิมทุกอย่างนะคะ อยากขอแค่แกได้ฝึกพอกินข้าวได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เมื่อก่อนเราจะไปเที่ยวกินข้าวนอกบ้านกันทุกเสาร์อาทิตย์ พี่ก็หวังว่าจะได้พาป้าออกไปเหมือนเดิมบ้าง”

ในวันที่ป้าแดงถูกรับตัวเข้าในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูนั้น เรียกได้ว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ครบเครื่องเต็มตัว วันนี้ผ่านไปแล้วสามเดือน ป้าแดงนั่งกินข้าวเองได้ พูดคุยกับหลานสาว ต่อปากต่อคำได้เป็นประโยคสั้นๆ และกำลังฝึกทรงตัวจับไม้เท้า เพื่อหัดเดินไปเข้าห้องน้ำเอง

หลานสาวคนเดิมที่วันนี้เริ่มมีรอยยิ้ม เปลี่ยนคำถามต่อหมोज้าของไข้

“หมอปอรู้มั๊ยคะว่าวัดไหนแถวๆ นี้เอาวีลแชร์เข้าไปได้ถึงโบสถ์บ้าง จริงๆ ถ้าได้วัดที่อยู่ริมน้ำก็จะดีเลยคะ เมื่อก่อนป้าแกชอบไปให้อาหารปลาในวัด อยากจะพาไปอีก”

=====

การทุ่มทุนและทุ่มเทพลังเพื่อฟื้นฟูในระยะเวลาทองนั้นไม่เคยสูญเปล่า แม้ป้าแดงจะไม่ได้กลับไปทำงานหารายได้เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจประเทศ แต่การที่ป้าแดงสามารถดูแลตัวเองได้ก็ช่วยประหยัดงบประมาณประเทศไปมหาศาล

คุณภาพชีวิตของป้าหลานคู่นี้คงต่างไป หากป้าแดงกลับไปนอนอยู่บ้านเฉยๆ อาจจะลำบากอาหารที่ป้อนผิดป้อนถูกจนปวดอักเสบติดเชื้อ อาจจะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรืออาจจะเกิดแผลกดทับ เพราะไม่ได้ลุกจากเตียงเพราะผู้ดูแลทำไม่เป็น และป้าแดงก็คงได้เข้าไปเยี่ยมโรงพยาบาลในฐานะ **“คนป่วย”** อีกนับครั้งไม่ถ้วน

“หกเดือนทอง”(Golden period) ของการฟื้นฟูสภาพร่างกายนี้ เป็นช่วงระยะที่ล้นหายไป ในระบบบริการสุขภาพไทยมาช้านาน เรามีโรงพยาบาลมากมายสำหรับดูแล “ภาวะเฉียบพลัน” ด้วยเป้าหมายคือการรอดชีวิต เรามีการเยี่ยมเยียนที่บ้านเพื่อดูแล “ระยะยาว” แต่การตกหล่นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมทำให้เรามีคนป่วยคนพิการที่ต้องการการพึ่งพิงจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

Service plan “การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง” นี้จึงมุ่งหวังที่จะเปิดกล่องดำของคำว่า “ฟื้นฟู” ให้คนทำงานในพื้นที่ทุกระดับได้เข้ามาร่วมกันปรับเปลี่ยนระบบการทำงานเพื่อคืน “คนพิการที่มีศักยภาพ” ให้ชุมชน แทนการทำงานเพื่อดูแล “คนป่วยติดบ้านติดเตียง” แต่เพียงอย่างเดียว



Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)



ส่วนที่ 1

Policy Brief

INTERMEDIATE CARE

จุดเชื่อมโยงการดูแลเพื่อลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต “เปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคม”

Key Message

โรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง เป็นต้น เมื่อการแพทย์ไทยเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งส่วนหนึ่งจะยังมีความบกพร่องทางกาย (impairment) หลงเหลืออยู่ไม่มากนัก

คำถามที่หลายคนอยากรู้ คือ หลังจากนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จะมีชีวิตต่อไปอย่างไร รวมทั้งครอบครัวของเขาจะได้รับผลกระทบอะไรบ้าง ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง หรือ Intermediate care จะเป็นคำตอบที่อย่างน้อยจะทำให้เรามั่นใจได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิต จนผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองและกลับมาทำงานได้ จนเปลี่ยนจากภาวะมาเป็นพลังของสังคมได้ในที่สุด

“ความชุกของโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ”

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ¹ (DALY) สูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิง และเป็นอันดับสองในประชากรชาย⁽¹⁾ ทั้งนี้ยังพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

¹ (disability - adjusted life year : DALY)

อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (Sedentary lifestyle) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 4,499 ราย พบว่าได้รับบริการฟื้นฟู 1,930 ราย (คิดเป็นร้อยละ 43) ซึ่งมีทั้งการได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน⁽²⁾

ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจ และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ

“จากจุดเริ่มต้นเล็กๆ ด้วยใจในทั่วภูมิภาคของประเทศไทย สู่การพัฒนาเป็น INTERMEDIATE CARE SERVICE PLAN”

ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยและคนพิการในระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอ และยังมีผู้ป่วยและคนพิการอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ

ปัจจุบันการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางมีรูปแบบที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูกันเองแทนนักวิชาชีพโดยอัตราการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยใน แต่สูงขึ้นเมื่อมีการขยายบริการออกเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบเยี่ยมบ้าน

ผลที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการพัฒนาระบบบริการ INTERMEDIATE CARE SERVICE PLAN

Intermediate care เป็นระบบการดูแลที่มีความหมายกว้างมาก แต่จะเลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุดก่อน คือ การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก ในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และญาติ

เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน หลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย จึงมุ่งหวังว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฝึกน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานน้อยกว่า ร้อยละ 20 ซึ่งถ้าเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวได้จริงนับเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในหลากหลายภาคที่เกี่ยวข้อง

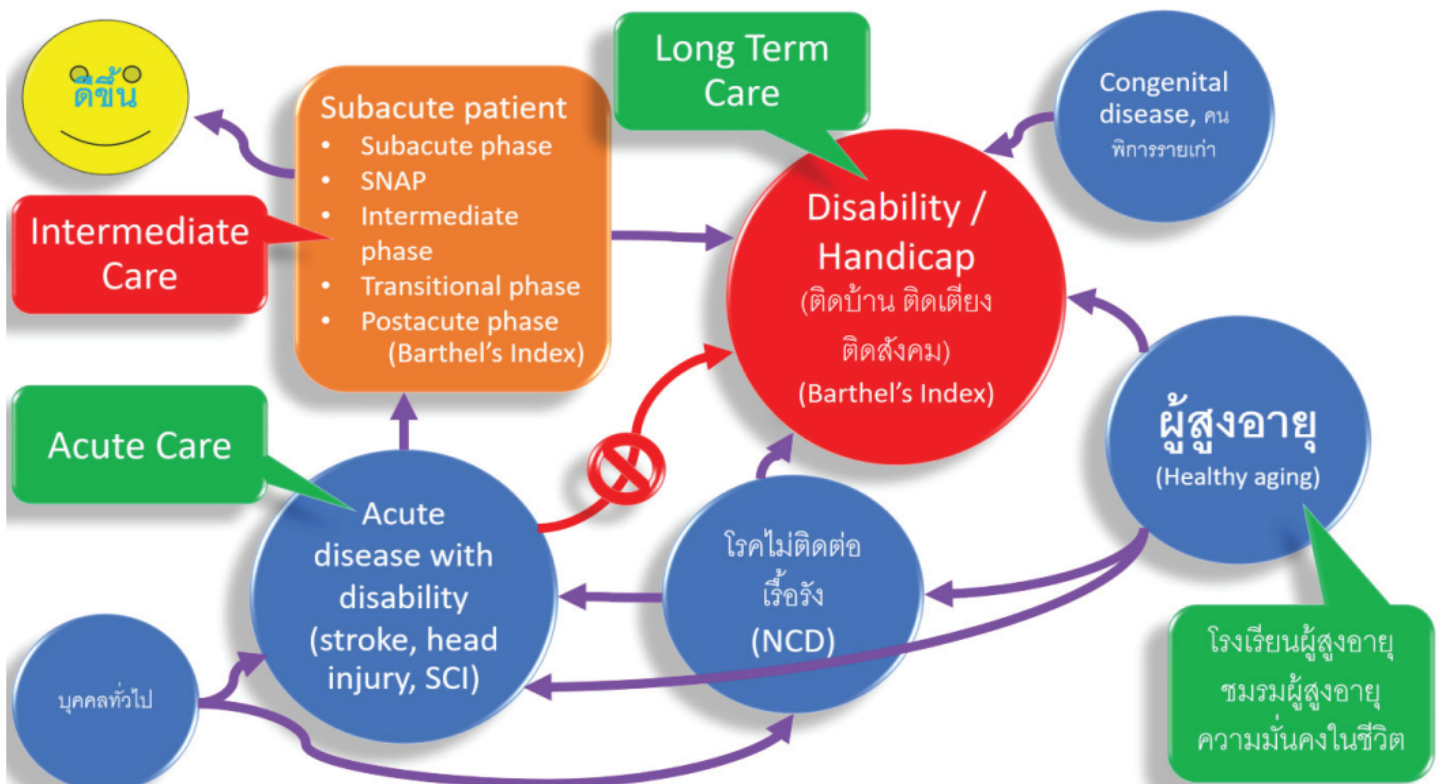
ความเชื่อมโยงของ INTERMEDIATE CARE SERVICE PLAN กับ SERVICE PLAN สาขาอื่นๆ

เติมเต็มระบบบริการให้สมบูรณ์

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทูตียภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดูแล

ประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

Intermediate care service plan นับเป็น Service plan สาขาใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์ โดยการลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในสาขาต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุต่างๆ ที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจนรอดชีวิตแล้วจะได้รับการประเมิน และคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อพ้นระยะบริการ 6 เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ดี ก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care) ต่อไป โดยไม่ลืมที่จะส่งเสริมการป้องกันโรคและการกลับเป็นซ้ำโดยหลากหลาย Service plan อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



แนวคิดการพัฒนาระบบ Intermediate care ที่เชื่อมโยงกับ ระบบบริการอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนกลไกการทำงานระดับเขต จังหวัด รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และในชุมชน
2. พัฒนาบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับ ต่อเนื่องจนถึงในชุมชน
3. สนับสนุนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือระบบข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นรูปแบบเดียวกันในระดับประเทศ
4. การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟูฯ
5. พัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมทั้งในส่วนองกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. และความต่อเนื่องของนโยบาย

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556
2. อรทัย เขียวเจริญ และคณะ. การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2558

Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)



ส่วนที่ 2

คำนิยามสำคัญในงาน Intermediate care

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และเกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง จึงจำเป็นต้องให้คำนิยามของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

คำศัพท์	ความหมาย
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	การฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นกลืน การฝึกพูด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การดัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ การปรับสภาพแวดล้อม การให้คำปรึกษา การฝึกอาชีพ การให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการในการจัดหา ตรวจสอบ สอนใช้ รวมถึงการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสมสำหรับสภาพร่างกาย เป็นต้น
การดูแลระยะกลาง	<u>การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง</u> ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำศัพท์	ความหมาย
มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	มาตรฐานของสถานพยาบาลการให้บริการฟื้นฟู โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบบริการ และระบบสนับสนุนการให้บริการ (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมใน หนังสือมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2558.)
บุคลากรด้านการฟื้นฟู	บุคลากรที่ให้บริการครอบคลุมตามความบกพร่องของร่างกาย การจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย
กลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู	ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูมีสภาวะร่างกายทางการแพทย์คงที่ และสามารถทำตามคำสั่งได้
ความบกพร่อง	ผลกระทบจากความผิดปกติของร่างกาย หรือจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ในการทำกิจกรรมต่างๆ บกพร่องไป หรือไม่สามารทำได้เหมือนเดิม
คนพิการ	(อ้างอิงตามนิยาม มาตรา 4 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550)
การประเมิน Barthel index*	การประเมินสมรรถนะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Barthel index ฉบับภาษาไทย ที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน
การให้บริการแบบผู้ป่วยใน	การให้บริการในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index < 15 หรือ Barthel index ≥ 15 แต่มี multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วย และญาติเป็นสำคัญ

* แหล่งอ้างอิง : Barthel index ตามคู่มือ แนวทางการอบรมผู้ดูแลสูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำศัพท์	ความหมาย
Intermediate bed	Intermediate bed คือ การให้บริการ Less-intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ intermediate bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ระดับอำเภอ
Intermediate ward	Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)
การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก	การบริการในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายและมีรغبส่ง ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน
การบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน	กรณีผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ หรือโดยทีม Primary Care Cluster; PCC โดยควรมีแพทย์นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพให้บริการร่วมกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของ Primary Care Unit; PCU หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพ และพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วยรวมทั้งขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ

Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)



ส่วนที่ 3

วัตถุประสงค์ของ Intermediate care

วัตถุประสงค์หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง หรือ Intermediate care คือ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น อาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord Injury) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการ และพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงาน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

วัตถุประสงค์รอง คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord Injury) ในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และยังเพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่

ซึ่งในระยะต่อมาจะขยายผลให้เกิดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่พิการ ผู้ป่วยระยะพักฟื้นหลังได้รับการผ่าตัด (Post surgery) ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง (chronic wound) และผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นต้น

กลุ่มประชากร และพื้นที่เป้าหมายของการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury; ABI) และการบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord Injury; SCI) ในทุกจังหวัดของเขตสุขภาพ



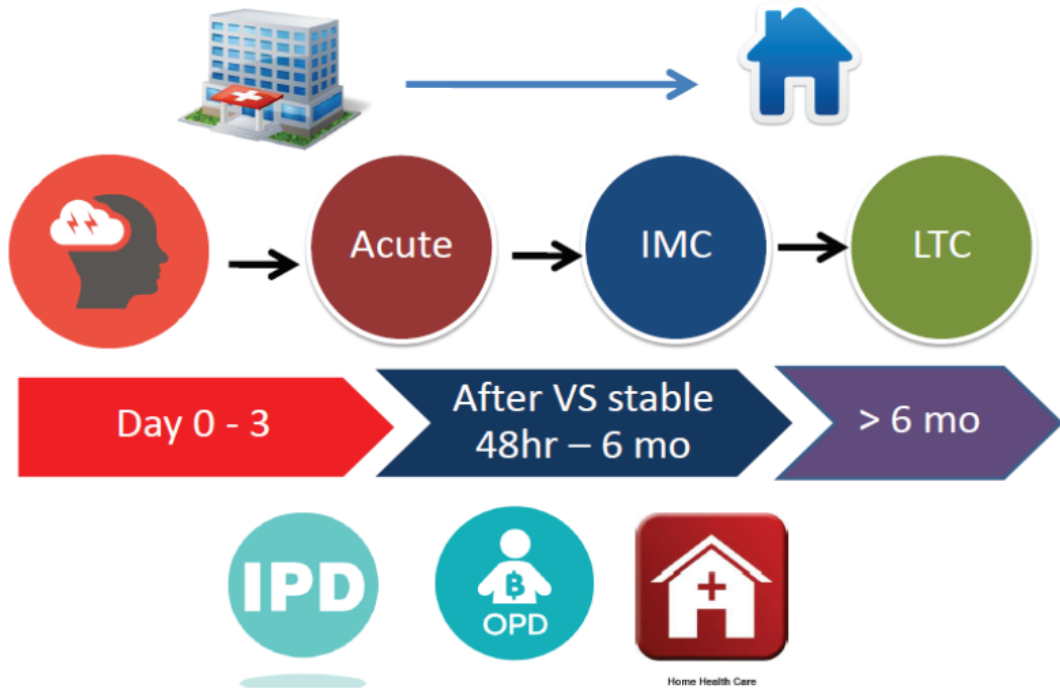
การสร้างเครือข่ายภายในจังหวัด/ เขต



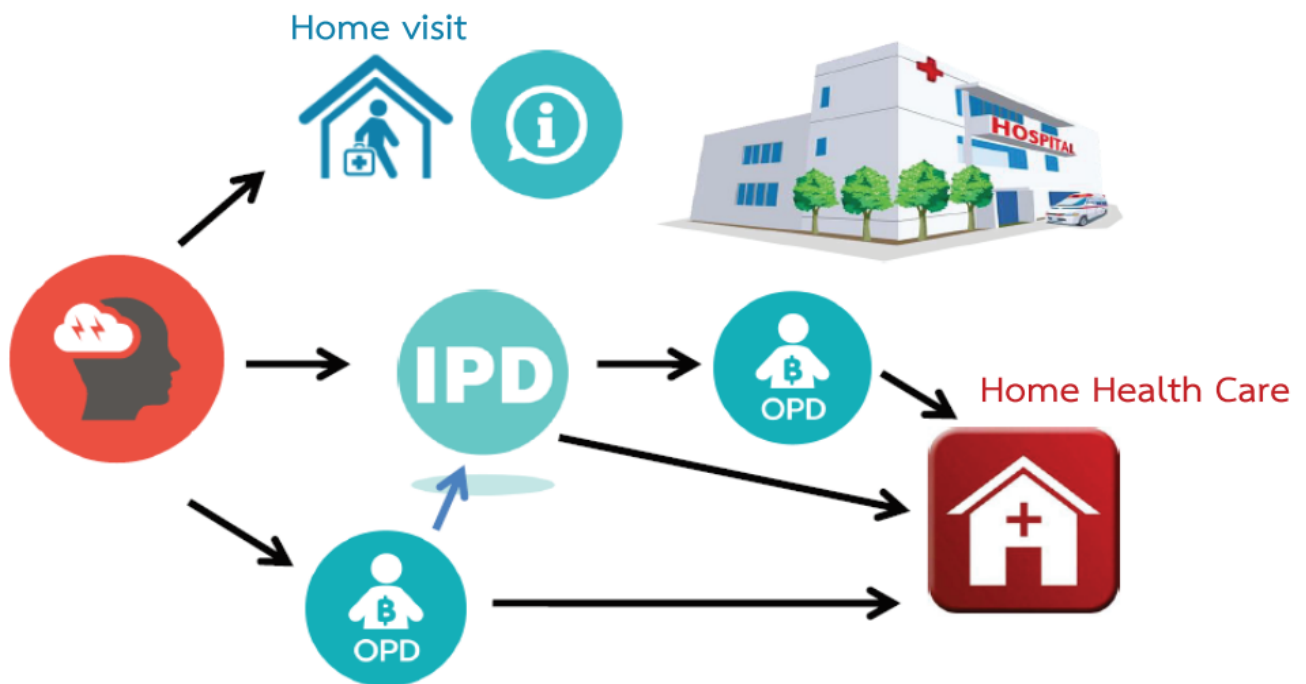
ภาพแผนภูมิแสดงความเชื่อมโยงการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และการสร้างเครือข่ายการดูแลในพื้นที่จังหวัด/ เขตสุขภาพ

ส่วนที่ 4

ขั้นตอนการพัฒนาาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกลาง



ภาพแผนผังแสดงความเชื่อมโยงของการดูแลตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลันหรือระยะกลาง และระยะยาว จากสถานพยาบาลถึงชุมชน



แผนผังแสดงระบบบริการ และรูปแบบกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกลาง 3 รูปแบบ คือ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการเยี่ยมบ้าน

ดังนั้น ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยพื้นฐานตามหลักการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก หรือ Six building blocks ดังนี้

องค์ประกอบ	บทบาทการพัฒนา	
	พื้นที่	ส่วนกลาง
ระบบบริการ Intermediate Care	กำหนดบทบาทโรงพยาบาลแม่ข่าย ลูกข่ายในพื้นที่ ตามรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	กำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงาน
กำลังคนด้านสุขภาพ	ตรวจสอบกำลังคนในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว	
ระบบข้อมูลข่าวสาร	ตรวจสอบระบบข้อมูลภายในพื้นที่ วางแผนพัฒนาในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ IMC ในระยะต่างๆ	
เทคโนโลยีทางการแพทย์	ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	พิจารณาระบบการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ ในสถานพยาบาลทุกระดับ	
ภาวะผู้นำตามหลักธรรมาภิบาล	จัดตั้งคณะทำงานในพื้นที่ โดยฟังเสียงจากส่วนรวม	

ตัวอย่างข้อเสนอในองค์ประกอบการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟู เทคโนโลยี ครุภัณฑ์ที่จำเป็น เป็นต้น

ตารางแสดงรายละเอียดกำลังคนในงาน Intermediate Care จำแนกตามวิชาชีพ และระดับของโรงพยาบาล

IMC Health workforce

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

(*** อายุรแพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ระบบประสาท)

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 กระเพาะปัสสาวะ	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 กระเพาะปัสสาวะ	
รพ.สต.	เติงเตี้ยสำหรับฝึก	Cane, walker		

บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

โรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ ทั้ง รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. ล้วนมีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันในการให้บริการ Intermediate care รวมไปถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สสจ. สปสช.เขต กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด พมจ. และ อปท. ทุกระดับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปจนถึงในชุมชน ทั้งการดูแลทางการแพทย์ และการดูแลทางสังคม บางหน่วยงานมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการโดยตรง ในขณะที่บางหน่วยงานมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนบริการทั้งในระบบบริหารจัดการ และการให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.)

- คัดกรอง ประเมินผู้ป่วย ตั้งเป้าหมาย ให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด
- สนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ รวมทั้งการทำ team meeting โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- รับประทานและรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน
- ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการ กิจกรรมถอดบทเรียน รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการภายในจังหวัด
- ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ
- ให้บริการได้ทั้งในรูปแบบ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

- รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่
- สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน หรือ Home health care/งานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในพื้นที่
- ให้การดูแลโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซ้ำซ้อน จนเกินศักยภาพ
- ให้บริการทั้งแบบ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และ บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน
- พัฒนาระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

- ตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด
- ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด
- สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวก ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
- สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) และสรุปผลการดำเนินโครงการในแต่ละปี
- ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัด

- แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด
- สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ
- จัดตั้งระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับจังหวัด
- จัดตั้งระบบการปรับสภาพบ้าน
- สนับสนุนด้านอาคารสถานที่ เช่น ห้องประชุม สถานที่เก็บอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น

Guideline for Intermediate Care (Service Plan)

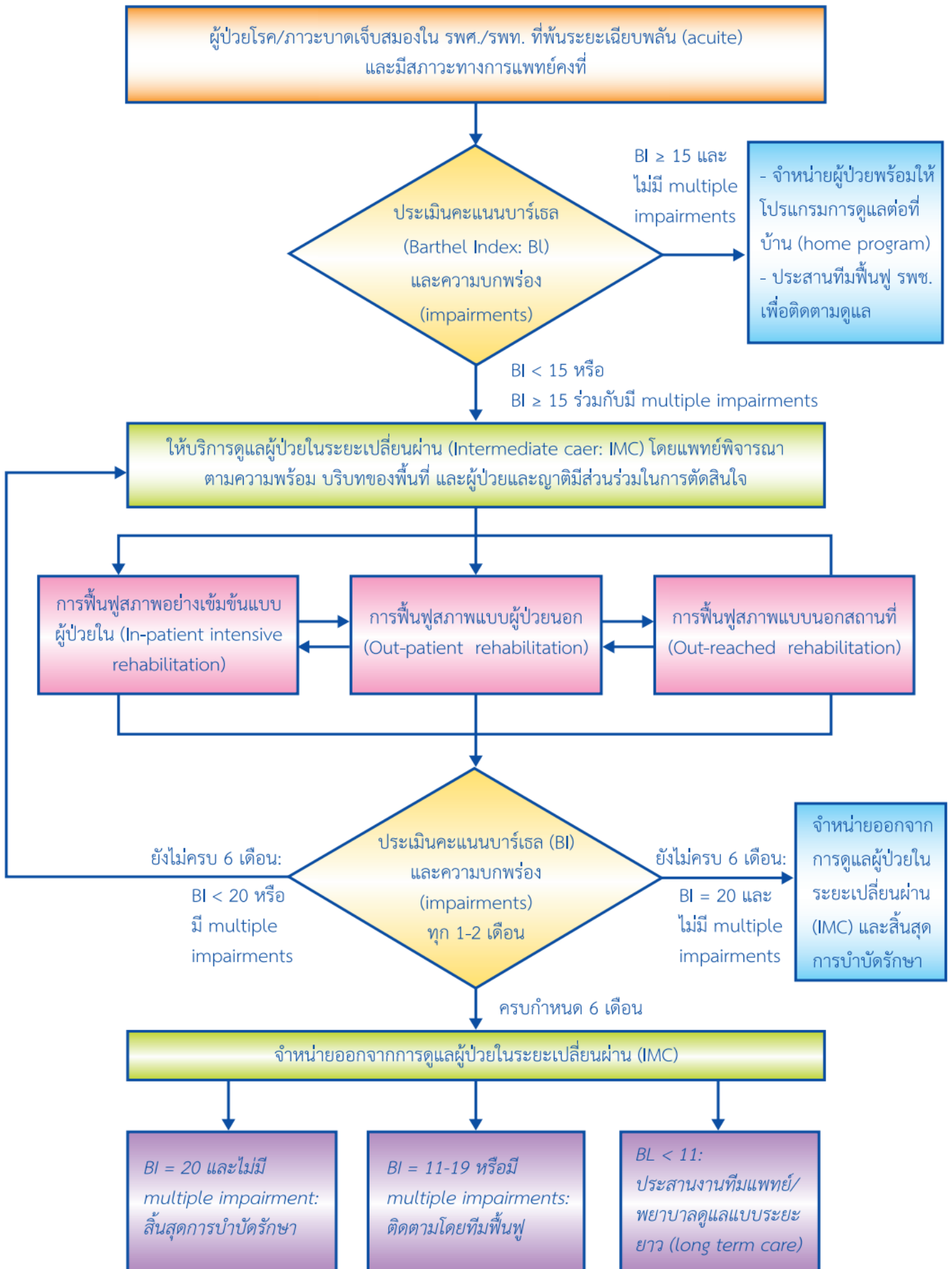


ส่วนที่ 5

แนวทางการดูแล Intermediate care

การดูแลฟื้นฟูระยะกลาง หรือ Intermediate Care ซึ่งในระยะแรกมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรค/ภาวะบาดเจ็บสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน



-ตัวอย่าง-

Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward)

สำหรับ รพ.ระดับ A และ S

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

บทบาทของโรงพยาบาลระดับ A และ S ในการให้บริการ Intermediate care

- Starter/ registration
- Goal setting/ IMC program description
- Complicated and difficult cases (+IPD/OPD/HHC)
- Consultant

ประเมินการให้บริการตาม Checklist โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. การคัดกรองผู้ป่วย stroke, TBI, SCI	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย stroke, TBI, SCI ภายในจังหวัดรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่รอดชีวิตทุกราย		
2. Registration	โรงพยาบาลมีระบบทะเบียนผู้ป่วยคัดกรองเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน หมายเหตุ จำแนกผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่คะแนน BI น้อยกว่า 15 รวมทั้งคะแนน BI มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ที่มี multiple impairment (ที่สมควรได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน) และกลุ่มที่คะแนน BI มากกว่าหรือเท่ากับ 15 (ที่สมควรได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบชุมชน/ที่บ้าน)		
3. การส่งต่อผู้ป่วย	โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน หรือ แบบผู้ป่วยนอก หรือ แบบในชุมชน		
4. การให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่	โรงพยาบาลมีระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือ ผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชน หรือ ที่บ้าน		
5. การติดตามข้อมูลผู้ป่วย	โรงพยาบาลมีระบบติดตามหลังจำหน่ายตลอด 6 เดือน หรือ หลังจาก BI = 20 โดยการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลลูกข่ายระดับ M และ F รวมทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ		
6. การรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	โรงพยาบาลมีระบบรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน		
7. การให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ	โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนด้านวิชาการการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แก่โรงพยาบาลลูกข่าย		
สรุป			
<input type="checkbox"/> ผ่าน หมายถึง มีการทำงานอย่างเป็นระบบทุกข้อ			
<input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง มีการทำงานอย่างเป็นระบบเป็นส่วนใหญ่ และบางกิจกรรมสามารถพัฒนาให้เป็นระบบได้			
<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายถึง ยังขาดการทำงานเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีระบบการทำงาน สมควรปรับปรุงโดยพัฒนาให้เป็นระบบทั้งหมด			

หมายเหตุ และแผนการพัฒนา.....

Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward)

สำหรับ รพ.ระดับ M และ F

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

 Intermediate bed : สำหรับ รพ. ระดับ M และ F ทุกแห่ง อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง Intermediate ward : สำหรับ รพ. ที่กำหนดให้เปิดบริการ intermediate ward ควรมีจังหวัดละ 1 แห่ง)

Intermediate care ประกอบด้วยการให้บริการ 3 รูปแบบ คือ 1. IPD (Intermediate bed/ward) 2. OPD (นัดมารับบริการ เป็น OPD case) 3. Community (การเยี่ยมบ้าน)

- ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ได้ถูกกำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มี 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ อย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ยอย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย 3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย ○ แพทย์ (GP หรือ Fam med) ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย ○ แพทย์ (GP หรือ Fam med หรือ แพทย์ฟื้นฟู) ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือเฉพาะทาง stroke) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting (1/wk) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟูอย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk) 		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		

ตัวอย่าง Care Protocol IMC

Problem list & Plan

for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)

รพ.

ชื่อ..... ตึก.....
HN..... AN.....

Diagnosis		Underlying disease		
<input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		• • •		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ชื่น.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ชื่น.....
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่างั้น อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลียงการดึงกดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ผีกกลืน <input type="checkbox"/> ผีกการแปร่งฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ผีกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ผีกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ผีกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ผีกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ผีกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้ยาระบาย <input type="checkbox"/> Order ลานอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ผีกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> ลานอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ผีกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ผีกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรู้ตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรู้ตัว <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรู้ตัว <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรมบริการแบบผู้ป่วยใน

Activities Protocol (Short Stay)

For Intermediate Care (Stroke, Traumatic Brain Injury, SCI)

(ปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล)

เวลา	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
8.00 - 9.00	รับผู้ป่วย	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ
9.00 - 10.00					
10.00 - 11.00	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	พยาบาลจิต เวช / นักจิตวิทยา	โภชนากร / เภสัชกร	แพทย์แผน ไทย	การพยาบาล เพื่อวาง แผนการ จำหน่าย
11.00 - 12.00					
12.00 - 13.00	พักกลางวัน				
13.00 - 14.00	กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัด	Team Meeting	กายภาพบำบัด	Home Program กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
14.00 - 15.00					
15.00 - 16.00	กิจกรรมบำบัด	กิจกรรมบำบัด		กิจกรรมบำบัด	

- ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)



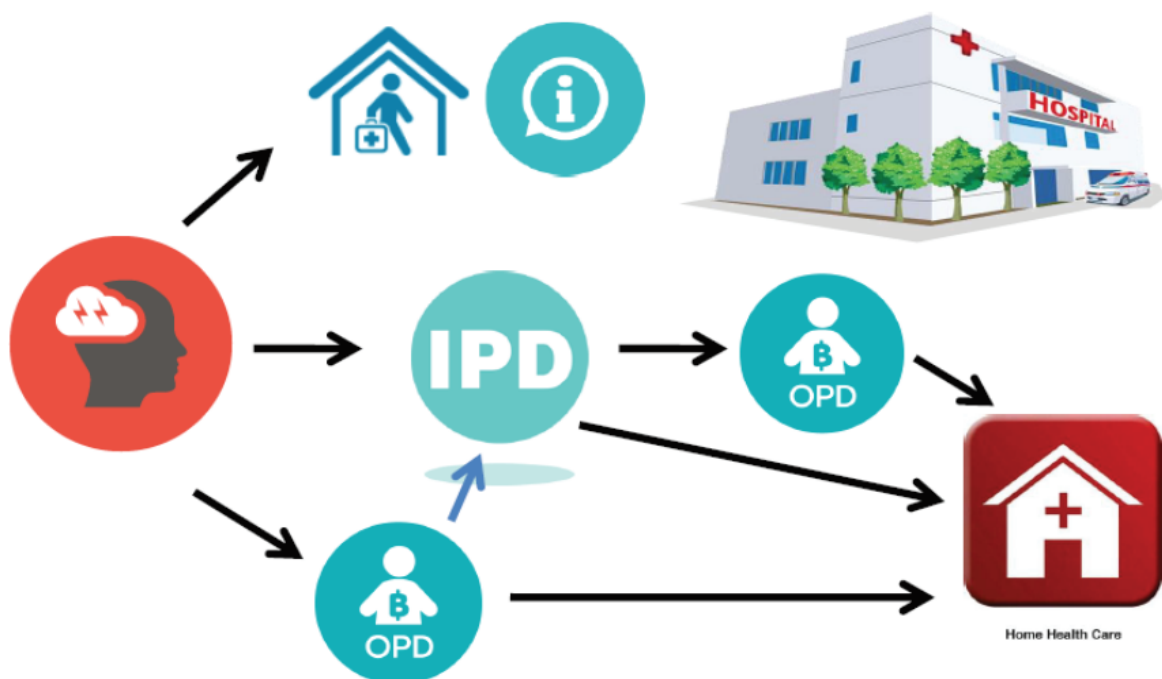
ส่วนที่ 6

รูปแบบบริการ Intermediate care

Intermediate care มีการให้บริการหลากหลายรูปแบบตามบริบทของผู้ให้บริการ และตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ระบบการให้บริการเน้นที่การคัดกรอง ประเมิน วางแผน ให้บริการและส่งต่อข้อมูลภายในจังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูฯ ระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความพร้อมของผู้ให้บริการ ตามศักยภาพและตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ต่อเนื่องไปจนถึงในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านหรือในรูปแบบของ Community based rehabilitation (CBR) รวมทั้งควรมีระบบสนับสนุนครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ และหัตถการขั้นพื้นฐาน ตามระดับของโรงพยาบาลในพื้นที่

บุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเชื่อมโยงการดูแล คือ Care manager โดยมีบทบาทประสานจัดการการดูแลและติดตามประเมินผลการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยไปจนครบ 6 เดือน ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประสานการดูแลร่วมกับ care giver



แผนผังแสดงรูปแบบบริการ Intermediate Care

การให้บริการแบบผู้ป่วยใน

ในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 หรือ Barthel index \geq 15 แต่มี multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เป็นสำคัญ

Intermediate ward: ให้บริการ Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

Intermediate bed: ให้บริการ Less-intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ intermediate bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ระดับอำเภอ

การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายและมีรถรับส่ง ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน

กรณีผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ หรือโดยทีม Primary Care Cluster; PCC โดยควรมีแพทย์ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพให้บริการร่วมกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของ Primary Care Unit; PCU หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน ทั้งนี้ ขึ้นกับศักยภาพและพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วย รวมทั้งขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 7

แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน

เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการ Intermediate Care (IMC) เริ่มต้นในปี 2561 เพื่อให้การดำเนินงานในพื้นที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทิศทาง และเป้าหมายตรงกัน จึงมีการจัดทำร่างแนวทางการประเมินผลการดำเนินในพื้นที่ สามารถแบ่งการประเมินผลลัพธ์ตามหมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่

โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อสนับสนุนให้พื้นที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการ IMC ให้เกิดขึ้นในสถานพยาบาลทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีความเชื่อมโยงถึงชุมชน



ตัวชี้วัด: ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (น้ำหนัก 10)



เป้าหมาย: ร้อยละ 10

มาตรการ

- 1 จัดทำคู่มือการดำเนินงานให้บริการดูแลระยะกลาง
- 2 พัฒนาระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการมีบุคลากรตามคู่มือดำเนินงาน
- 3 จัดอบรมบุคลากร
- 4 จังหวัดและเขตจัดทำและพัฒนา แผนปฏิบัติการตามบริบทพื้นที่ โดยใช้กลไกเขตและจังหวัดในการบริหารจัดการ
- 5 มีแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- 6 ให้ออกข้อความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 7 มีแผนการดูแลระยะกลางและแผนจำหน่ายแบบองค์รวมเพื่อเชื่อมโยงระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องในชุมชน
- 8 ทำงานร่วมกัน โดยมีคณะกรรมการ service plan เป็นกลไกหลัก

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	เกณฑ์ / เป้าหมายการประเมินผล Small Success			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	10	ร้อยละ 10	มีแผนการดำเนินบริการฟื้นฟู (Action plan)	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10

หมวดที่ 2 การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หมวดที่ 3 สมรรถนะของผู้ป่วย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพสูงในการฟื้นฟู (Potential group)

3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ศักยภาพต่ำ หรือไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (Low potential group)

เป้าหมาย (ปี 61)	
เพิ่มการเข้าถึงบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก 70% สูตรคำนวณ (ระดับจังหวัด เฉพาะผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาใน รพ.) (ผู้ที่ได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก/ผู้ป่วย 3 กลุ่มที่รอดชีวิต) x 100
กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูมีสมรรถนะให้ดีขึ้น (potential group)	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ 1-2 step) มีสมรรถนะดีขึ้น 70% สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ) (ผู้ป่วยที่มี BI สูงขึ้นกว่าเดิม/ผู้ป่วยทั้งหมดที่มี potential) x 100
ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (low potential group)	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (bedridden) เกิดภาวะแทรกซ้อน (ใหม่) น้อยกว่า 20% ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ pressure sore, pneumonia, UTI สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ วัดเมื่อให้บริการครบ 6 เดือน) (ผู้ป่วย bedridden มีคะแนน BI 0-5 ที่มีภาวะแทรกซ้อน (ใหม่)/ผู้ป่วย BI 0-5 ทั้งหมด) X 100

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ IMC ปีงบประมาณ 2562 มุ่งขยายผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดบริการที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการในชุมชน ในกรณีบริการผู้ป่วยในนั้น สนับสนุนให้เกิดทั้งรูปแบบ IMC bed และ IMC ward ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M และ F เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการรับบริการอย่างต่อเนื่อง จนครบระยะเวลา 6 เดือน และมีการประเมินผล ส่งต่อและวางแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ อันจะเกิดผลดีแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ

รายละเอียดตัวชี้วัด Service plan Intermediate Care (IMC) ปีงบประมาณ 2562

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	15.การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเขต และประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)</p> <p>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p>
คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p>

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากกษัตริย์ตาย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากกษัตริย์ตาย (traumatic) ได้แก่ ICD10
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องอย่างน้อย 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์ (Advance – level Hospital)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (ระดับ A)
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard – level Hospital)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (ระดับ S)
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (Middle – level Hospital: M1)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (Middle – level Hospital: M2)	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (First – level Hospital: F1)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่มจำนวน) รวม 3-10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (First – level Hospital: F2)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางมีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (First – level Hospital: F3)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด)</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p>ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p>

	<p>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 ปี 2562/ 2563 /2564			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2562 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 25		ร้อยละ 50
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60
ปี 2563 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 60		ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 65		ร้อยละ 70
ปี 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 75		ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน			
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2559	2560
			-	-

ส่วนที่ 8

ตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ (Best Practices)

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางได้มีการพัฒนาอย่างยาวนาน ในหลากหลายพื้นที่ทั่วภูมิภาคของประเทศไทย โดยมีรูปแบบการให้บริการที่หลากหลายตามบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่สิ่งที่มีเหมือนกันล้วนเป็นการให้บริการด้วยหัวใจและความปรารถนาดีที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะกลางที่มีความบกพร่องทางกายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจนเต็มศักยภาพ

จากตัวอย่างที่ดีในหลายพื้นที่ที่สามารถถอดบทเรียนออกมาให้เห็นถึงรูปแบบการให้บริการ และปัจจัยสู่ความสำเร็จที่ไม่ยากเกินไปหากพื้นที่อื่นจะนำไปพัฒนารูปแบบบริการในพื้นที่ของตนเอง

ตัวอย่างการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ดีมีมากมาย หลากหลายรูปแบบในทั่วภูมิภาคของประเทศ จนสามารถใช้เป็น ต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการ intermediate care service plan ได้

ชื่อพื้นที่ต้นแบบ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล่ำ
ที่มาสถานการณ์ที่เป็นจุดเริ่มต้น

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ช่วยเหลือเกื้อกูลโรงพยาบาลขนาดเล็ก ภายใต้แนวคิด “หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล ใช้ทรัพยากรร่วมกัน” โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลบางกล่ำ จึงจัดทำโครงการบริการฟื้นฟูนำร่องขึ้น โดยเห็นประโยชน์เพิ่มเติมคือ ลดความแออัดของโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพและรายได้ของโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยมีแนวคิด การเป็นเสมือนโรงพยาบาลเดียวกัน และ Patient care team ของโรงพยาบาลสามารถให้บริการได้ครบวงจร one stop service ตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ถึงการบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลเล็ก ตอบสนองความเป็นเลิศของการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนได้

วัตถุประสงค์ เป้าประสงค์การพัฒนา

- 1) พัฒนาการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถป้องกันความพิการหรือจำกัดความพิการที่จะเกิดต่อไปได้
- 2) พัฒนาระบบการส่งต่อและส่งกลับระหว่างสถานพยาบาล และสถานพยาบาลกับบ้าน เพื่อให้มีความต่อเนื่อง
- 3) พัฒนารูปแบบการจ่ายค่าชดเชยการบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่เหมาะสมจูงใจให้เกิดบริการเป็นธรรมต่อผู้ให้บริการ
- 4) พัฒนาระบบข้อมูลของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบบริการและการจ่ายชดเชยต่อไป

ระยะเวลาที่เริ่มพัฒนา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2556

รูปแบบ แนวทางการดำเนินงาน

- 1) ผู้ป่วยทุกรายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคนจะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และส่งต่อเพื่อรับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลบางกล้า
- 2) ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักวิชาชีพอื่นๆ จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และติดตามเยี่ยมบ้าน
- 3) ระยะเวลาการให้บริการทางกายภาพบำบัด และ/หรือกิจกรรมบำบัด 3 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือไม่น้อยกว่า 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 4) การดูแลใน รพ.สต./ ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในชุมชนเป็นการบูรณาการการบริการระหว่างผู้สูงอายุและคนพิการ โดยให้ผู้ป่วยระยะ subacute ได้รับการฟื้นฟูจนหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด คนพิการและผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี มีศูนย์ฯ ดูแลต่อเนื่องรวมทั้งสิ้น 10 ศูนย์

สำหรับผู้ป่วยในที่จำหน่ายจาก รพ.หาดใหญ่ มีขั้นตอนการปฏิบัติในการส่งต่อ ดังนี้

- 1) แพทย์สรุปข้อมูลในแบบฟอร์มการส่งต่อ (สีชมพู) และแบบบันทึกข้อความ
- 2) โทรประสานกับหอผู้ป่วย รพ.บางกล่ำ เพื่อตรวจสอบเตียงว่าง และเตรียมความพร้อม
- 3) หอผู้ป่วย รพ.บางกล่ำ แจ้งแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน
- 4) ห้องฉุกเฉิน รพ.บางกล่ำ จัดทำทะเบียนผู้ป่วยส่งต่อและข้อมูลเบื้องต้น
- 5) หากผู้ป่วยมีปัญหาหลายระบบ แพทย์ รพ.หาดใหญ่ จะโทรศัพท์ส่งข้อมูลให้แพทย์ รพ.บางกล่ำทราบ

การแบ่งปันทรัพยากร

โรงพยาบาลหาดใหญ่

1. สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. ส่งทีมแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด มาติดตามดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
3. สอนเพิ่มพูนทักษะให้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด รพ.บางกล่ำ
4. สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาดูงาน

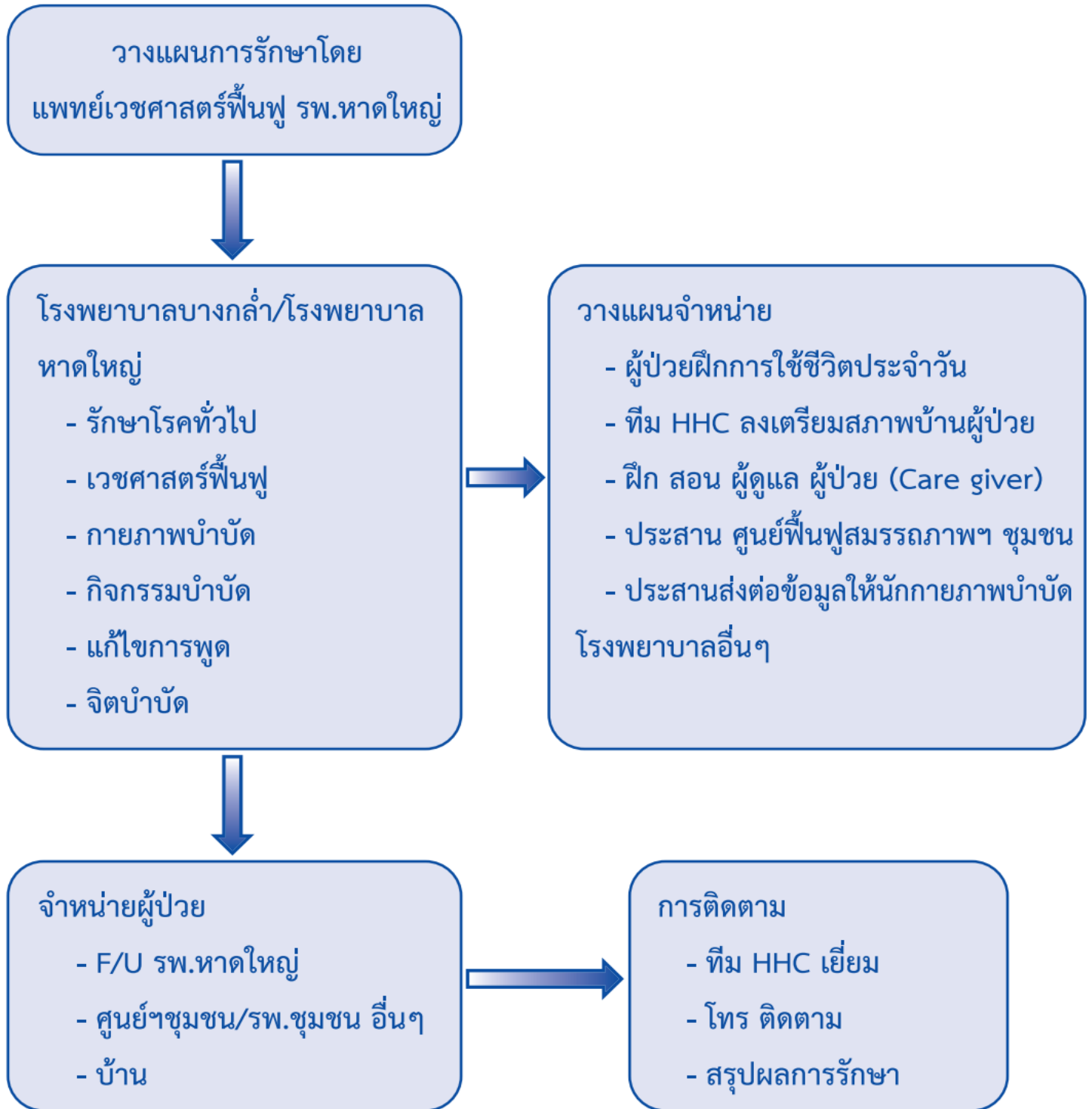
โรงพยาบาลบางกล่ำ

1. สนับสนุนอาคารผู้ป่วยใน ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู เตียงนอน อุปกรณ์ผู้ป่วย
2. ยา เวชภัณฑ์ ชั้นสูตร และสาธารณูปโภค
3. เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด พนักงานแปล
4. สอน/เพิ่มพูนทักษะให้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และจิตอาสา

รพ.สต./ศูนย์ฟื้นฟูฯ: สนับสนุนสถานที่ เจ้าหน้าที่/จิตอาสาในการเยี่ยมติดตาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สปสช:

- 1) จัดสรรตำแหน่งนักกายภาพบำบัด (พนักงานราชการและข้าราชการ) และนักกิจกรรมบำบัด (ข้าราชการ)
- 2) สนับสนุนงบประมาณและกำลังใจ



แผนผังแสดงการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในระยะกลางของพื้นที่จังหวัดสงขลา
 แม่ข่ายโรงพยาบาลหาดใหญ่ และลูกข่าย : โรงพยาบาลบางกล้า

ระบบการเงิน มีแนวทางการเรียกเก็บตามจ่ายที่ชัดเจน รวมถึงแนวทางการลงรหัสโรคที่ถูกต้องตามระบบ DRG โดยในโครงการนี้ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SNAP สปสช.เขต 12 อนุมัติการเบิกจ่าย

- 1) จ่าย 1,000 บาทต่อวัน กรณีรับการบำบัด แบบ intensive รวมไม่เกิน 45 วัน
- 2) อัตรา 200 บาทต่อ 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของ Modified barthel Index score (คะแนนเต็ม 20)

ตัวชี้วัดที่บ่งความสำเร็จการพัฒนา

- 1) มีกระบวนการดูแลระหว่างโรงพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง
- 2) มีระบบการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน
- 3) มีรูปแบบการจ่ายค่าชดเชยที่ชัดเจน
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความต้องการจำเป็น และได้รับการฟื้นฟู
- 5) สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

สรุปผลการดำเนินงาน

ค่าเฉลี่ยวันนอนผู้ป่วย Stroke ใหม่ อัตราการเกิด stroke ใหม่ อัตราการเข้ารับการฟื้นฟู แบบใน นอก

		เม.ย.2556 - ก.ย.2556	ต.ค.2556-ธ.ค.2557
ผู้ป่วยในทั้งหมด		31	96
ผู้ป่วยที่ส่งต่อ		24	93
รับย้ายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์		2	1
มารับบริการเอง	ในพื้นที่	5	2
	บัตรทอง ในเขต/นอกเขต	8/10	12/46
	ข้าราชการ	11	27
	ประกันสังคม	1	11
	จ่ายเอง	1	
วันนอน		เฉลี่ย 22 วัน (2-37วัน)	เฉลี่ย 17 วัน (8-50วัน)

ตัวชี้วัด	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
อัตราครองเตียง (รพ.บางกล้า)	47.88 %	63.51 %	78.30 %
CMI (รพ.บางกล้า)	0.49	0.54	0.93
เงินทุนสำรอง (รพ.บางกล้า)	- 0.1 ล้านบาท	- 3.3 ล้านบาท	+ 3.8 ล้านบาท

ประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม

- มีรูปธรรมของระบบความร่วมมือใช้ทรัพยากร ระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็ก ร่วมกันที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- มีรูปธรรมของบทบาทพยาบาลที่ชัดเจน ในการเพิ่มสมรรถภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนช่วงเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้าน ซึ่งเป็นบทบาทที่มากกว่าเพียงการให้คำแนะนำ

บทเรียนที่ได้รับ

- การพัฒนาระบบเวชกรรมฟื้นฟูที่ยั่งยืน ทัวถึง ต้องทำร่วมกันทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและตำบล
- การเชื่อมต่อบริการสาธารณสุขในทุกระดับเข้าด้วยกัน ตั้งแต่จังหวัดถึงตำบล ใช้ทรัพยากร ร่วมกันเสมือนหนึ่งจังหวัดหนึ่งโรงพยาบาล

ปัญหาอุปสรรคที่แก้ไขแล้ว

- ผู้ป่วยและญาติลังเลที่จะไปโรงพยาบาลบางกล้าในช่วงแรก เพราะอยู่ไกลและไม่แน่ใจ ในคุณภาพการดูแล ได้รับการแก้ไขโดย ให้ความมั่นใจโดยมีทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูของ โรงพยาบาลหาดใหญ่ไปดูแลเกือบทุกวันในระยะแรก และจัดรถส่งต่อให้ทุกครั้ง
- ความไม่มั่นใจในระบบการส่งต่อและความเข้าใจของบุคลากรในพื้นที่ ได้รับการแก้ไข โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมลงพื้นที่ด้วยทุกครั้ง

แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1) พัฒนาจัดหาบุคลากรและครุภัณฑ์ในส่วนที่ขาดเพิ่ม เช่น นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น
- 2) ให้บริการเป็น one-stop service ระหว่างงานบริการและฟื้นฟูฯ
- 3) ปรับระบบรถรับส่ง ระหว่างโรงพยาบาลหาดใหญ่และศูนย์ฟื้นฟูให้เพียงพอ รวดเร็ว
- 4) พัฒนาห้องจำลองการใช้ชีวิตประจำวันให้สมบูรณ์มากขึ้น
- 5) สร้างอาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุและผู้ต้องการพึ่งพิง (ในขณะนี้มียี่สิบเตียงแล้ว 10 เตียง)
- 6) ขยายความรู้และทักษะในการดูแลไปสู่ชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายเพิ่มในอำเภอหาดใหญ่ ได้แก่ รพ.สต. อีก 3 แห่ง
- 7) ขยายความครอบคลุมในจังหวัด เช่น ระหว่าง รพช.กระแสสินธุ์ กับ รพท.สงขลา

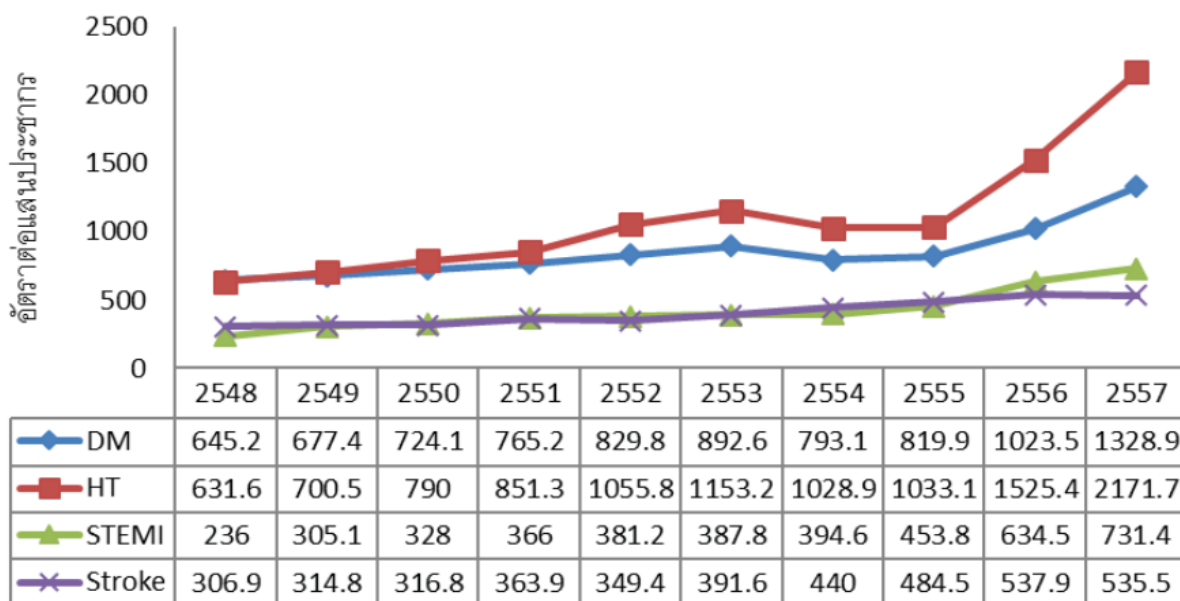


ถอดบทเรียน Intermediate care จ.สระบุรี

วิเคราะห์สถานการณ์บริบทพื้นที่ จุดอ่อน จุดแข็ง และอุปสรรคในการทำงาน

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงเป็นอันดับสองในประชากรผู้หญิง และเป็นอันดับสามในประชากรชาย ทั้งนี้ยังพบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (sedentary lifestyle) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

สถิติของ จ.สระบุรี จากรายงาน รง.505 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 -2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง



แนวโน้มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสระบุรี

พ.ศ. 2548-2557

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูยังมีไม่มากนัก จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนรวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4,499 ราย ได้รับการฟื้นฟู 1,930 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42.9) ซึ่งมีทั้งการได้รับการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ในปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล การลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้บริการตนเองแทนนักวิชาชีพ โดยอัตราการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยใน แต่สูงขึ้นเมื่อมีการขยายบริการออกเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบเยี่ยมบ้าน

ทั้งนี้ในประเทศไทย ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน จึงยังส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ

✓ การพัฒนาระบบบริการ Intermediate care จ.สระบุรี

ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการในระยะกึ่งเฉียบพลันของสถานพยาบาลภาครัฐภายในจังหวัดสระบุรียังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยและคนพิการในระยะกึ่งเฉียบพลันจำนวนมากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอ และยังมีผู้ป่วยและคนพิการอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 จนถึงปัจจุบัน ระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีจึงมีการพัฒนาระบบบริการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างครอบคลุม และมีการเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและส่งต่อ รวมทั้งติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบถ้วน ประกอบกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีเห็นความสำคัญของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกึ่งเฉียบพลัน จึงให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการ ควบคู่ไปกับการจัดอบรมเพื่อเพิ่ม

ศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพทางกายให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 126 แห่ง จัดอบรมพยาบาลฟื้นฟูฯ จัดประชุม KM ในทุกสิ้นปีงบประมาณ รวมทั้งสนับสนุนการออกเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพทั่วทั้งจังหวัดสระบุรีอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานและครอบคลุม อันจะนำไปสู่การป้องกันความพิการถาวรและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันหรือลดความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้ในเกือบทุกด้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เกิดตามมา และขยายไปสู่บริการผู้ป่วยนอกและบริการในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อวัตถุประสงค์สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการในรายที่จำเป็นเพื่อลดความพิการถาวรและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญในการบริการและพัฒนาเป็น service plan intermediate care ในที่สุดโดยมีการให้บริการทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และการให้บริการในชุมชน

✓ ผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการพัฒนาระบบบริการ Intermediate care จ.สระบุรี

ตลอดระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี (พ.ศ. 2557 – 2561) มีผู้ป่วยที่ได้รับเข้าโครงการจำนวนทั้งสิ้นมากกว่า 1,800 ราย โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการติดตามต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (60%) มีค่า Barthel's index เพิ่มขึ้น

จากการทำวิจัย R2R โดยคุณสุภาภรณ์ เทพพานิช นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี ทำการศึกษาผลของการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดสระบุรี โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่รับเข้าโครงการทั้งจากรพ.สระบุรี และ รพ.พระพุทธบาท ในช่วงเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 174 คน พบว่าค่าคะแนน Barthel's index เฉลี่ยก่อนการใช้ระบบเท่ากับ 26.07 คะแนน และหลังการใช้ระบบเท่ากับ 56.67 คะแนน จากคะแนนเต็มร้อย ซึ่งพบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าอัตราการส่งต่อผู้ป่วย อัตราการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และร้อยละของการตอบกลับเท่ากับ 91%

หลังการดำเนินงาน service plan และ PA smart intermediate care เขตสุขภาพที่ 4 ได้เกิดการเข้าถึงบริการและการติดตามผลการให้บริการระยะ 6 เดือนอย่างชัดเจนในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ stroke, traumatic brain injury และ head injury ดังตาราง

ไตรมาส	จังหวัด	โรค	จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรอง เข้าระบบที่มีค่า BI < 75 (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน (ร้อยละ)	Outcome												
						BI สูงขึ้น		BI คงที่		BI ต่ำลง		เสียชีวิต						
						ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ					
กค-กย 60	นครนายก	Stroke	32															
		TBI	4															
		SCI	0															
		Total	36		36		100%	21	65.6%	4	12.5%	2	6.5%	4	12.5%			
	นนทบุรี	Stroke	75															
		TBI	0															
		SCI	2															
		Total	77		37		48%	29	78.4%	0	0	0	0	8	21.6%			
	ลพบุรี	Stroke	96															
		TBI	2															
		SCI	2															
		Total	100		86		86%	41	47.7%	27	31.4%	2	2.3%	16	18.6%			
	สระบุรี	Stroke	55															
		TBI	5															
		SCI	4															
Total		64		47		73.4%	29	61.7%	6	12.8%	4	8.5%	8	17.2%				
สิงห์บุรี	Stroke	39																
	TBI	2																
	SCI	0																
	Total	41		36		87.8%	21	58.3%	11	30.5%	1	2.8%	3	8.3%				
อยุธยา	Stroke	152																
	TBI	5																
	SCI	2																
	Total	159		106		66.7%	87	82.1%	12	11.3%	2	1.9%	5	4.7%				
อ่างทอง	Stroke	9																
	TBI	0																
	SCI	0																
	Total	9		9		100%	6	85.7%	1	14.3%	0	0%	2	22.2%				
ปทุมธานี	Stroke	140																
	TBI	1																
	SCI	1																
	Total	142		119		83.8%	115	96.6%	0	0	1	0.84%	1	0.84%				

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน PA smart intermediate care ก.ค. - ก.ย. 2560
เขตสุขภาพที่ 4

จุดแข็ง

- ✓ ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนชัดเจน
- ✓ มีระบบการให้บริการเครือข่ายสหวิชาชีพระดับจังหวัด
- ✓ มีระบบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลทุกระดับ สสจ. สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จุดอ่อน

- ✓ บุคลากรหลายวิชาชีพยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด
- ✓ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์หลายอย่างยังมีไม่ทั่วถึง
- ✓ ระบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในยังเป็นแบบ acute care DRG ที่ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ Intermediate care
- ✓ ยังไม่มีระบบข้อมูล online ที่ได้มาตรฐานและใช้ได้จริง

อุปสรรคในการทำงาน

Service Delivery:

- ✓ Intermediate ward: ยังขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่น และปัญหาด้านระยะห่างจากบ้านผู้ป่วย
- ✓ Intermediate bed: รพช. บางแห่งยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานและการรับ refer back ที่ชัดเจน
- ✓ ระบบ refer back ยังไม่ชัดเจน
- ✓ Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข)

Health Workforce:

- ✓ ยังขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการ intermediate care อย่างมีประสิทธิภาพ

Health Information:

- ✓ ยังไม่มีระบบข้อมูลแบบ online ที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง

Health technology:

- ✓ หลายพื้นที่ยังเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการใช้ IPD care protocol for IMC

Finance:

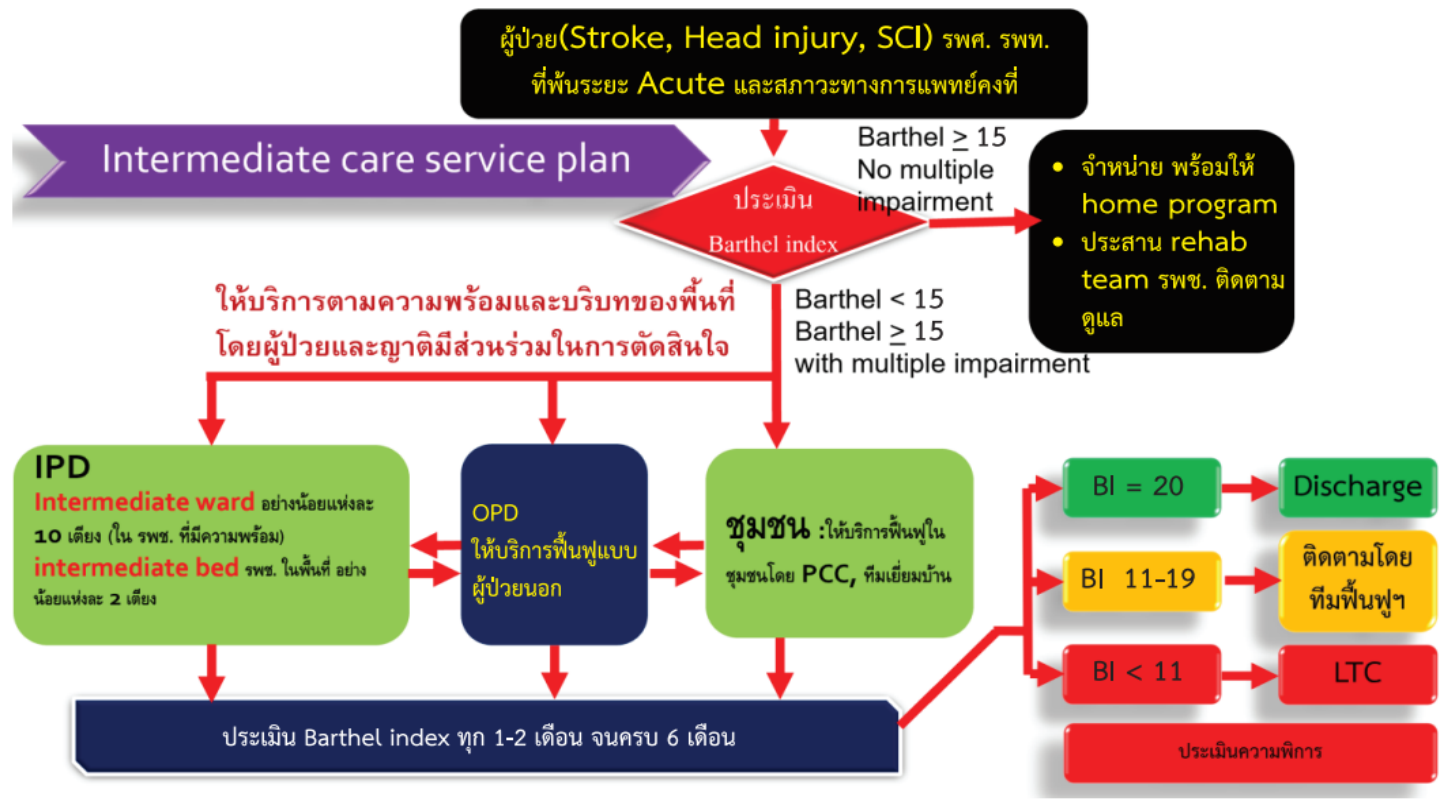
- ✓ IP rate พิเศษ เขตสุขภาพที่ 4 เริ่มจ่าย 1 เมษายน 2561 จำนวนการ refer back IMC ยังต่ำ (สิทธิ์ UC เม.ย. 28 ราย / พ.ค. 47 ราย)
- ✓ ค่าบริการฟื้นฟู 9 ด้าน จากสปสช. จ่ายได้จริงเพียง 60% เนื่องจากงบประมาณไม่พอต่อการให้บริการ และการ key เบิกยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต

Governance:

- ✓ การให้บริการ Intermediate bed/ward ในหลายพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน
- ✓ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด โดยควรพัฒนาให้มีกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด เพิ่มจาก 3 จังหวัด (สระบุรี สิงห์บุรี อัญญา) เป็น 5 จังหวัด

Intermediate care flow

ระบบบริการ intermediate care จังหวัดสระบุรีได้ให้บริการตาม intermediate care flow ที่พัฒนาโดยสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยและได้นำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน สำหรับ Intermediate care service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้



แผนผัง Intermediate care flow

กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนางาน Intermediate care ให้เกิดความสำเร็จ

จังหวัดสระบุรีเป็นหนึ่งในแปดจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 โดยเขตสุขภาพที่ 4 เน้นความสำคัญและพัฒนา Intermediate care เป็นนโยบายสำคัญของเขต PA Smart intermediate care โดยมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานดัง house model และมีแนวทางการพัฒนาระบบบริการตามกรอบ six building box ดังนี้

Stroke

TBI

SCI

- Post Fracture
- สูงอายุ

Smart Intermediate Care เขต 4

เป้าหมาย (1ปี): เข้าถึงบริการ ลดภาวะแทรกซ้อน “เปลี่ยนภาวะ เป็นพลังของสังคม”

เป้าหมาย PA ปี 2561 : ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและ BI < 15 ได้รับการคัดกรองและให้บริการฟื้นฟูฯ ใน 6 เดือนแรก 70%

บริหารจัดการ

1. ดึงคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด ประชุมชี้แจงแนวทาง พัฒนาระบบ
2. สร้างเครือข่ายให้บริการ รพช./รพท. รพช. รพ.สต.
3. งบประมาณ: งบเขต งบสภสช. กองทุนฟื้นฟูจังหวัด การเรียกเก็บค่าบริการ แบบ IPD OPD และการเยี่ยมบ้าน

พัฒนาระบบบริการ

1. ระบบการคัดกรอง, refer back และติดตามผล
2. สร้างแนวทางการให้บริการแบบ IPD (intermediate bed/ward รพช.), OPD และในชุมชน
3. Multidisciplinary team meeting
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM)

สร้างการรับรู้ทัศนคติ

1. สร้างความเข้าใจและทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ อปท. ภาคีเครือข่าย และ ประชาชน
2. เยี่ยมบ้าน / เยี่ยมเสริมพลัง
3. Mass & media Communication

ระบบข้อมูล

1. ใช้ Standard data set เพื่อส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน
2. สรุบบัญชีตามตัวชี้วัด ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และนำข้อมูลมาใช้วางแผนเพื่อการพัฒนาระบบ

3 เดือน

- ดึงคณะทำงานระดับเขต/ระดับจังหวัด
- ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ
- งบ On-top IP สภสช. กรณี refer back ต้นทาง 1,000 บาท ปลายทาง 2,000 บาท (เริ่ม 1 เม.ย. 61)
- เริ่มคัดกรองผู้ป่วยและให้บริการ

6 เดือน

- มีระบบ project manager (ระดับจังหวัด) care manager (ระดับอำเภอ) nurse case manager (intermediate ward/bed)
- มี care protocol การให้บริการสำหรับ intermediate bed/ward และการให้บริการแบบ OPD, community

9 เดือน

- มีการติดตามผลการให้บริการในผู้ป่วยแต่ละราย
- เยี่ยมเสริมพลัง 8 จังหวัด
- มีระบบ intermediate bed ในทุก รพช. และมีระบบ intermediate ward ใน รพ.เป้าหมาย
- ประมวลเรื่องเล่า IMC ระดับเขต

12 เดือน

- อบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 3 วัน (2รุ่น)
- อบรมนักรักษาพยาบาล 3 วัน (Care Manager)
- ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร 4 เดือน (IMC ward)
- เผยแพร่การดำเนินงานทางรายการโทรทัศน์
- จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ KM ระดับเขต : กำหนดการ 24 ส.ค. 61
- เพิ่มกองทุนฟื้นฟูจังหวัดจาก 3 เป็น 5 จังหวัด

แผนผัง house model: Smart intermediate care เขตสุขภาพที่ 4

Service delivery

- พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการฟื้นฟูฯ (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 : โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยนอก (OPD based program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 12 ครั้ง ภายใน 6 เดือน
- 3) ชุมชน : การออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 12 ครั้ง/6 เดือน
- Health literacy & education program, comprehensive care plan, multidisciplinary team meeting
- เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ acute care, intermediate care ไปจนถึง LTC (PCC, case manager) ได้สมบูรณ์
- นำ CPG รายโรค/รายปัญหา มาเป็นแนวทางการให้บริการ คู่มือปฏิบัติจริง (CPG stroke rehab guideline : สถาบันประสาท / CPG SCI rehabilitation : สถาบันสิรินธรฯ / CPG Cognitive & Perception problem : เครื่องมือ Thai MMSE 2002 และเกณฑ์โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)

Health Work Force

- พิจารณาจัดสรรกำลังเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามแนวทางพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วย/ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สถาบันสิรินธรฯ)
- เปิดหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะสั้น (5 วัน) และหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ (4 เดือน) (สถาบันสิรินธร วิทยาลัยพยาบาล)
- อบรม care giver: ญาติ นักบริบาล อสม.

Health Information

- พัฒนาค่ายข้อมูลระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูฯ (เช่น Ant-SNAP ของ จ.สระบุรี / PRM referral network ของสถาบันสิรินธรฯ) รวมถึงเพื่อเผยแพร่ CPG คู่มือ และแบบฟอร์มต่างๆที่จำเป็น
- ประชาสัมพันธ์ระบบบริการสู่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน รวมทั้งสื่อมวลชนแขนงต่างๆ

- รพช. มีครุภัณฑ์มาตรฐานเพื่อการฟื้นฟู (tilt table, parapodium, parallel bar, เติงปรับระดับได้เพื่อเอียง, เติง suspension, visual feedback mirror, Electrical stimulation, balance board, hand function training set, ADL training set)/ มีบริการวัสดุทางการแพทย์พื้นฐาน (shoulder sling, plastic AFO, cane, walker, wheel chair)
 - รพช. รพท. มีอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูขั้นสูง (Independent Living, visual feedback hand training, bicycle ergometry) / มีบริการวัสดุทางการแพทย์ขั้นสูง (splint, brace, silicone self cath, swallowing training set, perception training set)/พัฒนาการอื่นๆ (phenol block)
 - รพ.สต. มีบริการอุปกรณ์พื้นฐาน (เตียงเตี้ย ระบบการขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และระบบปรับสภาพบ้าน)
 - ระบบบริหารจัดการยาที่จำเป็นต่อการฟื้นฟู (รพช. รพท. รพช.) เช่น ยาลดเกร็ง ยารักษา neuropathic pain ยาคลายกระเพาะปัสสาวะ
 - พัฒนาการวิจัย การประเมินเทคโนโลยี การพัฒนานวัตกรรม และมีระบบ technical support ต่างๆ
- IPD : เรียกเก็บค่าบริการตามระบบ DRGs
 - OPD, ชุมชน : เรียกเก็บค่าบริการตามจริงรายครั้งตามวิชาชีพ (150 – 300 บาทต่อครั้ง : ค่าบริการฟื้นฟูฯ สปสช.)
 - โครงการจากกองทุนฟื้นฟูจังหวัด (งบประมาณจาก สปสช.: อบจ. 50% : 50%)
 - โครงการศึกษาวិเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub acute rehabilitation service) ของสถานพยาบาลและเครือข่าย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย /สถาบันสิรินธรฯ/สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี 20 ปี โดยคำนึงถึงส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (พม. มหาวิทยาลัย ท้องถิ่น ศึกษาดิจิทัล แรงงาน ฯลฯ) และทั้ง 3 กองทุน
 - ร่วมกันบูรณาการให้บริการทั้ง medical care และ social care
 - การเชื่อมสัมพันธ์และติดตามตัวชีวิต
 - จัดทำและแจกคู่มือการให้บริการ Intermediate care กระทรวงสาธารณสุข

Technology

Finance

Governance

แผนผัง Six building box สำหรับระบบบริการ Intermediate care

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ✓ มีนโยบายสนับสนุนชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ
- ✓ มีการวางแผนและพัฒนาระบบร่วมกันในระดับจังหวัด
- ✓ มีการเชื่อมโยงการทำงานแบบเครือข่ายสหวิชาชีพ
- ✓ มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงานและเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน
- ✓ มีการเชื่อมโยงการให้บริการร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. พมจ.
- ✓ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อและรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน

ความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา Intermediate care

สรุปความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา Intermediate care ตามกรอบ Six building box ดังนี้

ปัญหาอุปสรรค	ความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
Service Delivery: <ul style="list-style-type: none"> Intermediate ward: ยังขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่น และปัญหาด้านระยะห่างจากบ้านผู้ป่วย Intermediate bed: รพท. บางแห่งยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงานและการรับ refer back ที่ชัดเจน ระบบ refer back ยังไม่ชัดเจน Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มีความแข็งแรง (ยา Baclofen บัญชี ๓) 	ความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา <ul style="list-style-type: none"> ส่ง nurse case manager ที่ IMC ward อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง stroke หรือพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน / ใช้ care protocol พัฒนาระบบมาตรฐาน intermediate bed/ward ที่ชัดเจนมากขึ้นทั้งทางด้านโครงสร้าง ยา วัสดุการแพทย์ และระบบบริการ พัฒนาระบบ refer back เพื่อคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง intermediate bed/ward ให้มีความชัดเจนมากขึ้น ผลักดันให้มีลาดเกร็งใช้ใน รพท.ทุกแห่งที่มีบริการ intermediate bed/ward (ยา Baclofen บัญชี ๓) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ปี 3 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 	ผู้รับผิดชอบ <ul style="list-style-type: none"> งบประมาณจากสำนักงานเขตสุขภาพ / สสจ. คณะกรรมการ service plan IMC กสธ. ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย คณะกรรมการจังหวัด PA IMC และผู้บริหาร รพท./ รพท./ สสจ. สสจ.
Health Workforce: <ul style="list-style-type: none"> ยังขาดแคลนวิชาชีพที่จำเป็นต่อการให้บริการ intermediate care อย่างมีศักยภาพ 	ครอบคลุมให้มีความจำเป็นที่บุคลากรในโรงพยาบาลที่ให้บริการ intermediate ward <ul style="list-style-type: none"> ส่งบุคลากรเข้าอบรมหรือจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นที่เน้น การฝึกพูด การฝึกกลืน 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ปี 1 ปี 	สำนักงานเขตสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> รพท./รพท. และคณะกรรมการ PA IMC
Health Information: <ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลระดับเขตที่ได้ยังไม่ครบถ้วน ยังไม่สามารถบอกถึง coverage หรือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ยังไม่มีระบบข้อมูลแบบ online ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระดับเขต 	ปรับ Standard Data Set และใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรายไตรมาสจาก Health Data Center ของแต่ละจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> พัฒนา web application ระดับเขต เพื่อการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ปี 2 ปี 	คณะอนุกรรมการข้อมูล IMC / คณะกรรมการ PA IMC ระดับจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> คณะอนุกรรมการข้อมูล IMC

ปัญหาอุปสรรค	ความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p>Health technology:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หลายพื้นที่ยังเข้าไม่ถึงกับบริการใช้ IPD care protocol for IMC 	<p>ความ ต้องการ สนับสนุน ในการ พัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นำ National Standard Care Protocol มาใช้ ● รอเผยแพร่คู่มือ IMC service plan (ปีงบประมาณ 2562) ของ กสธ. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 เดือน 	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คณะกรรมการจังหวัด PA IMC
<p>Finance:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IP rate พิเศษ เริ่มจ่าย 1 เมษายน 2561 จำนวน การ refer back IMC ยังก้าว (สิทธิ์ UC เม.ย. 28 ราย / พ.ค. 47 ราย) ● ค่าบริการฟื้นฟู 9 ด้าน จาก สปสช. จ่ายได้จริง เพียง 60% เนื่องจากงบประมาณไม่พอต่อการให้บริการ และการ key เบิกยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต 	<ul style="list-style-type: none"> ● คัดเลือกให้แต่ละจังหวัดพัฒนาแนวทางการคัดกรองและ refer back IMC ให้ชัดเจนมากขึ้น / ติดตามข้อมูลไม่ตรงมาส่งต่อไป ● ตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อปรับระบบการ key เรียบกับและพัฒนาการจ่ายร่วมกันให้เหมาะสม / ตัดยอดการให้บริการตามจำนวนบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ / พัฒนาระบบการ audit คุณภาพการให้บริการ / ของบเพิ่มจาก สปสช. ส่วนกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 เดือน ● 3 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> ● สปสช. เขต 4 และคณะกรรมการ PA intermediate care ● สปสช. เขต 4 / คณะกรรมการค่าบริการฟื้นฟูเขต 4
<p>Governance:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การให้บริการ Intermediate bed/ward ในหลายพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ● พัฒนาให้มีกองทุนฟื้นฟูจังหวัดเพิ่มจาก 3 จังหวัด (สระบุรี สิงห์บุรี ออยุธยา) เป็น 5 จังหวัด ในปี 2561 	<ul style="list-style-type: none"> ● ครอบคลุมพัฒนาให้เกิดบริการ Intermediate bed/ward อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นทั้งทางด้านโครงสร้างและระบบบริการ ● สปสช. เขต 4 ร่วมกับ สธ. ครอบคลุมกันหรือการทำต่อตกลงกับ อบจ. ในจังหวัดที่เหลือ เพื่อร่วมจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูจังหวัด / จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด เขต 4 	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 เดือน ● 1 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> ● สสจ. / รพช. ● สปสช. เขต 4 และสำนักงานเขตสุขภาพ

โดยมีข้อเสนอเพิ่มเติมดังนี้

✓ ข้อเสนอด้านอัตราค่าจ้าง

การพิจารณาจัดสรรอัตราค่าจ้างเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

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

✓ ความก้าวหน้าในเชิงนโยบายด้านการเงิน ขอเสนอตามรูปแบบการให้บริการ (Service delivery) ดังนี้

1. IPD : การให้บริการแบบผู้ป่วยใน

IPD rehab program หมายถึง การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อาจเป็นในรูปแบบ intermediate ward หรือ intermediate bed ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมี care protocol ที่ชัดเจน อันประกอบด้วย problem list, rehab goal, care plan และ team meeting

ข้อเสนอ Financial Support: อาจพิจารณาสนับสนุนได้หลายรูปแบบ ดังนี้

- Ontop สำหรับการ refer back for Intermediate care 1,000 บาทต่อครั้ง สำหรับ รพ.ต้นทาง และ 2,000 บาทต่อครั้งสำหรับ รพ.ที่รับส่งต่อ
- Ontop ต่อการ admit for intermediate care เช่น 5,000 บาทต่อครั้ง โดยต้องมี care protocol ในการดูแลที่ชัดเจน

- Fixed rate เช่น 9,000 บาท ต่อ 1 AdjRW โดยต้องมี care protocol ในการดูแลที่ชัดเจน
- เสนอชุดสิทธิประโยชน์เสริมและหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งนี้อาจมีการพิจารณาแนวทางการจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมตามผลการศึกษาวิจัยต้นทุนและ cost effectiveness สำหรับการให้บริการ intermediate care

2. OPD : การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง โดยควรได้รับบริการอย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน
ข้อเสนอ Financial Support: ใช้ตามอัตราเดิมของ สปสช. ดังตาราง

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟู แยก รายกลุ่ม / รายบุคคล



ลำดับ	กิจกรรม	รหัส	ราคากลางรายบุคคล (บาท)	หน่วย	รหัส	ราคากลางรายกลุ่ม (บาท)	หน่วย
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	ครั้ง/ราย		-	
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	ครั้ง/ราย	H9383.2	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	ครั้ง/ราย	H9375.2	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	ครั้ง/ราย	H9449.2	150	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	ครั้ง/ราย	H9433.2	150	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
6	การฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	ครั้ง/ราย		-	
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น	H9378.2	150	ครั้ง/ราย	H9378.3	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
8	Early Intervention	H9438.1	150	ครั้ง/ราย	H9438.2	75	ครั้ง/ราย/กลุ่ม
9	Phenol block	H0489	500	ครั้ง/ราย		-	

บันทึกข้อมูล ในโปรแกรม Disability Portal

ตารางแสดงอัตราจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูฯ ของ สปสช.

3. Community : บริการเยี่ยมบ้าน

การออกให้บริการระหว่างการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ควรได้รับบริการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน

ข้อเสนอ Financial Support: ใช้ตามอัตราเดิมของ สปสช. เหมือนการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เสนอเพิ่มค่าบริการจากเดิมอีก 150 บาทต่อครั้ง เมื่อมีการให้บริการแบบสหวิชาชีพ (ตั้งแต่ 2 วิชาชีพขึ้นไป ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย) โดยมีการบันทึกการให้บริการแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจน

✓ ข้อเสนองบประมาณในการบริหารจัดการและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ทั้งนี้ควรมีการสนับสนุนงบประมาณผ่านทางเขตสุขภาพหรือสสจ.ในการบริหารจัดการ เช่น การจัดประชุมทำแผนบริการ การติดตามเยี่ยมเสริมพลังในระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ รวมทั้งการจัดอบรมหรือส่งอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากร เช่น หลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ 4 เดือน หลักสูตรการประเมินและฝึกการพูดและการกลืนระยะสั้น เป็นต้น

ส่วนที่ 9

ภาคผนวก

แหล่งอ้างอิง

- มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง ; 2560. เข้าถึงได้จาก : http://www.snmri.go.th/snmri/download/book_rehab/StandardRehab_update061260.pdf
- การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2558-2559

Guideline for Intermediate Care
(Service Plan)





กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 02 590 2457 โทรสาร 02 590 1740
www.phdb.moph.go.th