

รายงานการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
Intermediate care in community
โรงพยาบาลศรีสะเกษ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ
วันที่ 21 ธันวาคม 2564



กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565

คำนำ

รายงานการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน Intermediate care in community โรงพยาบาลศรีสะเกษ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565 จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานและแนวทางการเชื่อมโยงระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบผสมผสาน Long Term Care และ Intermediate Care โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการประชุมครั้งนี้ได้รับความร่วมมือและข้อมูลการดำเนินงานอย่างดีจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อให้รายงานฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการอื่นๆในการนำไปปรับใช้หรือเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดำเนินงานต่อไป ทางคณะทำงานจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะทำงานกลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ
2565

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สถานการณ์	1
กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา	2
เป้าหมายการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด	3
บทเรียนที่ได้รับ	4
ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน	4
ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	4
แนวคิดและแผนการดำเนินงานในปี 2565	4
โอกาสพัฒนา	5
ภาคผนวก	6

สถานการณ์

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วย Stroke Traumatic brain injury และ Spinal cord injury มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้อัตราครองเตียงในกลุ่มโรคดังกล่าวหนาแน่นอย่างต่อเนื่อง หากได้รับการฟื้นฟูสภาพไม่พอเพียง อาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เป็นนโยบายของรัฐบาลดำเนินการขึ้นเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อการดูแลฟื้นฟูให้ผู้ป่วยลดความพิการ (Disability) มีการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) โดยตั้งเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะกลาง แห่งละ 2 เตียง ซึ่งระบบ Intermediate Care ของเขตสุขภาพที่ 10 เน้นกลุ่มเป้าหมาย 3 โรค คือ

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. การบาดเจ็บที่สมอง (Trauma Brain Injury)
3. การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง (Spinal Cord Injury)

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วย Acute มาที่โรงพยาบาลศูนย์ เจ้าหน้าที่ไปดูแลคนไข้ที่ Intermediate Care ward ของโรงพยาบาลศูนย์ จะประเมิน Discharge Plan ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. ในพื้นที่ที่ผู้ป่วย IMC อาศัยอยู่ โดยมีระบบโปรแกรมรองรับการส่งต่อผู้ป่วย

การดูแลระยะกลาง Intermediate care ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายถึง การดูแล ผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างมีศักยภาพ

1) กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care

1.1 พัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลระยะกลางหรือกึ่งเฉียบพลัน สำหรับผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นระยะเวลา 6 เดือน

1.2 สร้างเครือข่ายการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดบริการ

1.3 พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดภาวะพิการของผู้ป่วย

1.4 พัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเองและโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้พร้อมรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

1.5 ลดความแออัดของคนไข้ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเพื่อเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน

1.6 สร้างระบบประเมินและจำหน่ายระบบ Refer Back (PRM /COC)

1.7 พัฒนาระบบโปรแกรมการส่งต่อโปรแกรม PRM referral Network /COC ร่วมกับ Telemedicine



วิทยาการชี้แจงกระบวนการถอดบทเรียน

2. รูปแบบบริการ งานบริการผู้ป่วยใน

รพ.รับนโยบายของจังหวัด ที่กำหนดให้ รพ.ชุมชนทุกแห่งมีเตียง หรือ Ward IMC ซึ่ง รพ.ศรีสะเกษ เปิดเป็น Ward IMC (มีการให้บริการเตียงสามัญและห้องพิเศษ) ซึ่งอยู่ในตึกเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกับการกายภาพบำบัด ซึ่งผู้ป่วยที่เข้า Admit จะอยู่ใน Ward อย่างน้อย 5 วัน การบริการจะได้รับการฟื้นฟู 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยนักกายภาพบำบัด สอนและสาธิตการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาล และนักกายภาพบำบัด ตรวจประเมินสภาพและให้คำแนะนำเมื่อคนไข้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะส่งกลับสู่ชุมชน โดยมีการประสานงานไปยัง รพ.สต.ใกล้บ้านและส่งต่อข้อมูลทางโปรแกรม Thai COC เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง โดยให้การประเมิน Barthel Index และวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนไข้แต่ละราย

งานบริการผู้ป่วยนอก

ทำการนัดผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้การฟื้นฟู หากมีปัญหาซับซ้อนจะนัดบ่อยครั้งขึ้น

งานบริการในชุมชน จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม รพ.ศรีสะเกษอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน รพ.มีศูนย์ให้ยืมกายอุปกรณ์ไปใช้ในชุมชน การส่งต่อข้อมูลนอกจากใช้โปรแกรม Thai COC แล้วยังมีการใช้ App. Line กลุ่ม ซึ่งมีทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

การรับผู้ป่วยในความดูแล รับจาก 3 ช่องทาง คือ คนไข้ 3 กลุ่มโรคที่กล่าวไว้ที่พันธะระยะ วิฤต, คนไข้ Walk In มาที่ OPD แล้วแพทย์พิจารณาเห็นว่าควรได้รับการ Admit เพื่อให้การฟื้นฟู และรับคนไข้จากการค้นพบในชุมชน โดยทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม.

ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย

- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- แพทย์ทั่วไป (แพทย์เจ้าของไข้)
- พยาบาลวิชาชีพ
- นักกายภาพบำบัด
- งานบริการ Intermediate care ผู้ป่วยในโรงพยาบาล



บรรยากาศการถอดบทเรียน

งานบริการ Intermediate Care ในชุมชน

1. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน
 - จัดทำ Team meeting โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
 - ทบทวนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ และ Care giver เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน
 - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทางใบส่งตัว, App Line, โทรศัพท์)
 - ประสานงานกับศูนย์ LTC เพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ในผู้ป่วยที่จำเป็น
 - ประสานศูนย์ Refer เพื่อนำส่งกรณีไม่มีรถกลับเอง
2. การติดตามเยี่ยมบ้าน
 - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดยนักร่างกายภาพบำบัด ร่วมกับทีม รพ.สต. และ อสม.หรือ Care giver
 - กรณีติดตามเยี่ยมแล้วพบว่าผู้ป่วยมีปัญหา มีภาวะแทรกซ้อน จะนัดผู้ป่วยมา Admit ที่ IMC Ward
 - ประเมินความพิการเพื่อขึ้นทะเบียนคนพิการในการณผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยมครบ 6 เดือนแล้วพบว่ามีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว หรือนำเข้าสู่ต่อ LTC

2) เป้าหมายการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด

1. เป้าหมายหลักในการดูแล

ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture hip(Fragility fracture)ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน

2. เป้าหมายรอง

- ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราครองเตียงที่โรงพยาบาลชุมชน
- เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- เพื่อให้เกิดระบบในการดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาที่ให้การดูแล

นับระยะเวลา 6 เดือนจากวันที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่

3) บทเรียน (ความรู้ / การเรียน / ประสบการณ์) ที่ได้รับ

ผลงานเด่น

- พัฒนาโปรแกรม PRM referral Network /COC ร่วมกับ Telemedicine
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์(องค์กรมมหาชน) ได้เลือกโรงพยาบาล ศรีสะเกษ และ อำนาจเจริญ เข้าร่วมโครงการช่วยฝึกเดินในผู้สูงอายุและคนไข้ในระยะ Intermediate Care
- เป็นพี่เลี้ยงพัฒนา IMC ward ที่ รพ.วารินชำราบ และ IMC สามสหาย (ยโสธร มุกดาหาร อำนาจเจริญ)
- มหาวิทยาลัยราชภัฏ ร่วมกับ โรงพยาบาลศรีสะเกษเตรียมเปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง ณ ตึกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ศรีสะเกษ



4) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

- ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
- ทีมกายภาพบำบัด พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือ เข้มแข็งในการขับเคลื่อนงาน
- มีการพัฒนาศักยภาพ Care giver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- มีระบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน

5) ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน Intermediate Care

1. ขาดแคลนอัตราากำลังด้านฟื้นฟู
2. บุคลากรขาดความเข้าใจในการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่ม IMC
3. ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องข้อมูลล่าช้า ในระบบ Thai COC บางครั้งโรงพยาบาลศูนย์ส่งต่อคนไข้ไปที่ รพ.สต. โดยที่ รพช. ไม่รับทราบข้อมูล
4. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไม่เพียงพอและทั่วถึง

6) แนวคิดและแผนการดำเนินงาน ปี 2565

- พัฒนาระบบ Refer Back (PRM /COC)และนำมาใช้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ผ่านระบบ Telemedicine
- สนับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัดและนักอรรถบำบัดในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป

- สนับสนุนให้มีนักกายภาพบำบัดใน ร.พ. F1 อย่างน้อย 2 คนและสนับสนุนให้มีนักกายภาพบำบัดใน รพ.สต.

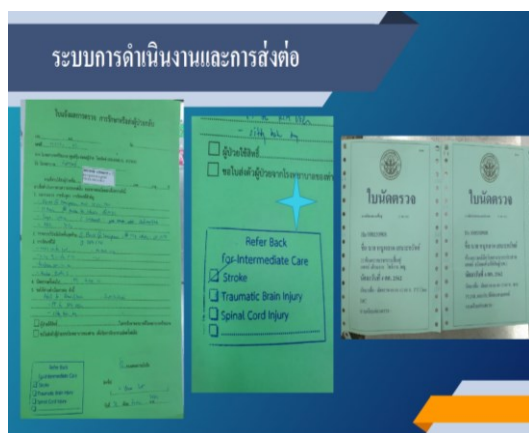
- จัดตั้ง Node High Cost ให้ครบทุกโซน
- เยี่ยมเสริมเพิ่มพลังทุกโซน
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติ สื่อสาร จัดประชุม นิเทศงาน

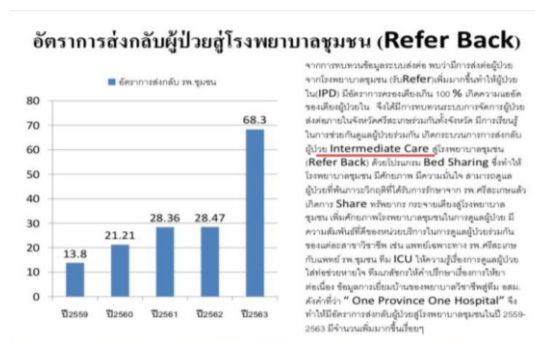
7) โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาการจัดการข้อมูลการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม IMC
2. พัฒนาความรู้/ทักษะของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย IMC
3. พัฒนาหอผู้ป่วย IMC
4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย
5. มีการศึกษาฐานหรือประชุมวิชาการ ของทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ
6. การจัดบริการฟื้นฟูฯ ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19
 - Telemedicine ระบบงานบริการติดตามครบ 6 เดือน
 - PRM referral network จากสถาบันสิรินธร/ Thai COC
 - ประชุมออนไลน์เขตทบทวนแนวทางการให้บริการตามตัวชี้วัด การลงข้อมูลในโปรแกรม สปสช
 - นิเทศติดตามงานทั้งเขตผ่านระบบออนไลน์ 1-2 ครั้งต่อปี
7. การดูแล IMC ตามเกณฑ์
 - พัฒนา ระบบงานฟื้นฟู รพ.สามสหาย (ยโสธร มุกดาหาร อานาจเจริญ)
 - Extend OPD Rehab ม.ราชภัฏ /One stop service
8. พัฒนาระบบการลงข้อมูล สปสช.ให้ครอบคลุมทุกงานบริการและครบถ้วน

ภาคผนวก

รูปภาพกิจกรรม





รายชื่อผู้ร่วมถอดบทเรียน

1. นางเดือนฉาย โพธิ์งาม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. นางพิมพ์ไพรัตน์ สุภาพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
3. น.ส.ชนางค์ มหาสิริวิรัมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
4. น.ส.รสสุคนธ์ สามแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
5. นางตรูตา มีธรรม	นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
6. นางกิงกาญจน์ ดาหา	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
7. นางนิตยพรรณ ชำนาญคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
8. น.ส.ปติตตา เวียงธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
9. นางภักดี พิกุลแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
10. นางสิริยากร ปานาดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
11. น.ส.ยลดา สิงห์เงิน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
12. นางศรีประไพ พวงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
13. นางณัฐพัธน์ ทองขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
14. นางรัตนสุตา ชีวินโรจนวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
15. นางจันทร์สม สมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
16. นางชุติญา รวีวรกาญจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
17. นายธงชัย สมสอน	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิทยากร

ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บันทึกการประชุมและประสานงาน

1. นางวรรณภา อินทะราชา	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
2. น.ส.เดือนธิดา ศรีเสมอ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
3. นางวรรณสิริ ปทุมวัน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี