

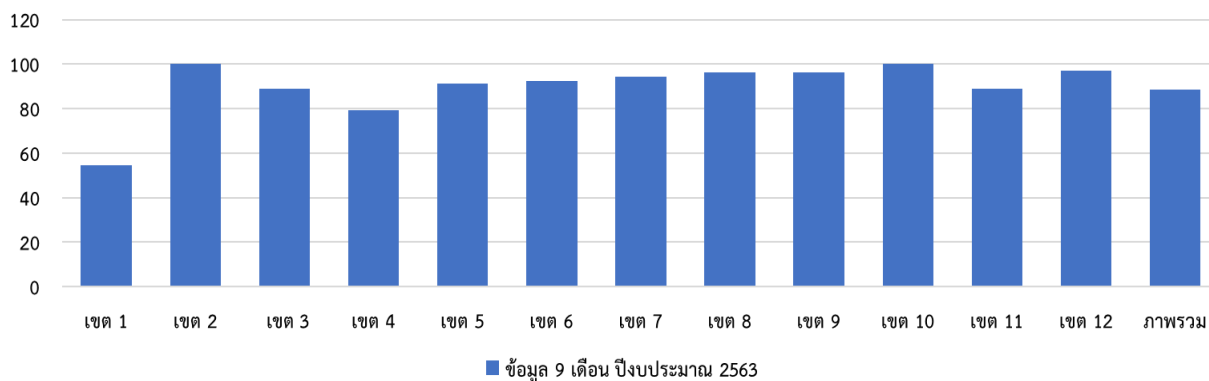
รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย
๒. หัวข้อ : การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : -

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริการพื้นสภาระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
(intermediate bed/ward)

(เป้าหมาย ๖ เดือน ร้อยละ ๖๐) (เป้าหมาย ๑๒ เดือน ร้อยละ ๗๕)



ปี 63 รอบที่ 2	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
		54.44	100	88.89	79.37	91.38	92.31	94.20	96.23	96.43	100	89.04	97.14

โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการ (A) = ๖๘๕ แห่ง

โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (B) = ๗๗๓ แห่ง

หมายเหตุ - เขต ๘ ข้อมูลเฉพาะ ๕ จังหวัด (ขาดนครพนม สกลนคร)

- เขต ๑๐ ข้อมูลเฉพาะ ๔ จังหวัด (ขาดอำนาจเจริญ)

ที่มาข้อมูล : การรายงานของพื้นที่และการนิเทศงานรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล case IMC โดยการใช้ COC ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน - ความยั่งยืนของระบบในการรองรับการดำเนินงาน IMC (บุคลากร ระบบข้อมูล , ภายอุปกรณ์ที่จำเป็น) 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order ,ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณีpt.มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง - ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน,ศักยภาพ) อุปกรณ์ และสถานที่ในการให้บริการของรพ. ระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับ รพ ชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล - ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ - เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบการให้บริการและรับส่งต่อ 	<p>ร้อยละ ๕๔.๔๔</p> <p>A = ๔๙ แห่ง</p> <p>B = ๙๐ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๒		
<ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ระหว่าง รพศ./รพท. และ รพช. ขาดความต่อเนื่อง - ขาดอัตรากำลังที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารนโยบายการจัดการบริการการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร - จัดสนับสนุนงบประมาณในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวช ๓ ฟื้นฟูปีละ ๒ คน 	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = ๔๒ แห่ง</p> <p>B = ๔๒ แห่ง</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๓		
<ul style="list-style-type: none"> - ขาดบุคลากรเฉพาะทาง - สหสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจในการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) ที่ไม่ตรงกัน - อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับกายภาพบำบัดไม่เพียงพอ - หลังจากส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาในรพ. มีระบบติดตามส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพ พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด ฯลฯ ต้องกลับมารักษาซ้ำ - ยังพบว่าข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ได้ถูกส่งต่อกลับมายังรพ. และการดูแลฟื้นฟูไม่ครอบคลุมตามอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสูญเสียโอกาสในการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ - การส่งต่อขาดความเชื่อมโยงในการประสานงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมคณะกรรมการ Service Plan IMC ในระดับเขตและในระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง - มีการจัดทำ Care Protocol ใช้ร่วมกันในระดับเขต - จัดระบบ Consultant โดยแพทย์ในเขตสุขภาพ - อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ - สร้างเครือข่ายระบบการดูแล และการส่งต่อ ผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายของ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ทั้งเขตสุขภาพที่ ๓ และจังหวัด - รพ.แม่ข่าย สนับสนุนอุปกรณ์แก่ รพ. ลูกข่าย 	<p>ร้อยละ ๘๘.๘๘</p> <p>A = ๔๐ แห่ง</p> <p>B = ๔๕ แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จังหวัด - มีแผนการเพิ่มบุคลากรพยาบาลฟื้นฟูและสหสาขาวิชาชีพ - นำ Care protocol ผู้ป่วยระยะกลางระดับเขต มาเป็นแนวทางปฏิบัติทั้งจังหวัด

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๔		
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม - การ Refer back ผู้ป่วย IMC น้อย - ขาดห้องน้ำคนพิการ และเตียงปรับระดับที่ยังมีไม่ครบทุกโรงพยาบาล ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน IMC bed/ward - ขาดบุคลากรที่จำเป็นต่อการให้บริการ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด - ระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลมีความหลากหลาย และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดใน CPG ขั้นตอน Discharge planning ให้ผู้ป่วยที่ BI < ๑๕ พิจารณา Refer back เป็นลำดับแรก และญาติผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลการให้บริการ IMC bed/ward และ พยาบาลต้องคัดกรองและแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อ Refer back ผู้ป่วย IMC - สสจ. ควรกำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงด้านโครงสร้างให้ได้มาตรฐาน และเป็นการยกระดับการให้บริการผู้ป่วยในสังคมสูงอายุด้วย - ทุก รพช. ควรจัดให้มี นักกายภาพบำบัด อย่างน้อย ๒ คน นักกิจกรรมบำบัด อย่างน้อย ๑ คน พยาบาลอย่างน้อย ๑ คน และมีนักแก้ไขการพูดทุกจังหวัด - ระบบบันทึกและส่งต่อข้อมูลควรใช้ Standard data set ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน 	<p>ร้อยละ ๗๙.๓๗</p> <p>A = ๕๐ แห่ง</p> <p>B = ๖๓ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๕		
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดตั้ง IMC ในระดับ รพช. ยังไม่ครอบคลุม - มีการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วย IMC และมีการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ. จังหวัดไปดูแลยัง รพช. บางจังหวัดยังไม่ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนด node IMC ในแต่ละรพช.ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ - พัฒนาศูนย์บริการและติดตามการใช้เตียง IMC ที่รพช. - เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพเพื่อเข้าถึงการรับบริการ - พัฒนาการเชื่อมโยงและเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ - ขยายบริการกลุ่มโรคเพิ่มเติม นอกเหนือจากกลุ่ม Stroke, Traumatic brain injury, และ Spinal cord injury 	<p>ร้อยละ ๙๑.๓๘</p> <p>A = ๕๓ แห่ง</p> <p>B = ๕๘ แห่ง</p>

เขตสุขภาพที่ ๖		
<p>ระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับ M, F ที่รับผู้ป่วยกลับมา admit ยังมีความกังวลเรื่องส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลศูนย์ อาจยังไม่รองรับ หากเกิดปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย Intermediate care - ระบบการติดตามรายงานตัวชีวิต IMC - การประสานงานภายในทีม ยังไม่ต่อเนื่อง <p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาที่รพ.อื่น ทำให้ไม่ได้รับการประเมินและฟื้นฟูต่อเนื่อง <p>บุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดแคลนบุคลากรทั้งนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชนได้เพียงพอ ขาดอัตรากำลังในการพัฒนาองค์ความรู้เนื่องจากภาระงานที่มาก 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care) ในระดับจังหวัด - มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับผู้ป่วย 	<p>ร้อยละ ๙๒.๓๘</p> <p>A = ๖๐ แห่ง</p> <p>B = ๖๕ แห่ง</p>

เขตสุขภาพที่ ๗		
<p>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในทีมฟื้นฟู - ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน <p>ด้านข้อมูล : <u>เพื่อการส่งต่อ/ดูแล/การติดตามผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับได้รับการดูแล และฟื้นฟูไม่ครบถ้วน - ภายหลัง refer ผู้ป่วย stroke กลับไปที่ รพช. IMC bed มีอัตราการ Readmission เพิ่มขึ้น <p>การบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างอาคารที่ได้มาตรฐาน เช่น จัดให้มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่านภาวะวิกฤติและระยะฟื้นฟู - Home health care: ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล พัฒนาโปรแกรม refer ให้เชื่อมโยง ข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัด - ทบทวนสาเหตุและความพร้อมของการส่งต่อทั้งตัวผู้ป่วยและสถานรับส่งต่อ - มี Protocol, Guideline, เพิ่มข้อมูลในใบ refer ให้ครอบคลุมในการส่งต่อผู้ป่วย - การรายงานผลการติดตามการฟื้นฟูจนครบ ๖ เดือน - ส่งเสริมการปรับโครงสร้างอารยสถาปัตย์ในหอผู้ป่วย IMC และภายใน รพ. - จัดทำห้องน้ำผู้พิการในหอผู้ป่วย Intermediate care เพิ่ม 	<p>ร้อยละ ๙๔.๒๐</p> <p>A = ๖๕ แห่ง</p> <p>B = ๖๙ แห่ง</p>
เขตสุขภาพที่ ๘		
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดตั้ง IMC bed/ward ยังไม่ครอบคลุม - ขาดแคลนกำลังคน เช่น OT, ST, PT, PMR - ขาดโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับบันทึกและส่งต่อข้อมูล IMC ระหว่าง 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง IMC bed/ward ที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (สถานที่, ห้องน้ำ, เติง, ทางลาด, อุปกรณ์กายภาพต่างๆ) - เพิ่มกรอบอัตราคนกำลังคนที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ (ระดับนโยบาย) - ส่วนกลางพัฒนาโปรแกรมข้อมูล IMC ที่ Link กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับ และ link กับโปรแกรม 	<p>ร้อยละ ๙๖.๒๓</p> <p>A = ๕๑ แห่ง</p> <p>B = ๕๓ แห่ง</p> <p>(ขาดข้อมูล นครพนม สกลนคร)</p>

<p>หน่วยงาน ปัจจุบันใช้ โปรแกรมบันทึกข้อมูล ของ รพร.สว่างแดนดิน</p>	<p>LTC/PC/ผู้สูงอายุ</p>	
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>		
<p>- ความเพียงพอของ อัตรากำลังบุคลากร และ ขาดบุคลากรบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลฟื้นฟู นักแก้ไข การพูด นักกายอุปกรณ์ - การลงข้อมูลการเยี่ยม ผู้ป่วยในกลุ่ม IMC ใน โปรแกรม Thai COC ลง ไม่ครบคลุมผู้ป่วย IMC ทุกราย และติดตามเยี่ยม ไม่ครบ ๖ เดือน</p>	<p>นครราชสีมา ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับ จังหวัด/ ระดับโซน ๒. ประชุมคณะกรรมการระดับโซน เพื่อ จัดทำข้อตกลงระหว่างโซนและรพ. buddy ๓. อบรมบุคลากร ตามแนวทางการพัฒนา แต่ละ รพ. ๔. ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อวางแผน พัฒนา</p> <p>บุรีรัมย์ ลงนิเทศงานเพื่อปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ ขาดสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรในระดับ รพ.สต. ให้มีความรู้ความเข้าใจการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านตามระบบงาน IMC</p> <p>สุรินทร์ ๑. โครงการพัฒนาความรู้ การดูแลผู้ป่วย ระยะกึ่งเฉียบพลัน สำหรับพยาบาล รพช.และพยาบาล รพ.สต. จ.สุรินทร์ ๒. โครงการนิเทศและติดตามผลการ ดำเนินงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางใน โรงพยาบาลลูกข่าย จ.สุรินทร์</p> <p>ชัยภูมิ ๑. ดูแลในระบบ Intermediate Care ต้องผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ระดับเขต ๒. ผู้ป่วย Traumatic Brain injury และ Spinal Cord injury และผู้ป่วยกลุ่ม Capture the Fracture เขาระบบการ ดูแลแบบ Intermediate Care- พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน - พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma</p>	<p>ร้อยละ ๙๖.๔๓ A = ๘๑ แห่ง B = ๘๔ แห่ง</p>

	<p>๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัดชัยภูมิ/ เขตสุขภาพที่ ๙</p>	
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๐</p>		
<p>ด้านบุคลากรในทีมฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดบุคลากร และสหวิชาชีพ ยังไม่มี 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมและมอบนโยบายสื่อสารให้ชัดเจนเพื่อวางแผนพัฒนางานทั้งด้าน 	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = ๖๑ แห่ง</p> <p>B = ๖๑ แห่ง</p>

<p>ผู้รับผิดชอบชัดเจน (IMC Manager)และ โรงพยาบาลลูกข่ายไม่มี แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>ด้านระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน - ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลูกข่ายมีข้อจำกัดในการใช้ยาลดเกร็ง Plastic 	<p>บุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้และข้อมูลในโปรแกรมสถาบันสิรินธร - การเชื่อมเครือข่ายให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีแนวทางชัดเจน 	<p>(ขาดข้อมูล อำนาจเจริญ)</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๑</p>		
<p>๑. การลงข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรมที่ไม่ตรงกัน ทำให้การรายงานผลล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไปสู่ รพ.สต.</p> <p>๓. นักกายภาพบำบัด/พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕วัน/๔เดือน ไม่เพียงพอ</p>	<p>ระยะสั้น การลงข้อมูลผู้ป่วยผ่านGoogle Sheet/ Program Smart COC เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้</p> <p>ระยะยาว พัฒนาระบบการลงข้อมูลผ่าน Program Smart COC ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้</p> <p>ระยะสั้น ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านตรวจสอบกับผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน</p> <p>ระยะยาว พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>มาตรการระดับเขต มีแผนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการติดตามผู้ป่วยเต็มรูปแบบและมีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย - จัดอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 	<p>ร้อยละ ๘๙.๐๔</p> <p>A = ๖๕ แห่ง</p> <p>B = ๗๓ แห่ง</p>

<p>๔. ความไม่พร้อมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>๕วัน/๔เดือน</p> <p>ระยะยาว มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC</p> <p>มาตรการระดับเขต มีแนวทางการคัดกรองและการ Refer Back ผู้ป่วยที่เขาเกณฑ์กลับไปรับบริการที่ชัดเจน</p> <p>ระยะสั้น - จัดระบบบริการ IMC bed ตามมาตรฐาน - มีการสำรองเตียงอย่างเหมาะสม</p> <p>ระยะยาว มีการให้บริการ IMC Ward ตาม care protocol อย่างเป็นทางการ</p> <p>มาตรการระดับเขต เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติในระดับเขตและจังหวัด</p>	
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๒</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - ขาดอัตราที่เพียงพอในสายงานนักกิจกรรมบำบัดใน รพ. ระดับ M,F - ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการติดตามและฟื้นฟูใน รพ.ชุมชน เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกลุ่ม รพช. (node) บริการ IMC - ใช้กลไก พชอ./อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลในชุมชน และเชื่อมโยงข้อมูล - เพิ่ม Self-Efficacy กลุ่มประชาชนในการสังเกตอาการที่ต้องรีบพบแพทย์ ตั้งแต่ Primary Care 	<p>ร้อยละ ๙๗.๑๔</p> <p>A = ๖๘ แห่ง</p> <p>B = ๗๐ แห่ง</p>

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

<p>เขตสุขภาพที่ ๑</p>	<p>จังหวัดพะเยา</p> <p>การลงข้อมูลใน EMR การส่งข้อมูลและระบบปรึกษาทาง line group มี protocol ที่ชัดเจนและใช้ร่วมกันแบบสหวิชาชีพ มีแผนการจำหน่ายและแผนการ</p>
------------------------------	---

	ดูแลที่ส่งมอบให้ รพ.ปลายทาง , มีช่องทางอำนวยความสะดวกในกรณีต้องกลับมารักษาที่รพ.พะเยา
เขตสุขภาพที่ ๓	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โปรแกรม Three refer เป็นระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่พัฒนาใช้ในเขตสุขภาพที่ ๓ ๒. มีการสร้างเครือข่ายบุคลากรดำเนินงานด้าน IMC ในทุกระดับและมีแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลผ่าน Line Application ๓. จังหวัดอุทัยธานีเป็นรพ.แม่ข่ายในการสนับสนุนที่ดี (มีการจัดอบรมให้ความรู้เป็นที่ปรึกษา / กระตุ้นติดตาม/ เยี่ยมเสริมพลังในรพช.ทุกแห่งที่เป็นเครือข่ายอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>ราชบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบ Fast Track Severe Head Injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Level ๘ - มี SMC คลินิกชุมชน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่ ER นอกเวลา <p>สมุทรสาคร</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการใช้ระบบเยี่ยมบ้าน(home health care) เพื่อชดเชยโรงพยาบาลเครือข่าย <p>นครปฐม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
เขตสุขภาพที่ ๖	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โครงการ อสมก.รพ สต.บ้านพระ เป็นการฝึกอบรม อสม. ในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตัวเอง มีการเข้ามาฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ และระยะแรกมีทีมเวชกรรมฟื้นฟูจากโรงพยาบาลศูนย์ ร่วมลงติดตามผู้ป่วยก่อน จนสามารถเปิดศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยที่ รพ.สต.บ้านพระ และมีการนำแนวทางนี้ไปขยายต่อในพื้นที่อื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลนาดี และที่ PCC เมือง จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๒. ใช้ระบบ telemedicine เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยเฉพาะสาขาที่ไม่มีบุคลากรในโรงพยาบาลระดับ M, F และชุมชน ๓. มีระบบ On top –IPD IMC เพื่อเพิ่มรายได้ การเบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ๔. การส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยทาง line group และบันทึกข้อมูลด้วย google drive

<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>๑. ขอนแก่น Seamless care ในผู้ป่วย Stroke และ PNC Stroke Card ๒. มหาสารคาม อุปกรณ์ฝึกนั่งและยืนทรงตัว ๓. ร้อยเอ็ด NEMO care Roi-et และ Rehabilitation สัญจร ๔. กาฬสินธุ์ บ้านโฮมสุข</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<p>๑. บุรีรัมย์ มีเครื่องช่วยที่เข้มน้ำแข็ง โรงพยาบาลบ้านด่านมี IMC ward ที่รองรับอำเภอเมือง ๒. ชัยภูมิ หนองบัวแดง รพ.ระดับ M๒ สามารถเปิด ward IMC จำนวน ๑๐ เตียงได้</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๐</p>	<p>๑. มุกดาหาร นัดผู้ป่วยทำกายภาพ รพ.ใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ๒. อำนาจเจริญ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Ischemic stroke ของ Intermediate care กับ stroke corner ๓. ศรีสะเกษ มีการพัฒนาโปรแกรม สถาบัน.สิรินธร และ OPD stroke (One stop service)</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๑</p>	<p>จังหวัดกระบี่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการดูแลร่วมกับเทศบาลอ่าวลึกและชุมชนสร้างศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย Long Term Care - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับทีม IMC Stroke Clinic เกสัชกร แพทย์แผนไทยที่ รพ.เหนือคลอง - มีการลงพื้นที่ในเขตพัฒนางานด้าน IMC ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง <p>จังหวัดชุมพร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการตอบรับจากผู้บริหารค่อนข้างดี เช่น การจัดตั้งทีมครบทุก รพช. สามารถจัดตั้งเครื่องช่วยลงไปสู่ รพ.สต. และได้รับการสนับสนุน Refer Back ภายใน ๔๘ ชั่วโมง จาก รพช. - สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ด้านการฟื้นฟู - โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดประเมินพัฒนาศักยภาพให้ความรู้เรื่องการกลืน การพูด ความพิการ ๗ ด้านให้กับ รพช. <p>จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการลงข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart COC และ Google Drive ได้ต่อเนื่องครบ ๖ เดือน <p>จังหวัดภูเก็ต</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดให้บริการ Day Care ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแก้ว และ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ เทศบาลนครภูเก็ต <p>จังหวัดสุราษฎร์ธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC Ward โรงพยาบาลพุนพิน สามารถรองรับผู้ป่วย Post Stroke จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ไปดูแลได้อย่างครบวงจร มีประสิทธิภาพ สามารถลดความแออัด ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้อย่างเป็นรูปธรรม

เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑. สงขลา บางกล้า model ต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย IMC ๒. ตรัง (รพ.กันตัง) เป็น Role model ๓. ตรัง มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการให้บริการ intensive intermediate care ๔. พัทลุง โดย รพ.เขาชัยสน มีการสร้างอาคารฟื้นฟูฯ และมีการพัฒนาโครงการ เข้าถึงบริการมากขึ้น ๕. โครงการวารีบำบัด และมีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
-----------------	---

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่ รพ. M F ที่มีแผนเปิด IMC bed/ward ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order , ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม , เกณฑ์และช่องทางในการรับกลับ กรณี ผป.มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง - ควรพัฒนาสนับสนุนความพร้อมของบุคลากร (จำนวน,ศักยภาพ) อุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการของรพ.ระดับ M และ F ที่จะเปิดบริการ IMC bed จัดตั้งทีมออกเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดให้บริการ IMC ให้กับ รพ ชุมชนที่เหลือ หรือการใช้ teleconsultation ในการดูแล - ในช่วงที่อยู่ระหว่างการพัฒนา IMC bed/ward หากรพ.ใด ยังไม่มีการพร้อมรับ ควรให้มีการให้ refer ข้ามเขต (zone) ได้ และควรสื่อสารให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ทราบหากมีการ refer ข้ามเขต - สะท้อนข้อมูลผลลัพธ์อื่นๆ ทั้งประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และผลทางการบริหารจัดการเตียงและการเงินในภาพจังหวัดอย่างต่อเนื่องผ่าน คณะกรรมการระบบสุขภาพจังหวัด - ในกรณีระบบการจัดเก็บข้อมูลและการติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่หลากหลาย ยังไม่สามารถติดตามผลได้ ควรจัดทำแบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูล เอื้อต่อ ผู้ปฏิบัติงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูลรวมทั้งการติดตามผล โดยสหวิชาชีพ - ควรมีการจัดตั้ง case manager IMC ที่รพช.และสสจ.(ในบางจังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ) เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งจังหวัดเพื่อความต่อเนื่องในการเก็บข้อมูลรายโรคจาก รพ ชุมชน - ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ - เน้นการนิเทศ กำกับ ติดตาม ผ่านในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจในระบบ - การให้บริการและรับส่งต่อ เพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินการตาม Protocol อย่างสม่ำเสมอ <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศึกษากระบวนการเพิ่มระบบการเบิกค่าใช้จ่าย on top ที่พบว่ายังมีความแตกต่างจากเขตอื่นๆ การเบิกจ่าย เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาระบบการบริการ IMC ในภาพรวมของจังหวัด และเขต
----------------	---

เขตสุขภาพที่ ๒	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาโปรแกรม PRM referral network
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC ให้ครอบคลุมทุกสาขาที่จัดให้บริการ - เพิ่มการส่งต่อ IMC/ refer back - มีการบูรณาการด้าน IMC ในทุกภาคส่วน สสจ. /สสอ./รพท./รพช./รพ.สต. - พัฒนาการจัดบริการ IMC ให้ครอบคลุมและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งและดำเนินงาน IMC เป็นพี่เลี้ยงให้คณะทำงานและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - ให้การสนับสนุนด้านความรู้ บุคลากร เวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลและเพิ่มศักยภาพด้าน intermediate care ให้แก่เขตสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>กาญจนบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สถานการณ์ของการส่งกลับไปยังโรงพยาบาลที่รับ IMC และวางมาตรการเพื่อแก้ปัญหาการส่งกลับ <p>สมุทรสาคร</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างระบบ intermediate bed /ward ทดแทน และใช้เครื่องมืออื่นช่วย หรือการจัดสรรเตียงในจังหวัด - เพิ่มศักยภาพ รพสต. - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาแยกกลุ่มประชากร - วางมาตรการการประสานงานและติดตาม case <p>นครปฐม</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาบุคลากร และติดตามการใช้เตียง IMC ที่สามารถใช้จริงใน รพช. - พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ
เขตสุขภาพที่ ๖	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) - การพัฒนา Mapping บุคลากรเนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดมีเพียงโรงพยาบาลศูนย์ - การพัฒนา Telemedicine เพื่อรับคำปรึกษาในการดูแล - พัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

<p>เขตสุขภาพที่ ๖</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน เชื่อมโยงข้อมูลมายังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อแก้ไขปัญหาและวางแผนการพัฒนาให้ดีขึ้น - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อให้สะดวกต่อผู้เก็บข้อมูล - นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการติดตามนิเทศน์ การเยี่ยมบ้าน มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม
<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย: <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate care แก่บุคลากรในรพ. ระดับ M และ F - ส่งเสริมบทบาทและเพิ่มศักยภาพของ Care giver/ อสม./ จิตอาสาของชุมชน ๒. พัฒนาโปรแกรม Refer ให้เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั่วทั้งจังหวัดและในระดับเขต: ทบทวนและจัดทำ Protocol/ Guideline และทบทวนปรับปรุงข้อมูลแบบฟอร์มการบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ให้ครบถ้วนครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วย และนำไปพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ๓. พัฒนาระบบรายงานข้อมูลการ Refer Back อัตราครองเตียง IMC และการกลับมา F/U ๔. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐาน IMC กระทรวง <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดสรรอัตรากำลังตำแหน่งที่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน IMC เช่น นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ๒. สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและส่งเสริมด้านวิชาการการอบรมเกี่ยวกับ Intermediate care ๓. สนับสนุนทรัพยากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ IMC ให้ได้มาตรฐาน เช่น ห้องน้ำผู้พิการ ๔. การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ติดตามประสิทธิภาพการใช้เตียง IMC bed และ health outcome ของผู้ป่วย
<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p>	<p>สำหรับพื้นที่ : พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<p>บุรีรัมย์</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาระบบ IMC Bed/Ward ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC ให้ครบ ๖ เดือนมากขึ้น

