

ประเด็นการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๑. สถานการณ์

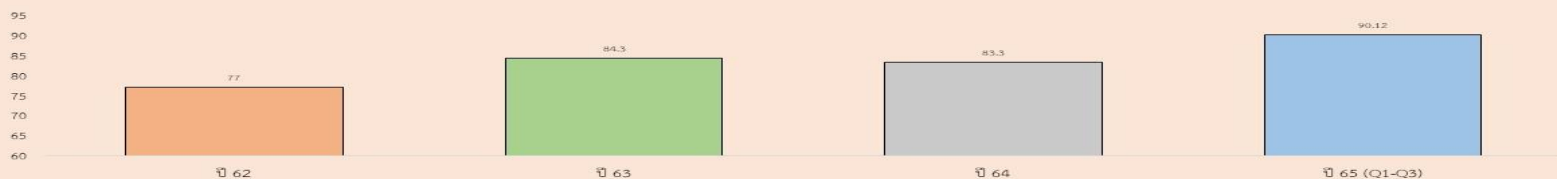
เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-๑๙ ส่งผลต่อการดำเนินงาน Intermediate Care ในจังหวัดอ่างทอง มีผลกระทบทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คือ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน และให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ รวมถึงมีภาระงานอื่นเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-๑๙ อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ ส่งผลให้ขาดการกำกับติดตาม และการให้ intensive program ขาดความต่อเนื่อง ปัจจุบันจังหวัดอ่างทอง มี Intermediate Bed ในโรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมแห่ง แห่งละ 2 เตียง โรงพยาบาลโพธิ์ทอง มี 5 เตียง รวมเป็น 13 เตียง และมี Intermediate Ward จำนวน 1 แห่ง ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จำนวน 4 เตียง มีแผนพัฒนาพื้นที่เปิดเพิ่มเป็น 6 เตียง ปัจจุบันอยู่ในช่วงปรับปรุงพื้นที่

ผลการดำเนินงาน สาขาการดูแลระยะกลาง

ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ประเด็น Intermediate Care (IMC) ปี 2565

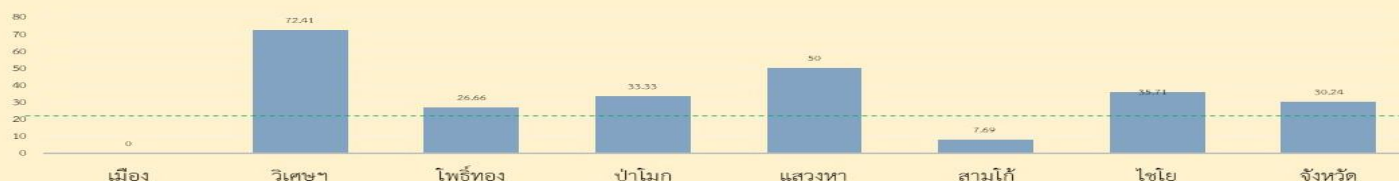
ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Bathel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

การดูแลระยะกลางการดูแลครบกำหนดติดตาม 6 เดือน (ไตรมาส 3)

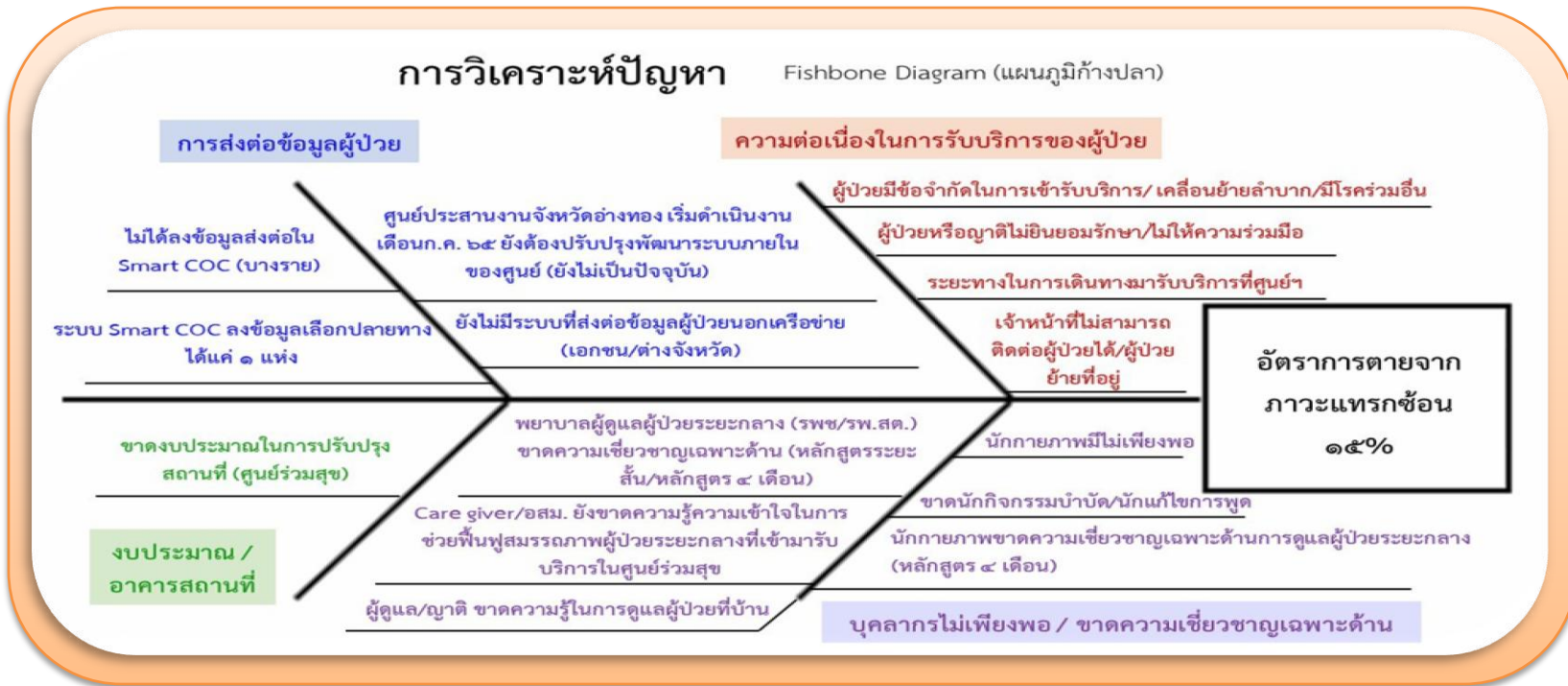


ตัวชี้วัด: ร้อยละการ Refer Back เพื่อรับบริการ IMC bed/ward ในจังหวัด เป้าหมาย \geq ร้อยละ 20

ร้อยละการ Refer back เพื่อรับบริการ IMC Bed/Ward ปี 65



ปัญหา



มาตรการ

1. พัฒนาระบบบริการและศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่าย
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่ชุมชนและการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

โครงการ

โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วย IMC ส่งกลับ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
เพื่อพัฒนาศูนย์ร่วมสุขชุมชน ในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

OKR1 : การเข้าถึงระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC

1 หน่วยบริการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาภายในกำหนด ≥ 95

2 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยIMCส่งกลับ (refer back) เพื่อรักษาต่อเนื่องที่ รพช. ≥ 20

3 สร้างต้นแบบศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนเพิ่มจำนวน 1 แห่ง

OKR2 : การเชื่อมโยงและพัฒนาศักยภาพบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ

1. พัฒนาศักยภาพส่งทีมสหสาขาวิชาชีพ สาขาต่างๆ เข้ารับการอบรมดูแลผู้ป่วยIMCตามนโยบาย เขตสุขภาพ เป้าหมาย ≥ 80

2 พัฒนาศักยภาพ นักฟื้นฟูฯชุมชน(อสม. CG/CM/นักบริบาล) 5 คน/ 1ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน

OKR3 : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคเอกชนภายในจังหวัดภาคี
เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC ที่เป็นรูปธรรม
ต่อเนื่อง

. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอ่างทอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชน
สนับสนุนแผนงานโครงการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC สนับสนุนการดำเนินงาน
ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน และดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดอ่างทองที่จำเป็นต่อ
สุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชน ในชุมชน
สนับสนุนการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย IMC สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูฯใน
ชุมชน

KR	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1. หน่วยบริการมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาภายใน กำหนด ≥ 95	รพท.อ่างทองประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รพช. รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม Smart COC ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ≥ 95	รพท.อ่างทองประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รพช. รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม Smart COC ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ≥ 95	รพท.อ่างทองประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รพช. รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม Smart COC ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ≥ 95	รพท.อ่างทองประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รพช. รพ.สต. โดยใช้โปรแกรม Smart COC ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ≥ 95
2. จัดบริการ IMC WORD / IMC bed รับการส่งกลับผู้ป่วย IMC (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. ≥ 20	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง
3. ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค ได้รับบริหารฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Bathel Index = 20 คะแนนก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70	รพช./สอน./รพ.สต.ที่รพช ส่งผู้ป่วย IMC ดูแลต่อเนื่องihv ร้อยละ 60	รพช./สอน./รพ.สต.ที่รพช ส่งผู้ป่วย IMC ดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 65	รพช./สอน./รพ.สต.ที่รพช ส่งผู้ป่วย IMC ดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 70	รพชส่งผู้ป่วย IMC ดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 75
4. ทีมสหวิชาชีพหน่วยบริการ ภาศึเครือข่าย ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ≥ 80	-บุคลากร (รพ./รพ.สต.) ≥ 80 -ภาศึเครือข่าย(อสม CG ญาติ และผู้ดูแล) ≥ 40	ภาศึเครือข่าย (อสม CG ญาติ และผู้ดูแล) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ≥ 40		

KR	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
5.พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน ต้นแบบให้บริการผู้ป่วย IMC ในชุมชนจำนวน 1 แห่ง	สอน.บ้านยางซ้าย อ.โพธิ์ทอง	สอน.บ้านยางซ้าย อ.โพธิ์ทอง	สอน.บ้านยางซ้าย อ.โพธิ์ทอง	สอน.บ้านยางซ้าย อ.โพธิ์ทอง
6. อบจ.มีการดำเนินงาน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัด อย่างเป็นรูปธรรม	1.ประชุมคณะกรรมการฯ 2.ขออนุมัติโครงการที่ขอ สนับสนุนจากกองทุน ฟื้นฟูฯจังหวัด	1.ดำเนินการกิจกรรม 2.ประชุมคณะกรรมการ รายงานความก้าวหน้า โครงการ	1.ดำเนินการกิจกรรม 2.ประชุมคณะกรรมการ รายงานความก้าวหน้า โครงการ	ประชุมคณะกรรมการ สรุปโครงการ
7. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม สนับสนุน และผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่อง	สนับสนุนการปรับปรุง อาคารสถานที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน ให้มีศักยภาพดูแล ผู้ป่วย IMC	อปท.มีส่วนร่วมในการรับ- ส่งผู้ป่วย IMC เพื่อมาเข้า รับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน และดูแลปรับ สภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่ เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง	สนับสนุนให้มีนักบริหาร ชุมชน /นักกายภาพบำบัด ดูแลที่ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน	ผู้ป่วย IMC ได้รับการ ดูแลคุณภาพชีวิต สนับสนุนปรับสภาพที่ เหมาะสมตามบริบท
8. ลดอัตราการตายของ ผู้ป่วย IMC ภาพรวม จังหวัดลดลง	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง	รพช 6 แห่ง

เป้าหมาย เพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วย IMC ดูแลแบบต่อเนื่อง เพื่อให้อัตราตายลดลง

สสจ.

1. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาระบบบริการ ไตรมาส ละ 1 ครั้ง
2. ส่งบุคลากรอบรม/จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ
3. จัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย IMC จังหวัดอ่างทอง
4. กำกับติดตามระบบส่งต่อและประชาสัมพันธ์
5. จัดเวทีคืนข้อมูลและปัญหาอุปสรรคการดูแลให้ภาคีเครือข่ายทราบ

รพท. / รพช.

1. ประชุมคณะกรรมการ SP IMC วางแผนพัฒนา
2. จัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ตามมาตรฐาน และรายงานผล
3. ส่งผู้ป่วย รพช. จัดบริการผู้ป่วยต่อเนื่องชุมชน ส่งกลับ รพ.สต.ดูแลจนครบ 6 เดือน (BI = 20)
4. พัฒนาศักยภาพ CG อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย IMC
5. สร้างระบบส่งต่อและประชาสัมพันธ์

เพิ่มการเข้าถึงบริการ
ผู้ป่วย IMC ดูแล
แบบต่อเนื่อง

PCU/ NPCU(สอน./รพ.สต.)

1. พัฒนาศูนย์ร่วมสุขและชุมชน ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. วางแผนจัดบริการผู้ป่วยร่วมกับรพ.แม่ข่าย
3. ติดตามความก้าวหน้า ทบทวน การจัดบริการตามแผน
4. รายงานผลการบริหารผู้ป่วยในโปรแกรม Smart COC Line Group

สสอ.

1. ขับเคลื่อน ขยายเครือข่าย การดำเนินงานศูนย์ร่วมสุข ให้เป็นศูนย์ประสานบริการการดูแลในชุมชนต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย IMC ที่บ้าน หรือ รพ.สต.
2. พัฒนา/ติดตาม ผลการจัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ส่งกลับในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง

เป้าหมาย ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน

อบจ.

1. ดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม (การประชุม ติดตามความก้าวหน้าสรุปผลการดำเนินงาน)
- 2 สนับสนุนงบประมาณโครงการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย IMC
3. สนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลสภาพที่บ้านผู้ป่วยให้เหมาะสม

พม. ผู้นำชุมชน

1. สนับสนุน การดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย IMC ในพื้นที่
2. ผู้นำชุมชนใช้พลังองค์กรชุมชนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) หน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพ
3. สนับสนุน ประสานแจ้งข้อมูลผู้ป่วย IMC นอกกระบวนการให้บริการดูแลอย่างทั่วถึง

ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน

อปท.

1. ผู้นำชุมชนใช้พลังองค์กรชุมชนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) หน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพ
2. รับ-ส่งผู้ป่วย IMC เพื่อมาเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน และปรับสภาพที่เหมาะสม
3. มีส่วนร่วมในการพิจารณาการปรับสภาพบ้าน การจัดจ้างนักบริบาลชุมชนเพื่อเฝ้าต่อการฟื้นฟูฯ และมีส่วนร่วมในการจ้างนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

ภาคิเครือข่ายระบบสุขภาพ (CG อสม. ผู้ดูแล)

1. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อติดตามให้บริการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย IMC เบื้องต้น ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัดเครือข่ายสุขภาพ และรพ.สต.
2. ร่วมสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ให้แก่เครือข่ายประชาสังคม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการ