

# ประเด็นการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)



# ๑. สถานการณ์

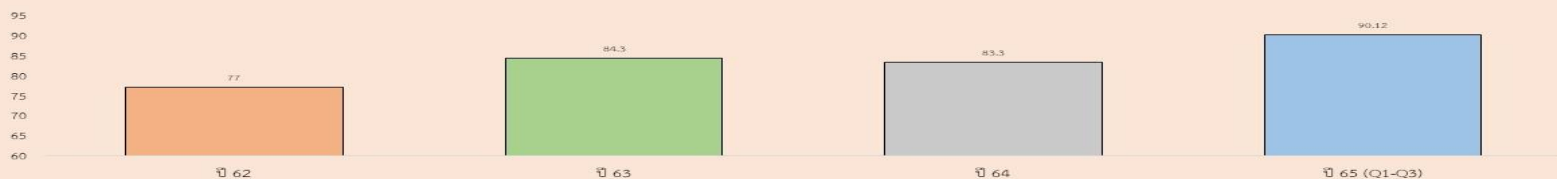
เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-๑๙ ส่งผลต่อการดำเนินงาน Intermediate Care ในจังหวัดอ่างทอง มีผลกระทบทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คือ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน และให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้ รวมถึงมีภาระงานอื่นเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-๑๙ อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกมาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ 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

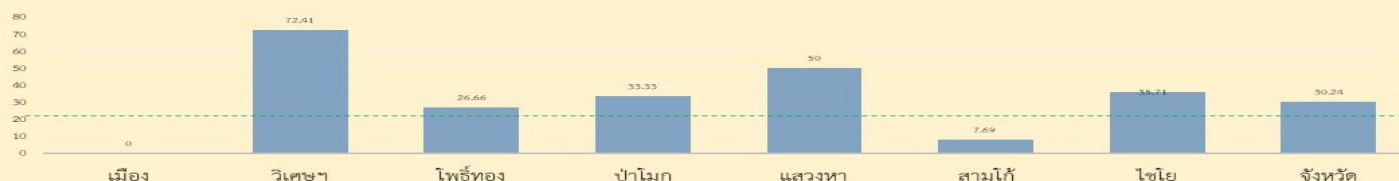
ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Bathel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

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

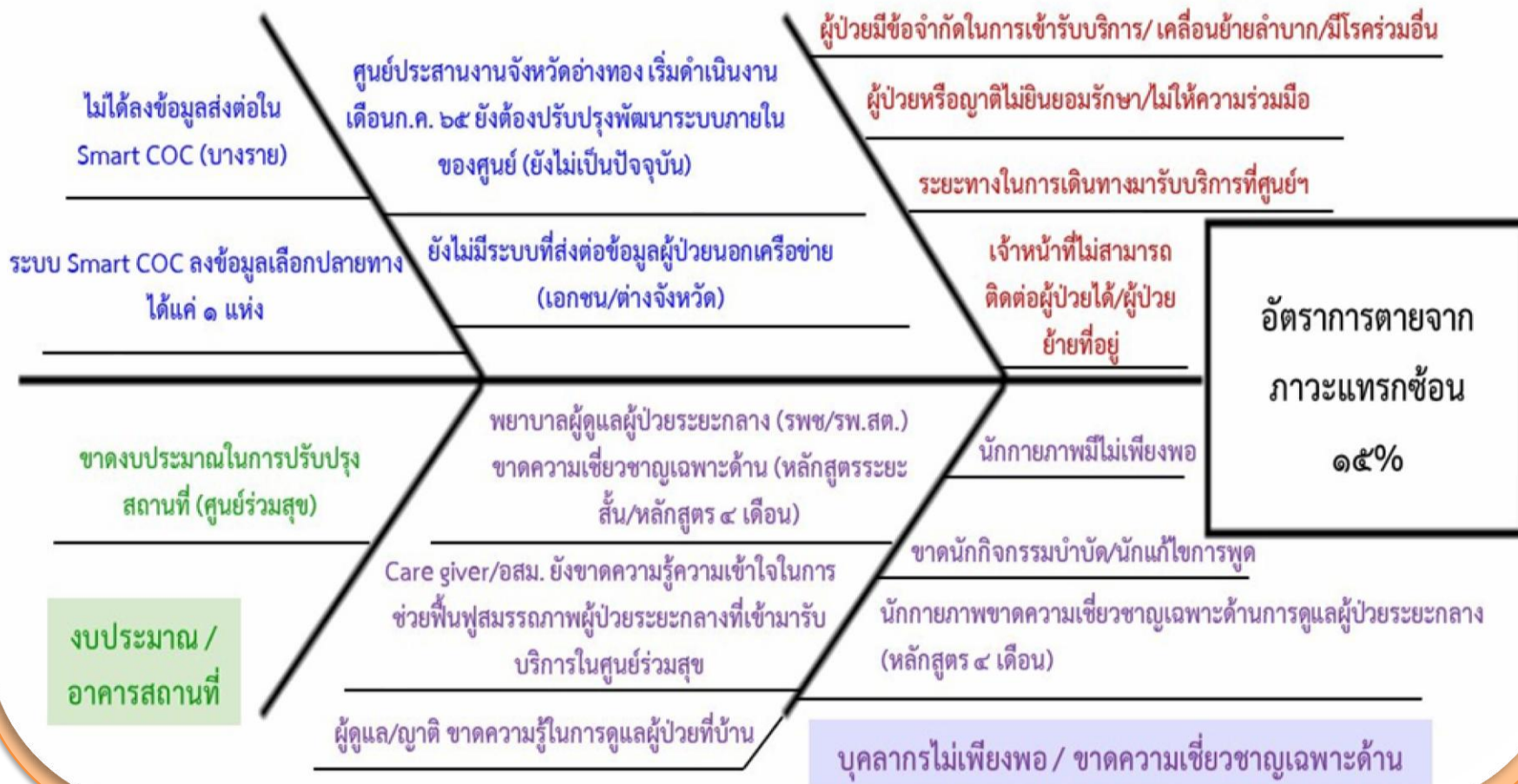


## การวิเคราะห์ปัญหา

Fishbone Diagram (แผนภูมิก้างปลา)

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

ความต่อเนื่องในการรับบริการของผู้ป่วย



# เป้าหมาย ลดอัตราการตายของผู้ป่วย IMC จากภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

## สสจ.

1. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาระบบบริการ ไตรมาส ละ 1 ครั้ง
2. ส่งบุคลากรอบรม/จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ
3. จัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย IMC จังหวัด อ่างทอง
4. กำกับติดตามระบบส่งต่อและประชาสัมพันธ์
5. จัดเวทีคืนข้อมูลและปัญหาอุปสรรคการดูแลให้ภาคี เครือข่ายทราบ

## 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 ให้เป็น ศูนย์ประสานบริการการดูแลในชุมชนต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย IMC ที่บ้าน หรือ รพ.สต.
2. พัฒนา/ติดตาม ผลการจัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ส่งกลับ ในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง

# เป้าหมาย ลดอัตราการตายของผู้ป่วย IMC จากภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

## อบจ.

1. ดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม (การประชุม ติดตามความก้าวหน้า สรุปผลการดำเนินงาน)
2. สนับสนุนงบประมาณโครงการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย IMC
3. สนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลสภาพแวดล้อมภายใน บ้านผู้ป่วยที่เหมาะสม

## พม. ผู้นำชุมชน

1. สนับสนุน การดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย IMC ในพื้นที่
2. ผู้นำชุมชนใช้พลังองค์กรชุมชนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) หน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิด ประสิทธิภาพ
3. สนับสนุน ประสานแจ้งข้อมูลผู้ป่วย IMC นอกกระบวนการเพื่อให้บริการ ดูแลอย่างทั่วถึง

การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ  
กลาง(IMC)ในชุมชน

## อปท.

1. ผู้นำชุมชนใช้พลังองค์กรชุมชนบูรณาการทรัพยากร (คน/เงิน/ของ) หน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มเปราะบางร่วมกันให้เกิด ประสิทธิภาพ
2. รับ-ส่งผู้ป่วย IMC เพื่อมาเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน และปรับ สภาพที่เหมาะสม
3. มีส่วนร่วมในการพิจารณาการปรับสภาพบ้าน การจัดจ้างนักบริบาล ชุมชนเพื่อเฝ้าต่อการฟื้นฟูฯ และมีส่วนร่วมในการจ้างนักกายภาพบำบัด ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

## ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพ (CG อสม. ผู้ดูแล)

1. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อติดตามให้บริการดูแล ฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย IMC เบื้องต้น ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัดเครือข่าย สุขภาพ และรพ.สต.
2. ร่วมสท่อนข้อมูลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ให้แก่เครือข่าย ประชาสังคม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการ