

วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care
พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision
for Elderly Persons (S-TOP)

นายศุภกฤต จีงพิภานิชกุล

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
จังหวัดสระบุรี ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย
(ปฏิบัติราชการที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงได้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณท่านอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ผู้ให้การสนับสนุนด้านนโยบายในการร่วมดำเนินการกับคณะผู้เชี่ยวชาญของประเทศญี่ปุ่น ในการลงพื้นที่ดำเนินการ ตลอดจนสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ที่เคยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดำเนินการ แนวทางการดำเนินงาน ผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำและคำชี้แนะเกี่ยวกับเครื่องมือการเก็บข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณะทำงานที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเยี่ยมในการเก็บข้อมูล และร่วมเป็นทีมในการจัดประชุมชี้แจง การดำเนินโครงการศึกษา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้จนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้ศึกษา มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในการให้ข้อมูลในการศึกษา เป็นอย่างดียิ่ง

ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล

ผู้ศึกษา

ชื่อศึกษา : วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care
พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services
Provision for Elderly Persons (S-TOP)

ชื่อผู้ศึกษา : ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้บริหาร 8 คน และพยาบาลวิชาชีพ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการประยุกต์ใช้จาก Six Building Blocks of a Health System of WHO ที่ประกอบด้วยหัวข้อในการวิเคราะห์ตามสภาพการณ์ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) สื่อองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านระบบบริการ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตจะมีการเชื่อมต่อบริการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน มีระบบการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรม COC และไลน์กลุ่ม IMC 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ บุคลากรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากทุกภาคส่วนทั้งทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน 3) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยมีการบันทึกในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS ภาพจังหวัดควรปรับระบบฐานข้อมูลเดี่ยวดูได้ทั้งจังหวัด 4) ด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการจัดให้บริการบริบาลตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป 5) ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้บริการทุกสิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายการพัฒนาบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพ

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่อง การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

Abstract

This study is an analytical situation research aimed at evaluating the implementation of intermediate care services in Chiang Mai province, a pilot area, during the COVID-19 pandemic, under the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP). The research was conducted from December 2019 to March 2020. The sample group consisted of 8 managers and 20 professional nurses. Data collection tools included an interview guide adapted from the Six Building Blocks of a Health System by WHO, which covers six analytical areas: 1) Service delivery 2) Health workforce 3) Health information system 4) Medical technology and knowledge management 5) Health financing 6) Leadership and governance. Data analysis was carried out qualitatively through content analysis. The study findings are as follows:

1. Service Delivery: Three main disease groups were identified: stroke patients, spinal cord injury patients, and head and brain injury patients. Once patients surpass the critical phase, there is a system in place to connect hospital discharge care to home care, with a continuity of care system and rehabilitation using the COC program and IMC group chat.

2. Health Workforce: Integration and participation in intermediate care for patients were achieved through the continuous involvement of multidisciplinary teams over six months.

3. Health Information System: Patient information is recorded in the hospital's electronic medical record system using the SSB HOSXP or Hospital OS. There is a need to transition to a single database system accessible across the province.

4. Medical Technology/Knowledge Management: Services are provided according to the intermediate care rehabilitation manual, with necessary physical therapy equipment available.

5. Health Financing: All treatment entitlements are covered, but medical costs are billed according to the patient's entitlements without additional budgetary support.

6. Leadership and Governance: Executives play a crucial role in promoting policies for developing and improving the rehabilitation service system.

Keywords: Continuity of care, Rehabilitation care, Intermediate care patients, Coronavirus disease (COVID-19)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
1.2 คำถามการศึกษา	
1.3 วัตถุประสงค์	
1.4 ขอบเขตการศึกษา	
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	
1.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา	
บทที่ 2 ทฤษฎีและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) ในประเทศไทย	
2.2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง	
2.3. การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	23
3.1 รูปแบบการศึกษา	
3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	
3.4 วิธีการเก็บข้อมูล	
3.5 วิเคราะห์ข้อมูล	
บทที่ 4 ผลการศึกษา	25
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและเสนอแนะ	32
บรรณานุกรม	36
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
1	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง	16
2	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข	16

สารบัญภาพ

ภาพที่	เรื่อง	หน้า
1	Six Building Blocks of a Health System of WHO	5
2	ระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนอกเขต และในเขตรับผิดชอบ	39
3	แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูก สะโพกหักของประเทศเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินสูงขึ้น และต้องการการดูแลในระยะยาวเพิ่มขึ้นรัฐบาลไทยและ JICA จึงได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ด้วยการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลัน (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "โครงการ S-TOP") โดยเริ่มต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โครงการ Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) เป็นโครงการที่เกิดจากความร่วมมือทางวิชาการระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และเป็นรูปแบบการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันหรือภาวะฟื้นฟูภายหลังได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการส่งเสริมและพัฒนาการจัดบริการดูแลสุขภาพของดูแลผู้ป่วยระยะกลางตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นสังคมที่มีคุณภาพ และเป็นพลังในการขับเคลื่อน โครงการมีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรี กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานีและภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากแรงขับเคลื่อนของนโยบายการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ อย่างไรก็ตามความซับซ้อนในเรื่องความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความท้าทายหลายประการ ทั้งที่มองเห็นได้และมองไม่เห็น ต่อการให้บริการการดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC) ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยและโครงการ S-TOP จึงได้ตัดสินใจทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง เพื่อประเมินความคืบหน้าและผลลัพธ์ของโครงการ อันจะนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการ S-TOP ต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันภายในเครือข่ายเขตสุขภาพ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย อีกทั้งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่พ้นภาวะวิกฤติที่สามารถจัดบริการได้ในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแล เพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติของผู้ป่วย เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และ

โรงพยาบาลทั่วไป และเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ซึ่งการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีสาระสำคัญในประเด็นที่ 6 ที่ระบุเป้าหมายและหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ในการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ว่า “ทุกคนบนแผ่นดินไทยเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเท่าเทียม ทั้งถึง ทุนเวลาและมีมาตรฐาน” ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ระบุวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจนในแผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) กล่าวคือ มีวิสัยทัศน์ “ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิผลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เป้าหมายหลัก คือ “ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” เป้าหมายเฉพาะ คือ 1. ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ทั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล และของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาลและ 2. ลดอัตราป่วยตาย (case fatality rate) ในกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการเป็นพิษประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1. พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 3. พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4. พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ 5. พัฒนาการสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน ทั้งนี้ การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยยุทธศาสตร์ กลวิธีและมาตรการที่มีความหลากหลาย เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการของประชาชน และบริบทพื้นที่

ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Barthel Index) ได้ค่า <15 คะแนน ร่วมกับมีความบกพร่องหลายประการ (multiple impairments) และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นการ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และสามารถกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริมหรือเทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู (sub-acute rehabilitation) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว (long term

phase) เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ม.ป.ป.,2559)

จากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care ในจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2564 ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ผ่านมามีพบว่าพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีการอยู่อาศัยของประชากรหลักและประชากรแฝงเป็นจำนวนมาก ทำให้ระบบการให้บริการของจังหวัดเชียงใหม่และการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความท้าทายในระบบสุขภาพ คือ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การบริหารจัดการเพื่อสนองตอบภาวะฉุกเฉินของการระบาดที่กำลังเป็นอันตรายคุกคามสุขภาพโลก (Outbreak respond) โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ที่มีข้อจำกัดมากมายเช่น ศักยภาพทางห้องปฏิบัติการ ระบบการเฝ้าระวังสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างรวดเร็วการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ร่วมกับภาวะที่มีปัญหาโรคเรื้อรังกลายเป็นภาวะโรคสองเท่า (Double burden) ของประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง จากความท้าทายในระบบการให้บริการดังกล่าว ทำให้จังหวัดเชียงใหม่เองมีการออกแบบการดำเนินการในการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้เกิดประสิทธิภาพ ด้วยการหารือ และปรับรูปแบบการให้บริการให้เข้าถึงผู้ป่วยในการดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล ของสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม แม้จะอยู่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก็ตามทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานไปอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน เป็นระบบ และเกิดประสิทธิภาพที่ชัดเจนภายใต้การใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยจังหวัดเชียงใหม่มีการดำเนินการที่มีความพร้อม ทั้งทางด้าน การรองรับนโยบายโรคระบาด ที่ชัดเจน และมีการทบทวนการรองรับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้การปรับตัวของจังหวัดเชียงใหม่ไม่แตกต่างมากนักจากสถานการณ์ปกติ ทั้งด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่

ซึ่งจากจุดเด่นของการดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่เกิดขึ้น จังหวัดเชียงใหม่เองมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และมีการดำเนินการจนเกิดประสิทธิภาพที่ชัดเจน จนเกิดรูปแบบที่จังหวัดอื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการดำเนินงานได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการดำเนินงานในครั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับภาวะวิกฤติเมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นพร้อมกัน และเป็นข้อมูลให้บุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย Intermediate care เตรียมรับกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และขยายพื้นที่ในการดำเนินการในพื้นที่จังหวัดอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามกรอบแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย

คำถามการวิจัย

- 1) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการผู้ป่วย Intermediate care อย่างไร
- 2) แนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Intermediate care ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามกรอบแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยายเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO ศึกษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีการเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลที่พบพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูง จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง ตั้งแต่วันที่ มีนาคม – กรกฎาคม 2564 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 8 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Intermediate ward จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 28 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับภาวะวิกฤติเมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นในอนาคต
2. เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วย Intermediate ในสถานการณ์การเกิดโรคระบาด

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน ร่วมกับ multiple Impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วย Intermediate ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ 4 แห่ง ได้แก่ อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง ที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป ควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน

โรคโควิด-19 (COVID-19) หมายถึง โรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส 2019 โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 ; SARS-CoV-2) พบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสครั้งแรกในช่วงเดือนธันวาคมปี 2019 ที่ตลาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้มีการกลายพันธุ์เป็นหลากหลายสายพันธุ์และมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โดยสายพันธุ์ระดับที่น่ากังวล (Variants of Concerns) หรือสายพันธุ์ที่แพร่กระจายได้ง่ายกว่าเดิม สามารถหลีกเลี่ยงภูมิคุ้มกันในร่างกายได้ดีกว่าเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึ่งประสงค์หลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่

1. ระบบบริการ (Service delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)



Six Building Blocks of a Health System of WHO

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลมีมาตรการลดความแออัด และการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC จึงต้องส่งเสริมให้การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับรูปแบบบริการให้ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย IMC การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Six Building Blocks of a Health System of WHO เพื่อประเมินการบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 นี้ จะส่งผลให้เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การป้องกันความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากคารัรักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency)

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากตำราเอกสารวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย
2. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในระบบต่างประเทศ
3. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

1. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

1.1. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) ในประเทศไทย

1.1.1 ความหมายการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.3 นโยบายการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.4 วัตถุประสงค์การจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.5 แนวทางการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.6 รูปแบบการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

1.1.7 บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

1.2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

1.2.1 แนวคิดทฤษฎีระบบ

1.2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

1.2.3 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล

1.2.4 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2.5 แนวคิดการจัดการตนเอง

1.2.6 แนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

2. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในระบบต่างประเทศ

3. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

1.1 การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในประเทศไทย

1.1.1 ความหมายการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง การบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย บางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพการออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราการความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการ ที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นโดยเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะ Acute care ในสถานที่ระหว่าง Acute care ward ของโรงพยาบาลกับที่บ้าน หรือ Long-term Care Institute จึงจัดได้ว่าเป็นการดูแลในช่วง Post-acute Period ในแบบ bed-based เป็น Intermediate care ward หรือ Intermediate care bed ในโรงพยาบาล อาจจัดขึ้นในสถานที่เฉพาะของภาคเอกชน (private Intermediate Care) หรือในชุมชน (community Intermediate Care) ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกระทั่งอาการดีขึ้นหรืออาการเปลี่ยนแปลงน้อย แล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน หรือ Long-term Care Institute และดูแลด้วย Self-care.

Pearson, Puntun & Durant (1992) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง คือ การดูแลที่เน้นเป้าหมายของบริการคือการฟื้นฟูสภาพโดยการสร้างสมรรถนะและให้คำแนะนำปรึกษามากกว่าการรักษาส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง เป้าหมายคือมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านเองได้

Steiner (1997) กล่าวถึง ความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การบริการที่ครอบคลุมเน้นการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน ทั้งนี้จะไม่เน้นการพึ่งพาทางการแพทย์ แต่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านตามสภาพความเป็นจริง

1.1.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

จากแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตาม International Classification of Functioning, Disability and Health ปี ค.ศ. 1980 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างหรือความบกพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียว หากยังเชื่อมโยงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และ

การกลับเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการ หรือมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือระดับความสามารถที่มีอยู่เดิมเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือระดับความสามารถได้ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.,2558)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ และพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องเพื่อเติมเต็มระบบบริการให้เกิดความสมบูรณ์ โดยลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในสาขาต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและอุบัติเหตุต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนรอดชีวิตและได้รับการประเมิน และคัดกรองเข้าสู่การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับต่อเนื่องจนถึงชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อพ้นระยะบริการ 6 เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ดีก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาวต่อไป โดยส่งเสริมการป้องกันโรค และการกลับเป็นซ้ำโดยระบบบริการ (service plan) อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2560) แนวคิดการให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางจะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพมักมีปัญหาที่ซับซ้อน ให้ความสำคัญของการจัดการการเข้าถึงของคนไข้และครอบครัว เน้นให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือสถานบริการใกล้บ้าน เน้นการประเมินแบบองค์รวม การประเมินซ้ำที่ทันเวลา ข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ที่ครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ นำมาวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การได้รับการประเมินและได้รับการดูแลได้ทัน่วงทีก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, วาริสสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนาพร สามีภักดี, ม.ป.ป.,2559)

1.1.3 นโยบายการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพภายใต้หลักการ"เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันภายในเครือข่ายเขตสุขภาพ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตายลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยให้พัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการและระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพสำคัญ 19 สาขา ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุและฉุกเฉินทารกแรกเกิด 5) การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 6) สุขภาพจิตและจิตเวช 7) ตา 8) ไต 9) สุขภาพช่องปาก 10) สูติ-นรีเวชกรรมกุมารเวชกรรม 11) ออร์โธปิดิกส์ 12) โรคไม่ติดต่อ 13) ปฐมภูมิและสุขภาพองค์กรวม 14) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 15) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 16) การดูแลแบบประคับประคอง 17) ศัลยกรรม 18) ยาเสพติด และ 19) อายุรกรรม (กองบริหารการสาธารณสุข,2560)

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่พ้นภาวะวิกฤติที่สามารถจัดบริการได้ในโรงพยาบาลชุมชน จึงกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการ บริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแลเพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิมของผู้ป่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2562) โดยพัฒนาระบบบริการในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรคโดยสร้างระบบเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนจึงมุ่งหวังร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานานน้อยกว่าร้อยละ 20 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1.1.4. วัตถุประสงค์การจัดการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้กำหนดวัตถุประสงค์การจัดการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน

2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกัน และลดความพิการของผู้ป่วย

4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

5. ลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราครองเตียงโรงพยาบาลชุมชน กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้

ประสงค์หลัก คือ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่ง สามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

วัตถุประสงค์รอง คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน

1.1.5 แนวทางการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการบริการที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยเน้นการจัดบริการใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลังกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยจัดกลุ่มบริการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดหมอนวด หมอพื้นบ้าน และผู้ช่วยเหลือ

2. การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลง ปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมะ ศิลปะ

บำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเองบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย/คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วยเตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแลเตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัวด้านสังคม อาชีพรายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

1.1.6 รูปแบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

รูปแบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางมีหลากหลายตามความพร้อมและศักยภาพของผู้ให้บริการ รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมีการจัดรูปแบบบริการทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และต่อเนื่องจนถึงชุมชนในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยระบบการให้บริการจะครอบคลุมการคัดกรอง ประเมิน วางแผน ให้การบริการ การส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

1. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นรูปแบบการจัดบริการในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบ OPD based program ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

2. การให้บริการแบบผู้ป่วยใน เป็นรูปแบบการจัดบริการในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 หรือ Barthel index > 15 แต่มี multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน

2.1 Intermediate ward ให้บริการ Intensive IPD Rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care)

2.2 Intermediate bed ให้บริการ Less Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ Intermediate Bed อย่างน้อย 2 เตียง

3. การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดบริการในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพมีการจัดบริการ out-reach program (community) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของการฝึกผู้ป่วย

1.1.7 บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลทุกระดับล้วนมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางรวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เขตสุขภาพ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีบทบาทแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

1. ตั้งคณะกรรมการดำเนินการระดับจังหวัด
2. ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับจังหวัด/อำเภอ
4. สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ ออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผลดำเนินงานโครงการในแต่ละปี

5. ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

บทบาทโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) /โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

1. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
2. คัดกรอง/ประเมิน /ตั้งเป้าหมาย ให้บริการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด สนับสนุนด้านวิชาการทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
4. ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุม การสรุปผลการดำเนินการ ร่วมกันพัฒนาโครงการ
5. ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

บทบาทโรงพยาบาลชุมชน

1. กายภาพบำบัด/เวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
2. รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่
3. สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ตามบริบท
4. แพทย์ให้การสนับสนุน ร่วม ดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน
5. ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน
6. คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

บทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. มีบทบาทเป็นเจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว
2. ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช.
3. ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's catheter การทำแผลรวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

4. เป็นผู้นำทีมผู้ดูแล (care giver) เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติ หรือจิตอาสา เป็นต้น
5. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้านสังคม

2.แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ เป็นการจัดบริการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะกลาง เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังมีอาการผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ ในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

1.2.1 แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory) แนวคิดทฤษฎีระบบเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกันซึ่งมีผลต่อกันและเป็นข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน โดย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการเตรียมความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการทำงานในแต่ละเรื่อง เช่น โครงสร้างองค์กร บุคลากร นโยบายและกลวิธีในการดำเนินการต่างๆ เป็นต้น 2) กระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการ ในการทำงานที่มีขั้นตอนชัดเจน 3) ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินงาน โดยมีการรายงานผลที่เป็นระบบและมีข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงทั้งปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Von Bertalanffy, 1956)

สำหรับแนวคิดในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ได้กำหนดรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1 นโยบายการพยาบาล 2) โครงสร้างคณะกรรมการ/คณะทำงาน ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 3) ระบบบริการ 4) โครงสร้างทางกายภาพ และ5) ทีมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
2. กระบวนการ ในที่นี้เป็นกระบวนการในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชนทั้งนี้ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน
3. ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละด้าน ดังนี้
 - 3.1 ตัวชี้วัดด้านผู้ใช้บริการ
 - 3.2 ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ

3.3 ตัวชี้วัดด้านองค์กร

1.2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) แต่ยังมีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน ร่วมกับ multiple impairments ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี แต่ผู้ป่วยยังต้องการ การดูแลจากแพทย์ จากพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ โดยเชื่อมโยง การดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยรับผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล "เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมองและการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง" โดยตั้งเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะกลาง แห่งละ 2 เตียง (Intermediate bed หรือ intermediate ward) ในปี 2562 โดยกำหนดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลางในสถานบริการสุขภาพทุกระดับในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังกำหนดรูปแบบบริการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยในและงานบริการพยาบาลในชุมชน

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชนในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยในและงานบริการในชุมชน

1.2.3 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานการพยาบาล มีการจัดระดับมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) มาตรฐานระดับชาติ เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดย สภาการพยาบาล ประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานการผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2562) 2) มาตรฐานระดับสถาบัน เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กรกลาง ในที่นี้คือมาตรฐานการพยาบาลซึ่งกำหนดโดย กองการพยาบาลประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาล

กองการพยาบาล กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลตามหน่วยบริการพยาบาล เช่น งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริการพยาบาลวิสัญญี งานบริการพยาบาล

ผู้ป่วยผ่าตัด งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกันกับมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละงาน และสำหรับมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน จำแนกตามลักษณะการให้บริการพยาบาล ได้แก่ 1) การจัดบริการพยาบาลในสถานบริการ เช่น การบริการพยาบาลตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เป็นต้น 2) การจัดบริการพยาบาลต่อเนื่อง เช่น การบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และ 3) การจัดบริการพยาบาลในชุมชน เช่นการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ การบริการพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอด การบริการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) และการบริการการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกันกับมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละงาน (สำนักการพยาบาล, 2559) การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ได้ใช้แนวคิดจากมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลแต่ละงานดังกล่าวของกองการพยาบาล

1.2.4 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กองการพยาบาล เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 และใช้ M-E-T-H-O-D เป็นเครื่องมือ มีการขยายผลระบบวางแผนจำหน่ายอย่างแพร่หลายทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้เพิ่ม "D" ในแนวคิดเป็น D-M-E-T-H-O-D มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและญาติให้ครอบคลุมประเด็น D-M-E-T-H-O-D ในการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนอย่างมีคุณภาพทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นหายได้เร็ว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข (สำนักการพยาบาล, 2557)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity and Coordination of Care: COC) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหาย หรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต้องมีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือ (D-M-E-T-H-O-D) เป็นเครื่องมือประเมิน ทั้งจังหวัด โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center) ที่ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน จัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลผู้ป่วย จัดทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา วางแผนการดูแลและกำหนดการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลแต่ละระยะเป็นแผนระยะสั้น และระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตาม

แผนการดูแลที่กำหนด และตามสภาพปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นสภาพได้ดีที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2556)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง เป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ ใช้เครื่องมือ (D-M-E-T-H-O-D) ในการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนถึงบ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ฟื้นหาย มีสุขภาพที่ดีในที่สุด

1.2.5 แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในวงการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Creer, 2000) การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (Creer, 2000)

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) เป็นความร่วมมือและตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค การตั้งเป้าหมายควรทำ ภายหลังผู้ป่วยและหรือญาติได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรค และฝึกทักษะ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ข้อมูลพื้นฐานสำคัญประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเองหรือตรวจสอบตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) โดยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่า ต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้างเพื่อนำมาใช้สังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การเฝ้าระวังตนเองหรือการตรวจสอบตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและต่อความสำเร็จในการจัดการตนเอง

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุม

โรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน โดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยซึ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมการใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่รวมทั้งการประเมินความต้องการ การฝึกทักษะและความชำนาญเพื่อให้สามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล ดังนี้

1. วางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และทีมสุขภาพเพื่อไปสู่เป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเอง

2. ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมโรคและความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. สอน สาธิต และฝึกทักษะที่สำคัญจำเป็นให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย ใช้ชีวิตอย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติได้

3. เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

4. วางแผน ติดตามผล และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลมีจัดการตนเอง ดังนี้

1. รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
2. กำหนดเป้าหมาย และเลือกกลวิธีการปฏิบัติพฤติกรรม การเฝ้าระวังการรักษที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
3. ปฏิบัติการจัดการตนเองตามกลวิธีที่เลือกมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนด
4. เฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติ และประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
5. รวบรวม บันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด
6. ประเมินผลสำเร็จของการรักษา เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ร่วมกับทีมสุขภาพ ในการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อป้องกัน และควบคุมความรุนแรงของโรค โดยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดระดับความรุนแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม และได้้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ได้บูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีระบบ 2) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 3) แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 4) แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล 5) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) แนวคิดการจัดการตนเอง สรุปแนวคิดมาบูรณาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ซึ่งประกอบด้วย 1) นโยบายการพยาบาล 2) โครงสร้างคณะกรรมการ/คณะทำงาน องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้นำมามาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนมา กำหนดกระบวนการในการจัดบริการพยาบาลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน จัดบริการพยาบาล ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชนองค์ประกอบที่ 3 ผลผลิต/ผลลัพธ์ ที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้ ผลผลิต กำหนดเป็นตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดด้านผู้ใช้บริการ 2) ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ 3) ตัวชี้วัดด้านองค์กร

1.2.6 แนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพประกอบไปด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ธรรมชาติของระบบสุขภาพนั้น มีความหลากหลาย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การตรวจสอบ กำกับ ควบคุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสุขภาพทั้งหมด จึงเป็นเรื่องยากและท้าทายเป็นอย่างมาก การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพจึงต้องมีการเชื่อมผสานองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป คำจำกัดที่ต่างกัน ทำให้ที่มาของตัวชี้วัดแตกต่างกัน เปรียบเทียบผลลัพธ์กันไม่ได้

1. งานบริการสุขภาพ

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงงานป้องกันงานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ

ความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของ ที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้น ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ นอกจากนั้น จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน บุคลากรด้านสุขภาพหมายถึงรวมถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดี่ยวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัยและงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมของทั้งประเทศและภูมิภาค เท่าที่เป็นอยู่ยังมีความขัดแย้งที่ยังมองภาคเอกชนดึงคนไปจากภาครัฐ อนาคตทั้งภาครัฐและเอกชนก็อาจถูกดึงไปยังภูมิภาคอาเซียนหรือภูมิภาคอื่นก็ได้ การวิเคราะห์จึงต้องเห็นข้อมูลความต้องการของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและทุกภาคส่วนทั้งหมด มาร่วมมือกันผลิตให้เพียงพอับความต้องการ ในอดีตภาคบริการอยากให้ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยเร่งผลิต เมื่อได้รับการปฏิเสธภาคบริการก็ผลิตเสียเอง ผ่านมา 10-20 ปี ภาคบริการเลยต้องแบกภาระงานสอนไปด้วย ส่วนภาควิชาการงบประมาณไม่พอก็เพิ่มงานบริการขึ้นอีกแทนที่จะเพิ่มงานสอนหรืองานวิจัยที่สร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในการพัฒนางานบริการของประเทศ ปัจจุบันบุคลากรทั้งส่วนบริการและวิชาการจึงทำงานเหมือนกัน ต่างคนต่างทำ และทำงานหนักทั้งสองส่วนนอกจากปัญหาการผลิตบัณฑิตสาขาสุขภาพแล้ว ยังมีปัญหาเรื้อรังเรื่องค่าตอบแทนตามภาระงาน

(Pay for performance; P4P) ที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม บทบาทขององค์กรวิชาชีพในสาขาต่างๆ ต้องมีส่วนร่วม ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาครวมของประเทศและของภูมิภาค การคิดแก้ไขปัญหาแบบแยกเป็นส่วนๆ หรือคิดเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นคราวๆ ไป นอกจากไม่ทำให้ระบบสุขภาพมั่นคงแข็งแรงแล้ว ยังซ้ำเติมให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังมากขึ้น

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทบทวนเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความร่วมมือ การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบกับวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงาน ที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการฉีดยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

5. กลไกการคลังด้านสุขภาพ

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมีได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross

Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาพส่วน ให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ให้ระบบนี้เกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ ดังนั้น ลำพังตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลของผู้นำมิได้สัมพันธ์กับความสำเร็จของระบบสุขภาพที่ดีได้เลย

2. การให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในระบบต่างประเทศ

2.1 การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางได้ดำเนินงานในหลายรูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประเทศอังกฤษ มีการจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน และเมื่อเทียบกับประเทศไทยแล้วการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง มีรายละเอียดดังนี้

งานบริการผู้ป่วยระยะกลาง

งานบริการผู้ป่วยระยะกลาง ในระบบ NHS ได้กำหนดขอบเขตบริการผู้ป่วยระยะกลาง ไว้ดังนี้ คือ

- 1) เป็นบริการที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น
- 2) มีแผนการให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กำหนดบริการที่ต้องให้ครอบคลุมทั้งหมด
- 3) มีเป้าหมายระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ทักษะในการดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด
- 4) มีช่วงระยะเวลาให้บริการชัดเจน ในระบบ NHS กำหนดให้ไม่เกิน 6 สัปดาห์หากครบแล้วต้องประเมิน และถ้าจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีเป้าหมายต่อก็ควรเข้าโปรแกรมต่อไปอีกรอบ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความพิการและจำเป็นต้องให้บริการฟื้นฟูและมีการสนับสนุนต่อไปอีก เพื่อการคงสภาพผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว (Long term care) การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางของประเทศอังกฤษ และประเทศไทย รายละเอียดดังตารางที่ 2.1

2.1. ตาราง การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง

ประเทศ	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง
อังกฤษ	<p>จัดโปรแกรมบริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยเน้นการให้บริการที่ระดับชุมชนมีโปรแกรมเป็นกลุ่มบริการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Home from Hospital เน้นให้บริการดูแลที่บ้าน 2. Rapid Response Scheme ให้บริการที่บ้าน หรือสถานบริการที่ให้การนอน บริการที่ให้เป็นงานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น การให้ iv, peg tube, catheter replacement, crisis psychiatric care เป็นต้น 3. Step Up /Down Schemes ให้บริการที่หน่วยบริการที่รับผู้ป่วยนอน เช่น nursing home ทดแทนการนอนในโรงพยาบาล 4. Rehabilitation Schemes ให้บริการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) 5. Stroke schemes สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ให้บริการที่บ้าน เป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการดำรงชีวิตอิสระให้มากที่สุด ตลอดจนการฟื้นฟูด้านอาชีพ 6. Community Hospital Schemes เป็นบริการระยะกลางที่อยู่ในโรงพยาบาลในช่วงฉุกเฉิน เป็นช่วงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่เหมาะจะให้บริการที่สถานบริการภายนอกหรือที่บ้าน
ไทย	<p>จัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยจัดกลุ่มบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยการฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หมอนวด หมอพื้นบ้านและผู้ช่วยเหลือ 2. การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลง ปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (Restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมะ ศิลปะบำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเอง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย/คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เป็นต้น 3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วยเตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแลเตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัว

ประเทศ	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง
	ด้านสังคม อาชีพ รายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

ที่กล่าวมาด้านบนเป็นมิติการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง การจัดบริการในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รายละเอียดตามตาราง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

หน่วยงาน	การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
หน่วยบริการผู้ป่วยนอก	งานบริการผู้ป่วยนอก: ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบ OPD based program ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน
หน่วยบริการผู้ป่วยใน	งานบริการผู้ป่วยใน: ผู้ป่วยที่มีค่า B < 15 หรือ BI 2-15 แต่มี Multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน 1) ให้บริการ Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) 2) ให้บริการ Less Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ควรมีการให้บริการ Intermediate Bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง
งานบริการในชุมชน	งานบริการในชุมชน: ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดบริการ Out reach program (Community) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อเดือน ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของการฝึกผู้ป่วย

การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีการเน้นให้บริการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน โดยแนวคิดนี้เป็นแนวคิดหลักในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเน้นการจัดบริการพยาบาลในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงบ้านและชุมชน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

3. สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นที่พึ่งของประชาชนยามทุกข์ยาก ลำบาก เดือดร้อน เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ด้วยการลดอัตราการตาย การบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลดความพิการ จากการบาดเจ็บ ลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ทั้งกายและใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งลดภาระของบุคลากรและระบบบริการสาธารณสุข การมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ครอบคลุมทุกตำบลภายในปี 2553 เป็นหนึ่งในเป้าหมายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่าย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะทำให้เกิด"หนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ชีพ กู้ภัย" และเพื่อเป็นการต่อยอดให้สังคมตระหนักรู้และมีส่วนร่วมร่วมในการดำเนินงาน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเมืองขนาดใหญ่ ที่มีแหล่งอำนวยความสะดวกสาธารณสุขูปโภคต่างๆจำนวนมาก เป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญ และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังข้อมูลรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า ด้านจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก ดังปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน32,475 ราย เพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 35,971 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 10.7 จวบจนถึงปี 2562 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินยังเพิ่มขึ้นเป็น 47,831 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 9.6 ด้านจำนวนผู้เสียชีวิต มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังปี 2558 มีจำนวน 523 รายและเพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 604 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 19.3 จวบจนถึงปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1,151 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 23.0 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่,2562) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่ที่ต้องพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมากสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ป่วย IMC ที่อยู่ในชุมชนพื้นที่ในแต่ละอำเภอเองก็มีความต้องการในการได้รับการบริการที่ครอบคลุม แม้จะอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของการแพร่ระบาดของโรคระบาดก็ตาม การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน IMC ของจังหวัดเชียงใหม่เองก็ได้มีการปรับและให้ลือกับระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการให้บริการผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

4 งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 760 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemo care และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemo care 3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย 4) การติดตาม กำกับ และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม Nemo care และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40 จากผลการศึกษาครั้งนี้ ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปสู่การ ปฏิบัติแล้วส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปิยนุช ศรีสุคนธ์และคณะ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัด เพชรบุรีวัตถุประสงค์: ศึกษาการดำเนินงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพระยะกลาง จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน ผู้ป่วยระยะกลาง 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง และบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นการ อภิปรายกลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้านของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน, ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน, paired t test, และการวิเคราะห์เนื้อหาผลการศึกษา: สถานการณ์การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะ กลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด พบปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ยอมอยู่ โรงพยาบาล ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพและระบบบริการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโควิด-19 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ประกอบด้วย 1) หลักการและวัตถุประสงค์ 2) ขั้นตอนการดำเนินการดูแลระยะกลาง 3) การสนับสนุนการ

ดำเนินงานของระบบ และ 4) การประเมินผล การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ เท่ากับร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index: 81) สูงกว่าก่อนรับการดูแลตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับร้อยละ 0 ญาติและผู้ดูแลผ่านการประเมินความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายที่บ้านเท่ากับร้อยละ 100

นภัส แก้ววิเชียร (2564) ได้ศึกษานโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย. ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้าการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์วิเคราะห์กระบวนการนโยบาย ค้นหาปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางและการนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัด สงขลา และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารจากส่วนกลาง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของกระบวนการพัฒนานโยบาย และผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายระดับจังหวัด ที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และแบบประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (focus group) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานการดูแลระยะกลาง (inter-mediate care) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนโดยผู้พัฒนาและผู้นำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติทุกระดับ ร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary) ในลักษณะเครือข่ายบริการตามแผนบริการ (service plan) ที่เน้นผู้สูงอายุ 3 โรคหลัก ประสบความสำเร็จในบางจังหวัด แต่ยังต้องการการพัฒนากระบวนการนโยบายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ดังนี้ เพิ่มการสื่อสารนโยบาย ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ ขยายและเติมเต็มบริการ intermediate care ไปสู่กลุ่มโรคอื่นและกลุ่มอายุอื่นที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับบริการแบบ intermediate care สนับสนุนการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) บริการ เพื่อสร้างระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เพียงพอเฉพาะ บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อ ระหว่าง intermediate care และการดูแลระยะยาว (long term care) ผลักดันการจัดสรรอัตรากำลังแบบสหวิชาชีพที่จำเป็น เหมาะสมกับหอผู้ป่วยหรือมุมผู้ป่วย intermediate care ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และควรพัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย intermediate care ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบเดียวกันทุกพื้นที่

คมสัณฑ์ ฐานะโชติพันธ์ (2565) ได้ศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 และ (2) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องที่ศึกษาได้แก่ ผู้บริหารภาครัฐระดับนโยบาย แพทย์พยาบาล นักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ

ประชาชนทั่วไป เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสรุปความแบบพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ยังเพิ่มมากขึ้นทำให้มีปัญหาสถานที่ในการดูแลรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการรักษาและปฏิบัติงาน การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย การขาดความรู้ในการปฏิบัติงานบุคลากร การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เกิดปัญหาข้อขัดแย้งทำ ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และความไม่เชื่อมั่นในการฉีดวัคซีน และ(2) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านนโยบายมีการดำเนินนโยบายที่ต้องมีความเหมาะสม ยืดหยุ่น สอดคล้องกับสถานการณ์และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการบริหารจัดการ มีการนำนโยบายของกระทรวงไปปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศในรูปแบบ One stop service ด้านบุคลากร มีการแบ่งการทำงานตามสถานการณ์ การจัดสรรกำลังคนเน้นความเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องทำและจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 มีการสร้างความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรด้านงบประมาณ มีการอนุมัติงบประมาณสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและการบริหารค่าตอบแทน ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ มีการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ในการป้องกันและดูแลรักษา มีการกำหนดวิธีการ หลักเกณฑ์ และกระจายไปให้ภาคส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ด้านสถานที่ขณะที่โรคระบาดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 จึงต้องจัดเตรียมสถานที่ไว้ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนาม

ณัฐหทัย นิรัตติชัยและคณะ (2564) ได้ศึกษาระบบสาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติ พบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ได้สร้างความเสียหายให้แก่นานาชาติทั่วโลกอย่างมหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อชีวิตของประชาชนที่ต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากและเช่นเดียวกับประเทศไทย นับวันสถานการณ์ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ระบบสาธารณสุขไทยกำลังอยู่ในขั้นวิกฤติ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ เวชภัณฑ์การรักษาเริ่มหายาก วัคซีนที่มีไม่เพียงพอต่อประชาชนสถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน แม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการต่างๆ ออกมาบังคับใช้เพื่อยับยั้งการระบาดไม่ให้อันตราย แต่มาตรการดังกล่าวยังไม่เพียงพอที่จะหยุดจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นได้ สิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรรับทำอย่างยิ่งในตอนนี้ คือ การเร่งหาวัคซีนมาฉีดให้แก่ประชาชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้เกิดขึ้น การจัดหาเวชภัณฑ์ ยารักษาโรคให้เพียงพอ และที่สำคัญที่สุด คือ ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งการจัดการและการแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤติจะต้องทำอย่างรอบคอบและรวดเร็ว การแก้ปัญหาได้เร็วจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนและนานาชาติประเทศ ซึ่งนับเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่จะนำบทเรียนของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ในครั้งนี้ไปปรับปรุง พัฒนา ให้ระบบสาธารณสุขของไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

คือ ผู้บริหารของโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพใน IMC ward ของโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 สูง โดยพิจารณาจากรายงานสถิติรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ได้มาจากกลุ่มประชากร จำนวน 28 คน คือผู้บริหาร 8 คน และพยาบาลวิชาชีพ 20 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) โดย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 สูง โดยพิจารณาจากรายงานสถิติรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือปฏิบัติงานที่ IMC Ward และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างน้อย 1 ปีและเกณฑ์ การคัดออก คือ ไม่เคยปฏิบัติงานที่ IMC Ward และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Six building blocks) ของกระทรวงสาธารณสุข 6 ประเด็นได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) สื่อองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

2.แบบสัมภาษณ์ความต้องการการบริการ และความพร้อมของบริการเพื่อรองรับการกลับบ้านของผู้ป่วยระยะกลาง ที่พัฒนามาจากงานวิจัยของ (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2555) ที่ได้ศึกษาการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขการสำรวจแบบวันเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินดูแลผู้ป่วย IMC ในสถานการณ์โควิดในด้าน ผลกระทบ ปัญหา อุปสรรค และเพื่อประเมินแนวทางการแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1**

ศึกษาและประเมินอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 และสถานการณ์ผู้ป่วย IMC ของ จังหวัดเชียงใหม่ โดยค้นคว้าจากเอกสารทั้งในและต่างประเทศจากงานวิจัย รายงานและสื่อสิ่งพิมพ์จากข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบต่างๆ ระหว่างธันวาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 ด้วยกรสืบค้นจาก ThaiJo, Google Scholar, PubMed, CINAHL สืบค้นรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และสถานการณ์ผู้ป่วย IMC ในประเทศไทยจากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับบริการผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และรวบรวมข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคในการบริการ ผู้ป่วย IMC จากภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 2

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างผู้ให้ข้อมูลสำคัญของแต่ละ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน IMC ward จำนวน 5 คน

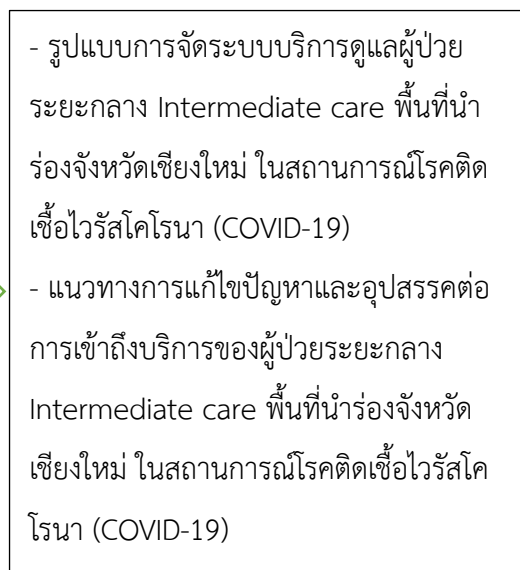
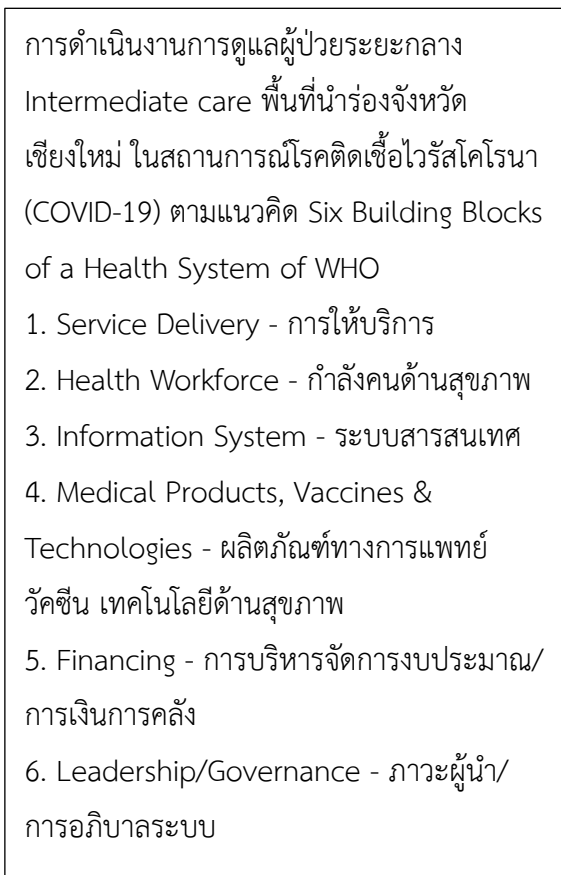
ขั้นตอนที่ 3

ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของ โรงพยาบาลจังหวัดที่เชียงใหม่ เพื่อค้นหาสถานการณ์ผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงเอกสาร และข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ และแบ่งแยกเป็นหัวข้อสำคัญ (thematic content analysis) ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO โดยใช้วิธีการของลินคอล์นและกุก้า สังเคราะห์เนื้อหาแบบ deductive coding จาก ข้อมูลการสัมภาษณ์ถอดเทปแบบคำต่อคำและค้นหาประเด็นสำคัญ เพื่อค้นหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและจำแนกประเด็นหลักโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis)

กรอบแนวคิด



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

ผลผลิต

1. ระบบการดูแลและให้คำปรึกษาแบบทางไกลเต็มรูปแบบและครบวงจร (telehealth and teleconsultation)
2. ระบบข้อมูลและแอปพลิเคชันที่บูรณาการกัน เช่น HIS (HOSxP, PMK, JHCIS), ThaiRefer, COC Link, PRM Referral Network และมี แอปพลิเคชัน Thepa Doctor ที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน
3. หลักสูตรการอบรมระยะสั้นสำหรับพยาบาลชุมชนทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลางและระยะยาว

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น การรักษาที่ทันสมัยส่งผลให้ผู้ป่วยที่ซับซ้อนมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากความต้องการใช้เตียงมีมาก เกิดความแออัด ดังนั้นเมื่อพ้นระยะวิกฤติหรือเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางส่วนยังต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่หลงเหลืออยู่จากการเจ็บป่วยหากพลาดโอกาสในการเข้าถึงบริการอาจเกิดผลเสียทางสุขภาพตามมา ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงร้อยละ 43 อีกทั้งการให้บริการหลังระยะเฉียบพลันไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมและเพียงพอ กลายเป็นผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน การดูแลระยะกลาง (intermediate care: IMC) เป็นหนึ่งใน Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ที่การตอบสนองต่อปัญหาการเข้าถึงการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเชื่อมรอยต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ให้แก่ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและเฉียบพลันที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนให้สามารถช่วยเหลือตนเองกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ ลดการเข้าสู่การดูแลระยะยาว จุดเน้นของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในปัจจุบันได้กำหนดเป้าหมายไว้ 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ที่มีความผิดปกติทางร่างกายได้แก่ 1) stroke 2) traumatic brain injury (TBI)

3) spinal cord injury ต่อมามีการขยายไปยังกลุ่มโรคอื่น ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถานบริการ การให้บริการระยะกลางยังมีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ มีความแตกต่างกันในส่วนของการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเครือข่าย การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายกลุ่มวัยของผู้รับบริการ และการกำหนดจำนวนวันนอนของการให้บริการ รวมทั้งยังมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ A และ S การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ M และ F การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมบ้านและการให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูที่บ้าน รวมทั้งความแตกต่างในการให้บริการฟื้นฟู ซึ่งมีทั้งการดำเนินงาน IMC แบบเข้ม คือมีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละ 3 ชั่วโมงและแบบปานกลาง คือ มีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 1-2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ การออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นโดยเร็ว การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) โดยทำหน้าที่ประเมินผลในพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทำการประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโครงการ และพื้นที่ที่มีการดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างสม่ำเสมอมาก่อนหน้านี้ เพื่อเป็น Benchmark สำหรับพื้นที่ที่พัฒนาใหม่

กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ลงนามความร่วมมือกับประเทศญี่ปุ่น (JICA) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ในการพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโครงการ 5 ปี คือ กันยายน 2560 - สิงหาคม 2565 โดยในปีแรก เป็นการสำรวจและศึกษาข้อมูลเพื่อจัดทำร่างรูปแบบแผนแม่บทการให้บริการในปีที่ ๒-๔ ได้ดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และมีการติดตามและประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ ซึ่งมีพื้นที่นำร่องคือพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ การดำเนินโครงการดังกล่าว สามารถพัฒนาระบบการดูแล Intermediate Care แบบไร้รอยต่อในระดับพื้นที่นำร่องต้นแบบในจังหวัดอื่น ๆ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีการดำเนินการดูแลระยะกลางในสถานการณดังกล่าวนี้

สถานการณ์ที่ไม่มีการระบาดของโรคระบาด (สภาวะปกติ)

จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ข้อมูลสถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ระบุว่าจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนประชากร รวมประมาณ 1,700,000 คน ใน 25 อำเภอ หน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง รพ.สต. 267 แห่ง และศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน 7 แห่ง นอกจากนี้หน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขอีก 9 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนอีก 15 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ได้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยทั่วไปแล้ว หลังจากรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามพื้นที่ ทั้งนี้ ในจังหวัดเชียงใหม่ มีการแบ่งพื้นที่การบริการทางการแพทย์ออกเป็น 4 พื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง เพื่อการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะ ได้แก่ รพ. สาร์กี้ รพ. ผาง รพ. จอมทอง รพ. สันป่าตอง และ รพ.สันทราย โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถให้บริการได้ในรูปแบบการจัดเตียงสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ยกเว้นโรงพยาบาลสารภีที่มีหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะ ซึ่งมีศักยภาพอย่างมากในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อมา หลังจากได้รับการดูแลระยะกลาง ซึ่งโดยปกติจะใช้เวลานานสุด 6 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. และศูนย์ดูแลตอนกลางวันซึ่งมีอยู่ 7 แห่ง หรือเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพและความตกลงของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19

โดยทั่วไปพบว่า การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดเชียงใหม่ยังคงดำเนินไปตามแผนตั้งแต่ต้น อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้พื้นที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบและเลื่อนกิจกรรมบางอย่างออกไปเช่น โปรแกรมการฝึกอบรม เป็นต้น นอกจากนี้ การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการก็อาจต้องเลื่อนออกไปด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่มีความพร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับการดูแลระยะกลางเนื่องจากทรัพยากรบุคคลด้านการดูแลสุขภาพมีจำกัด รวมทั้งอุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูก็มีไม่เพียงพอ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของจังหวัด ทั้งนี้ อาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมจากการฝึกอบรมแบบเข้มข้น เป็นการฝึกปฏิบัติงานจริงให้กับหน่วยงานเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน การจัดทำข้อมูลรายรับและต้นทุนก็ไม่ได้ดำเนินการดำเนินงานในระดับจังหวัดเนื่องจากประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและหลักประกันสังคมแห่งชาติ

ความท้าทายหลักในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ของจังหวัดเชียงใหม่ในการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อผ่านการดำเนินโครงการ ได้แก่ ประการแรก ความไม่เสถียรของระบบข้อมูลการส่งต่อที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามพบว่า โรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนาเป็นผู้นำในการใช้โปรแกรม Thai COC สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งสามารถเป็นตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่ดีให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดได้ ในส่วนการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อการประสานส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางนั้นพบว่าความแตกต่างในศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เป็นอีกหนึ่งความกังวลที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ อย่างไรก็ตาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ แม้โรงพยาบาลศูนย์/ ทิวไปจะมีศักยภาพสูงแต่มีโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางได้ เป้าหมายระยะยาวของโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่นาร่องคือ การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียและสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลระยะกลางและสร้างเสริมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ อย่างไรก็ตามก็ตีบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นด้านความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง กับชุมชนในพื้นที่ สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อในจังหวัดเชียงใหม่ได้

การวิเคราะห์ของผู้ศึกษา นี้ได้ใช้ Six Building Blocks of A Health System หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อ้างอิงอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย

1. Service Delivery - การให้บริการ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน โดยหลักการสำคัญของการให้บริการ คือ ต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่มุ่งที่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ดังนั้น จึงต้องมีการออกแบบและพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมกัน

2. Health Workforce - กำลังคนด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายถึงรวมถึง บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่ทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลาทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก็ตาม

3. Information System – ระบบสารสนเทศการมีระบบสุขภาพที่ดีนั้นจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุม มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อลดความผิดพลาดในระบบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งระบบสารสนเทศที่ดีจะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจขององค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิผลอีกด้วย

4. Medical Products, Vaccines & Technologies - ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็น มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และคุ้มค่างบราคา

5. Financing - การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือนำไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย

6. Leadership/Governance - ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ เรื่องนี้มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้นำจำเป็นต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุมรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ให้ระบบสุขภาพของประเทศเกิดความสมดุลและยั่งยืน ที่ทำให้ สามารถที่จะมองเห็นภาพรวมขององค์การทั้งหมดตามหน้าที่ที่สัมพันธ์ในการที่จะช่วยในการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ดังต่อไปนี้ประกอบด้วย

ระบบบริการ (Service Delivery)

ระบบบริการ จังหวัดเชียงใหม่เริ่มดำเนินงานจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยให้บริการแก่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะกลางและประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ซึ่งเป็นสาขาของโรงพยาบาลสารภี (ระดับ F) รับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว กรณีผู้ป่วย ยังมีอาการไม่คงที่และยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวโรงพยาบาลนครพิงค์จะประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

เกณฑ์ในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ (onset duration มีญาติหรือผู้ดูแลเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วย สามารถเข้ารับบริการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) หรือในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โดยมีระบบการให้บริการดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ความถี่ในการให้บริการครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย

2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีจำนวนเตียงให้บริการ 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งในเขตอำเภอสารภีและอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อโรงพยาบาลนครพิงค์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสารภี แพทย์เจ้าของไข้จะประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัด หลังจากนั้น โรงพยาบาลสารภีจะประสานโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามความยินยอมของผู้ป่วยและ ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย เป็นแพทย์จิตอาสาทุกวันอังคารและวันศุกร์ บริการที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล คือ บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นหลัก โดยมีแพทย์แผนไทยและการฝังเข็ม (แผนจีน) เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (intensive rehabilitation program) 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 2 สัปดาห์

3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย โรงพยาบาลจะประสานข้อมูลการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group) กรณีเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภีทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health care) ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และประเมินความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอสารภี ติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC ปัญหาด้านระบบบริการพบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานของทีม IMC เชียงใหม่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- 1) มีระบบบริการที่มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็งของพื้นที่
- 2) มีระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอลและแอปพลิเคชันไลน์

- 3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ดูแล
- 4) มีระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เพื่อการดูแล

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คนและโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการพยาบาลยังขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้นและหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลักปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่าโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSXP และ Hospital OS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines)

สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดทำบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

ระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่ จัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน จะได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่มียุทธศาสตร์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (on top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบาย การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาล ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการภารกิจด้านการ บริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสามารถกำกับติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care ภายใต้โครงการ Project on seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ตาม 6 Building Blocks Plus

1. ระบบบริการ	2. กำลังคนด้านสุขภาพ	3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์	5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
<p>- ระบบบริการมีการจัดรูปแบบระบบบริการดังนี้</p> <p>1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ให้บริการ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย</p> <p>2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีจำนวนเตียงให้บริการ 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งในเขตอำเภอสารภี และอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อโรงพยาบาลนครพิงค์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล</p> <p>3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายโรงพยาบาลจะประสานข้อมูล</p>	<p>กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน</p>	<p>ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้ โปรแกรม SSB HOSxP หรือ Hospital OS และ ข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลัก</p> <p>ปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า</p>	<p>สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดทำบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจาก คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก</p> <p>ปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์</p>	<p>จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณ สนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรร</p>	<p>ผลักดันนโยบายการพัฒนากระบวนการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาล</p>

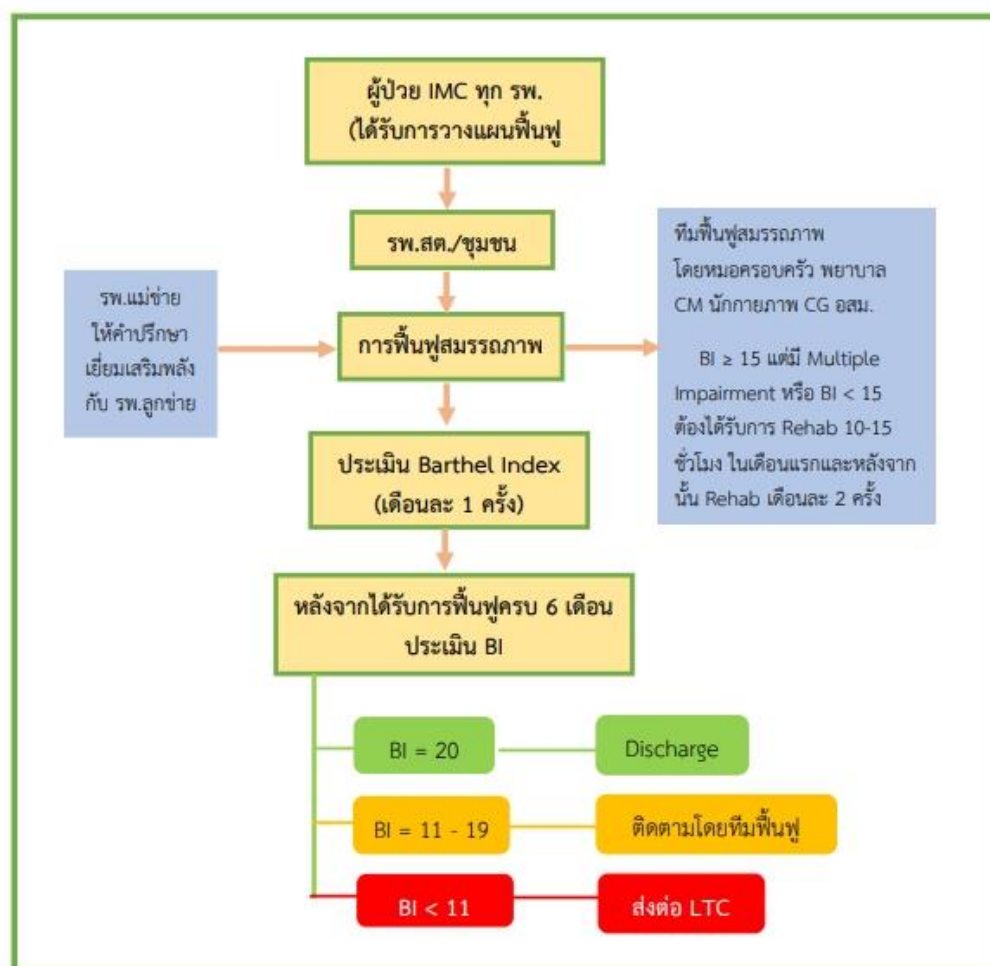
1. ระบบบริการ	2. กำลังคนด้านสุขภาพ	3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์	5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
<p>การส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group) กรณีเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภีทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health care) ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอสารภี ติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC</p>	<p>ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟู 20 สภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้นและหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ</p>	<p>โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSkP และ HospitalOS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด</p>	<p>พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่คู่มือการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p>	<p>พัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน จะได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่</p> <p>ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและยังไม่มีระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายการณ (on top) ที่สามารถรองรับ</p>	<p>ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการภารกิจด้านการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม</p>

1. ระบบบริการ	2. กำลังคนด้านสุขภาพ	3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์	5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
<p>ปัญหาที่พบ</p> <p>ปัญหาด้านระบบบริการ พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่</p>				<p>การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง</p>	

จากการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัด เชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ดังที่แสดงในแผนภาพ ดังนี้

แนวทางการดูแล ส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

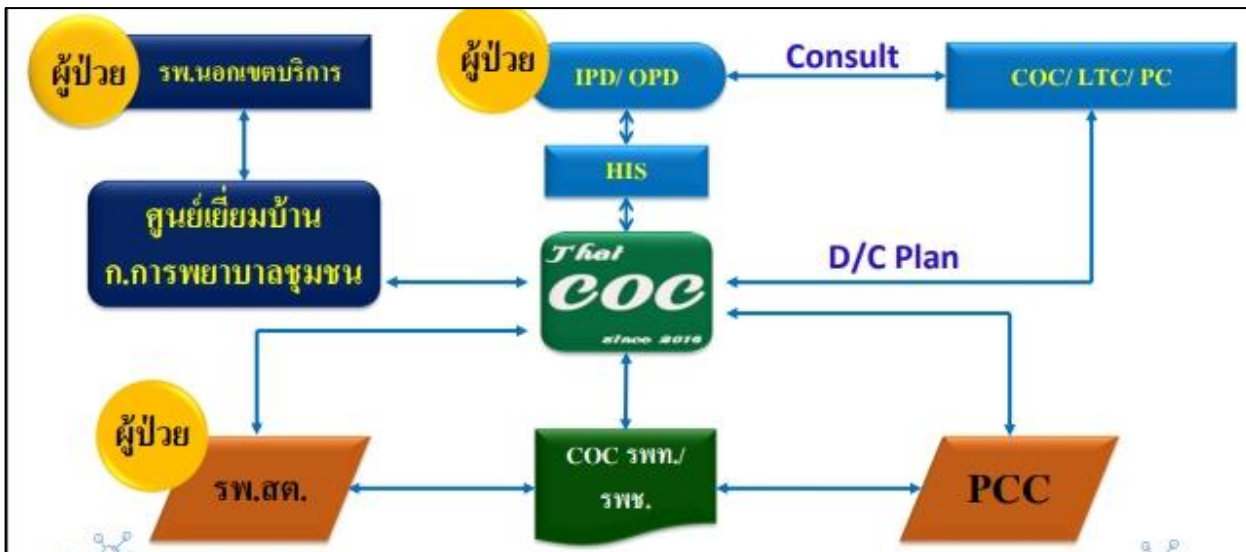
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เป็นบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบของทีมนสหวิชาชีพในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel Index น้อยกว่า 15 หรือ มากกว่า 15 และมี Multiple Impairment ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 10 - 15 ชั่วโมง/เดือน ในช่วง เดือนแรก หลังจากนั้นติดตาม เดือนละ 2 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นในเดือนแรกและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน แสดงดังแผนภาพต่อไปนี้



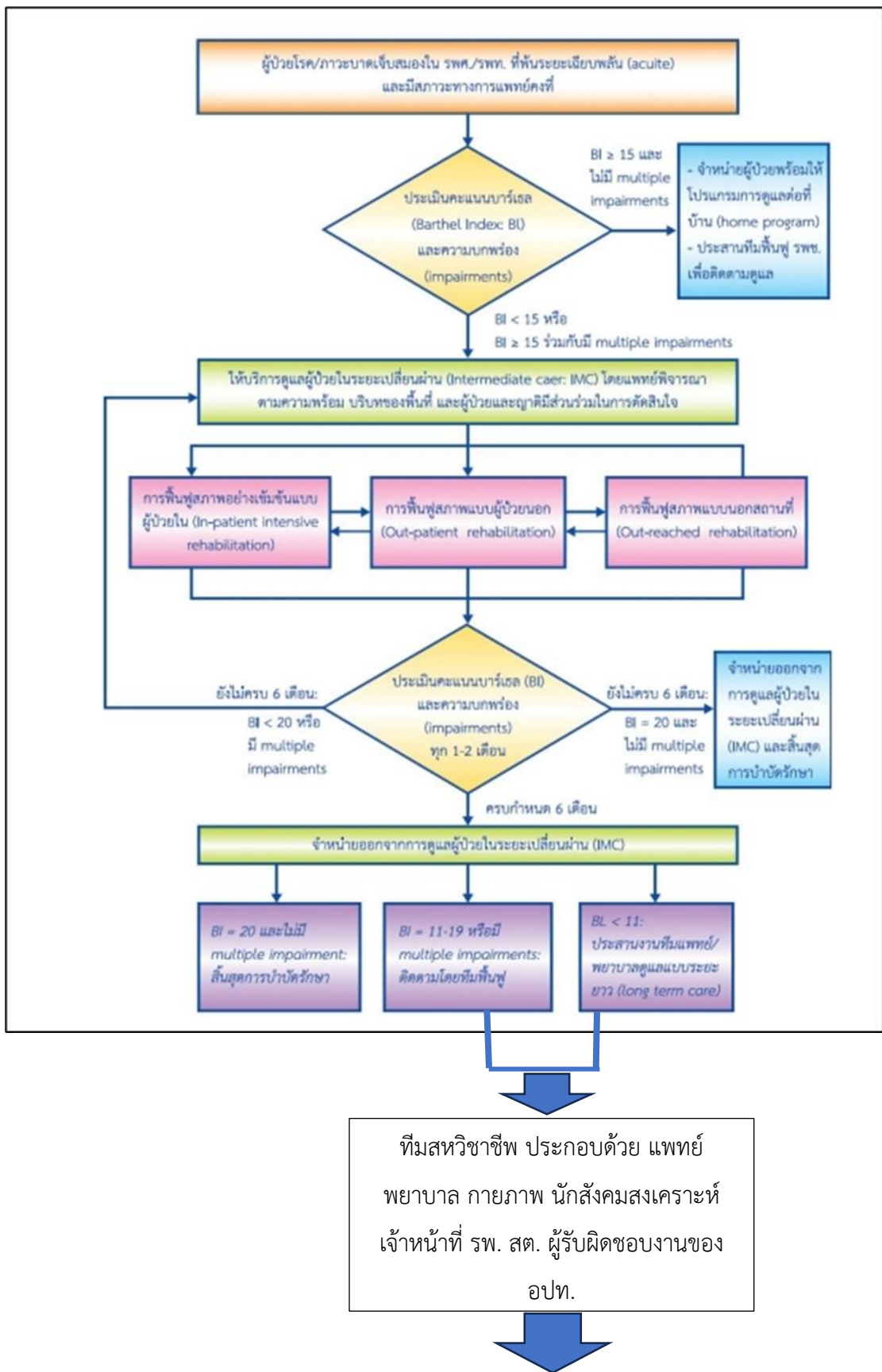
แผนผังแนวทางการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)

แนวทางการดูแล การส่งต่อ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนอกเขต และในเขตรับผิดชอบ

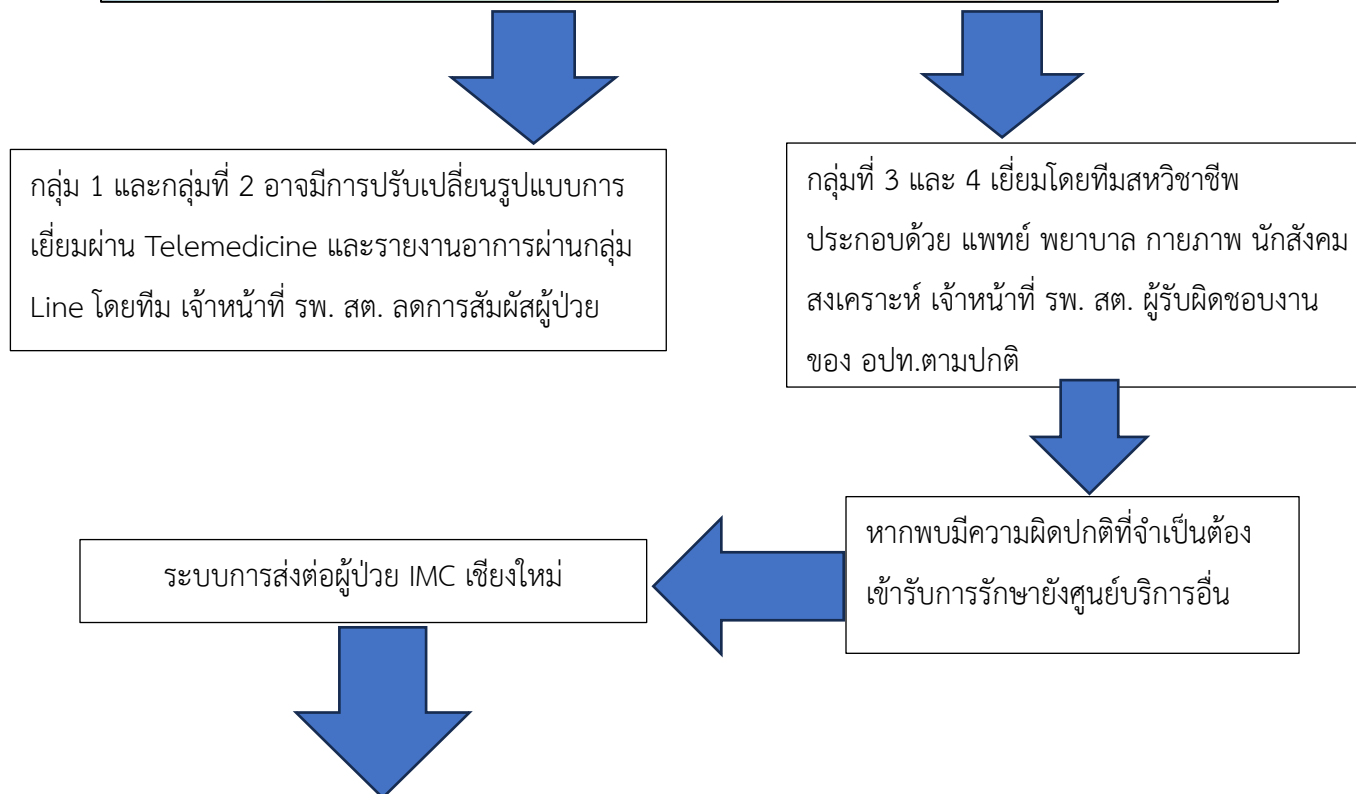


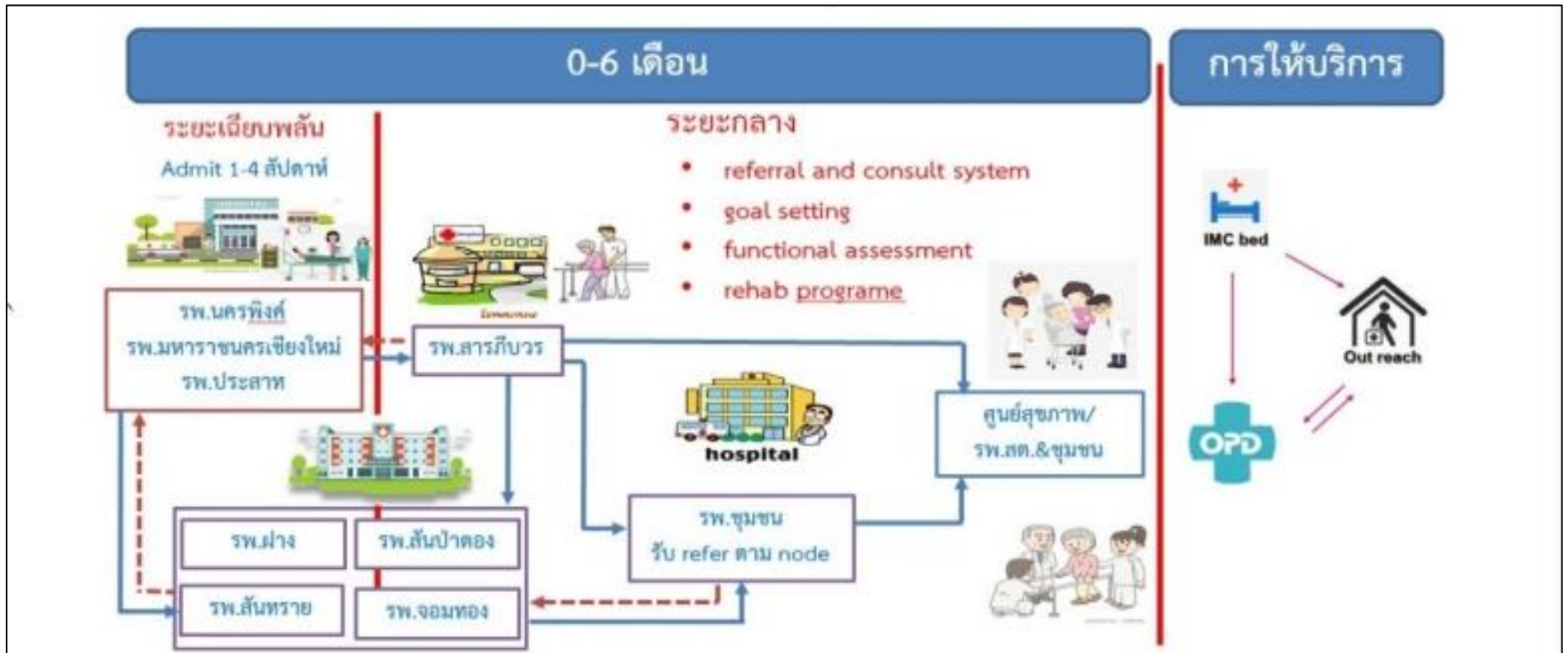
แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)



ความถี่ในการเยี่ยม

กลุ่มผู้ป่วย/ รายการ	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
	ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาดความรู้ ความเข้าใจ (ADL 12 – 20)	ต้องการช่วยเหลือ บางส่วน (ADL 5 - 11)	ต้องการช่วยเหลือ มีภาวะแทรกซ้อน ติดเตียง/พิการ (ADL 0 - 4)	PC (CA) PPS ≤ 80% (Non CA) PPS ≤ 50%
การส่งข้อมูล	ภายใน 7 วัน	ภายใน 7 วัน	ภายใน 5 วัน	ภายใน 5 วัน
ความถี่ในการ เยี่ยมบ้าน	1- 2 ครั้ง/ ปี	1 ครั้ง/ เดือน	1- 2 ครั้ง/ เดือน	PPS 70 - 100% เยี่ยม 1ครั้ง/ เดือน PPS 40 - 60% เยี่ยม 1-2ครั้ง/เดือน PPS 0 - 30% เยี่ยม 1ครั้ง/สัปดาห์
การเยี่ยมบ้าน	ภายใน 14 วัน	ภายใน 14 วัน	ภายใน 14 วัน	ภายใน 5 วัน
ทีมเยี่ยมบ้าน	อสม./จพ.	พว./นวก./จพ. สหสาขาวิชาชีพ	สหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย	PCCN ,PCN ภาคีเครือข่าย





วิเคราะห์ประเด็น

จากการดำเนินงานในช่วงสถานการณ์โควิดที่ผ่านมา ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเชียงใหม่ พบมีการดำเนินการร่วมกัน ในหลายภาคส่วนร่วมกัน ทั้งของชุมชน โรงพยาบาล และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมีการส่งต่อข้อมูลและรายงานสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่านกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ทั้งนี้มีมิ้มในการเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ในการลงพื้นที่ติดตามอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. ถึง รพช. ที่เป็นทิศทางเดียวกับ บทบาทโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับดูแลโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ทำหน้าที่ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย ให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ในการรับช่วงการดูแลต่อจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ในการสนับสนุน ขับเคลื่อน พัฒนา และติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด ซึ่ง มีแนวทางในการดำเนินการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ได้มีการกำหนดผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ต้องเข้าสู่ระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและสมอง ทั้งนี้ แนวทางการให้บริการเริ่มต้นจากการให้โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นระยะเฉียบพลันเข้าสู่การดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการ กำหนดเป้าหมายแผนการฟื้นฟูสภาพเพื่อเตรียมวางแผนจำหน่าย และส่งต่อการดูแลต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลลูกข่าย Node ระดับ M และ F จำนวน 5 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา และเมื่ออาการผู้ป่วยคงที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลลูกข่าย (ระดับ M และ F) 23 แห่ง และต่อเนื่องไปสู่ชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

- การบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ทีมที่เข้มแข็ง
- การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- การให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล แม้จะมีข้อจำกัด

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางร่วมกันกับพื้นที่ ในการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในระยะฟื้นฟูสภาพอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการของผู้ป่วย และสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

- เกิดรูปแบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชื่อมโยงการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- สืบเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้การดำเนินงานของพื้นที่ค่อนข้างยากลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายหลุดออกจากระบบการติดตาม ทำให้ผู้ดำเนินงานต้องมีกาดำเนินงานดึงผู้ป่วยเข้าสู่ระบบอีกครั้ง

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการดำเนินการพบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบคือ การเชื่อมโยงเครือข่ายบริการยังไม่ครอบคลุมในระดับ รพ.สต. และรพช. รวมถึงระบบส่งต่อในเครือข่ายและนอกเครือข่ายบริการซึ่งยังพบการส่งต่อข้อมูลที่มีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง ในอำเภอชายขอบของจังหวัดเชียงใหม่ที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัด และอำเภอที่ยังไม่ได้มีการเข้าร่วม Model นี้ทำให้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่องเท่านี้ควร แต่พบว่าปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขและพัฒนาโดยช่ายกลุ่มไลน์ของเจ้าหน้าที่ ในเขตสุขภาพที่ 1 ในการประสานงานและส่งต่อ ข้อมูลทำให้เกิดรูปแบบที่มีการทำงานร่วมกันของเครือข่าย อย่างรูปธรรม ซึ่ง กลุ่มไลน์ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ใน 9 จังหวัดภาคเหนือ ทำให้ง่ายและรวดเร็วในการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย IMC ทั้งนี้สิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องคือ การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย IMC ของบุคลากร ที่ต้องมีการเรียนรู้และฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแล ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถแยกเป็นปัญหาในแต่ละด้านได้ดังนี้

ปัญหาด้านระบบบริการ

พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟู 20 5สภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้น และหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ

พบว่า โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSkP และ HospitalOS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

ปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์

พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีความรู้ในการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

พบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่มียระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (on top) ที่สามารถรองรับ

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาระเบียบวิธีสถานการณ์ (Situation analysis research) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการประยุกต์ใช้จาก Six Building Blocks of a Health System of WHO ที่ประกอบด้วยหัวข้อในการวิเคราะห์ตามสภาพการณ์ 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งประกอบด้วย

1. ระบบบริการ (Service delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงตั้งแต่ มีนาคม – กรกฎาคม 2564 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหารจำนวน 8 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Intermediate ward จำนวน 20 คน รวม 28 คน โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ตามหลัก 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า

1. ระบบบริการ (Service Delivery)

ระบบบริการ จังหวัดเชียงใหม่เริ่มดำเนินงานจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยให้บริการแก่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะกลาง และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ซึ่งเป็นสาขาของโรงพยาบาลสารภี (ระดับ F) รับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว กรณีผู้ป่วย ยังมีอาการไม่คงที่และยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวโรงพยาบาลนครพิงค์จะประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา

โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเกณฑ์ในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ (onset duration มีญาติหรือผู้ดูแลเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) หรือในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โดยมีระบบการให้บริการดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ความถี่ในการให้บริการครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย

2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีจำนวนเตียงให้บริการ 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งในเขตอำเภอสารภี และอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อโรงพยาบาลนครพิงค์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสารภี แพทย์เจ้าของไข้จะประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัด หลังจากนั้น โรงพยาบาลสารภีจะประสานโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามความยินยอมของผู้ป่วยและ ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย เป็นแพทย์จิตอาสาทุกวันอังคารและวันศุกร์ บริการที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล คือ บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นหลัก โดยมีแพทย์แผนไทยและการฝังเข็ม (แผนจีน) เข้าร่วมร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (intensive rehabilitation program) 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 2 สัปดาห์

3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย โรงพยาบาลจะประสานข้อมูลการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group) กรณีเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภีที่มียืมบ้าน (Home Health care) ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และประเมินความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอสารภี ติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC ปัญหาด้านระบบบริการ พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานของทีม IMC เชียงใหม่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1) มีระบบบริการที่มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็งของพื้นที่

- 2) มีระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอลและแอปพลิเคชันไลน์
- 3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ดูแล
- 4) มีระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เพื่อการดูแล

2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คนและโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการพยาบาลยังขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้น และหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น ทรัพยากรทางการแพทย์และการพยาบาล สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในสถานการณ์ COVID-19 ได้ในระดับที่เพียงพอ ต่อสภาวะการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลักปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSXP และ Hospital OS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

4 สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines)

สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยี

ทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีการจัดการบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดการบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่ จัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน จะได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่มียุทธศาสตร์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (on top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายการพัฒนาบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการภารกิจด้านการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสามารถกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

- ใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของจังหวัดเชียงใหม่
- พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา (Consult) ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง
 - พัฒนา Intermediate care ลงสู่ชุมชน และสร้างระบบให้แก่ลูกข่าย
 - พัฒนาคำความรู้ CM Intermediate care ในระดับ รพ.สต. เครือข่าย
 - อบรมผู้จัดการการดูแล Care Manager Caregiver ให้ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจาก Care Manager มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และ Caregiver มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ รวมทั้งจัดอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วย เช่น การฝึกกลืน การฝึกพูด หรือคู่มือโปรแกรมการฟื้นฟูกายภาพ

- มีการติดตามการดำเนินงานพร้อมจัดเวทีนำเสนอผลงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายคืนข้อมูลให้กับชุมชน และร่วมกันแก้ไขปัญหา

- จัดทำแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยผ่านกระบวนการการถอดบทเรียนจากแนวทางการดำเนินงาน และทบทวนวรรณเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกันในการให้บริการ

อ้างอิง

Von Bertalanffy. (1956). *General System Theory: General Systems*.

กระทรวงสาธารณสุข. (2561, 10 พฤศจิกายน 2561). สาธารณสุขใช้ 3 ยุทธศาสตร์ลดแออัดโรงพยาบาลใหญ่ "ลด

เจ็บป่วย-เพิ่มประสิทธิภาพ-พัฒนาศักยภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16450>

กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ,สำนักงานใจก้าประเทศไทย,. (2563). การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางโครงการพัฒนา
รูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง. บริษัท
สำนักพิมพ์ สี่อตะวัน จำกัด.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะ
กลาง *Guideline for Intermediate care* สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนา ระบบบริการ
สุขภาพ (*Service plan*). บริษัท บอรรน ทู ปี พับลิชชิ่ง จำกัด.

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย; ดวงทิพย์ ชีระวิทย์; Kwanpracha Chiangchaisakulthai; Tuangtip Theerawit
(2559) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศ (IHPP.)

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) คู่มือ
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก *Guideline for Intermediate
Care in Hip Fracture (Fragility Fracture)* สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ (*Service Plan*). นนทบุรี

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ม.ป.ป.(2558) การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (*Sub-acute
Rehabilitation*) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.

สุวิณี วิวัฒน์วานิช. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). ความพร้อมและความต้องการของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข การสำรวจแบบวัน. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).