

รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ / นามสกุล

- ๑) นางสาวศรัณยา แสงมณี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
อายุ ๕๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๒) นางสาวนณพร ทศแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
อายุ ๓๓ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้สูงอายุ

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

จัดระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยนอกทุกประเภทของการเจ็บป่วย และผู้ป่วยสูงอายุ เชื่อมโยงการดูแลสู่ชุมชน และการเยี่ยมบ้าน

๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร Introduction of intermediate care and seamless care service ๒

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

แหล่งผู้ให้ทุน JICA ประเทศ ญี่ปุ่น

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

จำนวน -

ระหว่างวันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีกำหนด ๑๔ วัน

สถานที่ ประเทศญี่ปุ่น

รวมระยะเวลาการรับทุน ๑๔ วัน

ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ของ รัฐบาลประเทศญี่ปุ่น (องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น:JICA)

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
๒. เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดการจัดระบบการบริการที่มีคุณภาพและไม่หยุดนิ่ง

๓. นำความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่ได้มาถ่ายทอด นิเทศแก่ผู้ร่วมงานในทีม เพื่อพัฒนาระบบงาน

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

การอบรมครั้งนี้เน้นการดูแลแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลัน สู้อาการใน ระยะฟื้นฟูและในชุมชน ได้รับความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติงานจริงของสถานบริการหลายแห่ง มีเนื้อหาโดยย่อ ดังนี้

แนวคิดของการดูแลระยะกลางและการดูแลแบบไร้รอยต่อของประเทศญี่ปุ่น

รูปแบบขั้นตอนการบริการ ระยะเฉียบพลัน → ระยะฟื้นฟู (ฟื้นตัว) → ระยะเรื้อรัง (LTC) → ระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาตามขั้นตอน ดังนี้

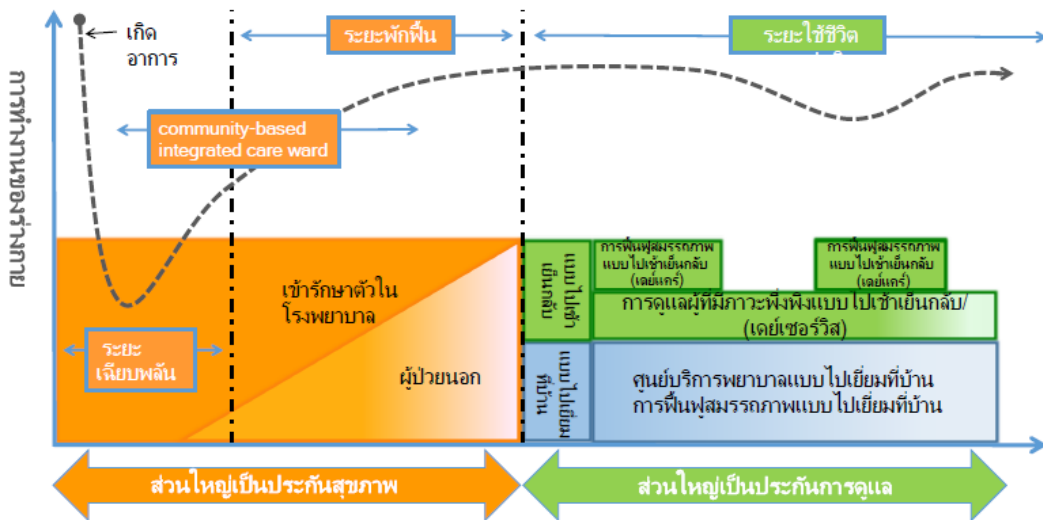
๑. เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเฉียบพลันซึ่งสามารถรับการรักษาในระยะเฉียบพลันได้นาน ๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน

๒. หลังจากนั้นหากยังต้องฟื้นฟูสภาพต่อจะมีการทำกายภาพบำบัดแบบเข้มข้นในโรงพยาบาล ฟื้นฟู ได้อีกในระยะเวลาสูงสุดไม่เกิน ๖ เดือน ถ้าเกินกว่านั้นจะเข้าสู่การดูแลระยะยาว

๓. การดูแลระยะยาว จะเป็นการให้บริการฟื้นฟูที่บ้าน ฟื้นฟูที่ศูนย์การฟื้นฟู เยี่ยมบ้าน ดูแลแบบบูรณาการในชุมชน บริการแบบ long term care ที่บ้าน หรือบริการดูแลเฉพาะกลางวัน (Day care)

๔. การดูแลระยะสุดท้าย

การให้บริการต้องใช้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, PT, OT, ST, MSW, พยาบาลฟื้นฟู Care manager, Care giver ร่วมกันดูแลเป็นทีม นอกจากการดูแลดังกล่าวแล้วยังเน้นเรื่องการป้องกันและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดรูปแบบการดูแลเพื่อยืดอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดี



รูปแสดงการดูแลระยะต่าง ๆ

Key word ในการดำเนินงานการดูแลแบบไร้รอยต่อของประเทศญี่ปุ่น

๑. การทำงานเป็นทีม
๒. การตั้งเป้าหมาย เป็นเป้าหมายโดยรวมในการทำกิจกรรม และ/หรือ ระดับการมีส่วนร่วมทาง

สังคม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

๓. แนวคิดของ “การดูแลเพื่อการใช้ชีวิตอิสระ” และ “การสนับสนุนการพึ่งพาตนเอง”

โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูและระยะเรื้อรัง

๔. การให้ผู้ป่วยลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด

สิ่งที่จำเป็นในการดูแลแบบไร้รอยต่อของการฟื้นฟู

	ระยะเฉียบพลัน	ระยะกึ่งเฉียบพลันถึงระยะฟื้นฟู ตัว (IMC)	ระยะเรื้อรัง (LTC)
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือชีวิต - มีสภาวะคงที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับชีวิตประจำวัน - เตรียมพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตที่บ้านและ/หรือในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันโรคแทรกซ้อนและกลุ่มอาการอันเนื่องมาจากการไม่ได้ใช้งาน - การปรับปรุงการเคลื่อนไหวพื้นฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ฟื้นฟูการสูญเสียสมรรถภาพ - พัฒนา ADL - การประสานงานเพื่อกลับบ้านและ/หรือชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การรักษาความสามารถทางกายภาพและADL - การป้องกันการเกิดซ้ำและการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน - การยืดอายุขัยของการมีสุขภาพดี - การตระหนักถึงการมีส่วนร่วมทางสังคม
สิ่งที่ต้องทำ	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการความเสี่ยง - การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น - การให้ผู้ป่วยลุกเดินหลังผ่าตัดโดยเร็ว - การตั้งเป้าหมาย (ภายในทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ) - การส่งต่อข้อมูลไปสู่การดูแลระยะต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - การฟื้นฟูแบบเข้มข้น - การทำงานเป็นทีม - การปรับสภาพแวดล้อม - ข้อมูลและแอปพลิเคชันสำหรับการสนับสนุนของภาครัฐและเอกชน - การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง Care manager ตามความจำเป็น - การส่งต่อข้อมูลไปสู่การดูแลระยะต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - การฟื้นฟูสมรรถภาพและ/หรือการจัดการตนเอง - การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ - การทำงานเป็นทีม - การส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลทั้งหมดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ พึ่งพาตนเองได้ โดยนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลตามความต้องการ การดูแลคือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง

ภายใน ๑๕ ปีข้างหน้าญี่ปุ่นจะมีประชาชนอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ๓๔% และอายุ ๗๕ ปี จะสูงถึง ๔ เท่าของปัจจุบัน ๕๐%ของอายุ ๗๕ ปี จะใช้ระบบ Care insurance และใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ๔ แผนกขึ้นไปและในปี ๒๐๔๐ ญี่ปุ่นจะมีปัญหาเรื่องอัตราตายสูงและมีความพิการเพิ่มขึ้น (Massive Deaths & Massive Disabilities) ทำให้ต้องวางแผนการจัดระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกกระยะ

เวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ๑) ระยะเฉียบพลัน ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ๒) ระยะฟื้นตัว ดูแลในหอผู้ป่วยฟื้นฟู (หอผู้ป่วยดูแลเชิงบูรณาการในชุมชน) และ ๓) ระยะดำเนินชีวิต ดูแลที่บ้าน โดยผู้สูงอายุจะเลือกเองว่าจะไปโรงพยาบาล (เตียงพักฟื้น) ไปสถานดูแล (สถานบริการสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) ให้แพทย์ พยาบาลไปเยี่ยมบ้าน หรือจะเข้าพักในสถานดูแลระยะสั้น

เมืองนาโงย่ามีมหาวิทยาลัยการแพทย์ฟุจิตะ ที่เป็นแหล่งการศึกษาและการบริการสุขภาพครบวงจรในทุกกระยะ ถ้าสมัยในทุกชั้นตอนด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์และมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดูแล ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยฟุจิตะ ที่มีห้องฝึกกายภาพบำบัดภายในหอผู้ป่วย ห้องฝึกกายภาพบำบัดในICU ทำกายภาพบำบัดในระยะเฉียบพลัน และมีศูนย์ฟื้นฟูที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในญี่ปุ่น โรงพยาบาลนะนะคุริ เมโมเรียล มีหอผู้ป่วยฟื้นฟู ๑๕๐ เตียง ซึ่งมีผลงานการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงสุดทั่วประเทศ

ผู้ป่วยจะเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (วิกฤต: ICU) โดยให้เริ่มลุกจากเตียงและดูความก้าวหน้าจากท่านอน นั่ง ยืน นั่งรถเข็นหรือเดิน พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการเร็วกว่าเริ่มฟื้นฟูเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน และหากผู้ป่วยพ้นระยะเฉียบพลันก็จะมีอาการเชื่อมโยงต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน ไปหอผู้ป่วยฟื้นฟูหรือหอฟื้นฟูรูปแบบใหม่ ที่มีรางพยุงตัวที่ยาว ๒๐๑ เมตร มีห้องกายภาพบำบัดแบบ build in มีหุ่นยนต์ช่วยฝึกฟื้นฟู โดยมีโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและจำนวนวันนอนสูงสุด ดังนี้

ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะฟื้นฟู	จำนวนวันตั้งแต่แสดงอาการของโรค	จำนวนวันสูงสุด
โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง บาดเจ็บทางสมอง หลังผ่าตัดสมองใส่ shunt โรคทางสมองและไขสันหลัง การฝึกสวมใส่กายอุปกรณ์	ภายใน ๒ เดือน	๑๕๐ วัน
Ischemic stroke ที่มีการทำงานของสมองระดับสูงผิดปกติ การบาดเจ็บภายนอกหลายแห่งรวมถึงกระดูกสันหลังส่วนคอและศีรษะ	ภายใน ๒ เดือน	๑๘๐ วัน
กระดูกหักหลายแห่ง (ขา แขน เขิงกรานกระดูกสันหลังข้อสะโพกเข้า) จะผ่าตัดหรือไม่ก็ได้	ภายใน ๒ เดือน	๙๐ วัน
โรคปอดอักเสบ และมีภาวะถดถอยการไม่ได้ใช้งานเนื่องจากการผ่าตัดหรือนอนพักรักษา	ภายใน ๒ เดือน	๙๐ วัน
หลังการบาดเจ็บเส้นประสาท กล้ามเนื้อ หรือเส้นเอ็นของกระดูกต้นขา กระดูกเขิงกราน กระดูกสันหลัง ข้อสะโพกหรือข้อเข่า	ภายใน ๑ เดือน	๖๐ วัน
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกหรือข้อเข่า	ภายใน ๑ เดือน	๙๐ วัน

ทั้งนี้จะมีการฟื้นฟูวันละ ๕ ชั่วโมง โดยทำกายภาพบำบัด: PT, กิจกรรมบำบัด: OT, และฝึกพูด: ST รวมสูงสุดไม่เกิน ๓ ชั่วโมง โปรแกรม Circuit training (เน้นการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม ฝึกกล้ามเนื้อ ลูก ยืน เดิน ADL) อีก ๑ ชั่วโมงและฝึกด้วยตนเองอีก ๑ ชั่วโมง ทุกวันไม่มีวันหยุด รวมถึงมีหุ่นยนต์ที่ใช้ในการฝึก แขน ขา อีกด้วย และจะมีการประชุมร่วมกันแชร์ข้อมูลระหว่างกันในทีมสหวิชาชีพ โดยประชุมในทุกหอผู้ป่วย ทุกวัน หรือ ประชุม Care manager ทุกสัปดาห์ รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะเฉียบพลันและการทำงานเชื่อมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะถูกนำส่งโรงพยาบาลและอยู่ในระยะเฉียบพลัน จะเริ่มทำกายภาพบำบัดข้างเตียงตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจะส่งต่อไปฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วยฟื้นฟูที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมและมีสหวิชาชีพครบ และหากต้องดูแลในระยะยาวจะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ในการดูแลทุกระยะจะมีการเชื่อมโยงกันโดยสอดคล้องกับชุมชนบนพื้นฐานของการแชร์ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกัน หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ ๓ ประเด็นคือ

๑. จัดทำโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงกลับไปดูแลที่บ้านและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่างระยะเฉียบพลันและระยะกลาง

๒. กระตุ้นการลุกจากเตียงโดยเร็ว ป้องกันภาวะเสื่อมถอยจากการไม่ใช้งาน และส่งเสริมการเคลื่อนไหวในการใช้ห้องน้ำตั้งแต่อยู่ในระยะเฉียบพลัน เพื่อเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างราบรื่น

๓. สิ่งที่ระยะเฉียบพลันมุ่งเน้นคือ ลดช่องว่างความแตกต่างระหว่าง “ADL ที่น่าจะทำได้” กับ “ADL ที่ทำได้จริง” ร่วมกับมุ่งหวังการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ



รูปแสดงการฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน

บทบาทของโรงพยาบาลฟื้นฟูภายใต้ระบบการบูรณาการภายในท้องถิ่น

ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลฟื้นฟูภายใน ๖๐ วันตั้งแต่เกิดอาการ จะมีการฟื้นฟูแบบ IMC แบบเข้มข้น การทำงานจะมี ๓ ส่วน คือ ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะฟื้นฟู และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะฟื้นฟู เพื่อ พัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการติดเตียง และช่วยให้กลับบ้าน แต่มีความยากลำบากเพราะ ผู้ป่วยและญาติมีเป้าหมายที่ต่างออกไป ผู้ป่วยอยากกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ ไปทำงานได้ โรงพยาบาลก็มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ใช้ชีวิตที่บ้านได้ จึงต้องมีการพูดคุยชี้แจงเตือนละ ๑ ครั้ง ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพทุกวัน

และมีการ walking conference ข้างเตียงทุกวัน เพื่อปรับความเข้าใจให้มีความคิดเห็นที่ตรงกัน การฟื้นฟูอาจทำได้ทั้งเป็นผู้ป่วยใน ฟื้นฟูแบบไปเช้า เย็นกลับ หรือฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้าน



รูปแสดงการประชุมทีมทุกเดือน



รูปแสดงการประชุมทีมทุกวัน



รูปแสดงการทำ Walking conference ทุกวัน

ระบบการฟื้นฟูของประเทศญี่ปุ่นมีบุคลากรเพียงพอในทุกสาขาวิชาชีพ ทำงานเป็นทีม มีการประชุมทีมในโรงพยาบาลทุกระดับ มี Medical social worker (MSW) เชื่อมโยงกับการจัดบริการให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม บุคลากรมีความกระตือรือร้นและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลกัน มีการให้เยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจะมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรที่ไปเยี่ยมบ้านลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและสื่อสารต่อไปยังผู้เยี่ยมบ้านคนอื่นได้ และมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมหรือจัดแบบใช้หุ่นยนต์ช่วยในบ้านด้วย



รูปแสดง Robotics & Technologies





รูปแสดง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลฟื้นฟู

Walk Assistance Robot
หุ่นยนต์ช่วยทรงตัวในการเดิน

หุ่นยนต์ผู้ช่วย
Life Assistance Robot

Remote Communication TV
ทีวีสื่อสารทางไกล

สร้างพื้นที่การอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการดำเนินชีวิต

Creation of Housing Space for Elderly People to Live In

รูปแสดงการจัดสภาพบ้านโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย

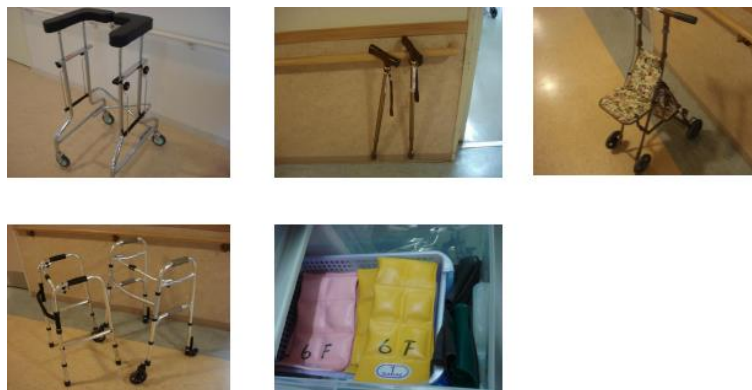
นอกจากนี้ภายในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะฟื้นฟู ยังจำลองสภาพบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจวัตรประจำวันเสมือนอยู่ในบ้านอีกด้วย



รูปแสดงสภาพบ้านจำลอง

Service delivery

๑. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในชุมชน ทำกิจกรรมร่วมกัน ป้องกันโรคทางกายและทางสมอง มีการควบคุมรักษาโรคประจำตัวที่ดี
๒. Acute care: มีโรงพยาบาลระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะ มีการทำงานเป็นทีม ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการส่งต่อรักษา อย่างเหมาะสมกับกลุ่มโรคและความรุนแรงของโรค มีการฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลันที่ดี ประมาณ ๒ สัปดาห์
๓. Community-Integrated Care ward: ให้การดูแลต่อเนื่องแบบสหสาขาวิชาชีพระยะ ๒ เดือน รวมถึงการฟื้นฟู สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้
๔. Rehabilitation hospital: ให้บริการฟื้นฟูโดยตรง สามารถดูแลได้นานถึง ๖ เดือน โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
๕. ระบบบริการภายใต้ long term care insurance: ให้บริการที่ครอบคลุมเหมาะกับทุกสภาพของผู้สูงอายุ มีรถรับส่ง สามารถเข้าถึงบริการทั่วถึง มีระบบ care manager ที่ชัดเจน และมีการให้บริการที่หลากหลาย
๖. มีบริการให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นและระบบปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้าน



รูปแสดงอุปกรณ์ที่สามารถยืมกลับบ้านได้

Forming data of revenue and cost

๑. มีระบบประกันสุขภาพและLTC insurance สำหรับทุกคน โดยมีระบบร่วมจ่าย
๒. ในระยะเฉียบพลัน มีระบบเบิกจ่ายแบบ fee for service ในระยะกลางระบบเบิกจ่ายจะเป็นแบบ fee schedule โดยใช้กลไกการจ่ายขึ้นทำให้เกิดบริการที่เหมาะสม มีความเท่าเทียมกันทั้งภาครัฐและเอกชน

Patient and family

๑. ระบบการให้ข้อมูลให้ข้อมูลทั้งฝ่ายบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน และลงนามในทุกขั้นตอน
๒. ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกรับบริการตามต้องการได้ เช่น ขออยู่บ้าน โดยให้ไปเยี่ยมบ้าน



๓. ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดยาขับปัสสาวะทุกวัน แต่ไม่ประสงค์จะอยู่โรงพยาบาลและไม่ต้องการมาโรงพยาบาลทุกวัน แพทย์จะสั่งยา และให้พยาบาลเยี่ยมบ้านไปฉีดยาให้ที่บ้านทุกวัน



๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง

๑. ได้เรียนรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูและการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน ของประเทศญี่ปุ่น
๒. ได้เห็นการทำงานที่ประสานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อคุณภาพการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
๓. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูและชุมชน รวมถึงการเยี่ยมบ้าน
๔. ได้เห็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาประยุกต์และพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูและเชื่อมโยงสู่ชุมชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 ๒. เผยแพร่ความรู้และประสบการณ์แก่ผู้ร่วมทีม
 ๓. มีนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- อื่น ๆ (ระบุ) ไม่มี

ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

ไม่มี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. การฟื้นฟูสมรรถภาพควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันและทำต่อเนื่องในทุกระยะจนกลับสู่สังคม
๒. การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุไม่มีผู้ใดสำคัญที่สุด การปรึกษาหรือประชุมร่วมกันในลักษณะ Interdisciplinary โดยให้ผู้สูงอายุและญาติร่วมกันตั้งเป้าหมาย จะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีที่สุด

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวศรัณยา แสงมณี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวนณพร ทศแก้ว)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายชัยศ เต่นอริยะกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์