รายงานผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทประเทศไทยใน 13 จังหวัดนำร่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

Comprehensive Dementia Care system; CDC system



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 กระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาก่อให้เกิดตัวอย่างรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลให้เกิดประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีการขยายผลของระบบการดูแลให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO การสร้างระบบการดูแลไม่ใช่งานของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง ต้องมีการบูรณาการความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ชุมชน และภาคเอกชน บูรณาการความร่วมมือกันนี้ไม่เพียงจะให้ระบบเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นำไปต่อยอดขยายผลจนเกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีในพื้นที่ การจัดให้มีระบบบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบครบวงจร จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการวินิจฉัยและบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การเข้าถึงบริการเพื่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ โดยได้รับการปกป้องคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม และชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนของไทย สำหรับประเทศไทยการดำเนินการให้มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อเป็นการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงอายุต่อไป

การประเมินผลโครงการงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จะเป็นแนวทางในการวางแผนงานและสนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาเพื่อขยายพื้นที่การจัดทำระบบให้ครอบคลุม สอดคล้องและเชื่อมโยงกับนโยบายรองรับและต่อยอดการดำเนินงานระบบอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการทำงานเป็นงานประจำ และเกิดความยังยืนในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพที่ครบถ้วน รวมทั้งการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมบุคลากร ทีมสนับสนุน ทีมไตรภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุ

คณะทำงาน

คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

รองอธิบดีกรมการแพทย์

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญารัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสำนัก 9 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพทุกระดับ พื้นที่นำร่อง

คณะทำงาน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

นางสาวอรวรรณ์ คูหา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางสาวปนิตา มุ่งกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ ผู้ช่วยวิจัย

นางสาวณัฐฏนันท์ รุ่งเรืองสหพันธ์ นักโภชนาการ

นางสาวกัญญ์ศิญา จูห้อง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวอัฐพร จันทสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวขวัญฤดี มีผิว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายพิบูลย์วงศ์ โพล้งวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายณัฐพล ใหม่เฟย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นางสาวธีราพร อุ่นบาง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน ภาควิชาอายุรศาสตร์

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

นางสาวจารุณี วิทยาจักษุ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

นางสาวพลินท์ชฎา พัชราพิสิฐกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

อาจารย์ทิพเนตร งามกาละ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

พันเอกหญิงรศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ คลินิกผู้สูงอายุ
พันเอกสายันต์ จั่นบำรุง คลินิกผู้สูงอายุ
พันตรีธีรธาร ธรรมโชติ คลินิกผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.นัดดา คำนิยม ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายณัฐพล ขยันเทศ

พื้นที่นำร่องการจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

เขตสุขภาพที่ 1 พื้นที่จังหวัดลำพูน
พื้นที่จังหวัดพะเยา
เขตสุขภาพที่ 2 พื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์
เขตสุขภาพที่ 3 พื้นที่จังหวัดนครสวรรค์
พื้นที่จังหวัดอุทัยธานี
เขตสุขภาพที่ 4 พื้นที่จังหวัดลพบุรี
พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี
เขตสุขภาพที่ 6 พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา
เขตสุขภาพที่ 8 พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู
พื้นที่จังหวัดอุดรธานี
เขตสุขภาพที่ 10 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
เขตสุขภาพที่ 12 พื้นที่จังหวัดสงขลา
เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

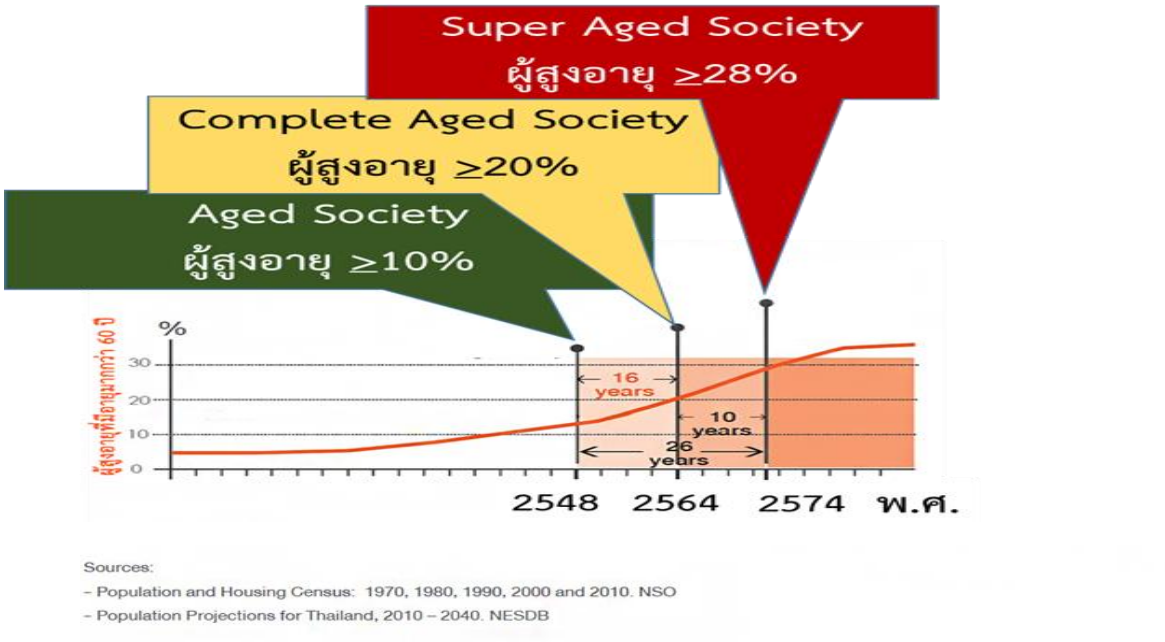
		หน้า
คำนิยม		
คำนำ		ก
คณะทำงาน		ข
สารบัญ		ง
ส่วนที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความหมายระบบ	**17**
	คำนิยาม	**19**
	พื้นที่นำร่อง “สมองเสื่อม”	**19**
ส่วนที่ 2	**รูปแบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำเรื่องสมองเสื่อม 12 จังหวัด**	**40**
	การประมวลผลการดำเนินงานของ CDC system (พ.ศ. 2562-2564)	**40**
	กระบวนการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	**40**
	ระบบการคัดกรอง คัดแยก	**45**
	ระบบการคัดกลุ่ม	**47**
	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	**49**
	ผลการดำเนินงานในระยะที่ 1	**50**
	ผลการดำเนินงานในระยะที่ 2	**50**
	ระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำเรื่องสมองเสื่อม 13 พื้นที่	**56**
ส่วนที่ 3	**กลไกลการขับเคลื่อนระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร**	**506**
	รูปแบบการจัดการและดำเนินงานระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	**506**
	คลินิกผู้สูงอายุ การวินิจฉัยที่บูรณาการใน CDC system	**508**
	กลไกลการขับเคลื่อน	**509**
	ผังไหล/แผน	**512**
	ข้อเสนอแนะในการนำใช้ในบริบทปัจจุบัน	**514**
ภาคผนวก		

ส่วนที่ 1
บทนำ

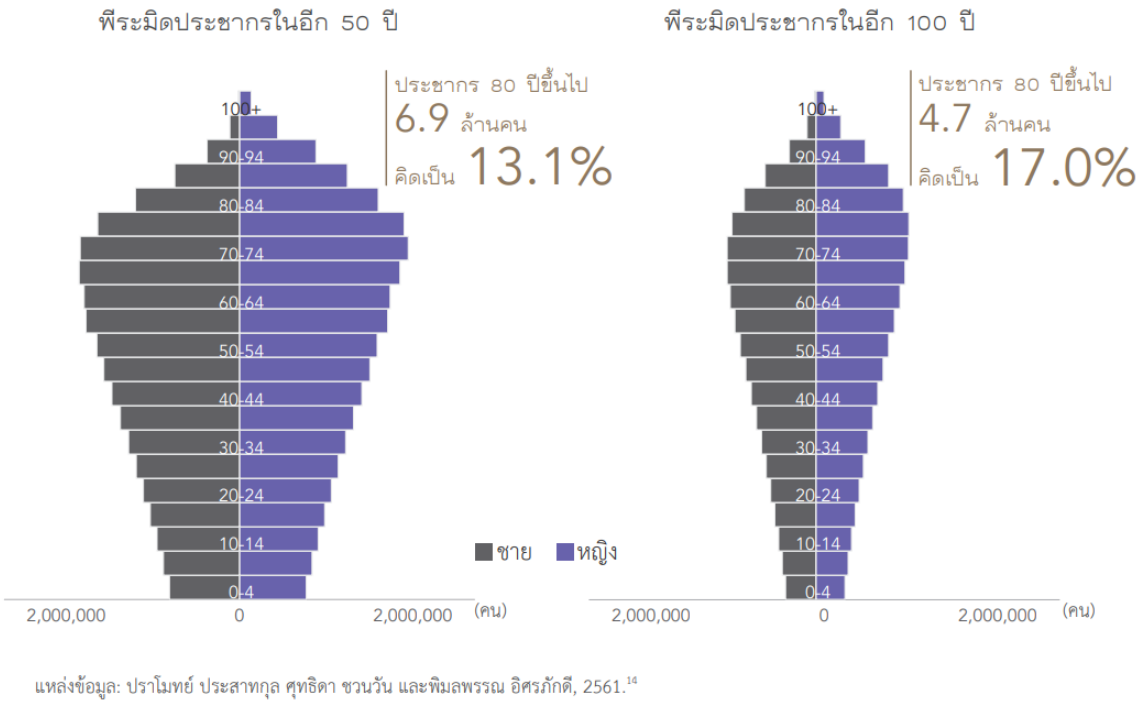
ความนำ

สถานการณ์ด้านประชากร

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี 2565 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุรวม 66,786,414 คนจำแนกเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12,914,155 คน (คิดเป็น 19.3% ของประชากรรวม) และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 8,576,671 คน (คิดเป็น 12.8% ของประชากรรวม) (ประชากรศาสตร์, มหิดล) จากการคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองจำนวน 6,183,595 คน (ร้อยละ 64.23) พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.61 ติดบ้าน ร้อยละ 2.77 และติดเตียง ร้อยละ 0.62 หรือเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ร้อยละ 3.4 คือประมาณ 3 แสนคน (HDC, 2565) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง จึงเป็นกลไกที่สำคัญ การมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุม จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้บริบาลผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) รวม 114,013 คน ประกอบด้วย Care Manager จำนวน 15,740 คน Care giver จำนวน 96,068 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน 2,205 คน (ข้อมูลโปรแกรม Long Term Care (3C) วันที่ 21 เม.ย. 65)



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะประชากรผู้สูงอายุ



แหล่งข้อมูล: ปราโมทย์ ประสาทกุล ศุทธิดา ชวนวัน และพิมลพรรณ อิศรภักดี, 2561.[14]

ภาพที่ 2 แสดงปิรามิดประชากรประเทศไทย

จากสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศ ดังแสดงในภาพปิรามิดประชากรประเทศไทย ที่บ่งบอกถึงสัดส่วนกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่า จากในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือ ในปีพ.ศ 2583 ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงจาก 66.5 ล้านคน เหลือ 65.4 ล้านคน ประชากรเยาว์วัย (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.9 เหลือร้อยละ 12.8 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ลดลงจากร้อยละ 65.0 เหลือร้อยละ 55.8 อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.8 ในปีพ.ศ 2564 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.0 ล้านคนเป็น 20.5 ล้านคน ในอีก 50 ปีข้างหน้า หรือในปีพ.ศ 2615 ถ้าประเทศไทยปล่อยให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่อไปตามแนวโน้มของการลดลงในอดีตที่ผ่านมา จนลดลงเหลือผู้หญิงคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยเพียงประมาณ 1.2 (หรือต่ำไปกว่านั้น) ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงจนเหลือ 52 ล้านคน ประชากรเยาว์วัย (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.6 เป็นร้อยละ 10.7 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ลดลงจากร้อยละ 64.6 เป็นร้อยละ 47.9 อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.8 ในปีพ.ศ 2564 เป็นร้อยละ 41.9 ในปีพ.ศ 2615 จำนวนประชากรในอีก 100 ปีข้างหน้า หรือในปีพ.ศ 2665 ประชากรไทยจะลดลงเหลือเพียง 28 ล้านคนเท่านั้น ประชากรเยาว์วัย (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 8.4 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) เหลือร้อยละ 44.8 และอัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46

นโยบายของประเทศ แผนชาติ 20 ปี และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

1. ความเชื่อมโยง/ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์แต่ละระดับ:

1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ

1.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

1) เป้าหมาย การพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีการพัฒนาที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่ 3 และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกร นักคิด ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่และอื่นๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง

2) ประเด็น 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ
- การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ
- การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี
- การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่

3) ประเด็น 23 การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

- การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสังคม

1.1.2 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

1) เป้าหมาย การพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกลบริหารราชการแผ่นดินท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข็มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้ความเป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

2) ประเด็น 17 การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ

- สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับทุกช่วงวัยทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม
- สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และโดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มี

รายได้น้อยและกลุ่มด้อยโอกาส

1.2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

2.1 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (13) การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

1) เป้าหมายระดับประเด็นของแผนแม่บทฯ

เป้าหมาย : คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด : อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี

ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า 70 ปี ในปี 2566-2570 และไม่น้อยกว่า 75 ปี ในปี 2571-2580

2) แผนย่อยของแผนแม่บทฯ :

(13.3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี

(13.4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

3) เป้าหมายแผนแม่บทย่อย

(130301) มีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น

(130401) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง

2.2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (23) การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

- คุณภาพ ศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และความเสมอภาคทางสังคม
- ได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้นจากผลการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเชิงสังคม

2.3 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (17) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

1) แผนย่อยของแผนแม่บทฯ พลังทางสังคม

2) เป้าหมายแผนแม่บทย่อย

(150101) ภาคีการพัฒนามีบทบาทในการพัฒนาสังคมมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.4 (หลัก) ชื่อองค์ประกอบ : V01 ระบบสุขภาพ (แผนแม่บทย่อย 12.4/เป้าหมาย 130401)

ชื่อปัจจัย : F0101 มาตรฐานตามหลักวิชาการ

F0102 ระบบบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ

F0105 นวัตกรรมและเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลที่ทันสมัย

V02 กำลังคนด้านสุขภาพ

F0203 การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บริการในพื้นที่ชนบท

2.5 (สนับสนุน) ชื่อองค์ประกอบ : V01 ระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

(แผนแม่บทย่อย 13.4/เป้าหมาย 130401)

ชื่อปัจจัย : F104 บริการสุขภาพตามบริบท และปัญหาในพื้นที่

ชื่อองค์ประกอบ : V03 เครือข่าย

ชื่อปัจจัย : F0301 บริการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกลุ่มเป้าหมาย

แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017 – 2025 ในการตอบสนองของการสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม จัดทำโดย องค์การอนามัยโลก (1)

องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว สังคมและเครือข่าย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยการดำเนินการใน 7 ประเด็น คือ

1. การจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก (Dementia as a public priority)
2. การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia awareness and friendliness
3. การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction)
4. การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support)
5. การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Support for dementia carers)
6. ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Information systems for dementia)
7. การวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia research and innovation)

แนวทาง การดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อมประเทศไทย พ.ศ.2561 – 2570 (2561) (2)

จากความสำคัญและแนวโน้มของปัญหาภาวะสมองเสื่อมที่จะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ประกอบด้วย หลากหลายหน่วยงานทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมดำเนินงานในเรื่องนี้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ระบบบริการด้านสาธารณสุขและสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแล (Balancing prevention, detection, cure and care)” ภาวะสมองเสื่อม การผลักดันให้เกิดการดำเนินการ ตามแนวทางยุทธศาสตร์ก่อนจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พัฒนาจากสิ่งที่มีการดำเนินการอยู่เดิม และคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับ เกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีการบูรณาการ และการมุ่งสู่การสร้างนโยบายสาธารณะ (public policy) ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและข้อตกลงและความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการ

แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินการ มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 3 ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการพิจารณาร่าง และคณะกรรมการวิชาการ/ยกร่าง โดยได้จัดทำเป็น (ร่าง) ยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม (พ.ศ.2561 - 2570) ประกอบด้วย 6 แนวทาง ดังต่อไปนี้ (3)

แนวทางที่ 1 การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะเรื่อง สมองเสื่อม

แนวทางที่ 2 การเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง รวมถึงความเป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวทางที่ 3 การพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่บูรณาการอย่างเชื่อมโยง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

แนวทางที่ 4 การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

แนวทางที่ 5 การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

แนวทางที่ 6 การพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและภูมิปัญญาไทย

แผนการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

(ปี พ.ศ.2562-2564)

1. แนวคิดการดำเนินงาน

ระบบที่สร้างขึ้นต้องมี

1. การดูแลแบบครบวงจร
2. การบูรณาการเข้ากับงานประจำ
3. ผลลัพธ์การดูแลที่ชัดเจนและประเมินได้
4. การดำเนินงานการงบประมาณร่วมกัน (co-payment

2. พื้นที่เป้าหมาย: 12 พื้นที่ในของเขตบริการสุขภาพ

3. ระยะการดำเนินงาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2562-2564 (3 ปี)

ปีการดำเนินงาน	ระยะการดำเนินงาน	กิจกรรม
ปีที่ 1 : พ.ศ.2562	ระยะที่ 1	**1.การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร** 1.1 ระบบการคัดกรอง/คัดแยก 1.2 ระบบการวินิจฉัย รักษา บำบัดและส่งต่อ 1.3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 1.3.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองปกติ 1.3.2 ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

ปีการดำเนินงาน	ระยะการดำเนินงาน	กิจกรรม
		1.3.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ระยะแรก/กลาง/ท้าย) **2.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาทักษะการดูแล** 2.1 การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2.2 การอบรมโปรแกรม Cognitive stimulation: TEAM V 2.3 การทำ Group support สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*
ปีที่ 2 : พ.ศ.2563	ระยะที่ 2	**1.การบูรณาการเข้ากับงานประจำ** 1.1 วางผังระบบการดูแลผู้สูงอายุเข้าเป็นงานประจำ 1.2 ดำเนินการบูรณาการเข้าไปกับงานประจำ
ปีที่ 3 : พ.ศ.2564	ระยะที่ 3	**1.การประเมินผลลัพธ์การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่ดำเนินการในพื้นที่** 1.1 ประเมิน implement process 1.2 ประเมิน impact outcome

แผนการพัฒนาทีมและบุคลากรในการดำเนินการ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และเครือข่ายวิชากร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสถาบันการศึกษาในส่วนกลางและพื้นที่ ได้ร่วมมือพัฒนาวิชาการระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพและเครือข่ายดำเนินการในพื้นที่ ดังนี้

1. การอบรมเรื่อง What is Dementia? And management of Dementia care on Institute and Community สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เป็นการอบรมระยะสั้นจำนวน 2 วัน จำนวน 100-150 คน

ผู้เข้าอบรม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ

วันที่/เดือน/ปี	เนื้อหา
วันที่ 1	
08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30-09.00 น.	พิธีปิดการอบรม
09.00-10.30 น.	ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม (What is dementia?, Diagnosis of dementia, causes of dementia) การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis of dementia) การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อม - การคัดกรอง: 14 ข้อคำถาม

วันที่/เดือน/ปี	เนื้อหา
	-แบบประเมิน (MMSE Thai -2002/ MoCA test)
10.30-11.15 น.	ปัญหาและแนวทางการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อม (Problems and Management of dementia)
11.15-12.00 น.	การใช้ยาเพื่อช่วยชะลอความจำเสื่อม (Pharmacological management of cognitive function)
12.00-12.45 น.	รับประทานอาหาร
12.45-13.45 น.	การจัดการโรคร่วมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Management of Co–morbid in dementia)
13.45-16.00 น.	Case demonstration in diagnosis of dementia
วันที่ 2	**เนื้อหา**
09.00-10.45 น.	การอภิปราย เรื่อง การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างบ้านและสถานบริการ (Services in dementia care: Institute and Community base service Dementia care และบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ - concept ของการดูแลในแต่ละระดับสถานบริการ/ การดูแลต่อเนื่องชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ - การดูแล (a b c d)
10.45-12.15 น.	การจัดการปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ (Management of Behavioral and psychological problems of dementia)
12.15-13.00 น.	รับประทานอาหาร
13.00-14.30 น.	-Non pharmacological management of cognitive function -Concept for Cognitive stimulation/ Rehabilitation and training
14.30-16.00 น.	การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนแก่ญาติ และครอบครัว (Family counseling and support) - สอนการสื่อสาร ภาษาทางกายของคนไข้สมองเสื่อม - ADL : Concept in functional maintenance - การจัดกิจวัตรประจำวัน - อาหาร การกิน การกลืน - การขับถ่าย

2. การอบรมเรื่อง แนวคิดและโปรแกรม Cognitive stimulation: TEAMV program สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก

วันที่ 3	เนื้อหา
08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30-08.45 น.	ชี้แจ้งวัตถุประสงค์การอบรม
08.45-10.15 น.	แนวความคิดในการพัฒนาศักยภาพสมอง สำหรับผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องกิจกรรมของกลุ่มเมืองและกลุ่มชนบท
10.15-12.15 น.	การอภิปราย แนวคิดและโปรแกรมการออกกำลังและเคลื่อนไหวร่างกายสำหรับใช้ ในโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (Cognitive stimulation) และการนำไป ปฏิบัติ/ประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ
12.15-13.00 น.	รับประทานอาหาร
13.00-13.30 น.	การอภิปราย และทำ Work shop เครื่องมือ สำหรับใช้ในการคัดกรองและประเมินสภาพสมอง จิตวิทยาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับ ในสถานบริการและในชุมชน (-คัดกรอง 14 items, AMT -ประเมิน Thai-HADS, TGSD, MMSE-Thai 2002, MOCA test)
13.30-16.30 น.	การอภิปรายแนวคิดของแต่ละกิจกรรม และทำ Work shop โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAM-V) สำหรับในกลุ่มเมืองและชนบท

3. การวางระบบ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรและจัดทำแผนงานการพัฒนาและดำเนินการในพื้นที่

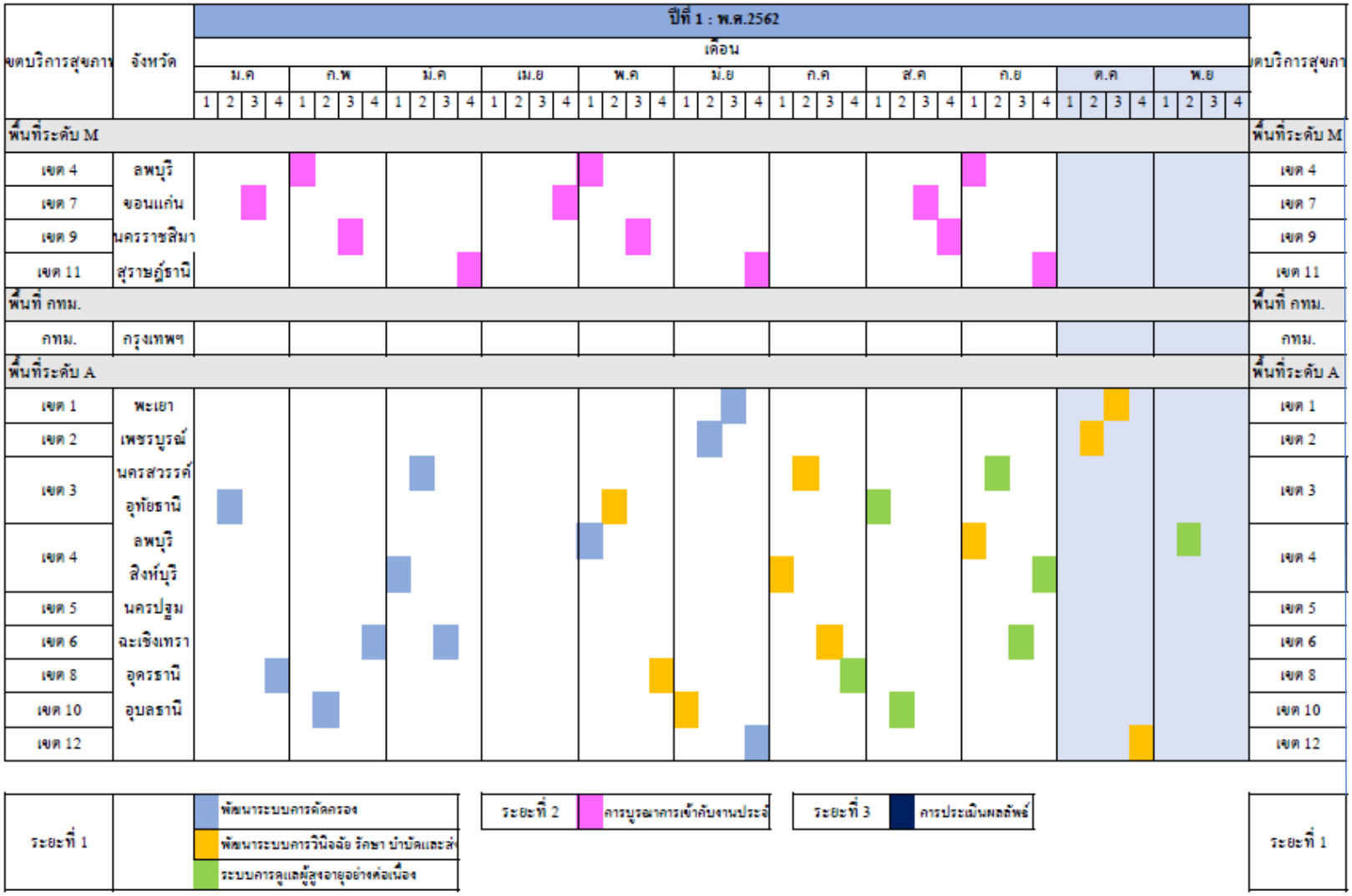
ดำเนินงาน : ระดับพื้นที่ A จำนวน 2 วัน จำนวน 50 คน

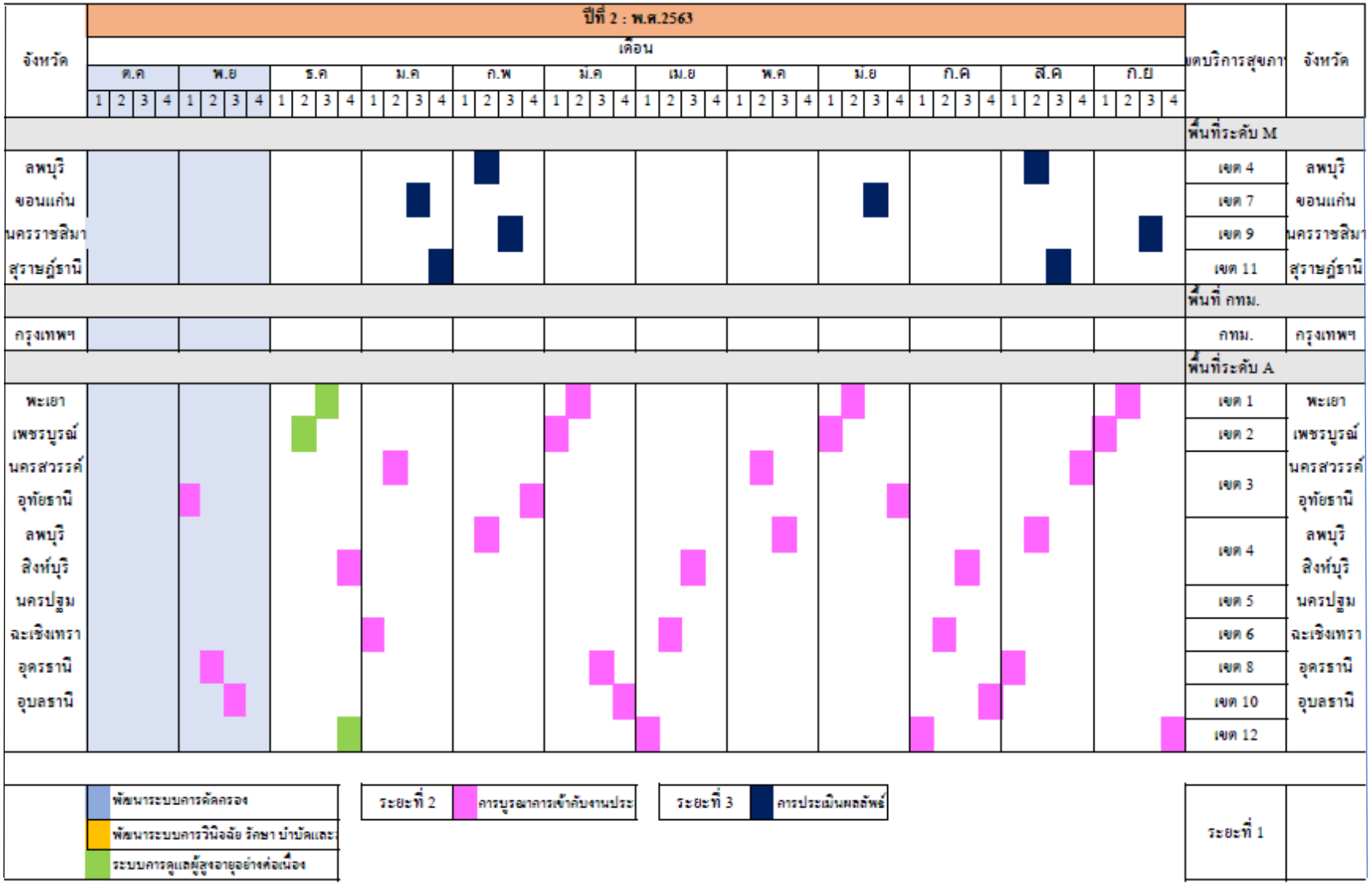
ผู้ร่วมประชุม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานสุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น ที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาระบบและหรือพื้นที่อื่นที่ต้องการพัฒนาระบบ

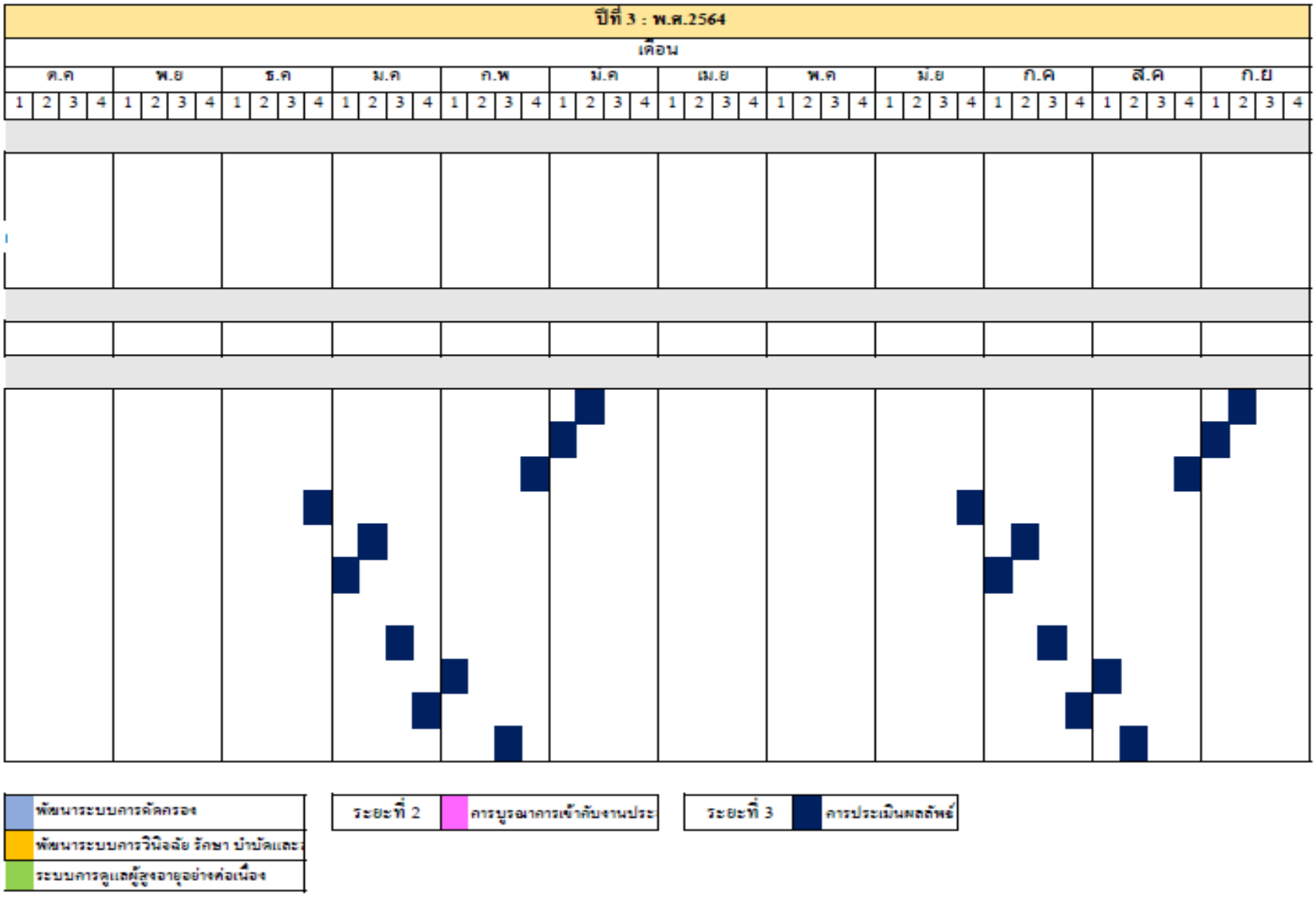
วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด
วันที่ 4	**เนื้อหา**
08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30-09.00 น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ
09.00-10.00 น.	นำเสนอรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี

วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด
	ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (model กลาง)
10.00-11.30 น.	ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ดำเนินงานในพื้นที่ (โครงสร้าง/บริการที่มีอยู่ ในสถานบริการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน) ความต้องการการพัฒนาและการสนับสนุน
11.30-12.00 น.	การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหาร
13.00-16.00 น.	การทำกลุ่มระดมสมอง เพื่อการจัดทำ action plan/work plan (ร่าง) แผนการดำเนินการและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระดับพื้นที่ -แนวคิด เป้าหมาย กรอบการดำเนินการ ผังปฏิบัติงาน ตารางการทำงาน ตัวชี้วัด ผลลัพธ์/ผลกระทบ -กำหนดระยะเวลาประเมินและติดตาม ระดับพื้นที่/ระดับส่วนกลาง
วันที่ 5	
09.00-09.30 น.	นำเสนอ (ร่าง) แผนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระดับพื้นที่
09.30-12.00 น.	การประชุมระดมสมอง 1) การร่วมพิจารณา (ร่าง) แผนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับพื้นที่ 2) การพัฒนาโครงการ ฉบับสมบูรณ์ -การดำเนินการในระดับพื้นที่ แผนการดำเนินการ ตัวชี้วัด การประเมินและติดตาม/แผนการดำเนินการระดับพื้นที่ -ทีมติดตามการดำเนินงานระดับพื้นที่ -ทีมติดตามการดำเนินงานระดับส่วนกลาง/ที่ปรึกษา
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหาร
13.00-14.30 น.	สรุปการพัฒนาผังไหลและตารางการดำเนินงานระดับพื้นที่
14.30-15.00 น.	การสรุปผลการประชุม

แผนการดำเนินงานในระยะ 3 ปี พ.ศ. 2562-2564




จังหวัด
ปีที่ 2 : พ.ศ.2563
เดือน
ต.ค
พ.ย
ธ.ค
ม.ค
ก.พ
ม.ค
เม.ย
พ.ค
ม.ย
ก.ค
ส.ค
ก.ย
1 2 3 4
ลพบุรี
ขอนแก่น
นครราชสีมา
สุราษฎ์ธานี
กรุงเทพฯ
พะเยา
เพชรบูรณ์
นครสวรรค์
อุทัยธานี
ลพบุรี
สิงห์บุรี
นครปฐม
ฉะเชิงเทรา
อุดรธานี
อุบลธานี
พัฒนาระบบการคัดกรอง
พัฒนาระบบการวินิจฉัย รักษา บำบัดและ
ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
ระยะที่ 2
การบูรณาการเข้ากับงานประ
ระยะที่ 3
การประเมินผลลัพธ์
ขตบริการสุขภา
จังหวัด
พื้นที่ระดับ M
เขต 4
เขต 7
เขต 9
เขต 11
ลพบุรี
ขอนแก่น
นครราชสีมา
สุราษฎ์ธานี
พื้นที่ กทม.
กทม.
กรุงเทพฯ
พื้นที่ระดับ A
เขต 1
เขต 2
เขต 3
เขต 4
เขต 5
เขต 6
เขต 8
เขต 10
เขต 12
พะเยา
เพชรบูรณ์
นครสวรรค์
อุทัยธานี
ลพบุรี
สิงห์บุรี
นครปฐม
ฉะเชิงเทรา
อุดรธานี
อุบลธานี
ระยะที่ 1


ปีที่ 3 : พ.ศ.2564
เดือน
ต.ค
พ.ย
ธ.ค
ม.ค
ก.พ
ม.ค
เม.ย
พ.ค
ม.ย
ก.ค
ส.ค
ก.ย
1 2 3 4
พัฒนาระบบการคัดกรอง
พัฒนาระบบการวินิจฉัย รักษา บำบัดและ
ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
ระยะที่ 2
การบูรณาการเข้ากับงานประ
ระยะที่ 3
การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์และผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อแบบครบวงจร

Types of Outcomes	Output	Outcome	Impact
1. Organization outcomes (องค์กรสุขภาพ/ท้องถิ่น-สังคม/ชุมชน)	องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง **(สุขภาพ-ท้องถิ่น/สังคม-ชุมชน)** มีการจัดบริการ **ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร**	**เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โดยความร่วมมือกันขององค์กรภาคี (สุขภาพ ท้องถิ่น/สังคม ชุมชน) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เกิดเป็น (dementia friendly community)**	**องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องเกิดเป็นภาคีเครือข่าย-มีความร่วมมือกันในการทำงานด้านอื่นๆ**
1.1 สถานบริการสุขภาพ ● รพสต/ศสม ● โรงพยาบาลชุมชน ● โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ● โรงพยาบาลเฉพาะทาง	(ในสถานบริการ/ชุมชน) มีบริการคัดกรอง/คัดแยก มีบริการวินิจฉัย มีบริการส่งต่อการดูแล-รักษา มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน	สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย มีบริการ และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ**ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบ**ครบวงจรที่มีประสิทธิภาพที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก/ครอบคลุม/ลดขั้นตอน/ดูแลต่อเนื่อง (Availability/Access/Coverage/Seamless care/ Efficiency)	เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายและบูรณาการทรัพยากร/ทุนทางสังคมในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนและในด้านอื่นๆ
1.2 องค์กรปกครองท้องถิ่น/สังคม (อปต/อปท) ● เทศบาลตำบล/เมือง ● สำนักงานการพัฒนาสังคม ● แรงงานจังหวัด ● อื่นๆ	มีบริการด้านสังคม**สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** (สิทธิผู้สูงอายุ สิทธิผู้พิการ) และบริการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลในชุมชน (การจัดให้มีผู้ดูแลบางเวลา การช่วยในการปรับปรุงสภาพบ้าน/สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนด้านรายได้/การทำอาชีพ กลุ่มสนับสนุน และอื่นๆ)	องค์กรปกครองท้องถิ่น/สังคม (อปต/อปท) ตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย และมีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน**แบบ**ครบวงจรที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก/ครอบคลุม/ลดขั้นตอน/ดูแลต่อเนื่อง/มีประสิทธิภาพ	เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายและบูรณาการทรัพยากร/ทุนทางสังคมในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนและในด้านอื่นๆ
1.3 องค์กรชุมชน ● ชมรมผู้สูงอายุ	มีบริการด้านชุมชน**สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**	ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและในการ	เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายและบูรณาการทรัพยากร/ทุนทาง

Types of Outcomes	Output	Outcome	Impact
• พระภิกษุ • เพื่อนบ้าน/อื่นๆ	และมีการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	สนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	สังคมในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนและในด้านอื่นๆ
2. Clients' outcomes ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล/ครอบครัว (Patients & Caregiver outcomes) (ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ/MCI/ Dementia)	ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงบริการภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (คัดกรอง/คัดแยก วินิจฉัย ดูแลต่อเนื่อง)	Improve • Clinical outcomes • Functional outcomes	Improve Quality of life • ผู้สูงอายุและครอบครัว
<u>2.1 Clinical outcomes</u>	-ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/คัดแยก/วินิจฉัย ในระยะเริ่มแรก (Early detection) เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ/ MCI/Dementia -กลุ่มปกติได้รับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม -กลุ่ม MCI ได้รับการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม -กลุ่ม Dementia ได้รับการดูแล บำบัดรักษาครอบคลุมตามปัญหา	-Improved Cognitive Functions ผลการประเมิน (MOCA/MMSE/อื่นๆ) มีค่าคะแนนคงเดิมหรือดีขึ้น -ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ลดลง หรือรบกวนผู้ดูแล/คนอื่นในครอบครัวลดลง -ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/ภาวะเสี่ยงจากภาวะสมองเสื่อม หรือมีภาวะแทรกซ้อน/ภาวะเสี่ยงลดลง	ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ลดการขัดแย้งเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว
<u>2.2 Functional outcomes</u>	ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI/ Dementia ไม่มีภาวะ Disability/Dependency -สามารถคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้นานสูงสุด/ ยืดเวลาการมีสมรรถนะถดถอยนานขึ้น	<u>Patients: Decrease or Delay</u> -Dependency level (ADL/IADL) -Disability (ทางกาย สมอง จิตใจ) -Caregiver burden scale -ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้งและได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว -อื่นๆ	ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม ลดทุกข์ภาระผู้ป่วย/ ผู้ดูแลและครอบครัว (Health & Quality of Life Scale ดีขึ้น/ไม่ลดลง)

Types of Outcomes	Output	Outcome	Impact
	-ผู้ที่ภาวะหลงทางสามารถกลับบ้านได้ถูกต้องและอย่างปลอดภัย	<u>Family/caregiver: Burden ลดลง</u> -ด้านเศรษฐกิจ (ผู้ดูแลได้รับการชดเชยการสูญเสียรายได้/เสียโอกาส) -Health/Quality of life ดีขึ้น	-เกิดชุมชนเป็นรั้ว/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. Care provider outcomes (สุขภาพ/สังคมท้องถิ่น/ชุมชน)	**บุคลากร (ทีมสุขภาพ/สังคมท้องถิ่น/ชุมชน) มีสมรรถนะ/ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น**	**บุคลากร (ทีมสุขภาพ/สังคมท้องถิ่น/ชุมชน) ตระหนักถึงความสำคัญ มีความเข้าใจและมีการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม**	-เกิดความร่วมมือกันในฝ่ายสุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น และชุมชน ในการทำงานแบบภาคีเครือข่ายและอย่างบูรณาการ
Health care provider outcomes	-อสม. มีความสามารถในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม -พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทเป็น DCM/DCC -แพทย์มีสมรรถนะในการวินิจฉัยในการดูแลรักษา -สหสาขาวิชาชีพมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม	-เกิดทีมต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ทีมสุขภาพ)	-ทีมสุขภาพเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย และจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ทีมสังคม/ท้องถิ่น	ทีม**สังคมท้องถิ่น** มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	-เกิดทีมต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ทีม**สังคมท้องถิ่น**)	-**ทีมสังคม/ท้องถิ่น**เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย และจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ทีมชุมชน	ทีม**ชุมชน** มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	-เกิดทีมต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ทีมชุมชน)	-ทีมชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย และจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Types of Outcomes	Output	Outcome	Impact
4. Setting outcome (ผลลัพธ์เชิงพื้นที่)	จำนวนพื้นที่ที่มีการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร	-มีพื้นที่เครือข่ายการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่มีระบบการดูต่อเนื่องแบบไตรภาคี (สุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน)	-มีการขยายพื้นที่ที่มีการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร จาก 4 พื้นที่ เป็น 12+1 พื้นที่ในประเทศไทย -เกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (อสม เชี่ยวชาญดูแลภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น)

การนำสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนเส้นทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ในปี พ.ศ. 2558-60 ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้โครงการการศึกษาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม[3] โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยความร่วมมือกับ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่และสถานบริการ ในพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร การศึกษาในโครงการนี้ทุกพื้นที่ให้คำตอบชัดเจนว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน มีบริการที่เป็นลำดับขั้นตอน 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนเป็นระบบด้วยมีเป้าหมาย มีการนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เป็นเฉพาะของระบบ ผลลัพธ์ของบริการตามขั้นตอนหนึ่งจะเป็นการนำเข้าของขั้นตอนต่อไป อันแสดงถึงการต้องเชื่อมโยงส่งต่อของบริการ จึงจะสามารถให้การดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2560 การวิเคราะห์ผลโครงการการพัฒนา ได้ข้อสรุปว่า รูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความครบวงจรและเป็นระบบ นำมาสู่การกำหนดชื่อของระบบที่พัฒนานี้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร หรือ **Comprehensive Dementia Care System for Older Persons** หรือ **CDC system** และระบบนี้มีระบบย่อย 3 ระบบเป็นองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรอง คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)

และในปี พ.ศ. 2562-2564 สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และเครือข่ายได้ร่วมมือการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยคัดสรรพื้นที่จากความสมัครใจและสนใจที่จะร่วมมือพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยในวันที่ 12 ธันวาคม 2561 ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการและบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากพื้นที่ต้นแบบ (Model M) เพื่อให้พื้นที่ 13 เขตสุขภาพ เข้ามาเรียนรู้และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดบริการในระดับพื้นที่ หรือถ้าสนใจสามารถสมัครเข้ามาเป็นพื้นที่พัฒนาระบบได้ จากการประชุมฯ มีพื้นที่สนใจร่วมพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จำนวน 12 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดลำพูน เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี สิงห์บุรี ลพบุรี ฉะเชิงเทรา อุดรธานี หนองบัวลำภู อุบลราชธานี สงขลา และกรุงเทพมหานคร

ต่อมาได้มีการขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานในพื้นที่ Big rock ตามแผนงานการปฏิรูปด้านสาธารณสุข **กิจกรรมปฏิรูปประเทศ (Big Rock) ที่ 3 การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม** รายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 2 ระบบและกลไกการบริบาลและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชน รวมทั งระบบบริการของทีมแพทย์ประจำาครอบครัว ระบบสนับสนุน และร่วมดำเนินการของสถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและพื้นที่ รวมทั้งอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัว โดยการบริบาลและรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต 3. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสนับสนุนการบริบาล และการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชน รวมทั้ง telemedicine, telepharmacy, telenursing, video call และอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

ตัวชี้วัดที่ 3 ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องัน

ตัวชี้วัดที่ 5 มีระบบและกลไกการเงินการคลังที่ยั่งยืนรวมทั้งระบบประกันสุขภาพ กองทุนการดูแลระยะยาวและมาตรการสนับสนุนส่งเสริมรูปแบบใหม่ รวมถึงความสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

เริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ.2565 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เส้นทางการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system) เป็นเส้นทางการพัฒนา ทางกองยุทธศาตณ์และแผน เสนอเป็นโครงการสำคัญผ่านสภาพัฒนาสังคมฯ โดยเลือกพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งมีการนำร่องในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9, 12 สถาบันฯ ได้มีการประชุมเขตสุขภาพ โดยมีประเด็นตาม House model ***ในเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดพะเยา มีความสนใจในประเด็น สมองเสื่อม และได้สมัครใจเข้าร่วมการพัฒนาระบบการดูแล***

ผู้สูงอายุตาม Big rock ระดับพื้นที่จังหวัดพะเยา ต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ซึ่งปัจจุบันมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.11 เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และ **กรมการแพทย์** ได้มีนโยบายสนับสนุนงบประมาณในระดับเขตสุขภาพเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข **Big rock** ให้กับพื้นที่ที่ในใจ โดยพื้นที่เขียนโครงการเข้าไปเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ ผ่านสำนักงานนิเทศระบบการแพทย์

สถาบันฯ ได้นำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก (การคัดกรองดำเนินการโดย อสม. และการคัดแยก ดำเนินการโดยวิชาชีพ) 2) ระบบการคัดกลุ่ม ผลการวินิจฉัยบำบัดรักษา) และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน/สถาบัน โดยให้การดูแลผู้สุงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ ให้การดูแลโดย brain exercise 2) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้การดูแลโดย brain training และ 3) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลโดยbrain care ซึ่งทั้ง 3 ระบบย่อย จะประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ คือ 1. Comprehensive หรือ ครบวงจร 2. 2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ 3. Coverage หรือความครอบคลุม 4. Access หรือ การเข้าถึง 5. Participation หรือ ความร่วมมือ และ6. Integration หรือ การบูรณาการ เป็นเส้นทางและนวทางในการพัฒนาระบบกาดรูแลในพื้นที่ Big rock ที่ 3 จังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2565-2566

คำนิยาม ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร หรือ **Comprehensive Dementia Care System for Older Persons** หรือ CDC system หมายถึง ชุดของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพสมอง ที่ให้บริการดูแล**อย่างครบถ้วน** (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบ ด้วยกัน คือ **ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง** ทั้งในชุมชนและในสถาบันสุขภาพ ซึ่งทั้งสามระบบต้องต่อเนื่อง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทันเหตุการณ์ และ**ไร้รอยต่อ (seamless)** ชุดของระบบทั้งหมดจะตอบสนองการดูแลสุขภาพสมองผู้สูงอายุทุกคนและทุกสถานะสุขภาพอย่าง**ครอบคลุม (coverage)** และให้ประชาชน**เข้าถึงบริการ**ได้โดยสะดวก **(access)** การให้บริการในระบบเป็น**การทำงานร่วมกัน (participation)** ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน การจัดบริการจะมี**การบูรณาการ (integration)** ชุดของบริการในระบบเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ ให้มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ ระบบนี้มีเป้าหมายรวม คือ ให้**การส่งเสริมและป้องกัน**ปัญหาสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้**การป้องกัน ชะลอหรือฟื้นฟู**ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การ**บำบัดรักษา** และ**ให้การดูแล**ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ**สุขภาวะ**ของผู้สูงอายุทุกสภาพสมองและเพื่อ**คุณภาพชีวิต**ของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน (4)

การสร้างบริการในระบบสามารถสร้างได้ในทุกพื้นที่ทุกระดับบริการที่มีต้นทุนและทรัพยากรบุคคลรับผิดชอบในทุกระบบย่อย และแม้แต่ทรัพยากรบุคคลในบางระบบไม่มี แต่สามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับแหล่งทรัพยากรนอกพื้นที่ก็สามารถดำเนินการสร้างระบบได้ การดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าระบบที่พัฒนา มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่อาจเป็นรพ.สต. หรือ ศสม. เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อย 1) การคัดกรองและคัดแยก มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อย 2) การคัดกลุ่มหรือการบำบัดรักษา และ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่อาจเป็นรพ.สต หรือ ศสม. เป็นหลักในการจัดบริการระบบย่อย 3) แม้แต่ละระบบย่อยจะมีผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการ แต่การดำเนินงานจะร่วมกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ/หรือตติยภูมิ

ระบบการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรไม่ว่าจะดำเนินการในรูปแบบใดหรือใครเป็นเจ้าภาพ ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ต้องการ คือ การเพิ่มระดับคุณภาพสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย และประสิทธิภาพของระบบคือการดำเนินงานตอบสนองคุณลักษณะ 6 คุณลักษณะ ของ CDC system ประกอบด้วย

1. Comprehensive หรือ ครบวงจร: ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร มี 3 ระบบย่อย หรือองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน) **เป้าหมายของระบบ** คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน ที่ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสียงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มที่พึงได้รับสิทธิในการส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะนี้เกิดขึ้นได้รับการบำบัดและรักษา ทั้งนี้การจัดการระบบต้องมีความร่วมมือของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และต้องด้วยการมีส่วนร่วมของภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์การเอกชน

2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ การดำเนินงานของระบบย่อย มีการประสาน ส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์

3. Coverage หรือความครอบคลุม ระบบให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งผู้ที่ปกติ ผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยครอบคลุมประชากรแต่ละกลุ่มอย่างน้อย ร้อยละ 80

4. Access หรือ การเข้าถึง ระบบที่จัดให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก มีทั้งเชิงรับ เชิงรุก และครอบคลุมสิทธิที่พึงได้ของประชาชน

5. Participation หรือ ความร่วมมือ การจัดการระบบ เป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับบริการ คือทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และที่สำคัญเป็นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรต่างๆทั้งของเอกชนและรัฐ

6. Integration หรือ การบูรณาการ ระบบจะบูรณาการบริการที่มีอยู่เข้ากับงานประจำที่ทำอยู่ และบูรณาการ แหล่ง ประโยชน์ โดยมีการดำเนินงานที่มีรูปแบบ มีแผนการชัดเจน เป็นเส้นทางเฉพาะของการดูแล

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่เริ่มต้นคัดกรอง จนถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องทั้งในชุมชน และในสถาบัน และที่สุดจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) (5)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ “สมองเสื่อม” ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เกิดการจัดทำระบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ครบวงจรประกอบด้วย 3 ระบบ คือระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ 6 คุณลักษณะ คือ1) ครบวงจร (comprehensive) 2) การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless) 3) ครอบคลุม (coverage) 4) เข้าถึง (assess) 5) การมีส่วนรวม (participation) และ 6) บูรณาการ (Integrated) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และให้การดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มปกติ : brain exercise เพื่อสร้างเสริม และชะลอความเสื่อม

กลุ่ม MCI : brain training เพื่อการกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้ดำรงศักยภาพที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มสมองเสื่อม : brain care เพื่อการจัดการดูแลเพื่อคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด ให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม) และเป็นการดูแลจะต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลสุขภาพทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและอาชีพการงานของผู้ดูแล

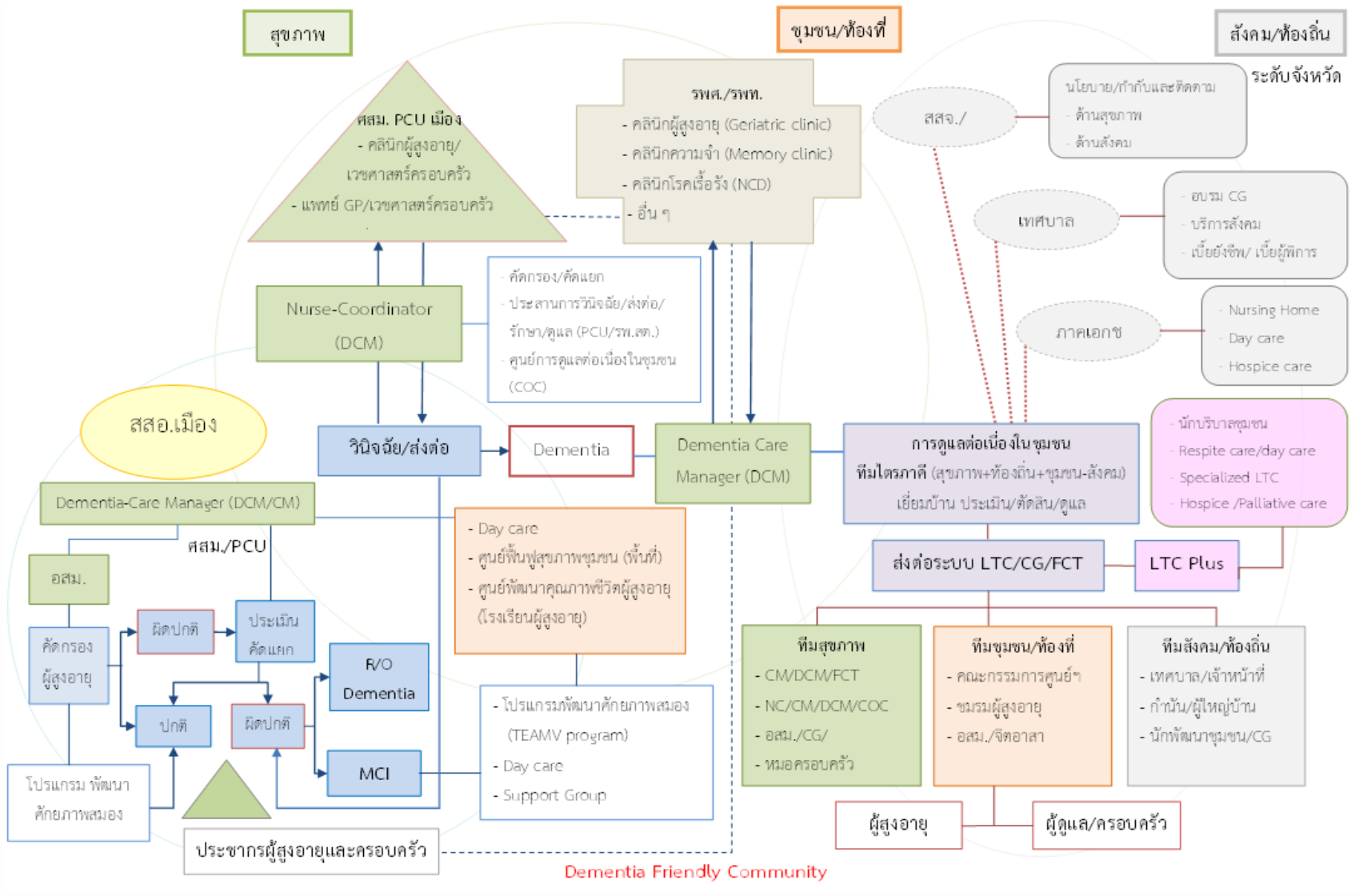
และการนำสู่การปฏิบัติและขยายการดำเนินเนินงานและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ใน 13 เขตบริการสุขภาพ โดยมีแผนการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การจัดทำระบบการดูแลแบบครบวงจร และเพิ่มศักยภาพทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และชุมชน

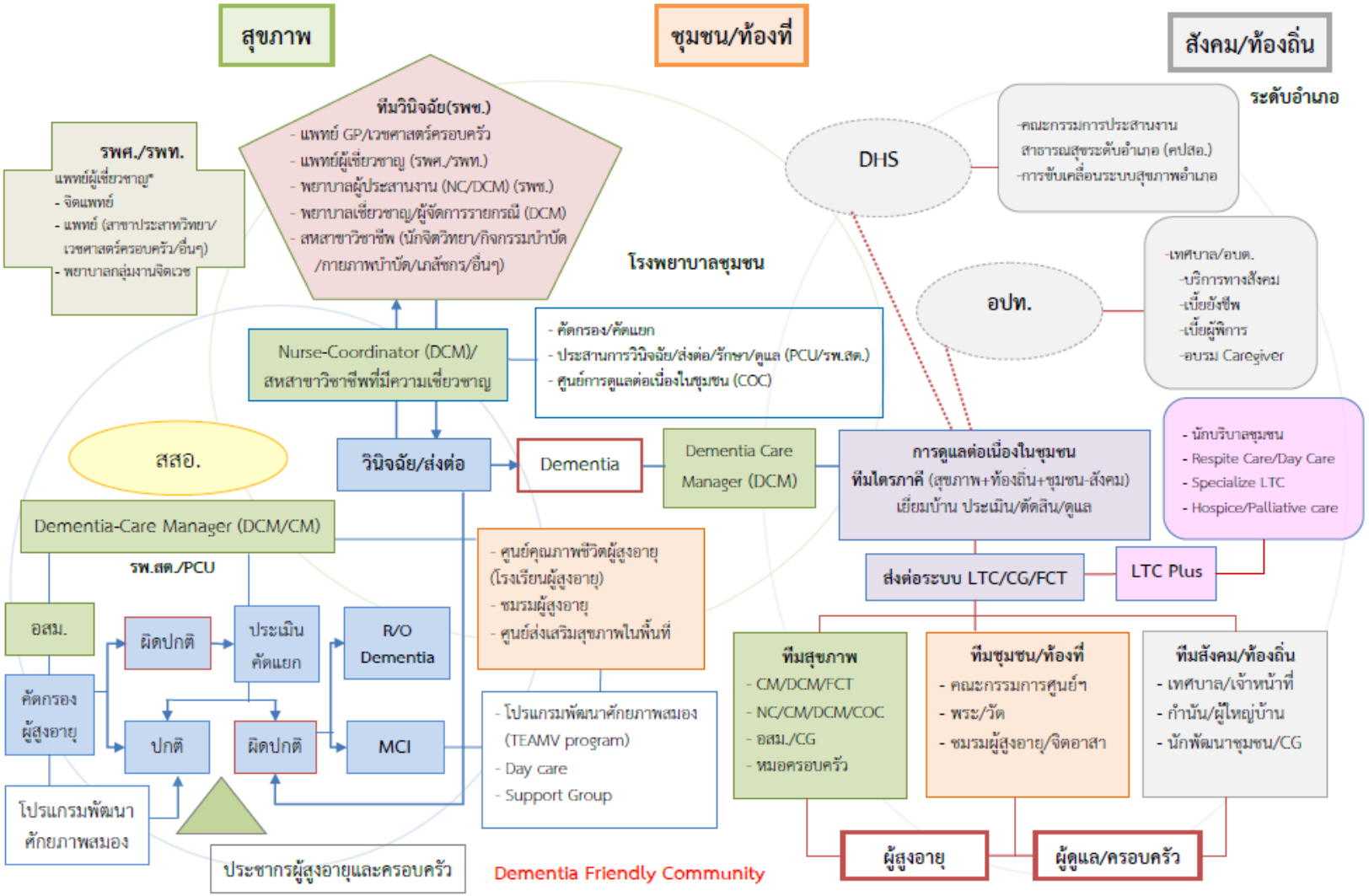
ระยะที่ 2 การดำเนินงานให้อยู่ในงานประจำ ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัยและบัดรักษาและระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ระยะที่ 3 การดำเนินงานมีความยังยืนในการดำเนินงาน การประเมินและติดตามการดำเนินงาน

ความเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (เขตเมือง)



ความเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรระดับปฐมภูมิ



แผนการดำเนินงาน CDC system

การขยายการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรลงสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ใน 13 เขตบริการสุขภาพ เพื่อเป็นต้นแบบและมีเป้าหมายการขยายระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับเขตในระยะต่อไป ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรประกอบด้วย 3 ระบบ **คือ 1) ระบบการคัดกรอง/คัดแยก 2) ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา** (มี 2 รูปแบบ คือ 2.1 สภาลูกขุน 2.2 คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกเฉพาะทาง (คลินิกความจำ) และ **3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน** (3.1 การดูแลก่อนส่งในระบบ LTC (การดูแลระยะ Intermediates care) หรือจะเรียกว่า **special care** เน้นกระบวนการดูแล โดยมี DTCO (Dementia coordinator) ในการวางแผนการดูแล และส่งต่อ DCM (Dementia care manager) ในจัดแผนการดูแล (CP: Care plan) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านแบบไตรภาคีร่วมกับทีมสุขภาพ/ทีมสังคม/ทีมท้องถิ่น/ชุมชน 3.2 การดูแลต่อเนื่องในระบบ LTC)

แผนการดำเนินงาน ใน ปี พ.ศ. 2562

1.การพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในพื้นที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย

2. การเพิ่มศักยภาพของทีมบุคลากร ในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม การใช้เครื่องมือการคัดกรอง/คัดแยก การดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือกลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่มสมองเสื่อม

แผนงานดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2563-2564

1) เป็นการถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานเด่นในการจัดทำระบบกาดูแลเชื่อมโยงทั้งระดับสถานบริการและชุมชน (seamless care) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

2) สร้างความรู้ทางวิชาการเพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดทำระบบการดูแลผู้สูอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในการขยายพื้นที่การดำเนินงานต่อเนื่องในระดับเขตบริการสุขภาพ และการขยายเพื่อให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มีแผนการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานในการจัดทำเป็นคู่มือความรู้และแนวทางการจัดทำระบบการดูแล รวมทั้งการจัดทำชุดความรู้เรื่องสมองเสื่อมให้กับทีมสนับสนุนในชุมชน และผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล ครอบครัว ดังนี้

1. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับ Dementia care manager

2. คู่มือการพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับทีมบุคลการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ (ประเทศไทย)

3. ชุดการจัดการความรู้ (Health Literacy) ได้แก่

3.1 คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน (อสม. จิตอาสา caregiver)

3.2 คู่มือการดูแลอย่างไร...ห่างไกลสมองเสื่อม (ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว)

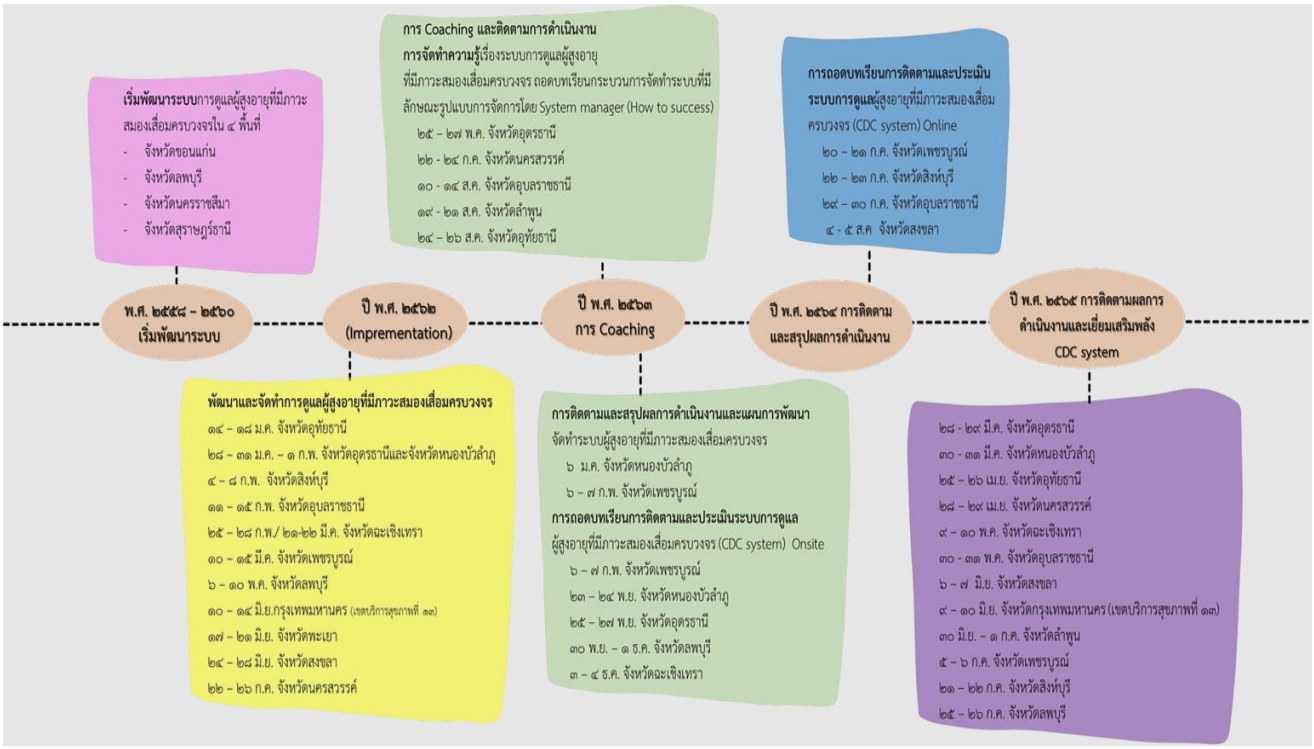
แผนการดำเนินงาน CDC system ในปี พ.ศ. 2565

การพัฒนาต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 จะเป็นการการต่อยอดงานเพื่อรองรับการสนับสนับสนุนการขยายการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทั้งในระดับเขตบริการสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจจะพัฒนาระบบการดูแล และการเชื่อมโยงกับแผนงานบูรณาการงานและนโยบายด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุนำร่องเรื่อง สมองเสื่อม และหกล้ม ได้วางแผนการการขยายในระดับเขตและครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ มีแผนการพัฒนางานการจัดทำระบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตามวิถีใหม่โดยจะจัดเป็นการเรียนรู้และแนวทางการจัดทำระบบการดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในระบบ E-Learning เพื่อให้พื้นที่ที่สนใจทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เข้ามาเรียนรู้และนำไปดำเนินการในพื้นที่เป็นข้อมูลทางวิชาการในการจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และการสร้างเครือข่ายและการขยายการดำเนินงานต่อไป และการติดตามผลการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาสวะสมองเสื่อมคนบวงจร 13 พื้นที่ เดิม เพื่อเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงาน และร่วมวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ ให้ตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้มีการขับเคลื่อนการจัดตั้งและบริการคลินิกผู้สูงอายุ

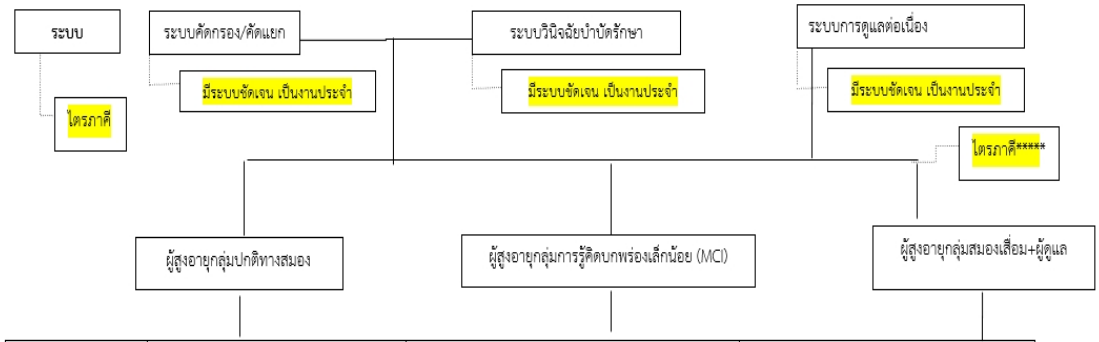
การพัฒนาเพื่อให้เกิดความยังยืนในการดำเนินงานของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ดังนี้

1) กรมการแพทย์ โดยสถาบันฯ และผู้เชี่ยวชาญส่วนกลาง เป็นที่ปรึกษาและการลงติดตามและประเมินการดำเนินงาน และการลงพื้นที่เยี่ยม ประเมิน ติดตาม ให้กำลังใจเสริมพลัง
2) การประเมินโครงการ (Evaluation)
3) การพัฒนาต่อยอดการโดยใช้ระบบ teleconference ในระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษาร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาวง

timeline การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจากจากอดีตถึงปัจจุบัน

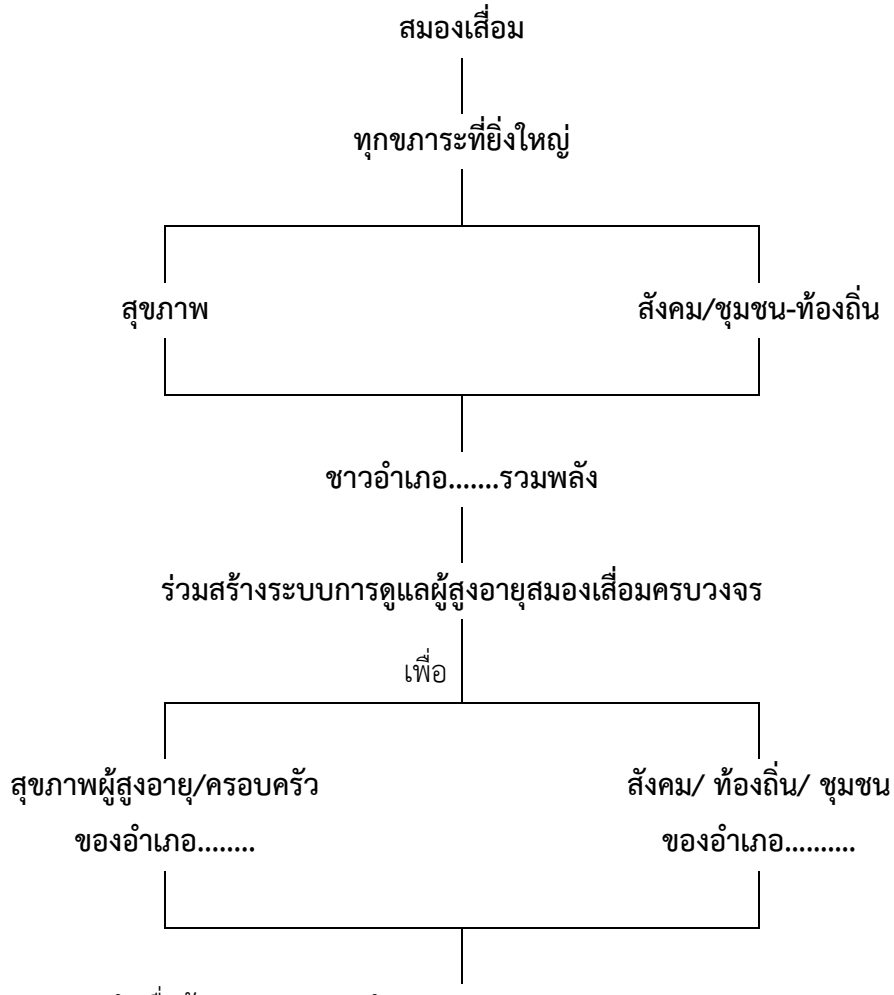


ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



INTERVENTIONS	- BRAIN EXERCISE - ความถี่ ระยะเวลา	- BRAIN TRAINING (COGNITIVE REHABILITATION) - ความต่อเนื่อง (สร้าง)	-INTERMEDIATED DT CARE (BRAIN CARE) (3 เดือน ไตรภาคี มีแผนการดูแล)
ผู้ดำเนินการหลัก	ชุมชน/สังคม/ชมรมผู้สูงอายุ	ทีมงานสุขภาพ สังคม (ชุมชน)	ทีมงานสุขภาพ สังคม และ ชุมชน
OUTCOMES	• ไม่มี MCI/DT (จำแนกตามกลุ่มอายุ อาจใช้คำเดิม) • แผนดำเนินการต่อเนื่อง เป็นประจำปี โดย (ผู้ดำเนินการ)	• ไม่มี DT หรือ DT น้อยกว่า 10% • MCI ไม่เพิ่มขึ้น • มีแผนการติดตาม กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ในรอบปี โดย ทีมดำเนินการ*	• มี individual care plan ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล/ ครอบครัว • คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น • ภาระของผู้ดูแลถูกจัดการหรือลดลง

ตัวอย่าง แนวคิดการพัฒนาระบบของพื้นที่.....



1. ระบบ-ทำเพื่อผู้สูงอายุและชาวอำเภอ.....
2. ระบบการดูแล-เน้นความร่วมมือของทุกภาคีในอำเภอ.....
3. ระบบที่ร่วมสร้าง-ต้องยั่งยืนต่อเนื่อง-เป็นสมบัติของคนอำเภอ.....
4. ระบบที่ร่วมสร้าง-จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลอย่างครบวงจร
   -ผู้สูงอายุไม่เป็น และผู้สูงอายุเกือบเป็น – ป้องกัน/ชะลอไม่ให้เกิด
   -ผู้สูงอายุที่เป็น-ได้รับการดูแลต่อเนื่อง– ที่บ้าน–ในชุมชน–ในโรงพยาบาล(ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ)
   -ผู้ดูแล/ครอบครัว-ได้รับการดูแลช่วยเหลือ-จากทุกภาคีในอำเภอ/จังหวัด...

แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

1. **เจ้าภาพ**-เจ้าของ คือทีมสุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น/ประชาชน ทุกคนในอำเภอ...รวมพลังร่วมสร้าง
2. **การดำเนินงาน มี 3 ระยะ**

ระยะที่ 1 ค้นหาเพื่อคัดกรองและคัดแยกผู้สูงอายุ

1.1 คัดกรอง ผู้สูงอายุทุกคนใน... ตำบลของอำเภอ... **เพื่อ** กรองผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ออกจากผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม **โดย** อสม. ที่ได้รับการฝึกฝน ภายใต้การกำกับ Demenita care manager (DCM) **เครื่องมือที่ใช้** 14 ข้อคำถาม และ 2Q **การดำเนินการ** พื้นที่ตนเอง/ร่วมด้วยช่วยกัน

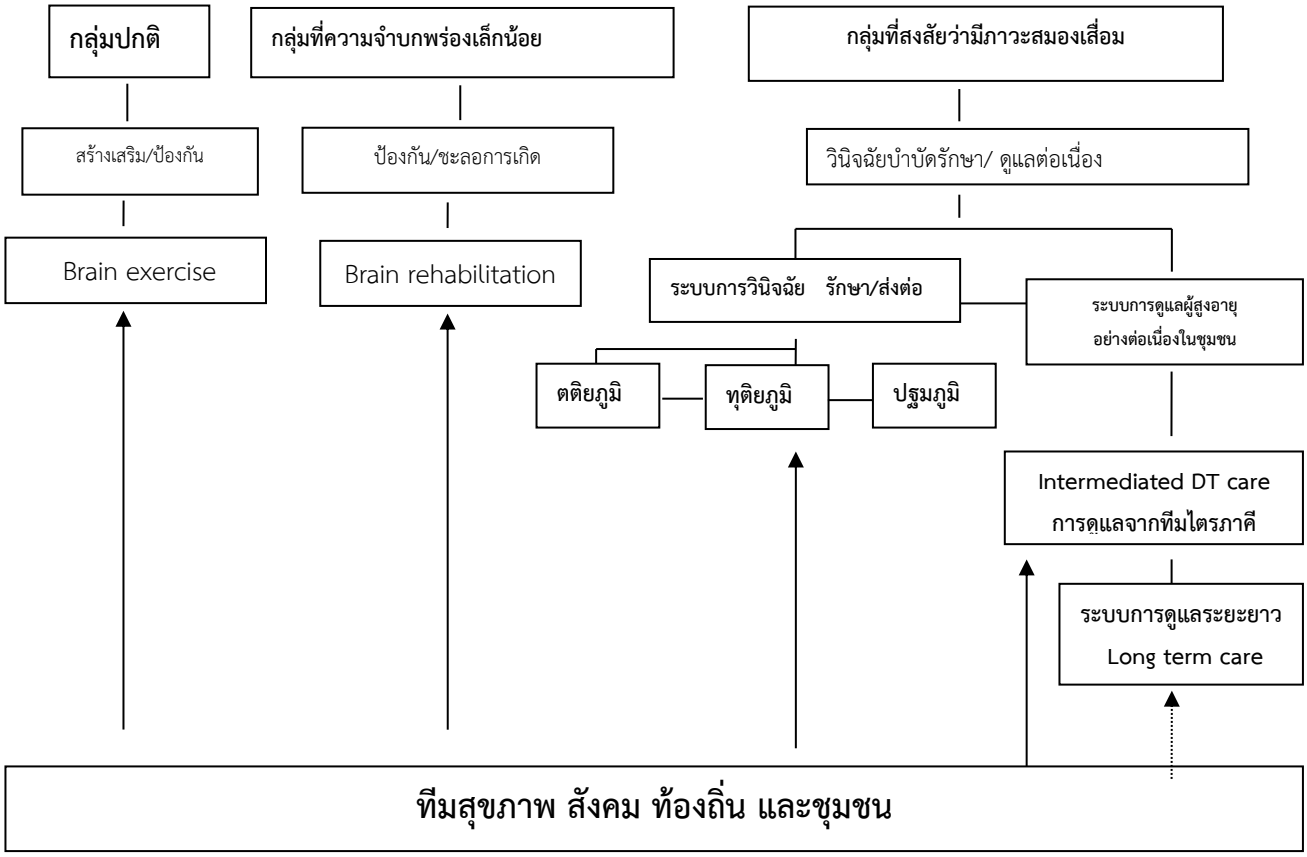
1.2 คัดแยกผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม หรือ ...? (ขึ้นกับนโยบายระดับพื้นที่ในการแบบประเมินการคัดกรอง **เพื่อ** แยกผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม **โดย** DCM และทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือ **เครื่องมือที่ใช้** MoCA, MMSE-Thai 2002 **การดำเนินการ** พื้นที่ตนเอง/ร่วมด้วยช่วยกัน การดำเนินการระยะนี้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น **ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย (เสี่ยง) และผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม**

หมายเหตุ การคัดกลุ่ม เป็นการจำแนกผู้สูงอายุ**เป็น 3 กลุ่ม** คือ 1. **กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** 2. **กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย** การคัดกลุ่มจะมีกระบวนการวินิจฉัยของแพทย์/สหสาขาวิชาชีพ (สภาลูกขุน/Primary diagnosis/ส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รพ.ตติยภูมิ) ว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจริง หรือไม่ใช่สมองเสื่อมแต่เป็นโรคอื่น หรือมีปัญหาความจำ กลุ่มที่ไม่ใช่สมองเสื่อมที่ปกติ (โรคอื่น) จะกลับไปสมทบกลุ่มปกติ กลุ่มที่ความจำบกพร่องจะสมทบเพิ่มเข้าผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง และได้รับการดูแลตามกลุ่มต่อไป การดำเนินการคัดกลุ่มจะอยู่ในระยะที่ 2 ของการจัดการดูแล

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง : เป็นการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ปกติทางสมอง/มีความจำบกพร่องเล็กน้อย/สมองเสื่อม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอ...

โดยทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และชุมชน

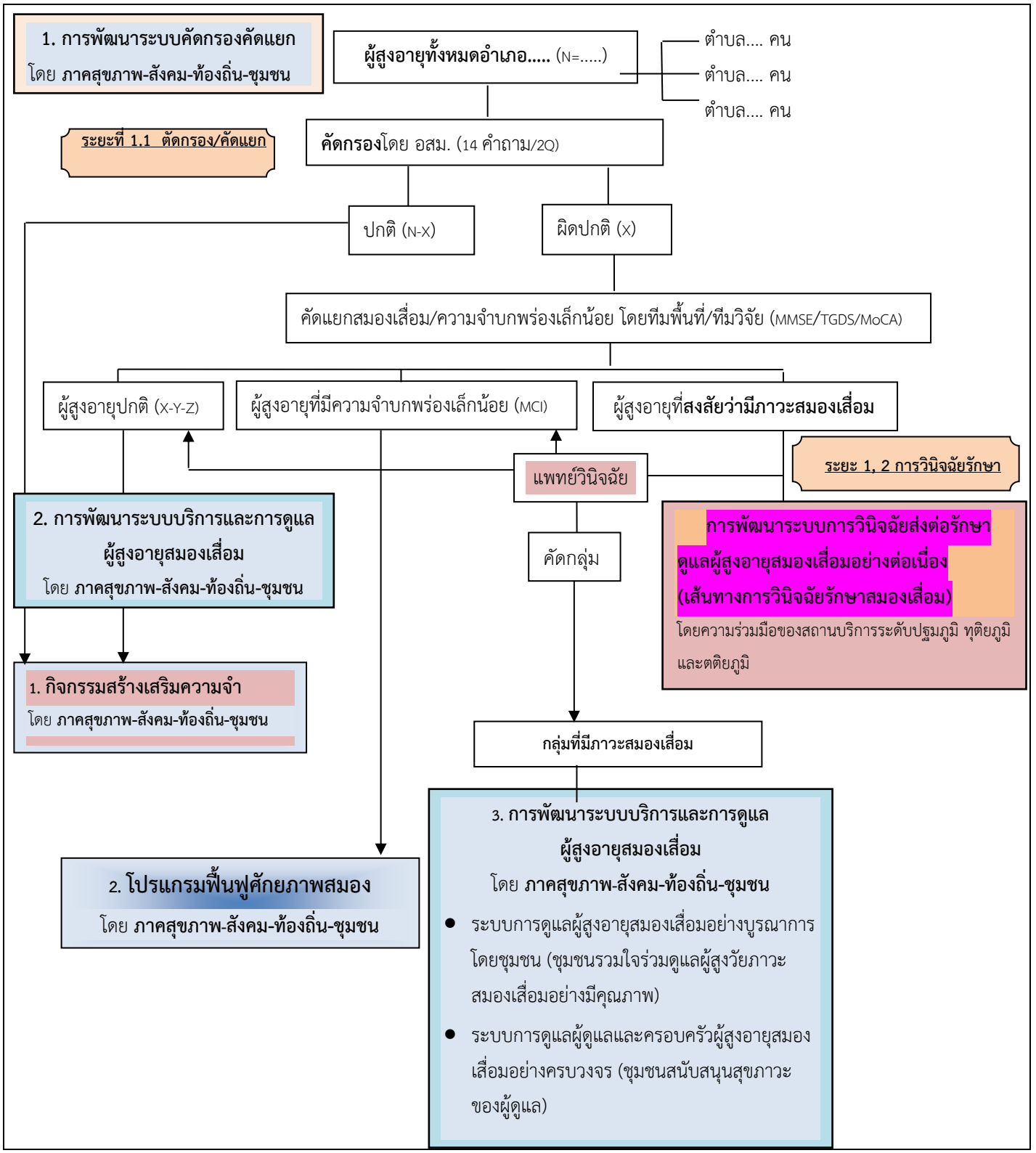


ระยะที่ 3 การนำใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของอำเภอ...อย่างต่อเนื่อง/ยั่งยืน

เป้าหมาย : ต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วม

1. ระบบคัดกรอง/คัดแยกผู้สูงอายุประจำปีของอำเภอ...
2. ระบบการวินิจฉัย /ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษาของอำเภอ...กับรพ.ศูนย์/ รพ.มหาวิทยาลัย
3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอำเภอ...(ทีมบูรณาการดูแลต่อเนื่อง)
4. ระบบการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอำเภอ...(ทีมบูรณาการดูแลต่อเนื่อง)
5. ระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อมของอำเภอ...(ทีมบูรณาการดูแลต่อเนื่อง)

ตัวอย่าง การดำเนินการ การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรอำเภอ...



การคัดกรอง

มีวัตถุประสงค์ เพื่อกรองผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ออกจากผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุทุกคน (ความครอบคลุมร้อยละ 80) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และ 2Q ผู้ปฏิบัติ คือ อสม. **ที่ได้รับการฝึกฝน** และผู้รับผิดชอบ DCM ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศสม" ของโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น รูปแบบการดำเนินการคัดกรอง แบบ**ลงแขก**/แยกทำ

การดำเนินงานคัดกรอง

กระบวนการ	DCM/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	● พัฒนาศักยภาพอสม. ในการใช้แบบประเมินในการคัดกรอง และวิธีการประเมิน ● จัดเตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน ● มอบหมายพื้นที่/ผู้สูงอายุ ให้อสม. รับผิดชอบประเมิน โดยจัดทำเป็นเอกสารมีชื่อผู้รับผิดชอบชัดเจน ● จัดทำผังการดำเนินงาน ทะเบียนกำหนดวันที่ดำเนินการและส่งแบบประเมิน ● จัดเตรียมแบบประเมิน	● เข้ารับการพัฒนาศักยภาพทำความเข้าใจวิธีการประเมิน และการใช้แบบประเมิน ● ซักซ้อมการใช้แบบประเมิน ● รับเอกสารรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมายและแบบประเมิน ● ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	● ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ● อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม ● สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	● ติดตามการดำเนินงานและให้คำปรึกษา	● ประเมินผู้สูงอายุ/ญาติที่ได้รับมอบหมาย ● ตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ● ตรวจสอบความครบถ้วนตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับมอบหมาย ● ขอคำปรึกษากรณีมีปัญหา ● รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินได้ พร้อมทั้งเหตุผล ● ส่งแบบประเมินตามกำหนด	

กระบวนการ	DCM/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	อสม.	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นประมวลผล	● ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบประเมิน ● บันทึกข้อมูลในแบบประมวลผล ● สรุปประมวลผล การประเมินผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และพื้นที่ 1. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 2. จำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำปกติตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม (คะแนน 14 ข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์) 3. จำนวนผู้สูงอายุที่**อาจ**มีความจำผิดปกติ (คะแนนตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ไม่อยู่ในเกณฑ์) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับ**การคัดแยก**) 4. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ต้องประเมิน (เหตุผล) 5. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ● มอบหมายอสม. ติดตามประเมินผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติมและกำหนดระยะเวลา ● จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก	● ติดตามประเมินผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องประเมินเพิ่มเติม ● ส่งแบบประเมินตามกำหนด	

การคัดแยก

มีวัตถุประสงค์ เพื่อ แยกผู้สูงอายุที่**อาจ**มีความจำผิดปกติ (คะแนนตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ไม่อยู่ในเกณฑ์) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย(MCI) ผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้สูงอายุที่คะแนนตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ไม่อยู่ในเกณฑ์ (ความครอบคลุมร้อยละ 80) เครื่องมือที่ใช้ในการแบบประเมิน MMSE-Thai 2002, MoCA, TGDS และแบบประเมินอื่นๆ ของโรงพยาบาลนั้น ผู้ปฏิบัติงานในส่วนการคัดแยก คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพ/สังคมที่ได้รับ**การพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมิน และ**ผู้รับผิดชอบ DCM ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศสม ของโรงพยาบาลนั้น เช่น รูปแบบการดำเนินการ **ลงแขก**/แยกทำ

การดำเนินงานคัดแยก

กระบวนการ	DCM/เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ท้องถิ่น/ชุมชน
ขั้นเตรียมการ	● วางแผนทำการคัดแยก ● กำหนดวันเตรียมความพร้อมและวันที่จะทำการคัดแยก (จำนวนผู้ทำการคัดแยกและจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก) ● จัดตารางวันเวลารายชื่อผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก ● ประสานสถานที่ ที่จะทำการคัดแยก ● จัดทำตารางการรับส่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยกและประสานกับผู้รับผิดชอบ ● ประสานทีมสหวิชาชีพและทีมสังคมเพื่อจัดการคัดแยก ● เตรียมความพร้อมผู้ดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบประเมิน วิธีการประเมิน การบันทึก และการตัดสิน รวมทั้งกระบวนการในวันดำเนินการคัดแยก) ● จัดตารางการดำเนินการคัดแยกและผู้รับผิดชอบ ● จัดเตรียมแบบประเมิน	● เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมเป็นผู้ดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบประเมิน วิธีการประเมิน การบันทึก และการตัดสิน รวมทั้งทำความเข้าใจกระบวนการในวันดำเนินการคัดแยก)	● เข้าร่วมการคัดแยก (เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมและร่วมการคัดแยก) ● ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ● อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ● ประสานกับ DCM ในการรับส่งผู้สูงอายุมารับการคัดแยก ● อำนวยความสะดวกเรื่องอาหารเครื่องดื่ม ● สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน
ขั้นดำเนินการ	● ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก ● มอบหมายผู้สูงอายุให้กับผู้ทำการคัดแยก ● เป็นที่ปรึกษาในการคัดแยก ● ตรวจสอบผลการคัดแยก อธิบายผลและให้ข้อมูลการดูแล (ให้ข้อมูลเพิ่มเติม /นัดหมายกรณีที่ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	● ทำการคัดแยกตามวันเวลาที่มอบหมาย ● ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน และระบุระดับผล ● ส่งแบบประเมินให้ DCM เพื่อดำเนินการต่อไป	

กระบวนการ	DCM/เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม	ทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ทีมสังคม	ท้องถิ่น/ชุมชน
	ผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม		
ขั้นประมวลผล	• บันทึกข้อมูลในแบบประมวลผล • สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดแยก และผู้สูงอายุที่ต้องติดตามดำเนินการคัดแยก (อาจมีปัญหาติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่อยู่ในพื้นที่ในวันคัดแยก) • จัดทำทะเบียน ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย(MCI) และผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (ผู้ที่ปกติส่งกลับรวมเข้ากลุ่มปกติ) • ผู้สูงอายุที่ปกติ (ทั้งหมด) ประสานส่งให้ได้รับการดูแลโดยการทำ brain exercise • ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ประสานส่งให้ได้รับการดูแลโดยการทำ brain rehabilitation • ผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม วางแผนทำการเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมข้อมูล เพื่อนำสู่การวินิจฉัย	• ร่วมติดตามประเมินผู้สูงอายุที่ต้องติดตามดำเนินการคัดแยก	

การวินิจฉัยรักษา

มีวัตถุประสงค์ เพื่อ การตัดสินผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ กรณีมีสมองเสื่อม ต้องวินิจฉัยว่ารักษาได้หรือไม่ ต้องส่งตรวจ/ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาหรือไม่ เป็นโรคอะไร ระยะใดและมีแผนการรักษาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร (ส่วนที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจะให้การบำบัดรักษาตามปัญหา) กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (ความครอบคลุมร้อยละ 80) การวินิจฉัยโดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ/เฉพาะทาง โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม /clinical diagnosis (ซักประวัติ/ตรวจร่างกาย) อาจมีเครื่องมือประเมิน ตามหลักการของสถาบันนั้นๆ ผู้รับผิดชอบ DCC (Dementia Care Coordinator) (ผู้ประสานงานการส่งเข้าวินิจฉัย และการส่งกลับพื้นที่) DCM (ผู้ประเมินข้อมูลเบื้องต้น)

แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ผู้วินิจฉัย) ซึ่งรูปแบบการดำเนินการคัดกลุ่ม ได้แก่ 1) ส่งเข้ารับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ 2) สภาลูกขุน (วินิจฉัยโดยทีมลูกขุน ประกอบด้วย DCC, DCM, แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง) 3) การคัดกลุ่มที่ Primary diagnosis ร่วมกับ Tele medicine เป็นต้น

กระบวนการ	**DCM/เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ ศสม.**	**DCC**	**แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ**
ขั้นเตรียมการ	• ทำการประเมิน และบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม : ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพ สังคมและข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม • ส่งรายชื่อและแบบบันทึกฯ ให้ DCC • นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	• ลงทะเบียนผู้สูงอายุ • จัดเตรียมแบบบันทึกประวัติฯ ข้อมูลสุขภาพ (เพิ่มเติม) • จัดลำดับและตารางการเข้ารับการวินิจฉัย • ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ • พร้อมนัดหมาย • ประสาน DCM เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	• ประสาน DCM เพื่อการนัดหมาย
ขั้นดำเนินการ		• ประสานการเข้ารับการวินิจฉัย • ส่งบันทึกผลการตรวจและแนวทางการรักษาการเพื่อการส่งตัวกลับพื้นที่ • ประสานการได้รับสิทธิ	• ทำการตรวจวินิจฉัย • และตัดสินการเป็นผู้พิการทางสมอง (กรณีมีภาวะสมองเสื่อม)
	• รับการส่งตัวกลับ		
ขั้นประมวลผล	• สรุปจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็น 3 กลุ่ม โดยจำแนกเพศ วัย (final หลังการวินิจฉัย) 1. ผู้สูงอายุปกติ 2. ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) (ผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม และผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับเข้ากลุ่มนี้) 3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	• สรุปจำนวนและผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่**สงสัย**ว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม	

การดูแลต่อเนื่อง

เป้าหมานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติ (ทางสมอง) กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพสมอง มี 3 รูปแบบ คือ 1) การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ (brain exercise) 2) การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) (brain rehabilitation และ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว และการดูแลทั้งสามกลุ่มต้องโดยความร่วมมือของ ภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น และภาคประชาชน

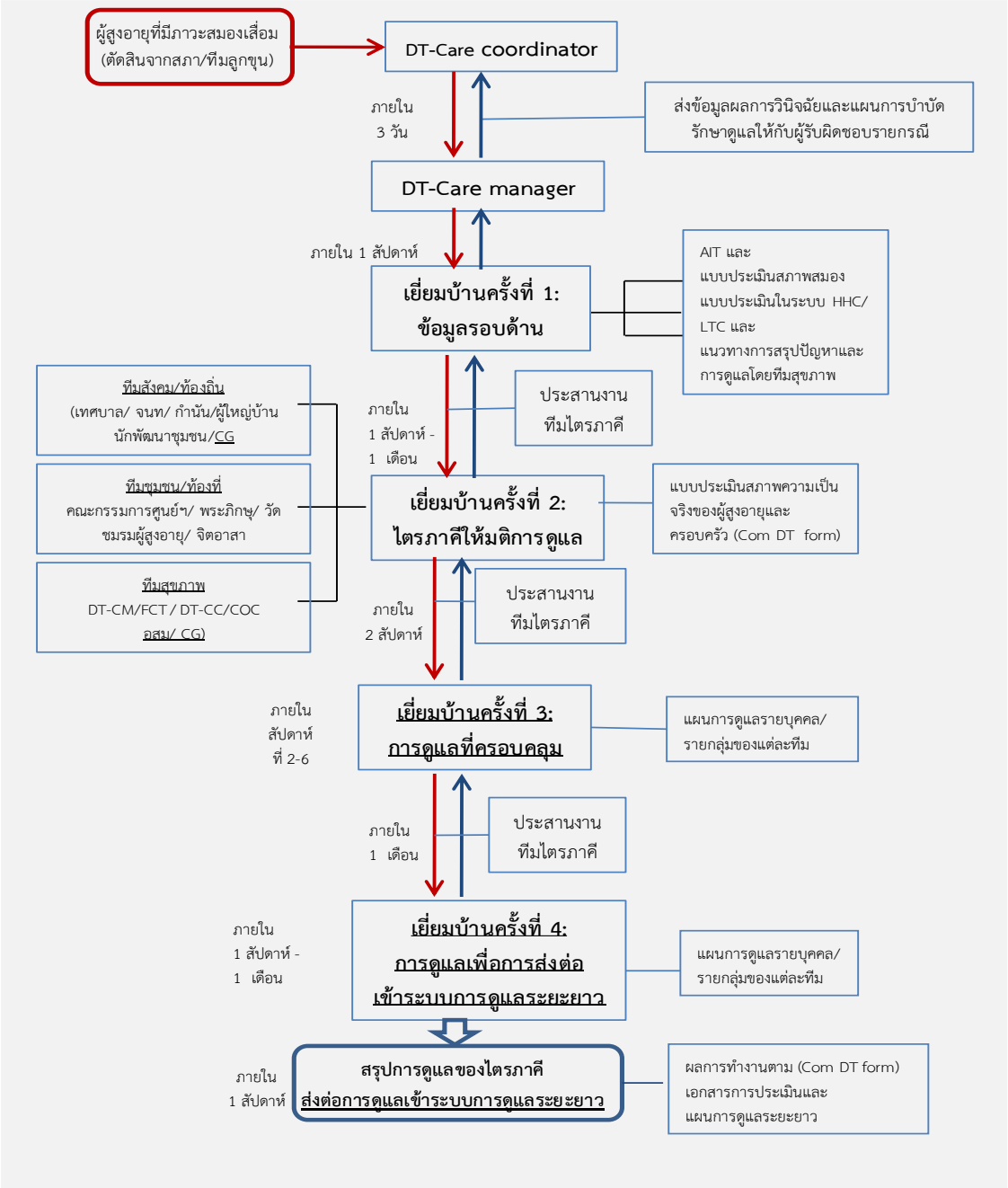
1. การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ (brain exercise) เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ โดย ให้ทีมพื้นที่ประยุกต์ cognitive stimulation program ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาแล้ว บูรณาการเข้าไปในกิจกรรมในโครงการส่งเสริมด้านสุขภาพผู้สูงอายุทุกโครงการที่พื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ และหรือในการจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยสอดแทรกในส่วนของกิจกรรมการเคลื่อนไหว ที่ส่งเสริมสุขภาพสมองและการใช้สมองสองซีกทุกครั้ง

2. การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย MCI) (brain rehabilitation) เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่**มีความจำบกพร่องเล็กน้อย MCI)** คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ cognitive stimulation program ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาแล้ว โดยมีการจัดกลุ่ม จัดกิจกรรม ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (intermediated care: brain care/ดูแล care giver) เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดการให้มีดูแล เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผุ้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกขภาระที่มากเกิน ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจึงครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการงานของผู้ดูแล โดยมีระยะการดูแลให้ได้คุณภาพก่อนส่งต่อเข้าการดูแลระยะยาว ซึ่งมีกระบวนการดำเนินงาน ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือ

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ข้อมูลรอบด้าน
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 ไตรภาคีให้มติการดูแล
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 การดูแลที่ครอบคลุม
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4...
และเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ สุดท้าย การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในครอบครัว โดยเยี่ยมบ้าน



ที่มา: โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร, 2560.

แนวทางการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุ : Brain exercise, Brain training, brain care ดังนี้

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ตามโครงการโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทยนั้น จะมีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) ด้วยการทำ brain training โดยใช้ Cognitive Stimulation ด้วยโปรแกรม TEAM V

TEAM V Program เป็นกระบวนการที่จะกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบ ใน 4 ด้าน คือ 1) **executive function** หรือ การคิด ตัดสินใจ การบริหารจัดการกิจกรรมซื้อของ วางแผนใช้เงิน 2) **attention** หรือความสนใจใส่ใจ 3) **memory** หรือความจำระยะสั้นความจำระยะยาว 4) **visuospatial function** มิติสัมพันธ์ รวมอยู่ในกิจกรรม 6 ครั้ง

การจัดแต่ละกิจกรรมแต่ละครั้งจะจัดห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งของกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ประกอบ ด้วยกิจกรรมย่อย 3 อย่าง คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหว กิจกรรม cognitive training และการสรุปและมอบหมายการบ้านเพื่อสร้างความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่	**ชื่อกิจกรรม**	**กิจกรรม การเคลื่อนไหว (ประมาณ 1 ชม)**	**กิจกรรม cognitive training (ประมาณ2 ชม)**	**การสรุป และมอบหมายการบ้าน (ประมาณ 15 นาที)**
	Pre test (ถ้าทำ)	**แบบประเมิน MoCA, MMSE**		
1	ชื่อนั้น สำคัญไฉน	● บรรยายความสามารถของสมองและภาพรวมกิจกรรม ● แนะนำวิธีทำอัตชีวประวัติตนเอง + แผนภูมิครอบครัว	● กิจกรรม แนะนำตัว & จำชื่อคน	● การบ้าน ทำอัตชีวประวัติ ● ฝึกจำข้อมูลทุกคนในกลุ่ม
2	**ความจำสั้นและยาว**	● แนะนำตัวพร้อมท่าเคลื่อนไหว ● กิจกรรมเคลื่อนไหว: ตาราง 9 ช่อง	● กิจกรรมความจำระยะยาว ● กิจกรรมอยู่กับปัจจุบันและ ความจำเสียง	● การบ้าน ฝึกเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง ● ฝึกการตั้งใจฟังอย่างมีสติ
3	**ไม่หลงทางถ้าสังเกต**	● ตรวจการบ้าน การตั้งใจฟังอย่างมีสติ ● กิจกรรมเคลื่อนไหว:เพลงดั่งดอกไม้บาน	● การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์และการสังเกต ● อ่านแผนที่ เขียนแผนที่	● การบ้าน ทำแบบฝึกหัดและเขียนแผนที่
4	**ความจำภาพและตัวเลข**	● ตรวจการบ้าน ดูภาพแผนที่	● จินตนาการสร้างภาพ + ความจำภาพ	● การบ้าน แก้ปัญหาการลืมโดยใช้ภาพและเสียง

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	กิจกรรม การเคลื่อนไหว (ประมาณ 1 ชม)	กิจกรรม cognitive training (ประมาณ2 ชม)	การสรุป และมอบหมายการบ้าน (ประมาณ 15 นาที)
		• กิจกรรมเคลื่อนไหว: กระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา และกิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส	• ความจำตัวเลข	
5	**จัดของจัดความคิด**	• ตรวจการบ้าน การจำภาพและเสียงคู่กันในชีวิตประจำวัน • กิจกรรมเคลื่อนไหว: ท่าออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	• กิจกรรมจัดของ • วางแผนกันลืม	• การบ้าน จัดของในบ้าน
6	**การทำอาหาร/ การใช้จ่ายอย่างมีสติ**	• ตรวจการบ้าน ดูรูปห้องในบ้านที่จัดแล้ว • กิจกรรมเคลื่อนไหว:สรุปกิจกรรมเคลื่อนไหวทั้งหมด	• กิจกรรมซื้อของ	• สรุปกิจกรรมทั้งหมด แลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม
	Post test (1 เดือนหลังกิจกรรม)	**แบบประเมิน MoCA**		
	การติดตาม/ กระตุ้นครั้งที่1 (2 เดือนหลังกิจกรรม)	**การติดตามโดยวิธีนัด F/U แบบฟอร์มการบันทึกการทำกิจกรรมต่อเนื่อง**		
	การติดตาม/ กระตุ้นครั้งที่3 (6 เดือนหลังกิจกรรม)	**การติดตามโดยวิธีนัด F/U แบบฟอร์มการบันทึกการทำกิจกรรมต่อเนื่อง**		

ส่วนที่ 2
รูปแบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำเรื่องสมองเสื่อม 13 จังหวัด

การพัฒนาและดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (CDC system)

จากการวิจัยสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้ ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรครบวงจร ต้องประกอบด้วย 3 ระบบ คือ 1) ระบบการคัดกรอง/คัดแยก 2) ระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษา 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และประกอบ 6 องค์ประกอบ คือ 1) ครบวงจร (comprehensive) 2) การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless) 3) ครอบคลุม (coverage) 4) เข้าถึง (assess) 5) การมีส่วนรวม (participation) และ 6) บูรณาการ (Integrated) ในปี พ.ศ. 2562 ได้จัดทำแผนงานโครงการเพื่อพัฒนางานนำสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) และขยายการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 บริการสุขภาพ คือ พื้นที่ M (Model) เป็นพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาจากการวิจัยแบบ R and D และได้รูปแบบและระบบการดูแลผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ และพื้นที่ A (Active) เป็นพื้นที่ที่จะขยายการพัฒนาระบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จำนวน 12 จังหวัด และขยายการดำเนินงานในพื้นที่ Big rock จำนวน 1 จังหวัด

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

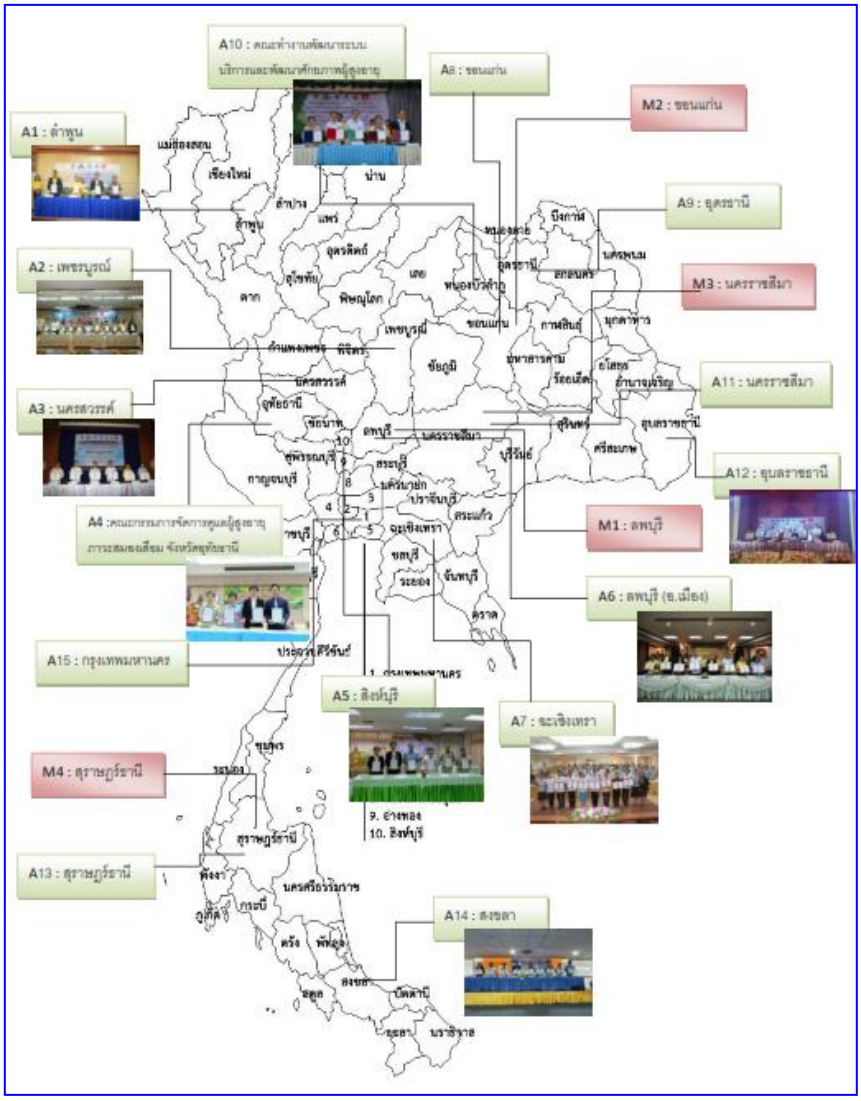
ระบบการจัดการและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ และ 6 คุณลักษณะ ได้นำสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานลงในพื้นที่ 12 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2562-2564 และขยายต่อเนื่องในพื้นที่ Big rock ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 จังหวัด รวมเป็น 13 จังหวัด พื้นที่ที่มีการดำเนินงานการพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ดังนี้

เขตสุขภาพ	พื้นที่ต้นแบบการพัฒนา (M)	พื้นที่ต้นแบบสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ (A)	พื้นที่ Big rock
1		ลำพูน	พะเยา
2		เพชรบูรณ์	
3		นครสวรรค์	
		อุทัยธานี	
4	ลพบุรี (อ.ลำสนธิ)	รพ.พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี	
		สิงห์บุรี	
6		ฉะเชิงเทรา	

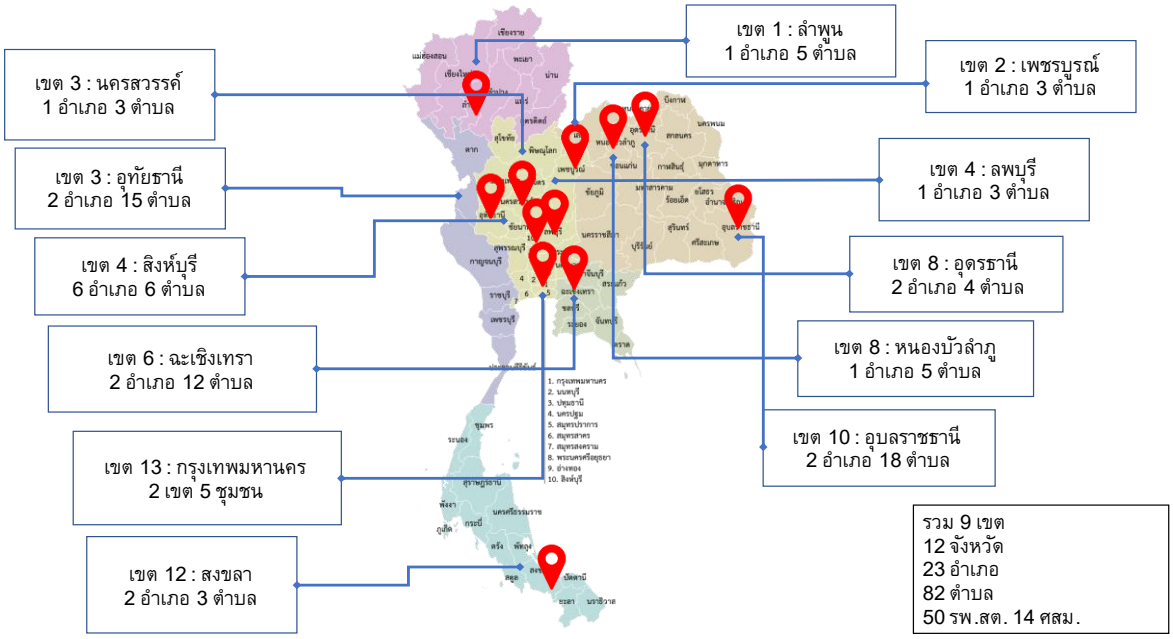
เขตสุขภาพ	พื้นที่ต้นแบบการพัฒนา (M)	พื้นที่ต้นแบบสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ (A)	พื้นที่ Big rock
7	รพ.บ้านฝาง (อ.บ้านฝาง)	ขอนแก่น	
8		อุดรธานี	
		หนองบัวลำภู	
9	รพ.มหาราชนครราชสีมา (อำเภอเมือง)		
10		อุบลราชธานี	
11	รพ.คีรีรัฐนิคม (อ.คีรีรัฐนิคม)	สุราษฎร์ธานี	
12		สงขลา	
13		กรุงเทพมหานคร	

แผนที่ประเทศไทย : 12 จังหวัด พื้นที่นำร่องใน CDC system (พ.ศ. 2562-2564) ประกอบด้วย

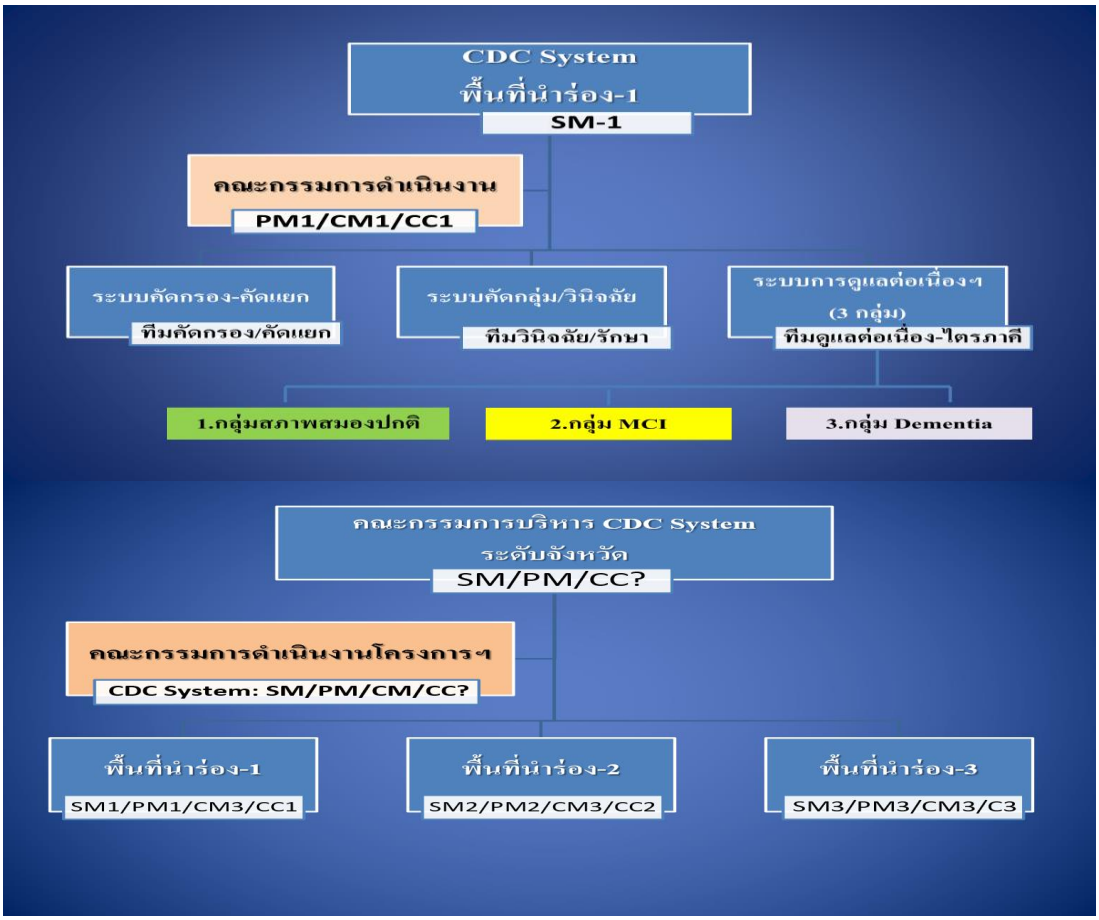
A1 : จังหวัดลำพูน (เขตสุขภาพที่ 1)
A2 : จังหวัดเพชรบูรณ์ (เขตสุขภาพที่ 2)
A3 : จังหวัดนครสวรรค์ (เขตสุขภาพที่ 3)
A4 : จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)
A5 : จังหวัดสิงห์บุรี (เขตสุขภาพที่ 4)
A6 : จังหวัดลพบุรี(อำเภอเมือง) (เขตสุขภาพที่ 4)
A7 : จังหวัดฉะเชิงเทรา (เขตสุขภาพที่ 6)
A8 : จังหวัดอุดรธานี (เขตสุขภาพที่ 8)
A9 : จังหวัดหนองบัวลำภู (เขตสุขภาพที่ 8)
A10 : จังหวัดอุบลราชธานี (เขตสุขภาพที่ 10)
A11 : จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)
A12 : จังหวัดกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)



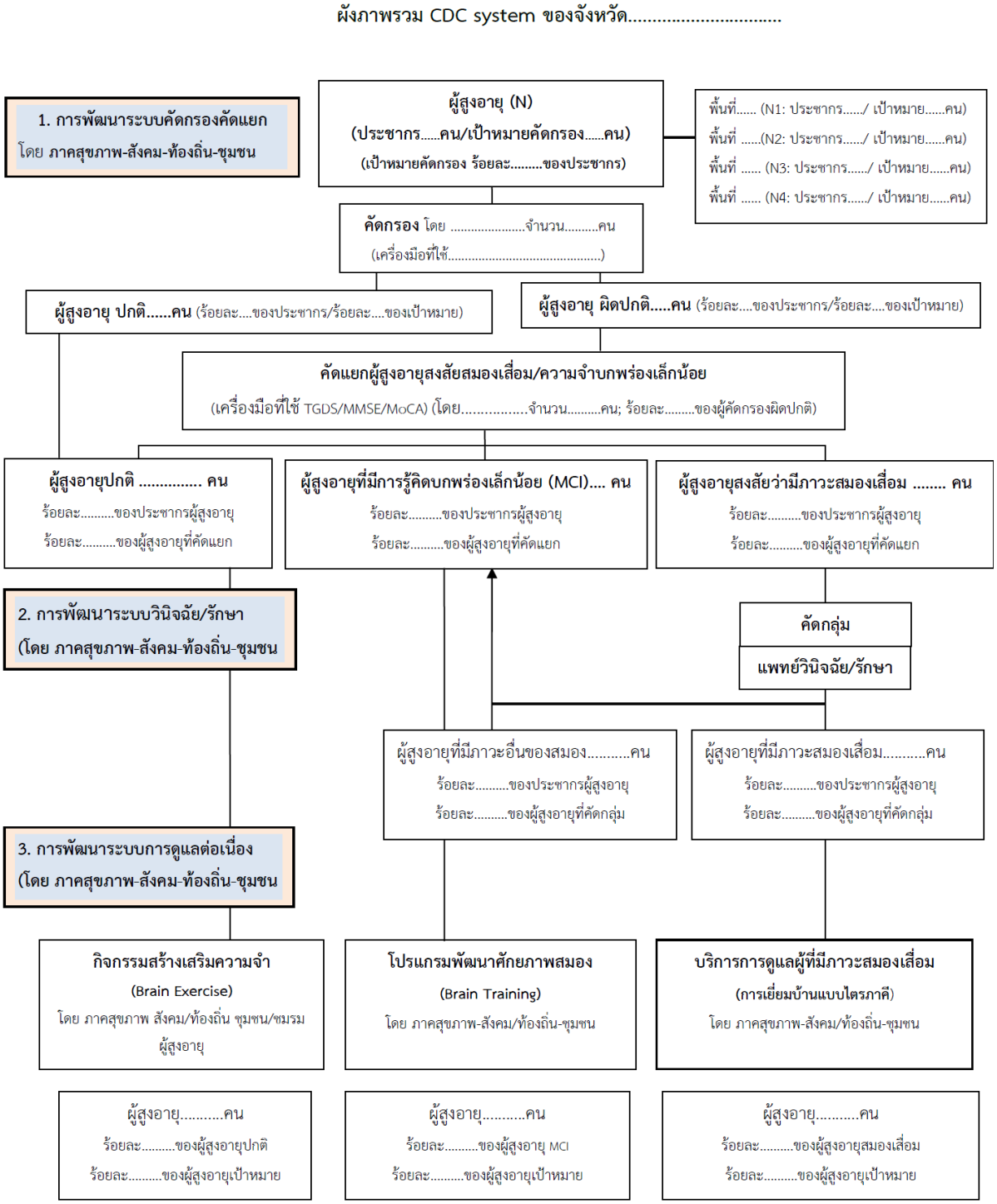
แผนที่แสดงผลลัพธ์การพัฒนา CDC system ในพื้นที่นำร่อง (พ.ศ. 2562-2564)



ผังไหล คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

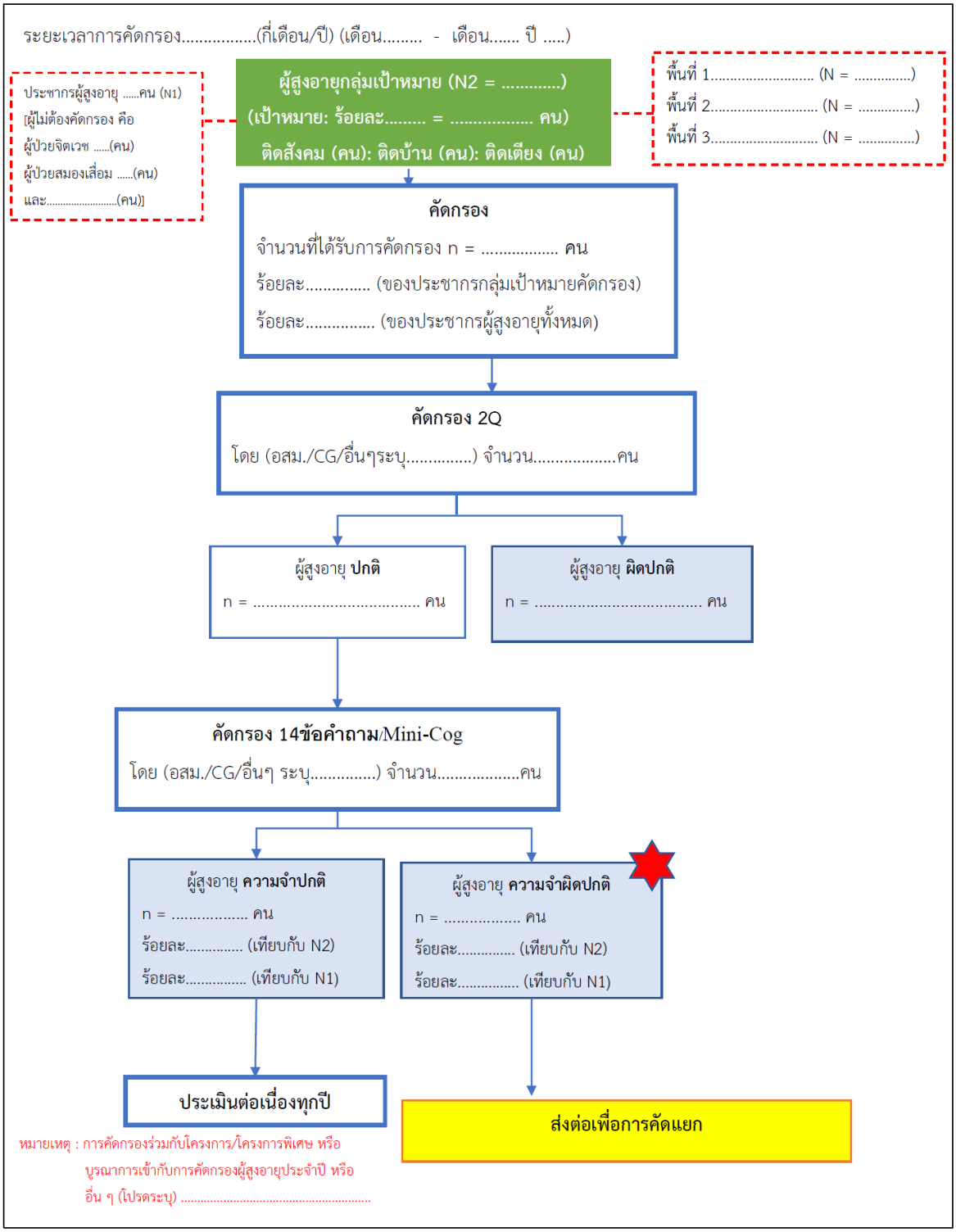


ผังไหล การจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

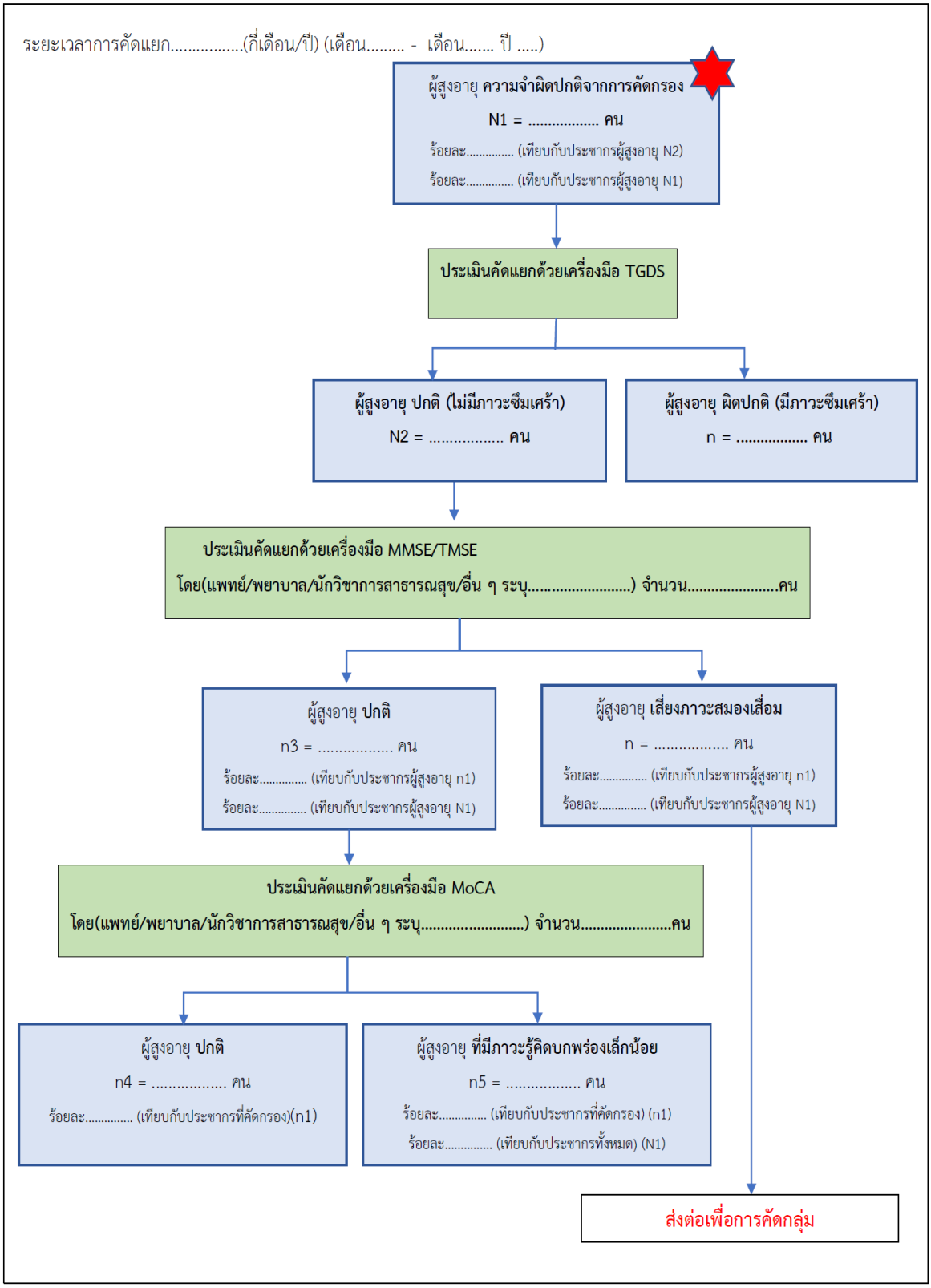


ผังไหล ระบบการคัดกรอง คัดแยก

ผังไหลภาพรวมการคัดกรองพื้นที่.....ชื่อผู้รับผิดชอบ(DT CM).....

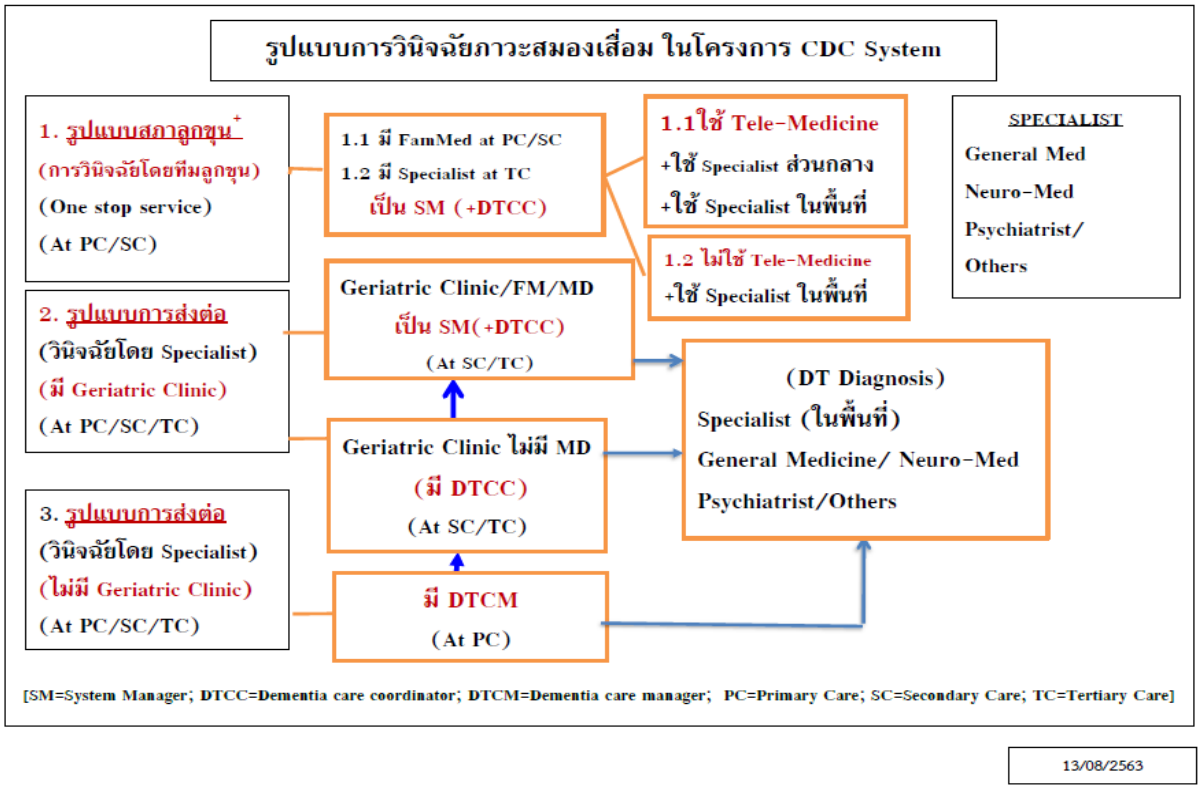


ผังไหลภาพรวมการคัดแยกพื้นที่.....ชื่อผู้รับผิดชอบ(DT CM).....

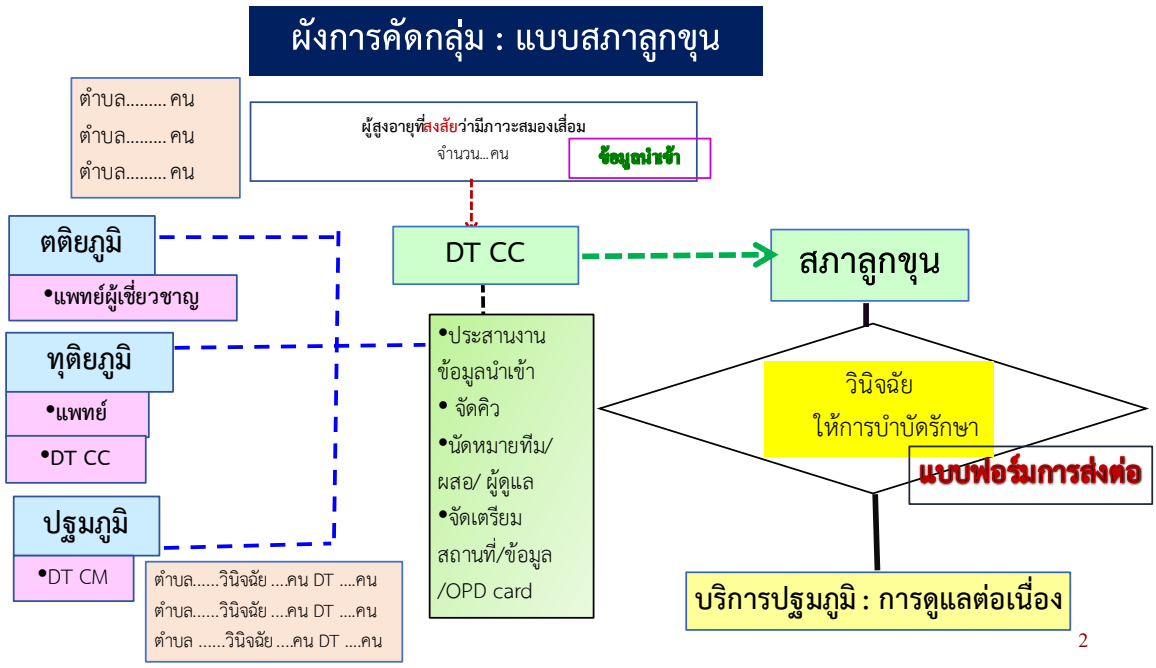


ผังไหล ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา)

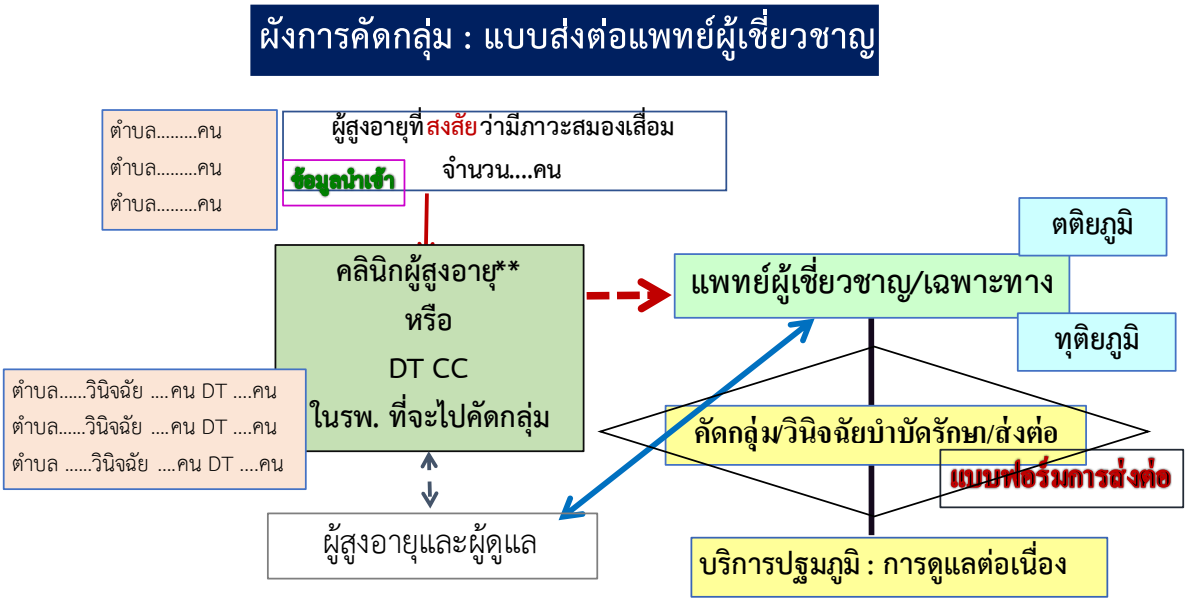
รูปแบบการวินิจฉัย ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



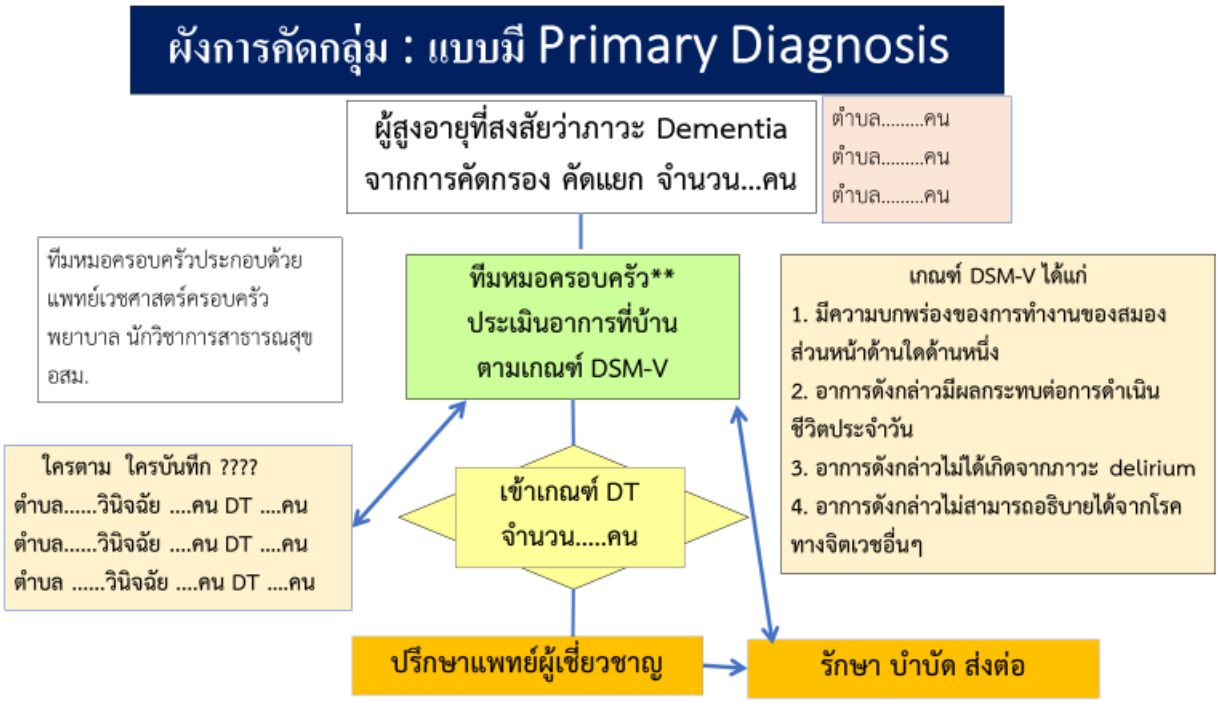
1. ผังไหลการคัดกลุ่ม: แบบสภาลูกขุน



2. ผังไหลการคัดกลุ่ม: แบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

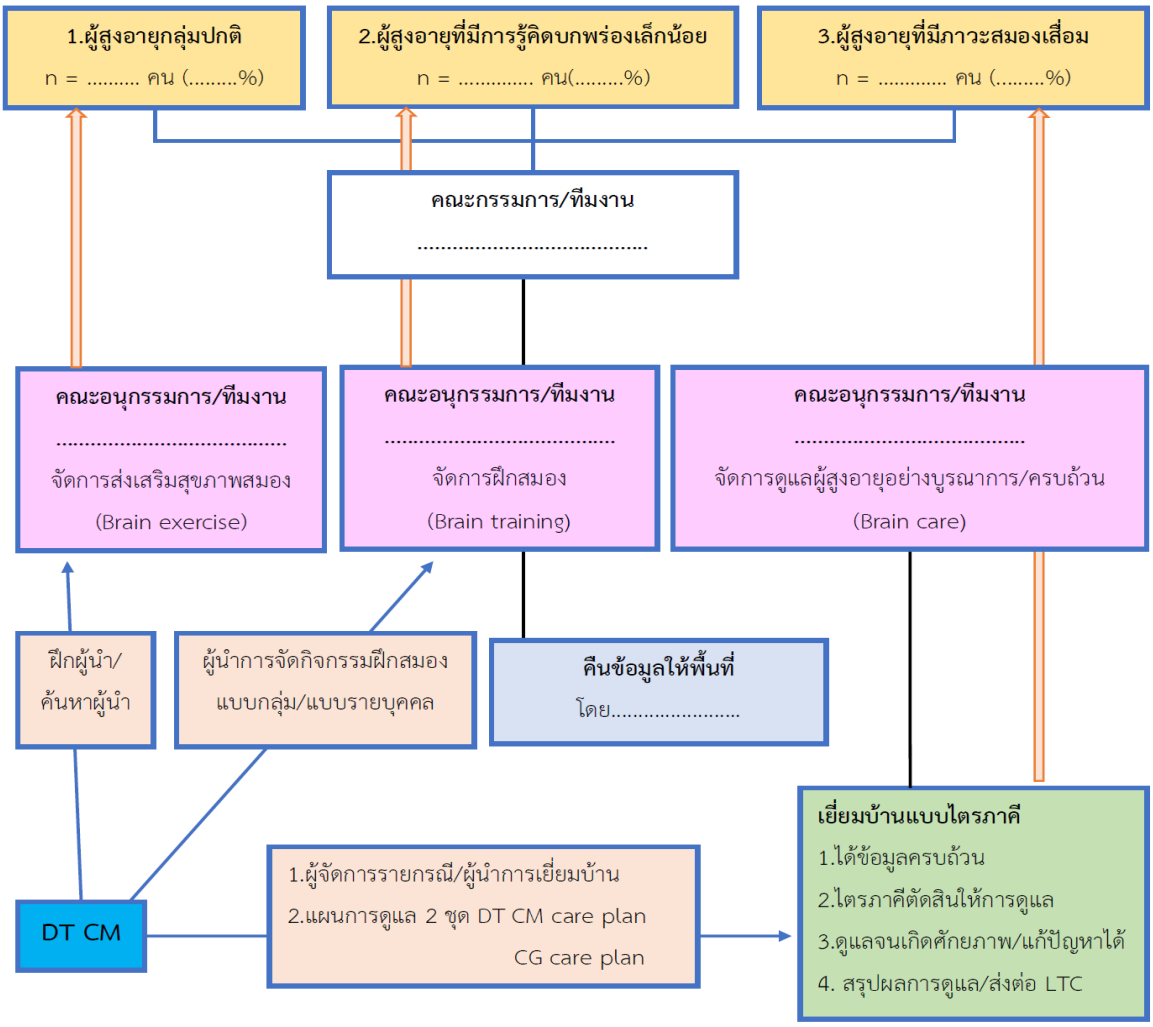


3. ผังไหลการคัดกลุ่มแบบ Primary Diagnosis



ผังไหล ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

แผนผังการดูแลต่อเนื่อง ระดับพื้นที่.....



สรุปการดำเนินการในระยะที่ 1 การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในพื้นที่ ระดับ A (มกราคม-มีนาคม 2562)

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
1	ลำพูน	ดำเนินการในพื้นที่นำร่องในPCC ของรพ.ลำพูน ได้แก่ พื้นที่เขตเมือง - PCC ต้นธง - PCC อุโมงค์ - PCC มะเขือแจ้ - PCC เหมืองจี้ - PCC ป่าสัก	เครื่องมือการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยอสม. -คัดแยก โดยพยาบาวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข/นักจิตวิทยา	-ดำเนินการที่ PCC แบบPrimary diagnosis -ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุใน PCC	-ทีมCOC -ระบบ LTC
2	เพชรบูรณ์	เป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพ+สังคม+ท้องถิ่น ดำเนินการนำร่องใน3 ตำบล ต.ในเมือง (3 กลุ่มเมือง เน้นชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนหลักในการพัฒนา) ต.ท่าพล (รพ.สต.ท่าพล/รพ.สต.เทศบาล) ต.นายม (2 รพ.สต. คือ ถ้ำน้ำบัง/หนองผักบุ้ง)	คัดกรองโดยอสม. -mini-cog *จะลองใช้ 14 ข้อคำถาม คัดแยก โดยพยาบาล/CM ดำเนินการแบบลงแขกลงขันและดำเนินการเองของพื้นที่	ระบบวินิจฉัย 2 เส้นทาง -แบบสภาลูกขุนชุมชนที่รพสต. -คลินิกจิตเวช (พญ.นิรมล แก้วคำ)	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
3	อุทัยธานี	ดำเนินการนำร่องใน PCC 3 แห่ง	การคัดกรองโดย CG/อสม	ระบบการวินิจฉัย มี 2 เส้นทาง -สภาลูกขุนชุมชน ที่ PPC	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือน

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
		-PCCน้ำซึม (น้ำซึม/ท่าชุง/หมกแถว) -PCCเกาะเทโพ (เกาะเทโพ / สะแกกรัง /หาดทะนง/ เนินแจง -PPCเมือง (ศสม. /เทศบาล /รพ. อุทัยธานี	*ร่วมดำเนินการโดยพื้นที่เอง ถ้ามีปัญหา สามารถประสานความร่วมมือกับ PCC ที่ร่วมนำร่องเครื่องมือ เดิมใช้ AMT ขอเปลี่ยนมาทดลองใช้ 14 ข้อคำถาม คัดแยก โดย CM/พยาบาล	-คลินิกความจำ ที่รพ. *จิตแพทย์	ก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
3	นครสวรรค์	ดำเนินการใน 6 ศสม. รวมกับแกนนำหลักรพ.สวรรค์ประชาชารักษ์ **ในเขตเทศบาล** **(71 ชุมชน/1รพ.สต.)** - ศสม. วัดจอมคีรีนาคพรต - ศสม. วัดช่องคีรี - ศสม. สะพานดำ - ศสม. วัดไทรใต้ -ศสม. ร่มฉัตรและเทศบาล - ศสม. สวรรค์ประชารักษ์ **นอกเขตเทศบาล** - รพ.สต.วัดไทร	คัดกรองโดยอสม. เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ที่ศสม. คัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพประจำ ศสม. *ถ้าศสม. ต้องการให้ช่วยก็จะมาช่วยลงแขกลงขัน	ส่งเพื่อวินิจฉัยที่คลินิกผู้สูงอายุชีวานันท์ (นพ.ภาณุพงศ์ รับผิดชอบดูแลคลินิกผู้สูงอายุ) *คัดแยกกลุ่มMCI สามารถส่ง case มาทำProgram cognitive stimulation	-ทีม COC -ระบบ LTC
5	สิงห์บุรี	ดำเนินการในพื้นที่ โดยเลือกนำร่องในรพ.สต.	คัดกรองโดยอสม. คัดแยก โดยพยาบาล/CM	ระบบการวินิจฉัย มี 2 เส้นทาง	-COC

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
		ที่เข็มแข็งฐานชุมชน อ.เมือง (ต.ม่วงหมู่) อ.ค่ายบางระจัน (ต.โพทะเล) อ.บางระจัน (ต.เชิงกลัด) อ.อินทร์บุรี (ต.น้ำตาล) อ.พรหมบุรี (ต.พระงาม) อ.ท่าช้าง (ต.ประจักษ์)	*ร่วมดำเนินการแบบลงแขกลงขัน และดำเนินการเองในพื้นที่	ระบบวินิจฉัย -แบบสภาลูกขุนชุมชนสัญจร ที่รพ.สต. *จิตแพทย์จะลงไปวินิจฉัย (นพ.วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ/ พญ.สุติญชลี สิกาญจนานันท์) -คลินิกจิตเวช	*การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
6	ลพบุรี	ดำเนินการใน 2 ตำบล -ท่าศาลา -ตำบลตะลุง ร่วมกับ รพ.พระนารายณ์มหาราช	เครื่องมือ คัดกรอง AMT โดยอสม. คัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพ ที่รพ.สต.	ดำเนินการ 2 เส้นทาง 1. คลินิกความจำ รพ.พระนารายณ์มหาราช 2. PCC ของตำบลท่าศาลา/ตำบลตะลุง (พื้นที่กำหนดวันลงวินิจฉัยเอง)	-ทีม COC -ระบบ LTC
6	ฉะเชิงเทรา/เขต 6 *ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านพชอ.	ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร วันที่ 26-28 กพ. 62 ดำเนินการจัดทำระบบการดูแลสมองเสื่อมแบบครบวงจร วันที่ 22-23 พค. 62 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว			

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
8	หนองบัวลำภู	2 รูปแบบ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (specialize dementia care) 2) กลุ่มผู้สูงอายุพื้นที่นำร่อง อำเภอเมือง 3 ตำบล คือ ต. หนองบัว และ ต.นามะเฟือง	การคัดกรองโดย อสม. -mini cog (กลุ่มพึ่งพิง) -14ข้อคำถาม *ร่วมดำเนินการโดยพื้นที่เอง คัดแยกโดย CM/พยาบาล	ระบบการวินิจฉัย มี 2 เส้นทาง -สภาลูกขุนเคลื่อนที่ -คลินิกผู้สูงอายุ *แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว *จิตแพทย์	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
8	อุดรธานี อ.เมือง (รพ.อุดรธานี)	ดำเนินการใน 3 ศสม. (ศสม.1-3)	การคัดกรองโดย อสม. -AMT คัดแยกโดยพยาบาล/CM *ร่วมดำเนินการแบบลงแขกลงขัน	-คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทย์FM เชื่อมกับ ระบบการวินิจฉัยในรพ.อุดรธานี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ระบบประสาท	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
	-อ.หนองหาน (รพ.หนองหาน)	ดำเนินการนำร่องใน PCU รพ.	คัดกรองโดยอสม. -AMT คัดแยกโดยพยาบาล/CM *ร่วมดำเนินการแบบลงแขกลงขัน	ระบบวินิจฉัยแบบสภาลูกขุน *ประสานงานแพทย์รพ.อุดรธานี เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในระบบการวินิจฉัยในระยะแรก และหาแพทย์ที่รับผิดชอบหลักของรพ.หนองหาน ในระบบวินิจฉัย	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
10	อุบลราชธานี *ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านพชอ.	ดำเนินการใน 2 รพ. 1) รพ.๕๐พรรษามหาวชิราลงกรณ **ตำบลขามใหญ่** : รพ.สต.ด้ามพร้า / รพ.สต.ขามใหญ่ รพ.สต.หัวดูน **ตำบลปทุม** : รพ.สต.ปทุม / รพ.สต. ดงห่องแห่ **ตำบลไร่น้อย** : รพ.สต.ดงแสนสุข / รพ.สต. ยางลุ่ม /รพ.สต. ตำแย / PCU รพ. ๕๐ พรรษาฯ 2) รพ.วารินชำราบ **เต็มพื้นที่** 22 แห่ง - 19 รพ.สต. - 3 ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลวารินชำราบ	คัดกรองโดยอสม. คัดแยก โดยพยาบาล/CM *ร่วมดำเนินการแบบลงแขกลงขัน เรียก **โมบายการคัดกรอง-คัดแยก**	ระบบวินิจฉัยแบบสภาลูกขุน *ในระยะแรก รพ.๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ ขอให้ผู้เชี่ยวชาญจากรพ.สรรพสิทธิประสงค์มาร่วมในทีมวินิจฉัยในระยะแรก -รพ.วารินชำราบ ดำเนินการเองเต็มรูแบบ ขอเพิ่มองค์ความรู้ในการวินิจฉัยกรณีที่มีความซับซ้อนของปัญหาหรือกรณีมีโรคร่วม	-COC *การเตรียมผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน 4 เดือนก่อนส่งสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Intermediate community care)
12	สงขลา	ดำเนินการใน 3 อำเภอ ประกอบด้วย -อ.เมือง (รพ.สงขลา : รพ.สต.เขารูปช้าง) -อ.สะเดา (รพ.ปาดังเบซาร์และรพ.สะเดา)	คัดกรองโดยอสม. เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม คัดแยกโดย พยาบาล CM	ส่งวินิจฉัย - คลินิกผู้สูงอายุ (รพ.สงขลา) - ส่งวินิจฉัยโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.สะเดา และรพ.ปาดังเบซาร์ =>รพ.หาดใหญ่)	-ทีม COC -ระบบ LTC

เขตสุขภาพ	พื้นที่	รูปแบบ	ระบบการคัดกรอง	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง
		-อ.สทิงพระ (รพ.สทิงพระ : นำร่อง ต.จะทิ้งพระและ ต.วัดจันทร์)		- วินิจฉัยในพื้นที่ด้วยระบบ consult specialist (รพ.สทิงพระ)	
13	กรุงเทพมหานคร	เป็นการดำเนินงานโดยรพ.ราชพิพัฒน์เป็นแกนนำ และมีชุมชนรอบๆโรงพยาบาล 3 ชุมชน ร่วมเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร ชุมชน (ศูนย์สาธารณสุข) ศูนย์สาธารณสุข 67 48 40 ของกทม.	-การคัดกรอง/คัดแยกที่คลินิกผู้สงอายุ ในรพ. ในกรณีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการที่รพ. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก TMSE โดยพยาบาลวิชาชีพ -การคัดกรอง/คัดแยกในชุมชนต้นแบบ 3 ชุมชน เครื่องมือที่ใช้ 14 ข้อคำถาม โดยอสส.	ระบบวินิจฉัยที่คลินิกผู้สูงอายุ	-เชื่อมระบบ LTC ของรพ. -การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ -ส่งต่อไปดูแลต่อประสานกับศูนย์สาธารณสุขชุมชน

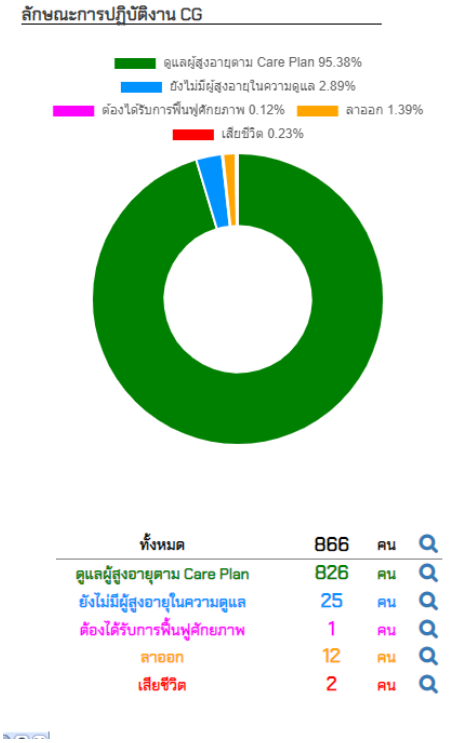
ผลการดำเนินงานระบบการดูแลผผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) พ.ศ. 2562-2564

เขตสุขภาพที่ 1 พื้นที่อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

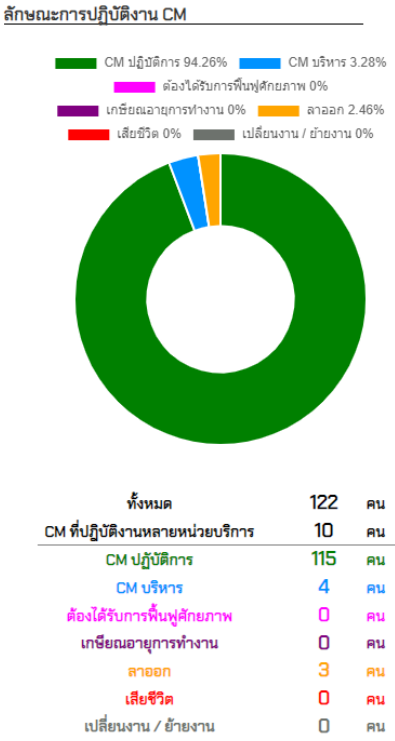
สถานการณ์

จังหวัดลำพูนมีพื้นที่การปกครองแบ่งเป็น 8 อำเภอ 51 ตำบล 57 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนประชากร 397,830 คน เป็นผู้สูงอายุ 109,812 คนคิดเป็นร้อยละ 27.60 (ข้อมูลตามประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย วันที่ 30 เมษายน 2567) และมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในระดับเขตสุขภาพ เป็นลำดับที่ 2 รองจากจังหวัดลำปาง คนพิการทุกประเภทรวม 25,249 คนคิดเป็นร้อยละ 6.35 ของประชากร (ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, เมษายน 2567) ร้อยละผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประชากรทั้งที่มีชื่อและไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน แต่ตัวอยู่จริง (Type 1+3) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นทุกปี

จำนวน Care Manager และ Care Giver จังหวัดลำพูน



ทั้งหมด	866	คน
ดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan	826	คน
ยังไม่มีผู้สูงอายุในความดูแล	25	คน
ต้องได้รับการฟื้นฟูศักยภาพ	1	คน
ลาออก	12	คน
เสียชีวิต	2	คน



ทั้งหมด	122	คน
CM ที่ปฏิบัติงานหลายหน่วยบริการ	10	คน
CM ปฏิบัติการ	115	คน
CM บริหาร	4	คน
ต้องได้รับการฟื้นฟูศักยภาพ	0	คน
เกษียณอายุการทำงาน	0	คน
ลาออก	3	คน
เสียชีวิต	0	คน
เปลี่ยนงาน / ย้ายงาน	0	คน

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการดำเนินงานการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรองที่หลากหลาย เช่น ใช้ mini cog, AMT, MMSE เป็นต้น ขณะเดียวกันในระดับพื้นที่พบปัญหา ผู้สูงอายุเดินทางออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก มีความรุนแรงในครอบครัว ผู้สูงอายุถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ จากความไม่เข้าใจพยาธิสภาพของการเกิดสมองเสื่อม และบุคลากรยังไม่มีองค์ความรู้ในการดูแล ส่งต่อ ส่วนใหญ่มีแนวคิดที่ว่าเป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องของวัยที่จะต้องมีการเสื่อมถอยตามอายุ ขาดการส่งต่อและรักษาที่ถูกต้อง ทำตามนโยบายให้มีการคัดกรองก็ทำการคัดกรอง เมื่อพบผิดปกติ ก็ตอบว่าผิดปกติ ไม่ได้นำมาดำเนินการอย่างไรต่อ

จนกระทั้งในปี พ.ศ. 2560 กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มมีแนวทางทางการดำเนินการในเรื่อง “การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม” บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มองว่า เป็นภาระ ผู้สูงอายุที่พบมีอาการผิดปกติจะถูกส่งต่อไปกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช และเมื่อกลับมาอยู่ กับครอบครัว กลับถูกมองว่าเป็นโรคจิตเภท เพราะได้รับยาจากกลุ่มงานนี้ทุกราย และในปี พ.ศ. 2561 ได้เข้าร่วมประชุมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และได้นำเสนอต่อผู้บริหารได้รับทราบปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข แต่ยังไม่มีแผนงานในการดำเนินการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 มีโครงการคัดกรองเฉลิมพระเกียรติ จึงได้เสนอผู้บริหาร สมัครเข้าร่วมโครงการฯ จนกระทั่งมีการดำเนินงานในพื้นที่ โดยการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน ทั้งนี้ได้ภาคีเครือข่ายคือโรงพยาบาลลำพูนที่เข้าร่วมโดยผลักดันอำเภอเมืองลำพูนเป็นพื้นที่นำร่องที่จะดำเนินการคัดกรอง คัดแยก จัดกิจกรรมกระตุ้นสมรรถาพสมอง และส่งต่อ แบบครบวงจร และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเข้าร่วมดำเนินการ

โดยจังหวัดลำพูนมีจุดมุ่งหมายให้มีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุให้ครบทุกระยะ ตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ ระยะก่อนเปราะบาง ระยะเปราะบาง และระยะพึ่งพิง อย่างเป็นระบบ ครบทุกอำเภอ *ในส่วนของโรงพยาบาลลำพูนและสถานบริการสุขภาพเครือข่ายอำเภอเมืองลำพูนซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องของจังหวัดลำพูน ได้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการดูแลใน 2 setting คือ ในชุมชน (Community based) ดูแลในระดับปฐมภูมิ (Primary care) และ ระดับโรงพยาบาล (Hospital based)* ดูลในระดับทุติยภูมิ

ในระดับปฐมภูมิ ได้มีการคัดกรองสมรรถภาพภายในของผู้สูงอายุในชุมชน ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถออกแบบแผนการดูแลให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตภาพคงระยะเวลาที่มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคมและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สร้างเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย

อีกส่วนหนึ่งคือ ในสถานบริการสุขภาพ (Hospital based) เป็นการดูแลในระดับทุติยภูมิถึงติยภูมิ (Secondary to Tertiary care) ด้วยการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพบโรคที่มีความซับซ้อน

มากขึ้นหรือภาวะที่หากให้การดูแลรักษาจะสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ อีกทั้งเป็นการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่รุนแรงขึ้น จนเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานในกลุ่มสูงอายุ ได้แก่ 1) การคัดกรองสุขภาพกายจิตให้ครอบคลุมเพื่อจัดแบ่ง กลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม (ติดสังคม/ติดบ้าน/ติดเตียง) กลุ่มอาการโรคที่พบบ่อยและภาวะ geriatric syndrome เพื่อการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับตำบลและอำเภอ 3) สนับสนุนให้วัดพัฒนาเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมในพื้นที่ 4) รวมพลังทุกภาคีภาคส่วนจัดตั้งเป็นรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ 5) สร้างโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมคุณค่าและพลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

สถานการณ์ของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด อำเภอเมืองลำพูน มีผู้สูงอายุจำนวน 36,662 คน ร้อยละ 29.28 กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 94.76 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 3.46 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.79 นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเกิดจากปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การถูกทอดทิ้ง อาศัยตามลำพัง ภาระต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าว หน่วยงานภาครัฐ 4 กระทรวงหลัก กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ ได้ร่วมกันการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ยุทธศาสตร์ 3 S คือ Social Participation (ชมรมผู้สูงอายุ,ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ) Social Security (ครอบครัวอบอุ่น/Aged-Friendly Cities/กองทุนออมแห่งชาติ) Strong Health (ฟื้นฟูสมรรถภาพ/คลินิกสูงอายุ/ตำบล LTC) มีเป้าหมายร่วม Active & Health Ageing ซึ่งก็บรรลุผลตามเป้าตัวชี้วัด คือ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ตามเกณฑ์คุณภาพ ครอบคลุมร้อยละ 60 และมีผู้สูงอายุกลุ่ม Healthy Ageing ร้อยละ 95.39 (ข้อมูลวันที่ 25 พฤษภาคม 2567)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2567

PCC	ตำบล	ประชากรทั้งหมด	อายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ
CUP เทศบาลเมืองลำพูน	ในเมือง	8,622	3,158	36.63%
PCC อุโมงค์	เหมืองง่า	13,199	4,041	30.62%
	อุโมงค์	11,284	4,126	36.57%
	หนองช้างคืน	3,060	1,099	35.92%
PCC ต้นธง	ประตูป่า	4,819	1,617	33.55%
	ริมปิง	7,953	1,817	22.85%
	ต้นธง	11,764	3,079	26.17%
PCC เหมืองจี้	บ้านแป้น	3,480	1,535	44.11%
	เหมืองจี้	6,965	2,512	36.07%
	หนองหนาม	4,010	1,365	34.04%
PCC มะเขือแจ้	มะเขือแจ้	14,741	3,647	24.74%
	บ้านกลาง	8,359	1,905	22.79%
PCC ป่าสัก	ป่าสัก	12,581	2,896	23.02%
	ศรีบัวบาน	8,411	2,229	26.50%
	เวียงยอง	5,969	1,636	27.41%
	รวม อ.เมืองลำพูน	125,217	36,662	29.28%

ผลการคัดกรองยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ อาทิ ในช่วงกลางปีงบประมาณ จะพบว่ามีผลการคัดกรองเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น ข้อมูลจึงไม่ใช้ข้อมูลที่ได้มา 100% ที่ ประเด็นการคัดกรองยังไม่ครบตามเกณฑ์ 3 ด้าน (ADL / โรคพบบ่อย DM, HT, ฟัน ตา และ Geriatric syndromes) การบันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรม JHCIS (แฟ้ม Special PP) รพ.สต. ยังไม่ได้บันทึกครบถ้วน ทำให้ส่งผลต่อข้อมูล HDC รับการส่งต่อผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้วพบความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาดูแล ยังไม่ชัดเจน และไม่มี Fast Tract ส่งผลต่อการจัดการในเชิงคุณภาพ และการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้ว่าการปฏิบัติงานจะยังเป็นไปในรูปแบบเดิม ก็พบว่ามีการส่งผลต่อการรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของ CUP โดยแม้จะมีการสนับสนุนกระตุ้นการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลำพูน (จัดตั้งในปี พ.ศ. 2559) ให้มีความต่อเนื่องยั่งยืน พัฒนาระบบการจัดการ ดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุ ในเครือข่ายบริการให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น จัดกิจกรรมเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ในชมรมผู้สูงอายุของแต่ละตำบล พัฒนาและสนับสนุนด้านวิชาการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุให้กับเครือข่ายชุมชน ในการดำเนินงานคัดกรองที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ยังไม่เข้าถึงบริการ ดังข้อมูลในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นผู้สงอายุ อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน
จากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2566

ภาวะสุขภาพ	คัดกรอง		ผลผิดปกติ/เสี่ยง		ผลผิดปกติมาก /เสี่ยงสูง		เสี่ยงสูงมาก		เสี่ยงสูง อันตราย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	11227	32.03	1408	12.54	1164	10.36				
เบาหวาน	17766	50.68	1899	10.69	235	1.32				
CVD	12416	35.42	7415	59.72	2366	19.06	1238	9.97	1397	11.25
สุขภาพช่องปาก	15760	44.96	163	1.03						
สมองเสื่อม AMT	18683	53.30	316	1.69						
ซึมเศร้า 2Q	25389	72.43	197	0.78						
ข้อเข่าเสื่อม	15574	44.43	758	4.87						
ภาวะหกล้ม	24856	70.91	1039	4.18						
ADL	16800	47.93	ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง			
			16055	95.57	557	3.32	188	1.12		
BMI	4720	13.46	ผอม		เริ่มอ้วน		อ้วน		อ้วนอันตราย	
			440	9.32	1078	22.84	217	4.60	16	0.34

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยกลุ่มโรค ผู้ป่วยนอก รพ.ลำพูน ปี พ.ศ. 2559 – 2566

กลุ่มโรค	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	รวม
Alzheimer's disease with late onset	7	8	0						
Alzheimer's disease, unspecified	3	6	15						
Circumscribed brain atrophy	9	5	2						
Specified degenerative diseases of the nervous system	1								
Unspecified degenerative disease of the nervous system		2	12						
รวม	20	21	29	55	47	38	51	48	309

หมายเหตุ จากฐานข้อมูล PMK รพ.ลำพูน 19 มิถุนายน 2567

ตารางที่ 4 ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก รพ.สต.เขตอ.เมืองลำพูน ปี พ.ศ. 2559 – 2566 (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

จำนวนผู้ป่วยโรคG300-G309*	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566
ต้นธง	0	0	4	1	1	1	1	3
ในเมือง	0	0	0	8	6	0	3	2
บ้านกลาง	0	0	3	0	0	0	0	1
บ้านแป้น	0	2	0	0	0	1	2	2
ประตูป่า	0	0	0	1	2	2	1	1
ป่าสัก	1	0	1	2	3	1	1	1
มะเขือแจ้	0	0	2	2	3	0	0	1
ริมปิง	1	5	0	1	1	0	0	1
เวียงยอง	0	0	0	1	2	3	2	2
ศรีบัวบาน	0	0	0	1	0	0	0	0
หนองช้างคืน	0	0	0	1	0	0	1	0
หนองหนาม	0	0	2	2	0	1	1	1
เหมืองง่า	0	0	3	2	3	3	3	2
เหมืองจี้	0	2	0	2	2	0	1	2
อุโมงค์	7	4	0	3	1	2	0	2
ผลรวมทั้งหมด	9	13	15	27	24	14	16	21

* G300 = Alzheimer's disease with early onset, G301 = Alzheimer's disease with late onset, G309 = Alzheimer's disease, unspecified, G310 = Circumscribed brain atrophy, G311 = Senile degeneration of brain, not elsewhere classified, G312 = Degeneration of the nervous system due to alcohol, G318 = Other specified degenerative diseases of the nervous system, G319 = Degenerative disease of the nervous system, unspecified

หมายเหตุ จากฐานข้อมูล PMK รพ.ลำพูน 19 มิถุนายน 2567

การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้องจัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลภาวะ “สมองเสื่อม” เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโรงพยาบาลลำพูนและสถานบริการสุขภาพเครือข่ายอำเภอเมืองลำพูนได้มุ่งเน้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการดูแลทั้ง 3 setting คือ

1) เชิงรุกในชุมชน (Community care) โดย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (งานส่งเสริมสุขภาพ) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำพูน

2) เชิงรับในสถานบริการสุขภาพ (Instituted care) คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลำพูน รับส่งต่อมาจาก รพช. จากแต่ละอำเภอ และคลินิกเวชศาสตร์สูงวัย (ปฐมภูมิ) ในโรงพยาบาลลำพูน (สาขาเวียงยอง) เปิดบริการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ รับดูแลในระดับปฐมภูมิ และรับปรึกษาจาก รพ.สต. แต่ละแห่ง ในอำเภอเมือง เข้าถึงบริบทการให้บริการระดับชุมชน รวมถึงประสานส่งต่อแพทย์เฉพาะทางหากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความเฉพาะมากขึ้น

3) จัดทำโครงการตามปัญหาพื้นที่ครบคลุม 2 ด้านคือ 1) ด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ Active Ageing อำเภอเมืองลำพูน (เชิงรุกในชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านข้อมูลความรู้ใหม่ที่จะบูรณาการเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น สื่อสารความเสี่ยงสุขภาพฝึกทักษะการดูแลตนเอง ร่วมงานกับองค์กรท้องถิ่นในการดำเนินการตำบลส่งเสริมสุขภาพและดูแลต่อเนื่องระยะยาว LTC) สร้างโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมคุณค่าและพลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโดยการบูรณาการกับมหกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ 2) ด้านพัฒนาคุณภาพบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทีมเครือข่าย รพ.สต./ อสม. ระดับปฐมภูมิ ในการค้นหาคัดกรองตามนโยบาย และองค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุ 9 ด้าน เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงส่งต่อดูแลได้อย่างเหมาะสม รวดเร็วทันเวลา

จากบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากมีความสามารถที่จะช่วยดูแลกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน รวมไปถึงประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายของหลายภาคีภาคส่วน ดังนั้นการบูรณาการร่วมด้วยช่วยกัน น่าจะช่วยให้การขับเคลื่อนจัดการกับปัญหาสังคมสูงอายุให้เป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการประสานภาคีเครือข่ายวางแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นประเด็นคุณภาพการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบภาวะเสี่ยง/ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เหมาะสมทันเวลาการพัฒนาระบบเชื่อมโยงคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลำพูนกับเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุจิตอาสาจากชมรมผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในคลินิกบริการอีกทั้งจังมีการนำแนวคิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity district health team) ระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงรวมกันเป็นเครือข่ายบริการ ทั้งระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิในอำเภอเดียวกัน ร่วมรับผิดชอบวางแผน

พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกันไม่แยกส่วนการพัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาไปสู่อำเภอสุขภาวะในอนาคตภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ์นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. คือ เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award (PCA) เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการโดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการรวมทั้งการบริหารจัดการ ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ครบทั้ง 18 หน่วยบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งในที่สุดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้จัดลำดับความสำคัญของประเด็นเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดประเด็น (ODOP) การดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน เป็นทีมผู้ประสานงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน รับทราบปัญหาอุปสรรคเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลำพูนเข้าร่วมโครงการตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) มีการดำเนินการตามองค์ประกอบตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 องค์ประกอบครบทั้ง 15 ตำบล เกิดตำบลต้นแบบระดับประเทศ คือ ตำบลอุโมงค์ และตำบลในเมือง อำเภอเมืองลำพูน ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ปี พ.ศ. 2562

ระยะการพัฒนาระบบ

การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สุงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบบวงจร เริ่มต้นจากทีมด้านสุขภาพของจังหวัดลำพูนได้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการและบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากพื้นที่ต้นแบบ (Model M) สู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ ในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ของกรมการแพทย์ ประกอบกับ นโยบายด้านผู้สูงอายุและสถานการณ์ด้านประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดที่เพิ่มขึ้น นำมาสู่ความร่วมมือของส่วนกลางและระดับพื้นที่ในการพัฒนาระบบการดูแล จึงได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ

การพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย ระหว่าง กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และโรงพยาบาลลำพูน เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลลำพูน



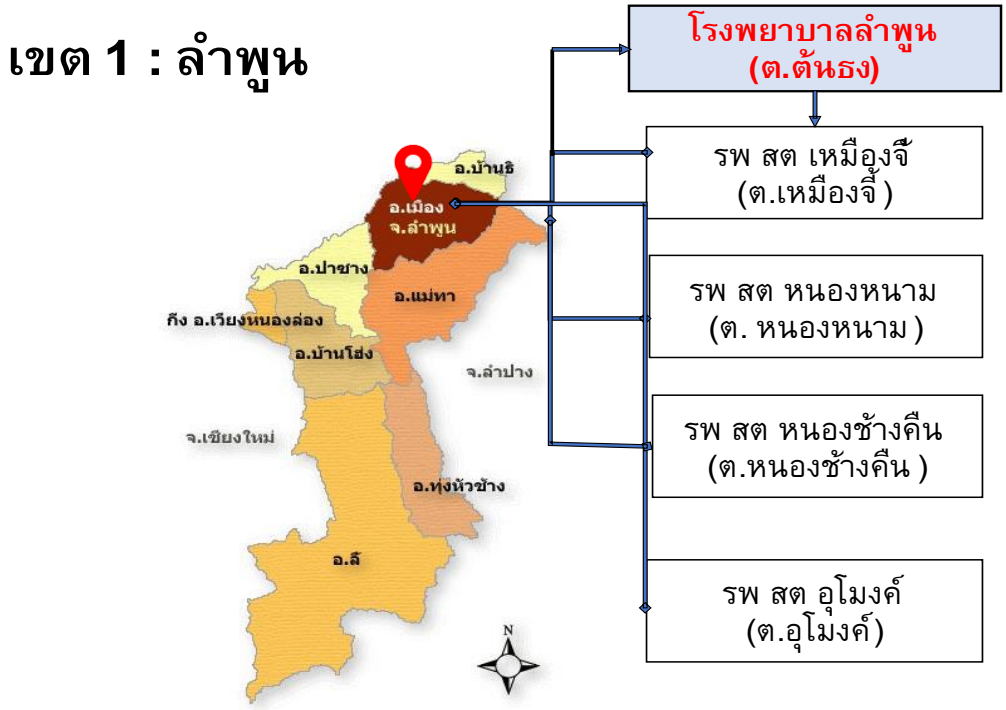
และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และเครือข่าย ร่วมกับพื้นที่ ดำเนินการจัดการอบรมรูปแบบ Model Coaching และ Teaching เพื่อสร้างระบบการดูแลสมองเสื่อมในพื้นที่จัดหวัดลำพูน โดยผู้เข้ารับการอบรมได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. พยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอกซึ่งดูแลคลินิกผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ซึ่งจากการประชุมที่ประชุมมีมติร่วมกันให้โดยแบ่งทีมดำเนินการออกเป็น 17 ทีมสุขภาพ (ตามรพ.สต.) ดำเนินการดังนี้

การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของทุกตำบลเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือคัดกรองแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงดำเนินการคัดกรองในช่วงเดือน สิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยมีบุคลากร รพ.สต.ที่เข้าอบรมเป็นพี่เลี้ยงและพิจารณาคัดแยก พร้อมทั้งประสานงานการส่งต่อให้กับทีมหมอครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัวคัดกลุ่มต่อไป

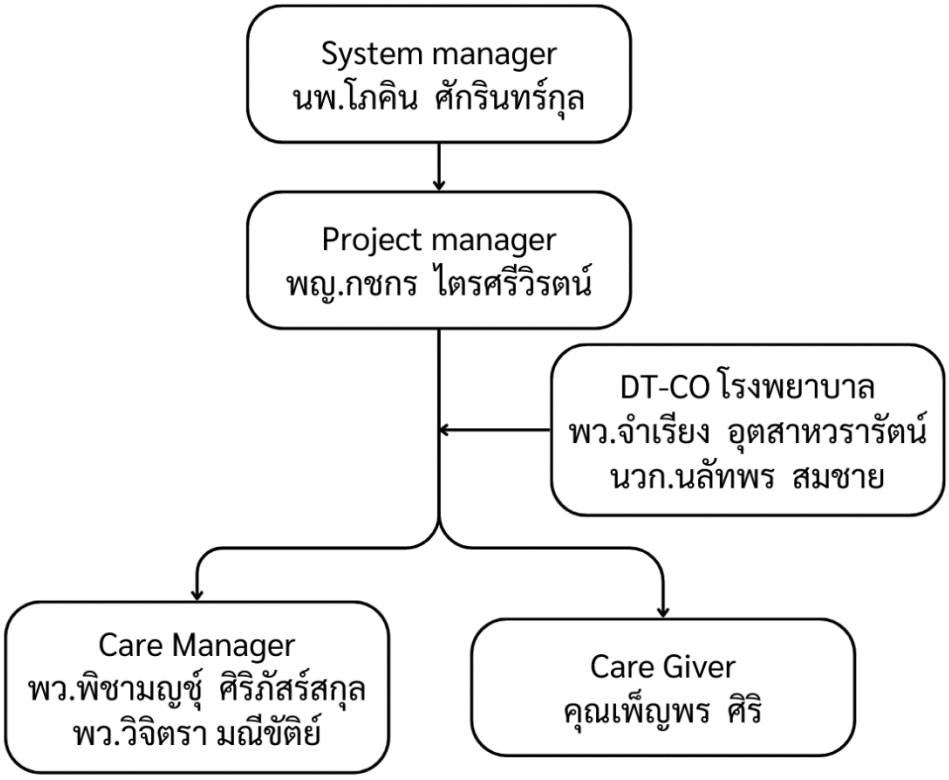
การพัฒนาศักยภาพของแพทย์เพื่อให้สามารถคัดกลุ่มได้อย่างเหมาะสมถูกต้องผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิกหมอครอบครัว และมีการประชุม COP Dementia เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมืองลำพูน โดยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาอายุรศาสตร์ประสาทวิทยา โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ

โดยการขับเคลื่อนในพื้นที่ระยะแรก จะดำเนินการโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลลำพูน และเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ รพ.สต. อบจ.ลำพูน ได้เลือกพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ 5 ตำบล จำนวน 1 โรงพยาบาล 4 รพ.สต. มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำร่อง จังหวัดลำพูน และวางแผนงานกำหนดปฏิทินการดำเนินงานในพื้นที่นำร่องร่วมกัน

พื้นที่นำร่องพัฒนาระบบ ดังนี้



ผังการจัดการระบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



แผนการพัฒนาและเป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง	เป้าหมายการดำเนินงาน
1. ดำเนินการคัดแยกและคัดกลุ่มในผู้สูงอายุในพื้นที่	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด
2. พัฒนาศักยภาพทีมในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น	จัดทำ Dementia Care Plan ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ทีมเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่มีความรู้และได้รับการอบรมเพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น

3. พัฒนาระบบร่วมกับทีมเฉพาะทางและอายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	พัฒนาระบบการดูแล เพื่อลดระยะเวลารอคอยการนัดหมายและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม
4. เชื่อมประสานกับพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง	มีระบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่โดย PCU และ NPCU ร่วมกับทางท้องถิ่น



ภาพที่ 1

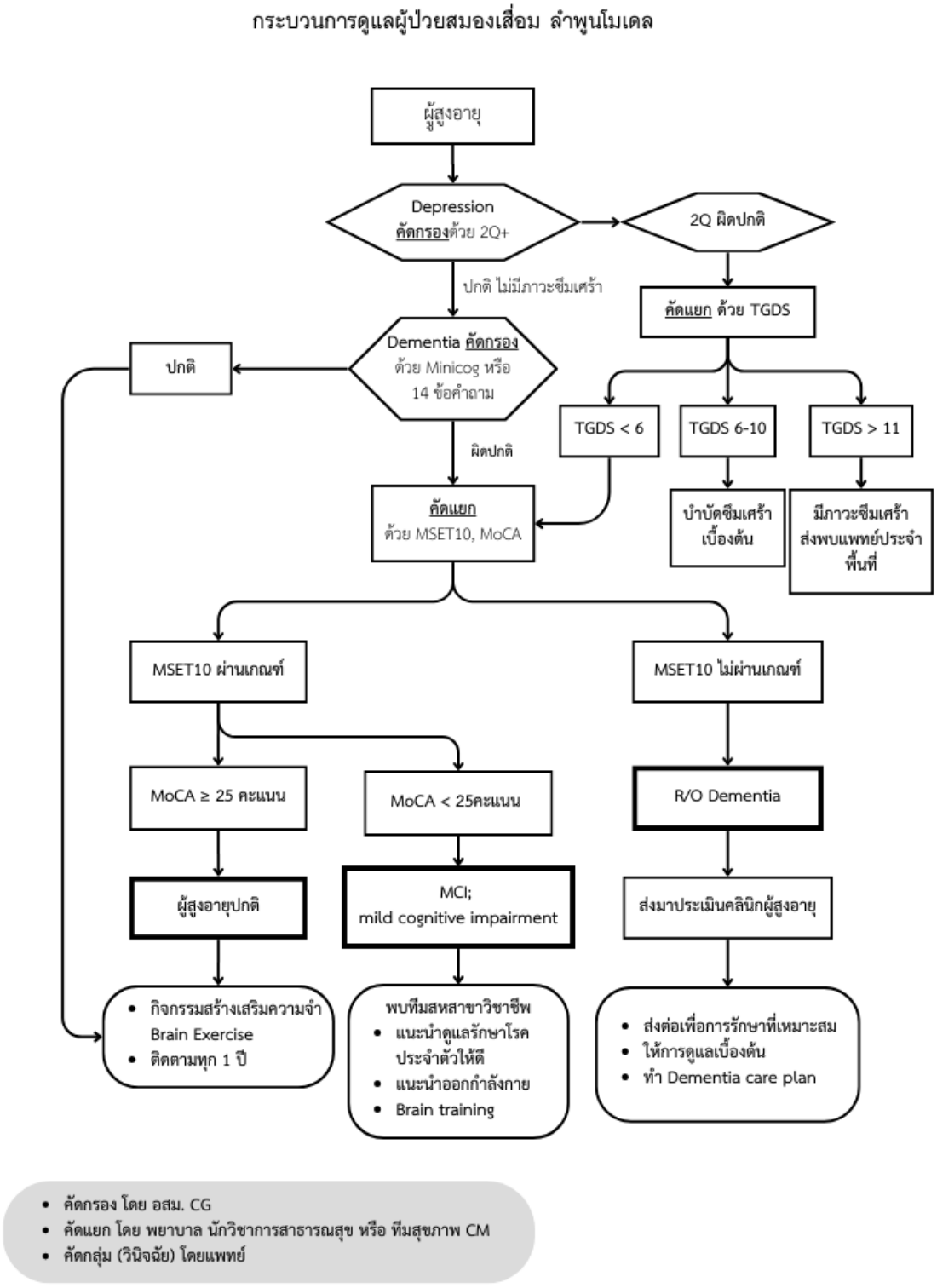
โครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



ภาพที่ 2

COP Dementia

ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม



ภาพที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ลำพูนโมเดล

การคัดกรอง การดำเนินการคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Q และ Mini-cog หรือ 14 ข้อคำถาม โดย อสม./ CG

คัดแยก ด้วย MSET10 และ MoCA โดย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือ ทีมสุขภาพ CM ซึ่งในการประเมินนี้ผู้ประเมินควรมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และเป็นการประเมินที่ใช้เวลานาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนจะทำได้ค่อนข้างยาก จึงจะแยกการประเมิน MoCA ไว้ในการประเมินครั้งต่อไปเพื่อไม่ให้เกิดความล้า

คัดกลุ่ม

1. **โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** (Fam.med) (Primary Diagnosis) หรืออายุรแพทย์ โดยจะมีการจัดผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ
   1.1. ผู้สูงอายุปกติ กลุ่มนี้ควรได้รับคำแนะนำในการทำกิจกรรมที่สร้างเสริมความจำ การออกกำลังกาย ร่างกายและสมอง และควบคุมดูแลโรคประจำตัว
   1.2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) กลุ่มนี้จะเน้นย้ำเพื่อให้มีการควบคุมโรคประจำตัว แนะนำกิจกรรมกระตุ้นสมอง การออกกำลังกาย และ Brain training
   1.3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการประเมินความรุนแรง นัดหมายส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง และออกแบบ Dementia Care plan แนะนำการให้การดูแลเบื้องต้น และติดตามการรักษา
2. **ระบบการให้คำปรึกษาแบบ Telemedicine** มีการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม โดยใช้รูปแบบ Telemedicine และสภาลูกขุน จุดเด่นในการดำเนินการ คือ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทาง และทีมได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคของทีมในการดำเนินการ ได้แก่ การตรวจร่างกายทำได้ยาก ใช้เวลาในการเตรียมข้อมูล ซึ่งเป็นโอกาสของทีมในการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป ซึ่งภาพนี้เป็นการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม: รูปแบบ Tele-Conference (Online)



ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การดูแลกลุ่มปกติ : เป็นการดูแลผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลหลัก (เทศบาล/อบต./รพ.สต./รพ.)

การดูแลกลุ่ม MCI : นำใช้กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรก (TEAM V) และจากการถอดบทเรียนของทีม พบว่า ความสามารถในการจัดกิจกรรมแต่ละอย่างของผู้เข้าร่วมแต่ละคนไม่เหมือนกัน ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ระยะเวลาจัดกิจกรรมอยู่ในช่วงระหว่างฤดูเก็บลำไย (กรกฎาคม-สิงหาคม) และกิจกรรมบางอย่างค่อนข้างยากสำหรับผู้เข้าร่วม เพื่อพัฒนาและต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป





การดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อม : การคัดกลุ่มเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำพูน และ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผ่านระบบกาดรูแลระยะยาว (long term care) : ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ใน LTC 37 ราย (กรกฎาคม 2565)






ปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ปฏิทินการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564												
รายละเอียดกิจกรรม	ตค.63	พย.63	ธค.63	มค.64	กพ.64	มีค.64	เมย.64	พค.64	มิย.64	กค.64	สค.64	กย.64
คัดกรอง												
1.อบรม อสม.การใช้เครื่องมือ 2Q 14 ข้อคำถาม	X	X										
2.จัดเตรียมเอกสารในการคัดกรอง	X	X										
3.อสม.ลงพื้นที่คัดกรองผู้สูงอายุ		X	X									
คัดแยก												
1.รวบรวมเอกสารประเมินผลเพื่อดำเนินการคัดแยก		X	X									
2.ลงพื้นที่คัดแยกผู้ที่พบความผิดปกติโดยใช้TGDS ,MMSE			X	X								
3.คัดแยกผู้ที่มีผลปกติจากการประเมิน MMSE โดยใช้ MoCA				X								
คัดกลุ่ม												
1.รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่สงสัยสมองเสื่อมตามแบบ AIT					X	X	X					
2.จัด Teleconsultation เพื่อให้การวินิจฉัย						X	X	X				
การดูแลกลุ่มสมองเสื่อม												
1.ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบ LTC							X	X	X			
2.ส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ LTC										X	X	X
การดูแลกลุ่ม MCI												
1.จัดทำกิจกรรมTEAM V สำหรับกลุ่มMCI					X	X	X					
2.ประเมิน MoCA หลังทำกิจกรรมTEAM V										X		
การดูแลกลุ่มสมองปกติ												
1.ประสานงานภาคีเครือข่าย	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
สรุปกิจกรรม												X

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน CDC system

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคนบวงจรในระยะแรก ได้มีการดำเนินการตามปฏิทินการดำเนินงานที่วางไว้ สรุปผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 59,229 คน โดยแบ่งเป็นการคัดกรอง AMT จำนวน 44,245 คน (ร้อยละ 78.47) และคัดกรอง 14 ข้อคำถาม จำนวน 12,754 คน (ร้อยละ 21.53) พบผิดปกติจำนวน 1,729 คน

และแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไปของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระบบย่อยที่ 3 : การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะมี 17 ทีมสุขภาพ ที่ได้รับการพัฒนาทักษะผ่านโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องในระยะแรก (TEAM V) สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ระหว่างวันที่ 18-21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ลงไปให้การดูแลกลุ่มที่มีภาวะ MCI แต่เนื่องด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้การดำเนินงานตามปฏิทินแผนงานต้องหยุดชะงักไป และไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้

ผลการดำเนินงานระบบคัดกรอง คัดแยก

ผลการคัดกรอง	ระยะเวลาดำเนินการ พ.ศ. 2562-2565			
	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	28,524	30,122	31,588	33,533
คัดกรอง	26,213	24,566	24,328	13,017
ร้อยละการคัดกรอง	91.90	81.56	77.02	38.82
จำนวนผู้สูงอายุผิดปกติ	155	40	23	17

หมายเหตุ : เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองคือ 14 ข้อคำถาม และ AMT

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร

โมเดลการดูแลของพื้นที่ (ตาม 6 คุณลักษณะ)	
ครบวงจร (comprehensive)	มีบริการตั้งแต่การคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (seamless)	กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีแนวทาง รวมถึงผู้รับผิดชอบชัดเจน ทำให้การประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างไร้รอยต่อ
ครอบคลุม (coverage)	ในปีที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 ได้รับการคัดกรอง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองหากมีความผิดปกติก็จะได้รับการดูแลต่อตามแนวทางที่วางไว้ ถ้าหากเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองให้ได้มากขึ้นน่าจะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุในพื้นที่
เข้าถึงง่าย สะดวก (access)	เนื่องจากการคัดกรองด้วย 14 ข้อคำถามเป็นการดำเนินการในปีแรก ทำให้ อ.เมืองคัดกรองผู้สูงอายุได้เพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ในปีต่อไปเมื่อเจ้าหน้าที่มีความชำนาญมากขึ้นน่าจะเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองได้มาขึ้น การคัดกลุ่มที่ต้องทำที่ รพ.ลำพูน ก็เป็นปัญหาในกลุ่มที่ตรวจพบความผิดปกติ
การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (participation)	ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
การบูรณาการงานร่วมกัน (Integrated care)	-

ปัญหา/อุปสรรค

1. ทีมคัดกรองยังไม่คุ้นเคยกับการใช้แบบประเมิน 14 ข้อ คำถาม
2. ทีมคัดแยกยังขาดความชำนาญในการใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002, MSET10, MoCA
3. ผู้ป่วยบางคนยังเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาอยาก โดยเฉพาะบริการที่มีเฉพาะที่ รพ.ลำพูน
4. ทีมยังขาดองค์ความรู้ในการทำ care plan ที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย Dementia
5. การระบาดของ COVID-19 ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมในหลายๆ พื้นที่

ปัจจัย/เงื่อนไขความสำเร็จ

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
2. ผู้ปฏิบัติและทีมงานเห็นความสำคัญ
3. ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ
4. การทำงานร่วมกันเป็นทีมของเครือข่าย

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล

ในการจัดกิจกรรม TEAM V เนื่องจากเป็นกิจกรรมต่อเนื่อง ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การเดินทางมาร่วมกิจกรรมค่อนข้างลำบาก อีกทั้งยังตรงกับฤดูเก็บเกี่ยวลำไย ทำให้บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้รับส่งเอง เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในปีต่อไป จึงกำหนดจัดกิจกรรม TEAM V ประมาณเดือน ม.ค.-มี.ค.

แนวทางการปรับกลยุทธ์และโอกาสพัฒนานวัตกรรมใหม่ ในการทำงานทั้ง 3 ระบบย่อย

ระบบ	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการปรับกลยุทธ์
การคัดกรอง	มีความซ้ำซ้อนของเครื่องมือ คือ 14 ข้อคำถาม ไม่สามารถบันทึกผลการคัดกรองลงใน Special PP (HDC) ซึ่งเป็นตัวชี้วัด	บูรณาการ 14 ข้อคำถามและ AMT ให้ตอบโจทย์และสามารถคีย์ใน Special PP (HDC) ลดการทำงานซ้ำซ้อน เพื่อการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ
การคัดแยก	1. การคัดกรอง MMSE ใช้เวลานานและอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจยาก 2. ถ้าทำ MMSE แล้วต่อด้วย MoCAผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะเริ่มล้า	แก้ไขปัญหาตามบริบทของแต่ละบุคคล พัฒนาทักษะการประเมินของเจ้าหน้าที่ให้มีความเชี่ยวชาญ
การคัดกลุ่ม	ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจและยอมรับผลการวินิจฉัยเบื้องต้น ทำให้ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษากับแพทย์	สร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ตระหนักถึงข้อดีในการเข้าร่วมกระบวนการรักษากับแพทย์

ปฏิทินการดำเนินงานคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ปี พ.ศ. 2566

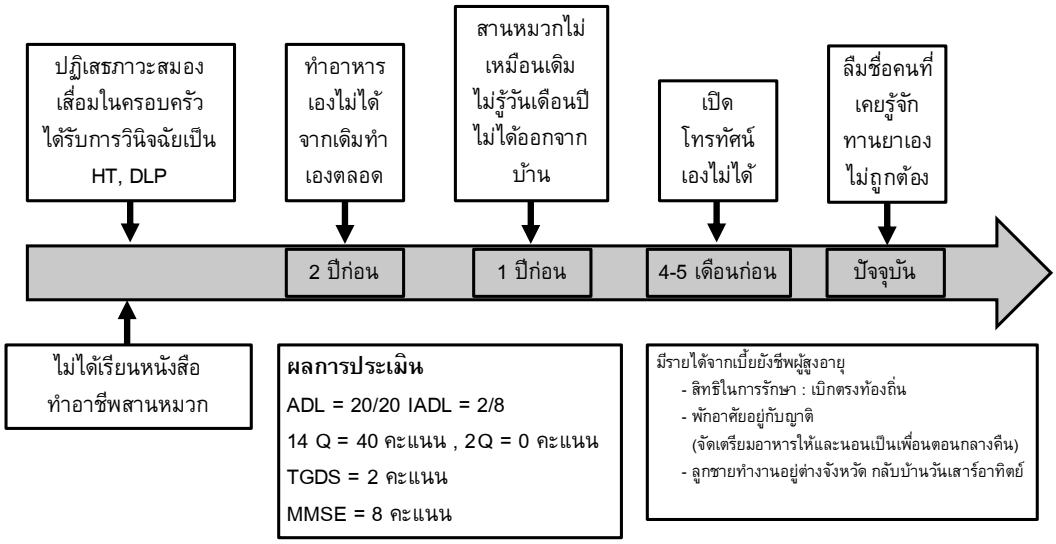
การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน											
		ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	เม.ย.-66	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66
การคัดกรอง													
1. จัดทำโครงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อเสนอของบประมาณจาก อปท. จากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น	พชต./ รพ.สต.	←	→										
2. จัดอบรม อสม. ในเรื่องการใช้เครื่องมือ 3Q และ 14 ข้อคำถาม	รพ.สต.		←	→									
3. อสม. ลงพื้นที่เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	อสม.			←	→								
การคัดแยก													
1. รวบรวมเอกสารการคัดกรอง และประเมินผลเพื่อดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์มีปัญหาสมรรถภาพความจำ	รพ.สต.				←	→							
2. ลงพื้นที่คัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมรรถภาพความจำ โดยใช้ TGDS, MMSE	รพช./ รพ.สต.					←	→						
3. คัดแยกผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองปกติจากการประเมิน MMSE โดยใช้ MoCA	รพช.					←	→						

กรณีศึกษา เรื่องเล่า...จากพื้นที่

หญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพ หม้าย ที่อยู่ บ้านเลขที่ 85 หมู่ 2 ต.หนองหนาม อ.เมือง จ.ลำพูน มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นลูกชาย 1 คน

เมื่อ 4-5 ปีก่อน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืมบ่อย เช่น ลืมของเวลาจะออกไปนอกบ้าน และ 2 ปีก่อน ผู้ป่วยเริ่มทำอาหารเองแปลกไปจากเดิม ลืมวิธีทำอาหารบางอย่าง ทั้งที่เดิมทำอาหารเองมาตลอด ญาติจึงไม่ให้ผู้ป่วยทำอาหารเอง จนกระทั้ง 1 ปีก่อน ผู้ป่วยสานหมวกไม่เหมือนเดิม เดิมหมวกที่สานจะมีขนาดเท่ากันหมด สามารถซ้อนกันได้อย่างเป็นระเบียบ แต่หมวกที่ผู้ป่วยสานจะมีขนาดและรูปร่างที่ผิดปกติไป ไม่สามารถซ้อนกันได้อย่างเป็นระเบียบและ 10 เดือนก่อน ได้รับการคัดกรองตามระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ผลการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ได้ 30 คะแนน ประเมิน TGDS ได้ 2 คะแนน ประเมิน MMSE ได้ 8 คะแนน สงสัยว่าเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม ต่อมา 4-5 เดือนก่อน เปิดโทรทัศน์เองไม่ได้ ต้องขอให้ญาติ/ผู้ดูแลเปิดให้ จัดยาทานเองไม่ได้ ปัจจุบันลืมชื่อคนที่เคยรู้จัก เช่น ลูกชายที่เสียชีวิตไปเมื่อ 2 ปีก่อน อสม. ที่เป็นผู้ดูแลไม่เคยชัก กลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ปกติ

วิถีโคจรความเจ็บป่วยผู้ป่วยหญิง อายุ 78 ปี



ความเปลี่ยนแปลงของคุณยาย

Memory
- ลืมชื่อคนที่เคยรู้จัก
- ลืมชื่อลูกชายที่เสียชีวิตไปเมื่อ 2 ปีก่อน

Executive Function
- ทำอาหารไม่ได้ เช่น เดิมชอบทำแกงแค ตอนนี้ไม่สามารถทำได้
- สานหมวกไม่เหมือนเดิม ทั้งที่เดิมประกอบอาชีพสานหมวก

Attention
- เสียสมาธิง่าย

Visuospatial
- ไม่ได้ออกจากบ้าน
- แต่ยังพอจำทิศทางได้

Language/speech
- ตอบไม่ตรงคำถาม

พฤติกรรม อารมณ์

ADL
- ตอนกลางวันอยู่บ้านคนเดียว ช่วยเหลือตัวเองได้

IADL
- สามารถเดินทางโดยยานพาหนะได้
- ทำความสะอาดบ้านได้
- ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้
- ไม่สามารถซื้ออาหารหรือสินค้าในร้านขายของได้
- ไม่สามารถหุงหาอาหารได้การจัดเตรียมอาหาร
- ไม่สามารถจัดการด้านการเงินได้

ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

จากการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในวันที่ 30 มิถุนายน - 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุม 100 ปี การสาธารณสุขไทย (ชั้น 4) โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สุผล ตติยนันทพร เป็นประธานเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่องจังหวัดลำพูน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูนแพทย์หญิงภาวิณี เอี่ยมจันทน์ กล่าวต้อนรับ และ นายแพทย์โภคิน ศักรินทร์กุล System managerกล่าวรายงาน โดยมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน ในพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน รพ.สต. เหมืองจี้ รพ.สต. หนองช้างคืน และ รพ.สต.หนองหนาม และพื้นที่ขยายการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม/ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำพูนโมเดล (Lamphun Model)

พื้นที่นำร่อง: อำเภอเมืองลำพูน > จังหวัดลำพูน>เขตสุขภาพที่ 1

มีปัจจัยเอื้อ: จังหวัดมีนโยบาย AFC Lamphun Model + SSM program (Self-Sustained Movement Program) เน้นกลุ่มพฤฒพลัง (Active aging) สามารถบูรณาการ (เน้นประเด็น ADL/ Falling/ Dementia) โดยวิสัยทัศน์ผู้บริหาร สร้างกลไกขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วม (ภาคีเครือข่าย: ท้องถิ่น) “ศูนย์ผู้สูงอายุ+พลังผู้สูงอายุ”>“(ปลูกต้นไม้) ลงมือทำวันนี้เพื่ออนาคต”

ทีมแกนนำขับเคลื่อนระบบ CDC ในพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง + รพ ลำพูน ได้มีการพัฒนาศักยภาพ+ทำงานครบวงจร > ต่อยอดเป็น ศูนย์เรียนรู้/ศูนย์ความเป็นเลิศ ในการพัฒนาระบบ CDC System (คน+งาน/นวัตกรรม+หลักสูตร) ได้

CDC System ที่พัฒนาขึ้น: มีรูปแบบ Geriatric care ระดับ Primary ทั้ง Clinic based และ Community based

Geriatric clinic based มี คลินิกผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางการคัดแยก/คัดกลุ่ม(วินิจฉัย)/ดูแลแบบครบวงจร

Community based มี พื้นที่นำร่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอเมือง (PCC/รพสต...แห่ง?) มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/สูงอายุเป็นฐานการพัฒนา?

ทีมแกนนำ (SM/PM/DT-CC/DT-CM/อสม) เพิ่มผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนครบ

DT-CC ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ในโรงพยาบาล(คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกเฉพาะทาง)

DT-CM ครบทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC/รพสต)? ในโรงพยาบาล(คลินิกผู้สูงอายุ/COC)

อสม เชี่ยวชาญ? (การคัดกรองภาวะสมอง/การดูแลสภาพสมอง) (แม้มีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล มีการส่งไม้ต่อกัน ทำให้มีความต่อเนื่องงานได้)

การวางระบบครบวงจร (ต่อยอดนวัตกรรม?) มี

คัดกรอง ในชุมชน ใช้ 2Q/14Q (DT-CM/ อสม) ?

คัดแยก ในคลินิกผู้สูงอายุ (TGDS > MSET10 > MoCA) (One stop service) walk-in/refer จากชุมชน โดย บุคลากรวิชาชีพ (DT-CM ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM?)

คัดกลุ่ม ในคลินิกผู้สูงอายุ โดย แพทย์คลินิกผู้สูงอายุ (FM + อายุรแพทย์/Specialists? (Neuro Med)

ดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม (โดยคลินิกผู้สูงอายุ? ในชุมชน?)

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ)

กลุ่ม MCI (Brain Training)

กลุ่ม Dementia (Mild/Moderate/Severe) (ต้องการแผนการดูแลเฉพาะราย: Specialized care plan, Dementia care plan)

โอกาสในการพัฒนา (นวัตกรรมใหม่ Service/Intervention/COC?)

ศูนย์(ผู้สูงอายุ)พฤฒิพลัง? (Active Aging Center?)

SSM Program (Self-Sustained Movement Program)

Cognitive Training Center (ศูนย์ฝึกสมอง: Cog Stimulation Program)

Intervention: Brain exercise; Brain Training; Brain care)

Caregiver support services (Family caregivers/CGs)

Day care services: ในคลินิกและในชุมชน

Group support/respite care (Care at home, care at hospital)

Nursing Home (Dementia care/LTC/Palliative care)

ชุดความรู้/เครื่องมือคัดกรอง/คัดแยก/การดูแลต่อเนื่อง

QR Code/ฐานการเรียนรู้คัดกรอง/ชุดฝึก Brain exercise/Brain training?

QR Code (Dementia Case/Care: กลุ่มสีเขียว/เหลือง/ส้ม/แดง?)

แผนการพัฒนาจังหวัดลำพูน ที่จะให้ เมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC: Age-Friendly Community/City) และการร่วมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำพูนโมเดล (CDC System: Lamphun Model) เพื่อผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชน สู่สังคมที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) (Dementia Friendly Community/City)



คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ลำพูนโมเดล

1. นพ.โภคิน ศักรินทร์กุล
2. พญ.กชกร ไตรศรีวิรัตน์
3. พว.จำเรียง อุตสาหวรารัตน์
4. นวก.นลัทพร สมชาย
5. พว.พิชามญชุ์ ศิริภัสร์สกุล
6. พว.วิจิตรา มณีขัติย์
7. คุณเพ็ญพร ศิริ

เขตสุขภาพที่ 2 นำร่องพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชบูรณ์

สถานการณ์

โครงสร้างประชากรของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จำแนกตาม กลุ่มอายุ และเพศ พบว่า เป็นเพศชาย 75,049 คน เพศหญิง 76,690 คน รวมเป็น 151,739 คน (สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.02) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) จำนวน 95,724 คน คิดเป็นร้อยละ 63.08 กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 31,354 คน คิดเป็นร้อยละ 20.66 (ข้อมูลจาก HDC ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561) จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 16.53 (24,505 คน) ในปี 2557 เป็นร้อยละ 20.66 (31,354 คน) ในปี 2561 กลายเป็น สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged society) นับได้ว่าเป็นอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเดิมคาดการณ์ ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ในปี 2564

จากข้อมูลการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ณ เดือน ธันวาคม 2561 จำนวน 22,556 คน (ร้อยละ 71.94 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์) พบว่า ร้อยละ 97.40 (21,970 คน) คือ สูงอายุกลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีกร้อยละ 2.60 (586 คน) คือ สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.13 (480 คน) และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.47 (106 คน) ซึ่งต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม

ในพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์) โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (โรงพยาบาลค่ายพ่อขุนผาเมือง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 23 แห่ง คลินิกหมอครอบครัว 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง ใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) ในการจัดระบบบริการ และบริหารเครือข่ายโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ (คปสอ.เมืองเพชรบูรณ์) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) (District Health Board : DHB) มีการเข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยสนับสนุน งบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ ดำเนินการและให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 76 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 14 สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 9 และสิทธิต่างด้าว/ชำระเงินเอง ร้อยละ 1 ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะเข้ามารับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และการมีการนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องจะไม่มีช่วงการดูแลระยะกลาง แต่จะเป็นการดูแลต่อเนื่องในระบบ LTC มีการแบ่งโซนระบบการดูแลในอำเภอเมือง ดังนี้

โซนที่ 1 ท่าพล นางั่ว ป่าแดง ป่าเลา บ้านพี้ พนานิคมในเมือง

โซนที่ 2 ดงมูลเหล็ก บ้านโคก ห้วยใหญ่ โป่งหว้า

โซนที่ 3 ชอนไพร นาป่า ตะเบาะ น้ำร้อน

โซนที่ 4 วังชมภู หนองผักบุ้ง ถ้ำน้ำบัง ห้วยสะแก ระวิง ยางลาด

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

ข้อมูลพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ

ข้อมูล	พื้นที่นำร่อง		
	เทศบาลเมือง	ตำบลท่าพล	ตำบลนายม
โครงสร้าง	เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ 17 ชุมชน	20 หมู่บ้าน 12 ชุมชน	15 หมู่บ้าน
อปท.	1 เทศบาล	1 เทศบาล 1 อบต.	1 อบต.
สถานบริการ	PCCคลองศาลา	รพ.สต.ท่าพล รพ.สต.วังชอง	รพ.สต.หนองผักบุ้ง รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง
ประชากรผู้สูงอายุ	จำนวน 4,527 คน ชาย 1,892 คน หญิง 2,635 คน	จำนวน 3,196 คน ชาย 1,343 คน หญิง 1,853 คน	จำนวน 1,393 คน ชาย 623 คน หญิง 770 คน

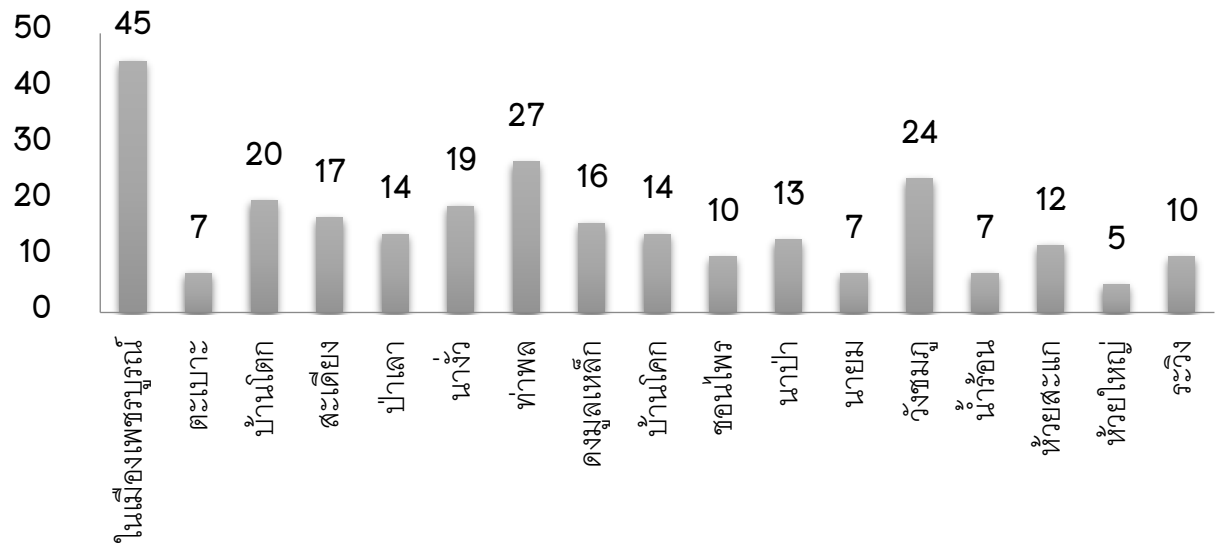
การจัดการองค์กรและภาคประชาชน

พื้นที่	FCT	CM		CG		อสม.	ชมรมผู้สูงอายุ
		สถานบริการ	ท้องถิ่น	ผ่านอบรม	ปฏิบัติจริง		
เทศบาลเมือง	3 ทีม	2	1	25	16	178	6
ท่าพล	1 ทีม	2	-	19	19	215	1
วังชอง	1 ทีม	1	-	5	5	75	1
หนองผักบุ้ง	1 ทีม	1	-	13	11	85	1
ถ้ำน้ำบัง	1 ทีม	1	-	8	8	55	1

การคัดแยกกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

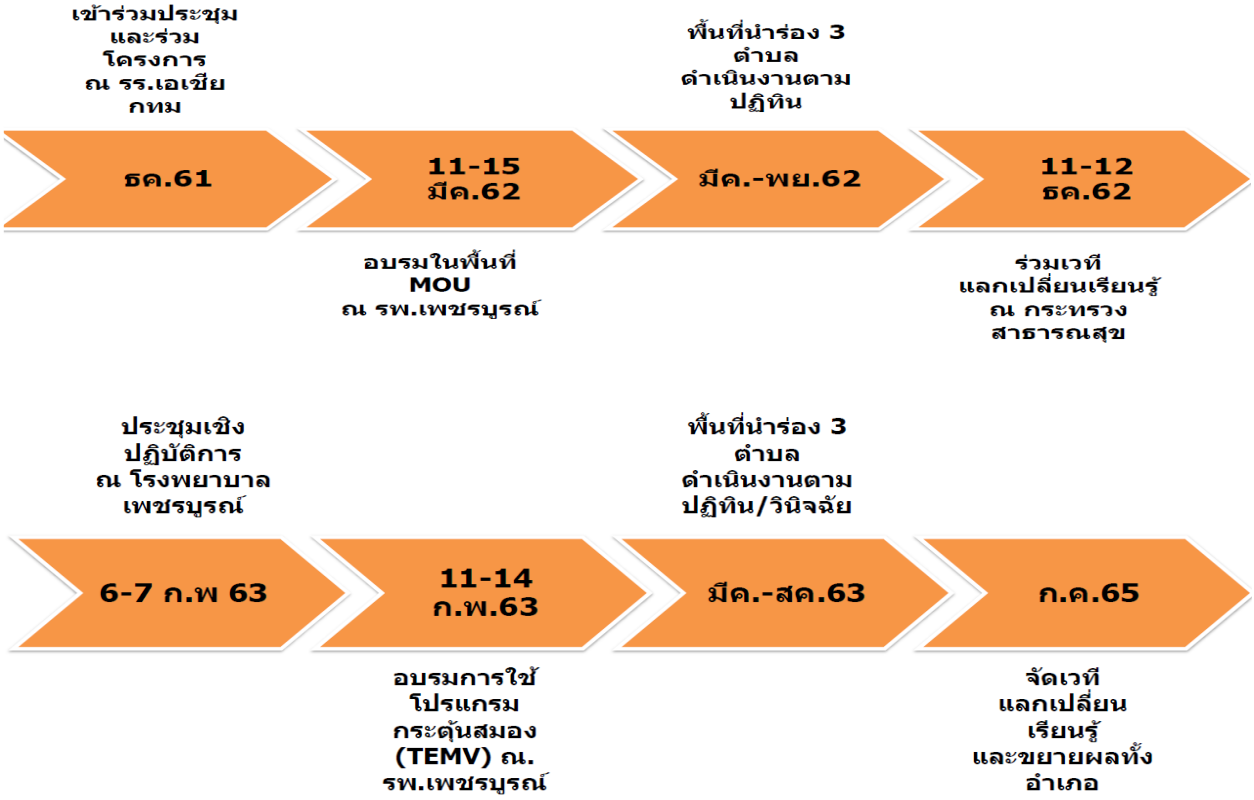
พื้นที่ (ตำบล)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL (คน)	คิดเป็น (%)	กลุ่มผู้สูงอายุ					
				กลุ่มติดสังคม (ADL 12-20)		กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11)		กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4)	
				(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ
ในเมือง	4,303	154	3.58	114	74.03	21	13.64	19	12.34
ท่าพล	2,997	1,966	65.60	1,920	97.66	35	1.78	11	0.56
นายม	1,328	1,256	94.58	1,223	97.37	18	1.43	15	1.19

จำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม



<u>ระยะการพัฒนาระบบ</u>

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์



และได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งในระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ในวันที่ 11 มีนาคม 2562 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์





ลงนาม ณ วันจันทร์ที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

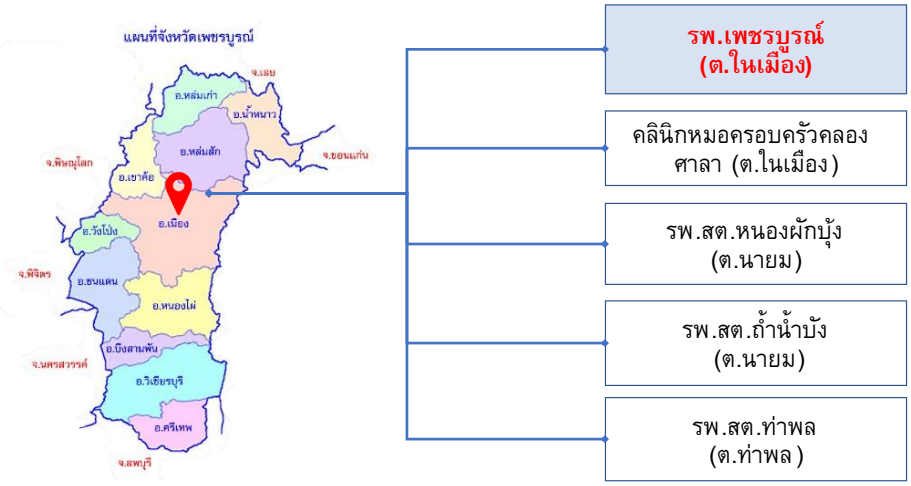
(แพทย์หญิงโศรยา ธรรมรักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร ธันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

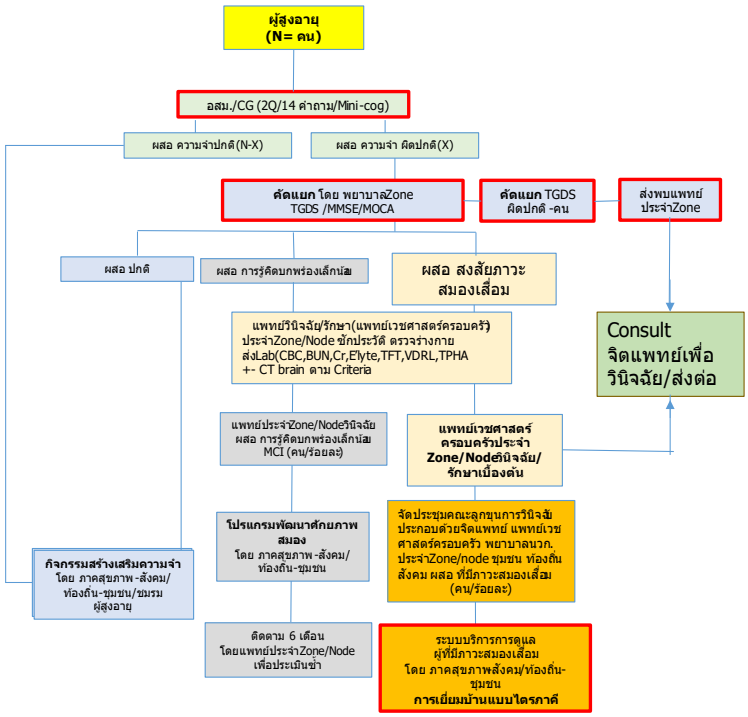
(นางวรรณภา สุขคง)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดเพชรบูรณ์

(นายพิชิฏฐ์ ชิดไพฑูรย์)
ท้องถิ่นจังหวัดเพชรบูรณ์

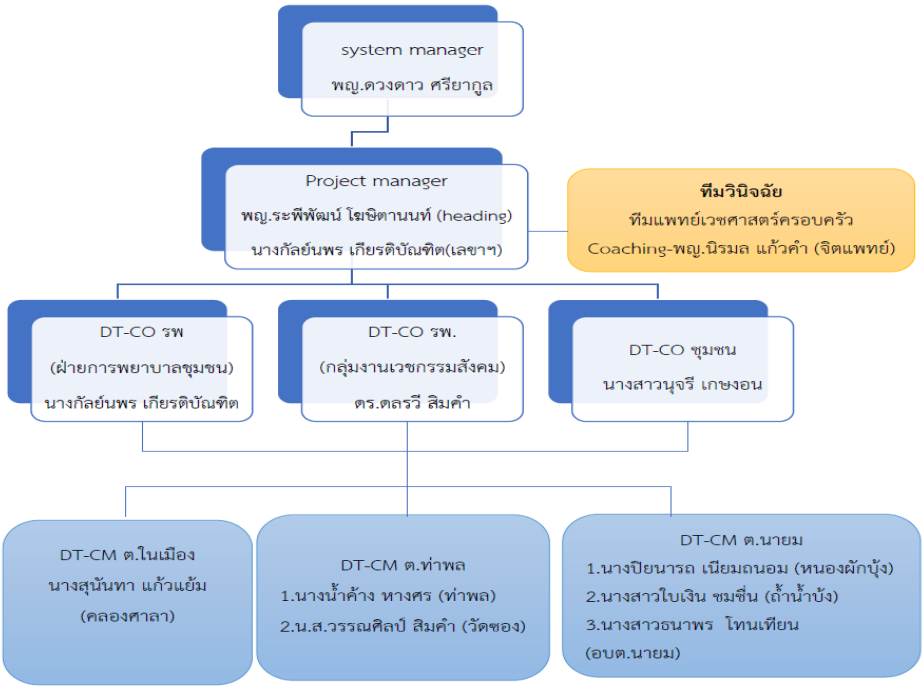
พื้นที่นำร่องพัฒนาระบบ



ผังไหลแม่บทการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดเพชรบูรณ์



คณะกรรมการจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
พื้นที่นำร่อง-อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์



การดำเนินงาน CDC system

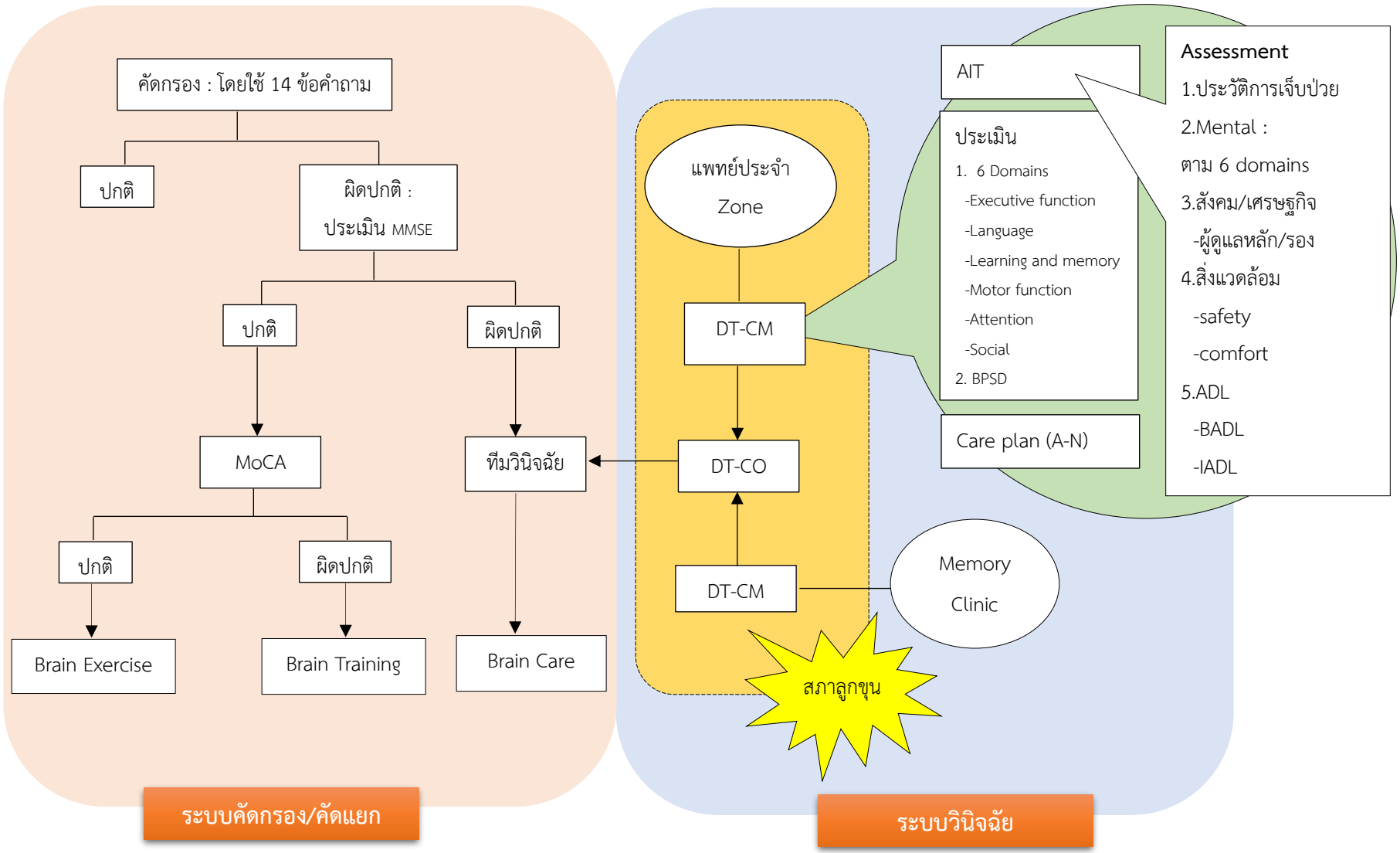
1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก

แผนงาน	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
ระยะที่ 1	-ดำเนินการจัดประชุมทีมจนท.เพื่อเตรียมการคัดกรอง/ประชุมทีมคณะทำงาน เพื่อเตรียมการคัดกรอง -อบรมฟื้นฟูความรู้/ ทักษะอสม./ จิตอาสา/ ชมรม เพื่อพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมินในการคัดกรองและวิธีการประเมิน 14 ข้อคำถาม และ 2Q -ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	DCM/จนท.ทีมสุขภาพ/อสม. สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม
ระยะที่ 2	-ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือ14 ข้อคำถามและ 2Q คัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม -ประมวลผลการประเมินผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และหมู่บ้าน/ชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มผิดปกติ -จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก -จัดเตรียมแบบประเมิน MMSE , MoCA และTGDS	อสม./ จิตอาสา/ ชมรม ที่ผ่านการฝึกฝน DCM/จนท.ทีมสุขภาพ รพ.สต.
ระยะที่ 3	-วางแผนการคัดแยกกำหนดวัน/เวลา/สถานที่ -ดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่คะแนนตามแบบประเมิน14 ข้อคำถามและ 2Q ไม่อยู่ในเกณฑ์ (กลุ่มความจำผิดปกติ) โดยใช้เครื่องมือ MMSE , MoCA	DCM/ จนท.ทีมสุขภาพ รพ.สต.

2. ระบบการคัดกลุ่ม

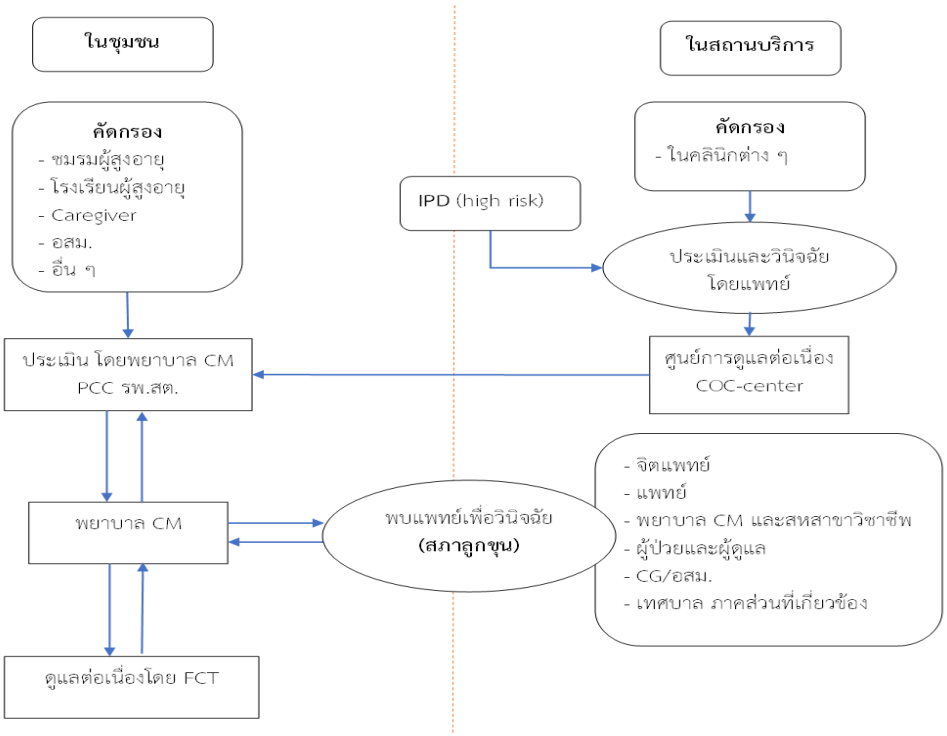
ในระยะแรกของการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย บำบัดรักษา) ที่ระดับปฐมภูมิ จะทำการวินิจฉัยเบื้องต้น โดยแพทย์ประจำ zone และรวมรวบ case เตรียมข้อมูลเพื่อเข้าสู่สภาลูกขุน (“สภาลูกขุน” โดยทีม ลูกขุน ประกอบด้วย DT-CM , DT-CO, เภสัชกรและสหสาขาวิชาชีพ และจิตแพทย์ลง confirm case เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งทำ care plan วางแผนการดำเนินการเริ่มสภาครั้งแรก 27 มีนาคม 2563) และในกรณีที่เร่งด่วน consult จิตแพทย์ก่อนส่ง ER และจัดทำแนวทาง (Guideline) กรณีเร่งด่วน

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

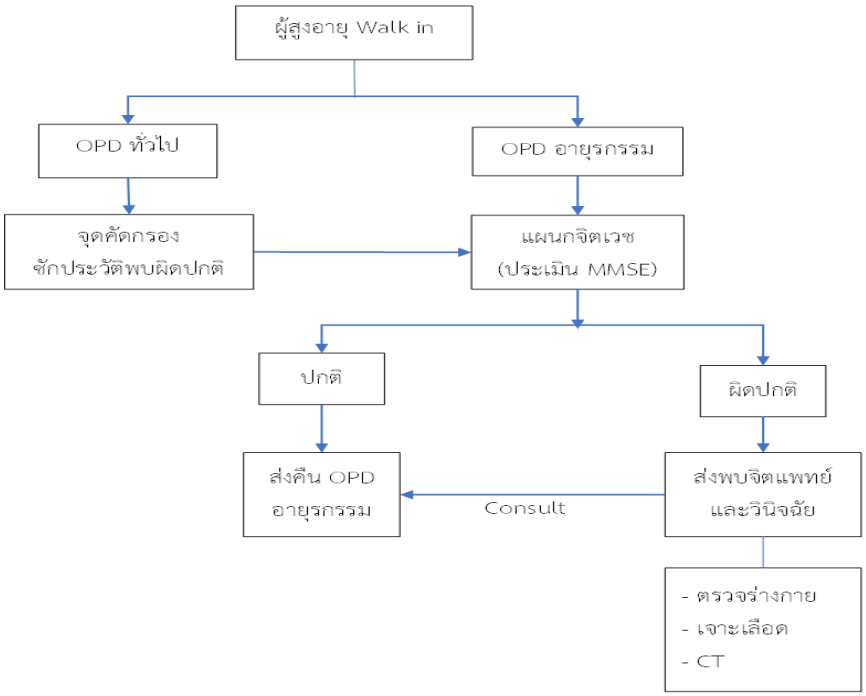


แนวทางการคัดกรอง คัดแยก : โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

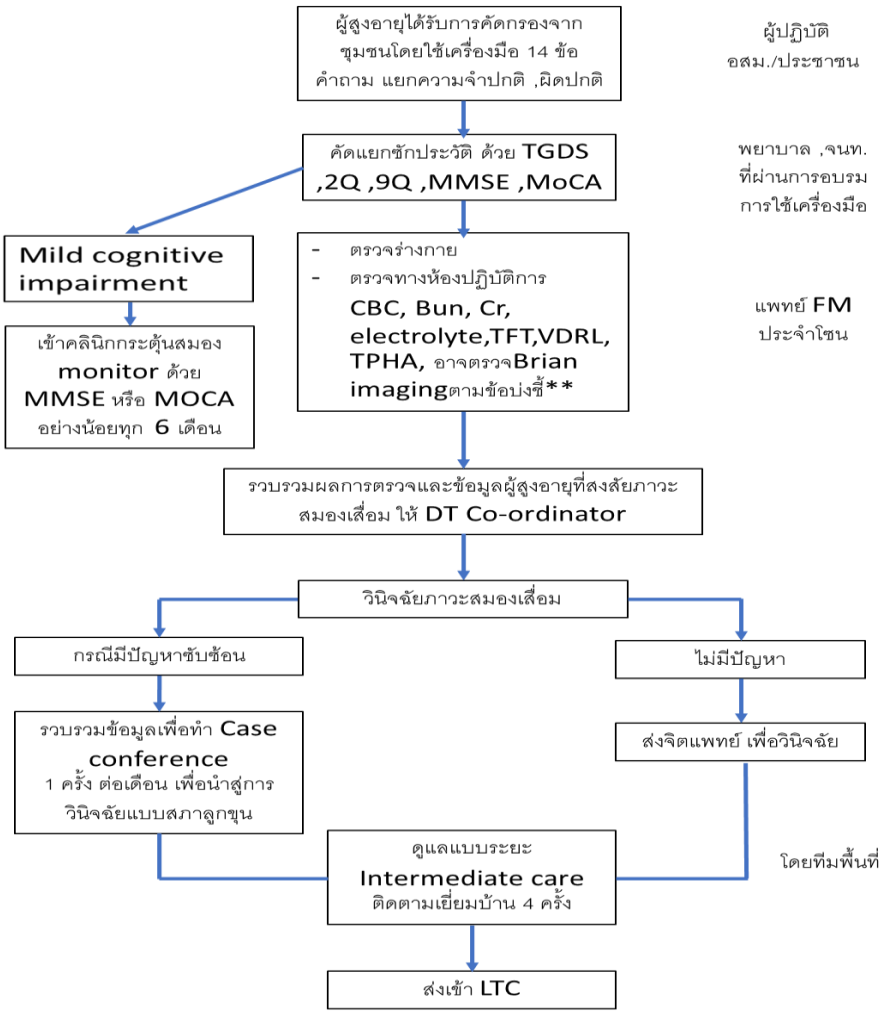
ระดับปฐมภูมิ



ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ



แนวทางการคัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง : โรงพยาบาลเพชรบูรณ์



3. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผลการดำเนินงานกิจกรรมการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมอง (TEAM V)

-PCC คลองศาลา : คัดแยก MCI จำนวน 35 ราย เตรียมเข้าโปรแกรม

-รพ.สต.ท่าพล : คัดแยก MCI จำนวน 21 ราย เข้าร่วมโปรมแกรม จำนวน 21 ราย





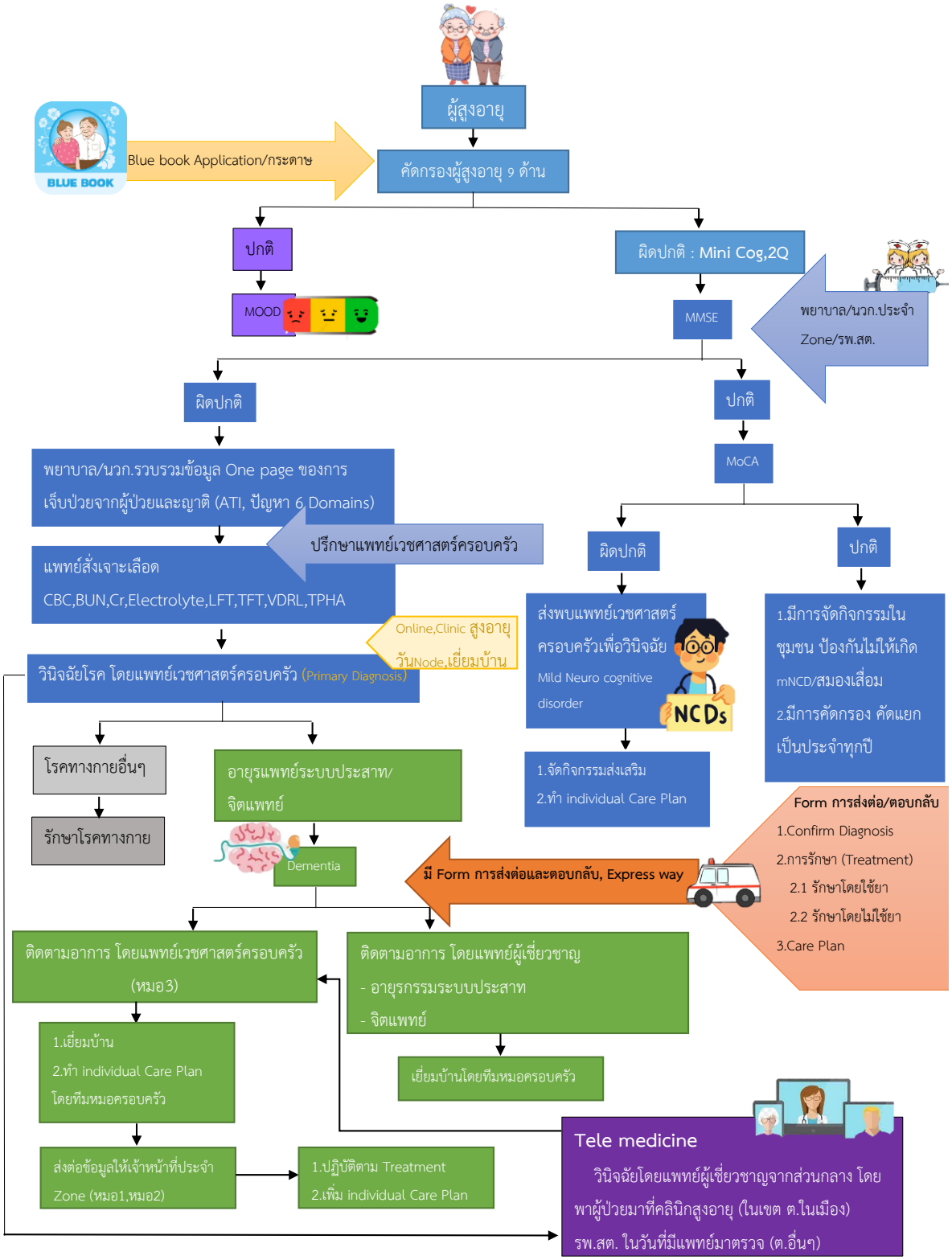
ภาพ กิจกรรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง (TEAM V)

ผลการดำเนินงาน (พ.ศ. 2562-2563)

พื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่นำร่อง (คน)	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	ผลการคัดกรอง		จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก			จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัยสมองเสื่อม	การดูแลต่อเนื่อง		
			ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
ต.ในเมือง	4,303	1,893	1,664	229	210	126	42	42	32		-	-	-
ต.ท่าพล	2,980	2,776	2,681	91	81	42			31		-	-	-
ต.นายม													
รพ.สต. ถ้ำน้ำบัง*	469	469	447	22	6	-	-	6	6*	1	-	-	-
รพ.สต. หนองผักบุ้ง	634	634	597	37	37		35	2					

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2563 *ต.ถ้ำน้ำบัง จำนวน 5 คน รอวินิจฉัย

ปรับผังแม่บท ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน “เพชรบูรณ์โมเดล”



แนวทางการดำเนินงาน

ระบบ	การดำเนินการ
การคัดกรอง คัดแยก	มีการบูรณาการคัดกรอง ในชุมชนโดยทีม 3 หมอพร้อมการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน หมอ 2 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดึงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงมาคัดกรองเชิงลึกต่อ ด้านความจำใช้แบบคัดกรอง mini-cog และอบรมให้ความรู้การใช้แบบคัดกรองเชิงลึกให้ทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต. พยาบาล นักวิชาการ ใช้เครื่องมือเป็นและดึงข้อมูลกลุ่มที่มีผลคะแนนผิดปกติ มาคัดกรองด้านสมรรถภาพสมอง ใช้ MMSE และ MOCA ถ้าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุที่คลองศาลา ทุกวันพุธโดยการลงทะเบียนนัดหมาย ส่วนเคส MCI จะทำ individual care plan และทำแบบกระตุ้นสมองที่บ้าน
การคัดกลุ่ม	-มีช่องทางส่ง Confirm diagnosis มีเส้นทาง โดยส่งไปคัดกลุ่มที่จิตแพทย์ หรืออายุรแพทย์ โดยการดำเนินงาน Primary Diagnosis โดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Green Chanel/ Online/การเยี่ยมบ้าน/คลินิกสูงอายุ และ OPD คลองศาลา/รพ.สต. และส่งมาเพื่อ Confirm Diagnosis โดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Neuro med ผ่าน Green Chanel คลินิกสมองเสื่อมโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ทุกวันอังคาร -ส่งจิตแพทย์ case ที่ประเมินแล้วมีภาวะ BPSD -ส่งต่อ-ตอบกลับ/Clinic Dementia ผ่าน Line Group
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	จะใช้ Individual care plan ดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว มีทีมหมอครอบครัว (3 หมอ) เป็นคนติดตามผู้ป่วย และติดตามที่คลินิกผู้สูงอายุ มีคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา ติดตามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และติดตามโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

โอกาสพัฒนาต่อยอดต่อเนื่อง

1. การประเมิน 9 ด้าน + ADL ใช้ Application “ Blue Book”/กระดาษ ออกแบบ Individual care plan ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. คลินิกสูงอายุ : Green Chanel สำหรับผู้ป่วย Dementia ทุกวันพุธ เวลา 10.30-12.00น. โดยลงทะเบียนก่อนเข้าคลินิก

3. สร้างเครือข่ายคนไข้ Dementia ในรูปแบบ

Line group: แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย

Clinic สูงวัยสุขภาพดี โทรศัพท์ให้คำปรึกษา: เพื่อเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษา

5. จัดตั้ง Line กลุ่มของผู้สูงอายุ โดย Admin ลงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีแบบกระตุ้นสมอง และกระตุ้นให้ออกกำลังกาย

6. ให้ชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกระตุ้น ฝึกสมองด้วยตนเอง

แนวทางการปรับกลยุทธ์/โอกาสพัฒนานวัตกรรมใหม่ ในการทำงาน 3 ระบบย่อย

1. คัดกรอง – คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลต่อเนื่อง
2. ผังไหล/แนวทางปฏิบัติติ/ทีมดูแล
3. เพื่อความยั่งยืนของระบบ ทีมคัดกลุ่ม: จัดทำแนวปฏิบัติ/เครื่องมือการคัดกลุ่ม/อื่นๆ /เพิ่มเติม)

การพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2565-2566

1. การเตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่ อสม. ก่อนทำการคัดกรอง จะประสานผู้เชี่ยวชาญในการทำ Green Chanel (ก.ย.)
2. ลงคัดกรองเก็บข้อมูล โดย หมอ 1 (ช่วงเดือน ต.ค.)
3. นำข้อมูลคัดแยก โดย หมอ2 (ช่วงเดือน พ.ย.) และ
4. คัดกลุ่ม โดยหมอ 3 (ช่วงเดือน ธ.ค.)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. นโยบายผู้บริหาร
2. การมีส่วนร่วมทั้ง 3 ภาคส่วน มองเห็นปัญหาร่วมกัน
3. งบประมาณสนับสนุนทั้งท้องถิ่น พัฒนาสังคมจังหวัด และเครือข่ายบริการสุขภาพ
4. มีบทบาทที่ชัดเจนปฏิบัติหน้าที่ได้ทันเวลา
5. ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในระบบ CDC system
6. ประชาชนมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

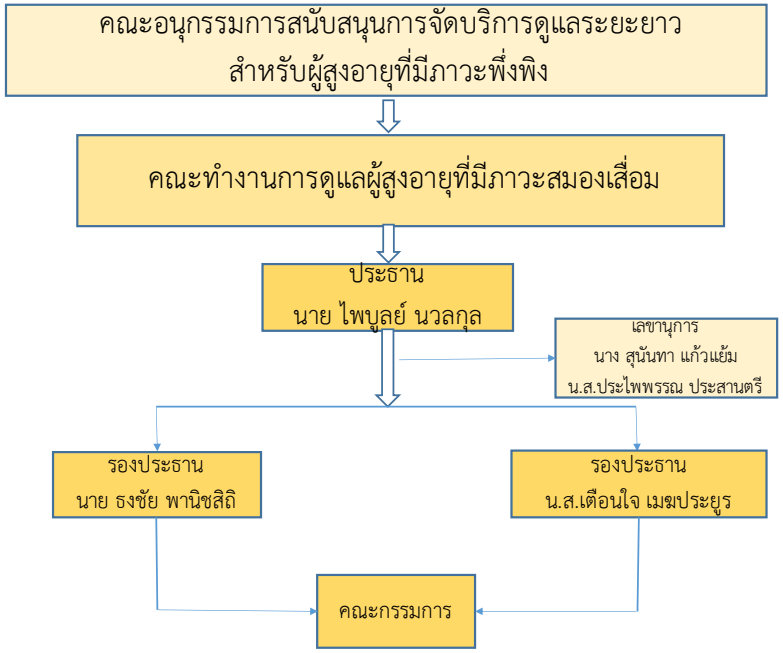
อุปสรรคในการพัฒนาระบบ

1. การเกิดโรคระบาด
2. ทักษะการใช้แบบคัดกรองที่ถูกต้อง
3. บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการดำเนินงาน
4. ความร่วมมือของคนผู้สูงอายุ ญาติ ชุมชน ท้องถิ่น
5. ความตระหนัก รอบรู้ โรคสมองเสื่อมในประชาชน

ผลลัพธ์การดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 3 พื้นที่

1. ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร พื้นที่ตำบลในเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2562-2564

คณะกรรมการดำเนินงาน



ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรตำบลในเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (ปี พ.ศ. 2562-2563)

เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
มีนาคม 62	แต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการในพื้นที่ตำบลในเมืองเพชรบูรณ์ จัดเตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแบ่งเป็นชุมชน 17 ชุมชน จัดทำผังการดำเนินงาน ในการคัดกรองและคัดแยกภาวะสมองเสื่อม จัดเตรียมแบบประเมิน 14 ข้อคำถามและ2Q	ภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม
เมษายน 62	ประชุมทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา เพื่อเตรียมการคัดกรองแบ่งตามโซน 3 ทีม ประชุมทีมคณะทำงาน เพื่อเตรียมการคัดกรองแบ่งตามชมรม 6 ชมรม อบรมฟื้นฟูความรู้/ทักษะอสม./จิตอาสา/ชมรม เพื่อพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมินในการคัดกรองและวิธีการประเมิน14 ข้อคำถามและ 2Q ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม

เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
พฤษภาคม 62	ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุตำบลในเมือง ด้วยเครื่องมือ14 ข้อคำถามและ2Q คัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ประมวลผลการประเมินผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มผิดปกติ จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการคัดแยก จัดเตรียมแบบประเมิน MMSE , MoCA และTGDS	อสม./จิตอาสา/ชมรมที่ผ่านการฝึกฝน DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา
มิถุนายน 62	วางแผนการคัดแยกกำหนดวัน/เวลา/สถานที่ ดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่คะแนนตามแบบประเมิน14 ข้อคำถามและ2Qไม่อยู่ในเกณฑ์ (กลุ่มผิดปกติ) โดยใช้เครื่องมือ MMSE , MoCA	DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา
กรกฎาคม 62	ประมวลผลการคัดแยก ประเมิน/จัดเตรียมผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่คัดแยกสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย/ส่งต่อการรักษา-ดูแล	DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม
สิงหาคม 62	จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มบกพร่องเล็กน้อย(MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา
กันยายน 62	ดำเนินการตามระบบวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคัดกลุ่ม การรณรงค์เรื่องภาวะสมองเสื่อม	สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา
ตุลาคม – พฤศจิกายน62	จัดกิจกรรมเสริมสร้างความจำผู้สูงอายุกลุ่มปกติ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองกลุ่มความจำบกพร่องเล็กน้อย(MCI) จัดระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบรายกรณีและรายกลุ่ม โดยภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี	DT care manager/จนท.ทีมคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม
ธันวาคม 62	ประสานขอรับใบรับรองความพิการ/ขึ้นทะเบียนผู้พิการ เพื่อขอรับเบี้ยผู้พิการที่ได้รับการวินิจฉัยในปีนั้นๆ	ภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม
มกราคม – ธันวาคม 63	การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว นำเข้าสู่งานประจำเพื่อทำเป็นระบบที่สมบูรณ์	ภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน-ชมรม

ปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ปี พ.ศ. 2565-2566)

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
ก.ค.65	ประชุมทีม - ระบบ - การดำเนินงาน	ภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน
ม.ค.-ธ.ค.65	คัดกรองผู้สูงอายุ ปี 2565 (mini-cog) -ในชุมชน	1.พยาบาล/นวก ประจำzone 2.อสม. ประจำ zone
ม.ค.-ธ.ค.65	คัดแยก ทำ MMSE MoCA	พยาบาล/นวก ประจำzone
ม.ค.-ธ.ค.65	ส่งเข้าระบบวินิจฉัย	แพทย์ FM ประจำ zone
ม.ค.-ธ.ค. 65	การดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน	ภาคสุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น-ชุมชน
ม.ค.- ก.ย. 66	กระตุ้นสมองกลุ่ม MCI	ทีมสุขภาพ
ต.ค. -ธ.ค. 66	สรุปผลการดำเนินงาน นำเข้าสู่งานประจำ	พยาบาล/นวก ประจำzone

ผลลัพธ์การดำเนินงาน CDC system

ระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	**จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง คัดแยก**	**ผลการคัดกรอง คัดแยก**		
		กลุ่มปกติ	กลุ่ม MCI	กลุ่มสงสัยสมองเสื่อม
2562	1,900	1,794	35	25
2563	1.700	1,454	-	-
2564	2,063	1,715	30	12

หมายเหตุ : ปี พ.ศ. 2562 ใช้ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม

ปี พ.ศ. 2563-2564 ใช้แบบประเมิน mini-cog

เรื่องเล่า....จากพื้นที่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี2530
อาชีพ:พนักงานธนาคารแห่งหนึ่ง เกษียณราชการปี2543
อาศัย: ภรรยาและบุตร ช่วยเหลือตัวเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมชมรม รร.ฒ.วัดพระแก้ว

ปี2562 ได้รับการคัดกรอง 2Q = 0
14Q=20 , ADL =20, IADL=12
มีอาการท้องผูก นอนไม่หลับ
ทานยานอนหลับเป็นประจำทุกวัน



ปี พ.ค.2563 ไม่ได้รับการคัดกรอง เนื่องจากการแพร่ระบาดโควิด
มีอาการท้องผูก นอนไม่หลับ ทานยานอนหลับเป็นประจำ
เริ่มมีอาการย้ำคิดย้ำทำ พูดถึงเรื่องเก่าในอดีต เริ่มแยกตัว
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม รร.ฒ.วัดพระแก้ว

ปี2564 ไปพบแพทย์เพื่อขอใบรับรองแพทย์ประกอบการโอนมรดกให้ลูกมีอาการย้ำคิดย้ำทำ
พูดถึงเรื่องเก่าในอดีต หลงลืมวันเวลา ได้พบจิตแพทย์ทั้งหมด 3 ครั้ง
ครั้งที่1:ก.ย.2564ได้รับการคัดกรอง 2Q = 014Q=30 , ADL =20, IADL=6 ,TGDS=4, MMSE=2, MoCA=7
ครั้งที่2:ม.ค.2565 นัดเจาะเลือด
ครั้งที่3:20เม.ย.2565 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม

ปี2565 อาการปัจจุบันช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ถามคำถามเดิมซ้ำๆ
พูดถึงเรื่องเก่าในอดีต หลงลืมวันเวลา นอนไม่หลับ กินข้าวแล้วบอกว่าไม่ได้กิน ขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรง
อยากให้มาช่วยทำราวจับเดินภายในบ้าน มีภรรยาและบุตรคอยดูแล

ระบบการดูแลต่อเนื่อง: เยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี
แผนการดูแลตามหลัก อ ส ย โดย caregiver
5อ (อาหาร, อากาศ/อนามัย, ออกกำลังกาย, อารมณ์, อุจจาระ)
3ส (สิทธิผู้ป่วย, สิ่งแวดล้อม, สมอง)
1ย (ยา)



2. ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตำบลท่าพล (พ.ศ.2562-2565)

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.87 ของผู้สูงอายุ โดยเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 20 ของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม) และในระหว่างดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2562-2565 พบมีผู้สูงอายุรายใหม่ จำนวน 20 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย จากโรงพยาบาลเพชรบูรณ์และโรงพยาบาลอื่นๆ จำนวน 3 ราย จากระบบ รพ.สต.ท่าพล จำนวน 17 ราย

ผลลัพธ์การดำเนินงานพื้นที่ตำบลท่าพล

ปี พ.ศ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่นำร่อง (คน)	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	ผลการคัดกรอง		จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก		จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัยสมองเสื่อม	การดูแลต่อเนื่อง		
			ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
2562-2563	2,260	2,054	1,996	44	44	24	20	14	13	50	20	13
2563-2565	2,550	2,072	1,998	56	56	14	42	6	6	-	-	-

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ใน 3 ระบบ ดังนี้

CDC system	**การดำเนินการ**
การคัดกรอง คัดแยก	มีการพัฒนาทีม **“ทีมงานรักษ์สมอง”** และ อบรมแกนนำ **“อสม.รักษ์สมอง ปี 63”**
การคัดกลุ่ม (วินิจฉัย/รักษา)	การค้นหาและนำใช้ผังวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (AIT)
การดูแลต่อเนื่อง	1. กิจกรรมสร้างเสริมความจำในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การสวดมนต์และการฝึกสมาธิบำบัด กิจกรรมการบริหารสมอง กิจกรรมสันทนาการ / เกมส์ /งานศิลปะหัตถกรรม เป็นต้น 2. การนำใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองTEAM V เพื่อชะลอ เพิ่มสมรรถนะและคงศักยภาพสมอง 3. การดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบไตรภาคี






ภาพ การดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง รพ.สต. ท่าพล

โอกาสการเพื่อการพัฒนาในระดับพื้นที่

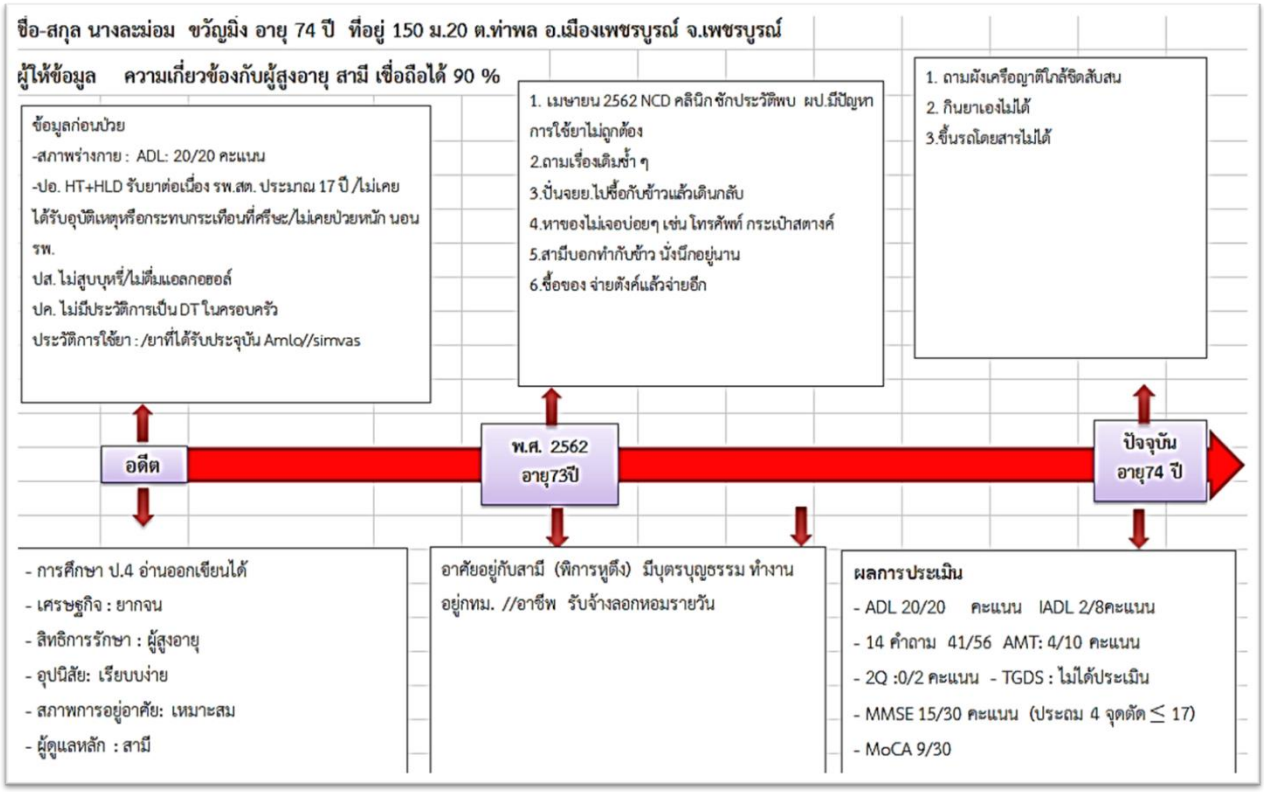
CDC system	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
ระบบคัดกรอง คัดแยก	-กระบวนการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน กิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งที่เรียนรู้ใหม่/จนท.ขาดความรู้ความเข้าใจ แนวทางที่ชัดเจน ทำไปเรียนรู้ไป -รูปแบบและเครื่องมือในการคัดกรอง แตกต่างกันกับที่พื้นที่เคยใช้อยู่ -ผลงานที่คัดกรองได้ ไม่เป็นตัวชี้วัดในระบบ HDC -ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ ได้รับการคัดแยกล่าช้า เนื่องจากภาระงานหลายหน้างาน -ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้รับการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAM V) ไม่ครอบคลุมและไม่ครบถ้วน -การพัฒนาศักยภาพ แกนนำ อสม.พบความคลาดเคลื่อนข้อมูล	-พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม./เจ้าหน้าที่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนพัฒนางาน สร้างเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง -ปรับรูปแบบ พัฒนานวัตกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
ระบบคัดกลุ่ม	ผู้สูงอายุที่มีสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกลุ่มล่าช้า ไม่ครบถ้วน	- จัดลำดับความเร่งด่วน - ทำปฏิทินการดำเนินงานให้สอดคล้องกับระบบวินิจฉัยของ รพ.เพชรบูรณ์
ระบบการดูแลต่อเนื่อง	ใช้แผนการดูแล INHOMESSS ส่วนใหญ่ให้การดูแลเรื่องโรค การเจ็บป่วย	ใช้แผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในรูปแบบไตรภาคีมีส่วนร่วม

ปฏิทินการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรตำบลท่าพล

กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ	เครื่องมือที่ใช้
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
1.จัดเตรียมกลุ่มเป้าหมาย	↔												อสม.ประจำละแวก+จนท.	ADL+ทะเบียนกลุ่มโรค
2.คัดกรองสมรรถภาพความจำ	←	—	→										อสม.ประจำละแวก	14Q+2Q/AMT+2Q
3.คัดแยกผู้สูงอายุที่สมรรถภาพความจำผิดปกติ				←	—	→							จนท./อสม.แกนนำ	TGDS/MMSE/Moca
4.คัดกลุ่มเข้าระบบการวินิจฉัยรักษา						←	↔	→					จนท.รพ.สต.+ทีม รพ.พช.	AIT
5.จัดกิจกรรมสร้างเสริมความจำ	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→	ชมรมผู้สูงอายุ+อปท.+แกนนำ อสม.+CG	
6.โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง							←	—	→				จนท./อสม.แกนนำ	โปรแกรม TEAM V
7.การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (เยี่ยมบ้านไตรภาคี)	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→	ไตรภาคี	
8.สรุปผลการดำเนินงาน+การเรียนรู้พัฒนาระบบฯ												↔	จนท.รพ.สต.	

เรื่องเล่า.....กรณีศึกษา

ประเมินการใช้ยา ในคลินิก NCD พบกินยาผิด ตอบการซักถาม สับสน วกไป วนมา เมื่อจัดทำผังวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (AIT) พบปัญหาดังนี้



พื้นที่เกิดความตระหนักรู้ .... เรื่องสมองเสื่อม

“สมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญมากในสังคมผู้สูงอายุ จึงต้องให้เกิดการดูแลแบบครบวงจร”







3. ผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผักบุ้ง ตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

แนวทางการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ค้นหาเพื่อคัดกรองและคัดแยกผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การนำใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของตำบลนายมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ระยะที่ 1 ค้นหาเพื่อคัดกรองและคัดแยกผู้สูงอายุ (ปี พ.ศ. 2562 – 2563) ระยะแรกของการดำเนินการ

1) ได้จัดทำร่างคณะกรรมการ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

2) การอบรมให้ความรู้

2.1 อสม./CG/ผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือคัดกรอง 14 ข้อคำถาม และ 2Q

2.2 DCM (DT CM) การใช้เครื่องมือ MoCA, MMSE

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสอมงเสื่อมครบวงจร ตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

1.	นางบำรุง ยอดดี	ผอ.รพ.สต.ถ้ำน้ำปัง	ประธานกลุ่ม
2.	นางปิยนาถ เนียมถนอม	พยาบาลวิชาชีพ/CM	รองประธาน
3.	นางสาววราภรณ์ พันธุ์นายม	นักพัฒนาชุมชน อบต.นายม	เลขา
4.	นายสมนึก ม่วงดี	ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลนายม	กรรมการ
5.	นางสาวใบเงิน ชมชื่น	จพ.สาธารณสุขปฏิบัติงาน	กรรมการ
6.	นางบัวจันทร์ กาศสกุล	อสม.รพ.สต.หนองผักบุ้ง	กรรมการ
7.	นางยมลธร กองแก้ว	อสม.รพ.สต.ถ้ำน้ำปัง	กรรมการ
8.	นางสมพร ทองมีใย	CG ถ้ำน้ำปัง	กรรมการ
9.	นางลำไพ โทนเทียน	CG หนองผักบุ้ง	กรรมการ

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ระบบคัดกรอง ในพื้นที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 634คน เมื่อทำการคัดกรองด้วยเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม พบ

ผู้สูงอายุที่มีคะแนน < 30 คะแนน จำนวน 597 คน

ผู้สูงอายุที่มีคะแนน > 30 คะแนน จำนวน 37 คน

ระบบการคัดแยกผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

-ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย = 35 ราย

-ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม = 2 ราย

ระบบการคัดกลุ่ม - ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อพบแพทย์วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม = 2 ราย

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน **:** กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น

-การส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรอยยิ้มให้กับผู้สูงอายุ (นันทนาการ) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (ทำกิจกรรมทุกครั้ง) เช่น ธรรมะเพื่อชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมการฝึกสมาธิ สวดมนต์ กิจกรรมBrain Exercise

-โครงการส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ

-ทีม DCM โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ลงพื้นที่จัดกิจกรรมพัฒนากระตุ้นสมองและส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

เรื่องเล่า ..... กรณีศึกษา Case Dementia

นาง ส. อายุปัจจุบัน 86 ปี อาการเบื้องต้น

ระยะแรก : หลงลืม บ่อย เมื่ออายุ 81 ปี

ระยะกลาง : มีอาการหนักขึ้นเริ่มจำบุตรไม่ได้ เมื่ออายุ 83 ปี

ระยะปลาย : อาการหนักขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ เช่น กินข้าว อาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ/เข้าห้องน้ำ เมื่ออายุ 85 ปี

การวินิจฉัย : Dementia โดยจิตแพทย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ปี พ.ศ. 2563 อารมณ์ : ไม่นิ่งเฉย

พฤติกรรม : ไม่รักษาความสะอาด

ปัญหาความต้องการการพัฒนา/แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาองค์ความรู้เรื่อง “สมองเสื่อม” บุคลากร/อสม./CG และจิตอาสา
2. พัฒนาสื่อ แผ่นพับ ป้ายไวนิล ให้กับประชาชน/กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
3. มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมภายในชุมชน
4. สถานการโรคโควิด -19 ไม่สามารถจัดกิจกรรมกลุ่ม
5. สร้างจิตอาสาในเรื่องสมองเสื่อม

โอกาสการพัฒนาต่อยอดและต่อเนื่อง

1. งานวิจัย R2R รูปแบบการจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19
2. ขยายเครือข่ายรูปแบบระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมสู่พื้นที่ใกล้เคียง

แผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่ตำบลนายม (พ.ศ. 2565-2567)

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1–31 ก.ค. 2565	ระบบคัดกรอง - แต่งตั้งกรรมการทดแทนกรรมการชุดเดิม - คัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุ - รวบรวมข้อมูลแยกประเภท (ใช้ 2Q กับ 14 ข้อคำถาม)	อบต.นายม รพ.สต.หนองผักบุ้ง รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง ประธาน อสม.	ผู้ดำเนินการ นางปิยนาถ เนียมถนอม นางเทพธิดา กุญชร
1–31 ส.ค. 2565	กิจกรรมคัดกรอง คัดแยก จนท.รพสต.หนองผักบุ้ง/ถ้ำน้ำบัง (โดยใช้เครื่องมือ MMSE MoCA) - กลุ่มปกติ จัดกิจกรรม brain exercise	ประธาน อสม. หมู่ 1-15 ประธาน CG ประธานชมรมผู้สูงอายุ	อบต.นายม รพ.สต.หนองผักบุ้ง รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง
1–30 ก.ย. 2565	- การดูแลต่อเนื่องส่งพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัยในรายที่มีผงMMSE ผิดปกติ -แยกกลุ่ม (MoCA ถ้าน้อยกว่า 25 คือผิดปกติ เข้ากลุ่มทำโปรแกรมกระตุ้นสมอง -กลุ่ม MoCA มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ส่งเข้ากลุ่มปกติ ทำ brain exercise โดย ติดตามประเมินคัดกรองทุก 1 ปี	แพทย์เฉพาะทาง รพ.เพชรบูรณ์ รพ.สต.หนองผักบุ้ง รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง	
	- จัดกิจกรรมตามคู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองฯ (TEAMV ชุดกิจกรรม 6 ชุด) ในกลุ่ม MCI และ ประเมิน MOCA ครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี	รพ.สต.หนองผักบุ้ง รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง DT CM	
1–31 ต.ค. 2565	CP DT - กิจกรรมเยี่ยมบ้าน	CG	

ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

จากการเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลจังหวัดเพชรบูรณ์ ในวันที่ 5-6 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ได้สรุปผลได้ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาระบบ CDC System: โมเดลจังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้

พื้นที่นำร่อง ประกอบด้วย อำเภอเมือง ในสามตำบล (มีแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล?) ต.ในเมือง (PCCท่าศาลา) ต.ท่าพล (รพสต.ท่าพล) ต.นายม (รพสต.ถ้ำน้ำบัง/หนองผักบุ้ง)

การขยาย >> ทุกตำบลของอำเภอเมือง??>> ทุกอำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์??

มีปัจจัยสำคัญ คือ:

> มีทีมแกนนำเริ่มขับเคลื่อนระบบ CDC ในพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง+รพ. เพชรบูรณ์

> ระดับอำเภอ/จังหวัด (สสอ./สสจ.) มีนโยบายการคัดกรองผู้สูงอายุ (สมองเสื่อม) ประจำปี

> ซึ่งต้องการการขับเคลื่อนด้านเครื่องมือประเมิน+ฐานข้อมูลที่ชัดเจนเป็นเอกภาพที่มีแนวทางเดียวกันของทั้งจังหวัด + และของส่วนกลางระดับประเทศ โดยองค์กรต่างๆ เช่น (กรมอนามัย/กรมการแพทย์/สปสช/สนย/อื่นๆ) และ

> ต้องการการมีส่วนร่วม (Participation) ของไตรภาคี(สุขภาพ-สังคม-ท้องที่/ท้องถิ่น) ที่ร่วมทำ MOU ให้บูรณาการการทำงาน(Integration) ของทุกภาคส่วนเพิ่มมากขึ้น

CDC System ที่พัฒนาขึ้น มี (งาน-คน-ทรัพยากร)

- รูปแบบที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based) มี พื้นที่นำร่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอเมือง มีทีมอสม/DT-CM/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/ทีมวินิจฉัย เป็นฐานการพัฒนา?
  - ต้องการขยายความครอบคลุมทั้งอำเภอ/ทุกอำเภอ (จังหวัด)ตามความพร้อม
  - มีโครงการเสริมความเข้มแข็งด้านต่างๆในบางพื้นที่ที่คัดสรร (เช่น โครงการ ICOPE/ Home ward/ Tele Health/อื่นๆ)
- ทีมแกนนำ (SM/PM/DT-CC) ของระบบ CDC System ต้องเพิ่มผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนครบทุกภาคี/องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ(ตำบล/อำเภอ/จังหวัด)?? กรณีมีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ต้องการการส่งไม้ต่อกัน ให้มีความต่อเนื่องของงานได้
- ทีมงาน 3 ระบบหลัก (SM/PM/DT-CC) ต้องการเพิ่มผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนครบ

  การคัดกรอง มีทีม อสม เชี่ยวชาญ? (การคัดกรองภาวะสมอง/การดูแลสภาพสมอง)?? (คัดกรอง ในชุมชน ใช้ 2Q/14Q (อสม)? Mini-Cog/AMT???

การคัดแยก มีทีม DT-CM ครบทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC/รพสต)? ในโรงพยาบาล (คัดแยก ใช้ TGDS/9Q>MMSE/TMSE>MoCA walk-in/referจากชุมชน โดย บุคลากรวิชาชีพ (DT-CM ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM?)

การคัดกลุ่ม ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/+ในโรงพยาบาล (คลินิกเฉพาะทาง) ส่งต่อทีม (Fam Med> Psychiatrist + Neuro Med) (มี DCC ทุกระดับ)

การดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน?) แบบไตรภาคี?

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ)?

กลุ่ม MCI (Brain Training)

กลุ่ม Dementia (Mild/Moderate/Severe) (ต้องการแผนการดูแลเฉพาะราย: Specialized care plan) เพื่อการดูแลในชุมชน โดยครอบครัว/ชุมชน /สังคม/ท้องถิ่น

โอกาสในการพัฒนา (การปรับกลยุทธ์การทำงาน/แต่ละพื้นที่นำร่อง/นวัตกรรมใหม่?)

การพัฒนาศักยภาพทีมทีมแกนนำขับเคลื่อน/การทำงานทั้ง 3 ระบบย่อย

รูปแบบ CDC สำหรับ (ผู้สูงอายุ)ในชุมชน พื้นที่เมือง/กึ่งเมือง/ชนบท ตามบริบทของตน

ชุดความรู้/เครื่องมือคัดกรอง/คัดแยก/การดูแลต่อเนื่อง

- การคัดกรอง โดย (อสม/CG/ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ)
  (ICOPE (คลองศาลา) App??/ App Blue book >>อื่นๆ)
- โปรแกรมฝึกสมอง: (Cog Stimulation Program) โดยชุมชน/ในชุมชน??
  Intervention: Brain exercise; Brain Training; Brain care)
- ชุดการดูแล ในคลินิกและในชุมชน Dementia care (LTC/Palliative care)

ข้อเสนอแนะการพัฒนา เพิ่มการจัดการระบบ/ผลลัพธ์ของระบบ ให้ชัดเจน ตามคุณลักษณะของ CDC system

1. ครบวงจร Comprehensive (มีครบ 3 ระบบย่อย)
2. ไร้รอยต่อ Seamless (Fast track/Green channel)
3. ครอบคลุม Coverage (ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ)
4. เข้าถึง Access (ร้อยละของผู้เข้าถึงบริการ 3 ระบบย่อย)
5. การมีส่วนร่วม Participation (ของไตรภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง)
6. การบูรณาการ Integration งาน (คนทำงาน-งบประมาณ-ทรัพยากร)
   > เพิ่มการคืนข้อมูล/ประชาสัมพันธ์การทำงาน/แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง
   > เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมทำงาน/ทีมแกนนำ/ทีมไตรภาคี

คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพชรบูรณ์โมเดล

ที่ปรึกษา

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
2. ท้องถิ่นจังหวัดเพชรบูรณ์
3. พัฒนาการจังหวัดเพชรบูรณ์
4. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

คณะกรรมการกลาง

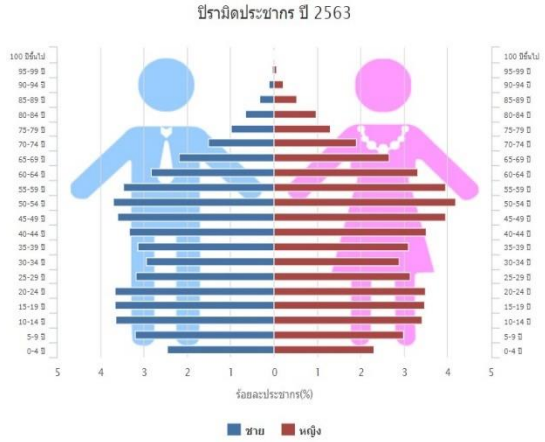
1. แพทย์หญิง.ดวงดาว ศรียากูล	ประธานกรรมการ
2. สาธารณสุขอำเภอเมือง	รองประธานกรรมการ
3. ท้องถิ่นอำเภอเมือง	กรรมการ
4. ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคนพิการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์	กรรมการ
5. ผอ.รพ.สต.ท่าพล	กรรมการ
6. ผอ.รพ.สต.หนองผักบุ้ง	กรรมการ
7. ผอ.รพ.สต.ถ้ำน้ำบัง	กรรมการ
8. ประธานคณะกรรมการตำบลท่าพล	กรรมการ
9. ประธานคณะกรรมการตำบลนายม	กรรมการ
10. ประธานคณะกรรมการตำบลในเมือง	กรรมการ
11. ดร.ดลวี สิมคำ	กรรมการ
12. นางสาวนุชจรี เกษงอน	กรรมการ
13. นางน้ำค้าง หางศร	กรรมการ
14. นางสุนันทา แก้วแย้ม	กรรมการ
15. นางสาวใบเงิน ชมชื่น	กรรมการ
16. พญ.ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์	เลขานุการ
17. นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต	ผู้ช่วยเลขานุการ
18นางสาวชญาพัฒน์ แก้วแดงมณีศักดิ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

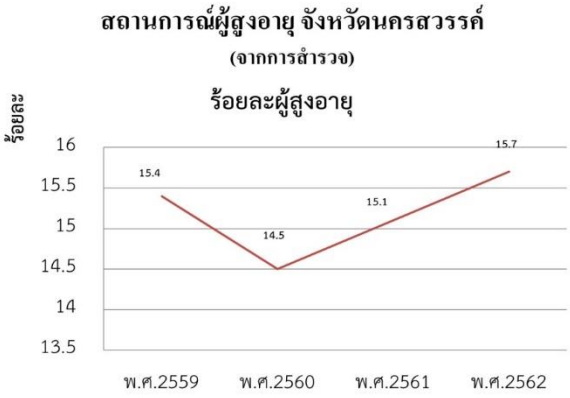
คณะกรรมการวินิจฉัย

1 แพทย์หญิงนิรมล แก้วคำ	ประธาน
2.นายแพทย์ณัฐชนัน ถนอมวงศ์ทัย	รองประธาน
3. แพทย์หญิงระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์	กรรมการ
4. นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต	เลขานุการ
5. น.ส นุชจรี เกษงอน	ผู้ช่วยเลขานุการ

เขตสุขภาพที่ 3 พื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

สถานการณ์ด้านประชากรผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์





อำเภอ	ปี พ.ศ. 2559			ปี พ.ศ. 2560			ปี พ.ศ. 2561		
	ประชากรทั้งหมด	ผู้สูงอายุ	ร้อยละ	ประชากรทั้งหมด	ผู้สูงอายุ	ร้อยละ	ประชากรทั้งหมด	ผู้สูงอายุ	ร้อยละ
อำเภอเมืองนครสวรรค์	243,126	40,720	16.7	243,999	42,538	17.4	244,906	44,438	18.1
อำเภอโกรกพระ	35,743	6,857	19.2	35,667	7,050	19.8	35,550	7,253	20.4
อำเภอชุมแสง	65,140	11,991	18.4	64,837	12,407	19.1	64,555	12,853	19.9
อำเภอหนองบัว	69,149	11,961	17.3	68,998	12,464	18.1	68,889	13,054	18.9
อำเภอบรรพตพิสัย	86,905	15,553	17.9	86,705	16,170	18.6	86,386	16,844	19.5
อำเภอเก้าเลี้ยว	34,822	6,087	17.5	34,742	6,306	18.2	34,615	6,549	18.9
อำเภอตาคลี	109,049	19,608	18.0	108,344	20,330	18.8	108,138	21,151	19.6
อำเภอท่าตะโก	67,184	13,342	19.9	67,039	13,768	20.5	66,903	14,202	21.2
อำเภอไพศาลี	72,006	11,640	16.2	71,916	12,087	16.8	71,581	12,512	17.5
อำเภอพยุหะคีรี	61,792	12,608	20.4	61,697	13,021	21.1	61,636	13,455	21.8
อำเภอลาดยาว	87,995	16,724	19.0	87,672	17,274	19.7	87,390	17,778	20.3
อำเภอตากฟ้า	40,653	7,294	17.9	40,598	7,550	18.6	40,474	7,818	19.3
อำเภอแม่วงก์	53,065	7,898	14.9	53,116	8,231	15.5	53,015	8,533	16.1
อำเภอแม่เปิน	20,841	2,675	12.8	20,955	2,816	13.4	20,896	2,935	14
อำเภอชุมตาบง	18,985	2,478	13.1	19,049	2,587	13.6	19,030	2,702	14.2
จังหวัดนครสวรรค์	1,066,455	187,436	17.6	1,065,334	194,599	18.3	1,063,964	202,077	19

ที่มา: สนง.สถิติ นครสวรรค์

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

จากการการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวนันท์ พบว่า

การประเมิน 1 ต.ค. 2561 ถึง 30 ก.ย. 2562	**ปกติ**	**ผิดปกติ**
ผลการประเมินด้วย AMT	34 (77.27)	10 (22.73)
ผลการประเมินด้วย MMSE	7 (70.00)	3 (30.0)

ผลการประเมินด้วย MoCA	0	7 (100.0)
การประเมิน 1 ต.ค. 2562 ถึง ม.ค. 2563	**ปกติ**	**ผิดปกติ**
ผลการประเมินด้วย AMT	20 (71.43)	8 (28.57)
ผลการประเมินด้วย MMSE	8 (53.33)	7 (46.67)
ผลการประเมินด้วย MoCA	1 (10.0)	9 (90.0)

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

1. การจัดบริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (ด้านสุขภาพ และด้านสังคม)

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ที่ศูนย์ชีวนันท์ : โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ เป็นแพทย์ประจำคลินิก/ประเมินศักยภาพของบุคลากรและสถานที่ในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ/ทำ SWOT analysis และวางแผนการจัดบริการ ดังนี้

- วางเกณฑ์คัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุ
- ตั้งกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดูแลของคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย: ภาวะสมองเสื่อม ภาวะความจำบกพร่องระยะต้น ข้อเข่าเสื่อม ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม (falls)
- วางแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุจากการคัดกรองจากเครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.สวรรค์ประชารักษ์มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ: โดยการประสาน ประชุมชี้แจง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สสอ.เมืองนครสวรรค์ ร่วมแสดงความคิดเห็นและวางแนวทางการส่งต่อร่วมกัน
- ประสานเพื่อการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย/รักษา กับทีมสหสาขาวิชาชีพและแพทย์เฉพาะทาง รพ.สวรรค์ประชารักษ์

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้มีการจัดทำแผนงานและโครงการ ดังนี้

- ประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง คัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อการส่งต่อการวินิจฉัยคัดกลุ่มที่คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวนันท์
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร CUP รพ.สวรรค์ประชารักษ์และจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ศึกษาดูงานที่โมเดลต้นแบบ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองสิบสองจอหอ เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (6-7 มิถุนายน 2562) ด้านระบบการจัดการและแนวทางการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ /ด้านกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Stimulation Program) /ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ Long Term Care
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร : อบรมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรกสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ที่ สสจ.จ.อุทัยธานี

- บุคลากรร่วมอบรมรูปแบบ Model coaching และ teaching ใน 12 เขตบริการสุขภาพที่มีความพร้อมในการร่วมดำเนินงานเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ รพ.สิงห์บุรี ในวันที่ 1-3 กรกฎาคม 2562
- นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการในงานประจำอื่นๆ นอกคลินิกผู้สูงอายุ เช่น
    - การคัดกรองผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ของกรมการแพทย์
    - 70 ปี ไม่มีคิว
    - การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
    - โรงเรียนผู้สูงอายุ (โดยเทศบาลนครนครสวรรค์)
    - อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ปีพ.ศ. 2559-2561 ดูแลในกลุ่มติดบ้านติดเตียง

2. จำนวน Care Manager (CM) และ Care giver (CG) ต่อ ผู้สูงอายุพึ่งพิง

ปีงบประมาณ	จำนวน Care manager (CM)	CM: ผู้สูงอายุพึ่งพิง	จำนวน Care Giver (CG)	CG: ผู้สูงอายุพึ่งพิง
2559	82	1 : 121.5	192	1 : 51.9
2560	202	1 : 27	601	1 : 9.1
2561	206	1 : 26.8	1,067	1 : 5.2
2562	236	1:20.2	1,143	1:3.9

การดำเนินการ 3 ระบบย่อยในสถานบริการ 3 ระดับ

สถานบริการ 3 ระดับ

ระดับ primary care : PCU , รพ.สต.

ระดับ secondary care : ในบริบทอำเภอเมืองจะไม่มีระดับนี้

ระดับ tertiary care : รพ.สวรรค์ประชารักษ์

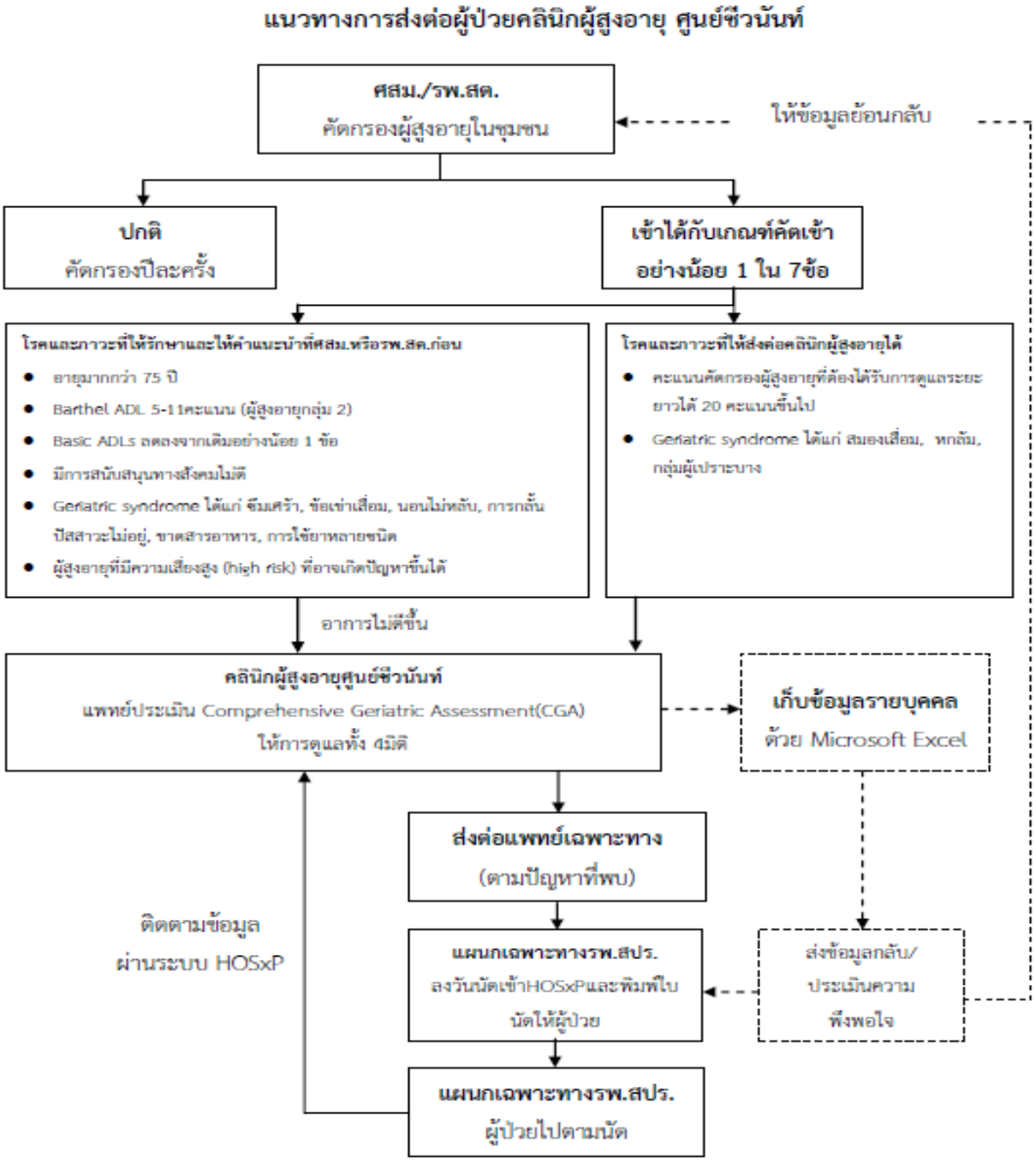
การดำเนินงานใน 3 ระบบย่อย

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก : มีระบบการคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี แต่ยังไม่มีระบบรองรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านต่างๆ และยังไม่มีระบบการคัดแยก

2. ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) : เมื่อมีผู้ป่วยที่สงสัยสมองเสื่อมจะส่งตัวไปรักษาที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ โดยไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วย อาจจะมีการติดตามเมื่อทราบข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ซักถาม/ญาติบอก/อสม. มาแจ้ง

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน : มีระบบเยี่ยมบ้านโดย Thai CoC เมื่อผู้ป่วยออกจากการนอนโรงพยาบาล แต่ไม่มีระบบรองรับเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอก และบุคลากร/แผนงานการเยี่ยมบ้านจะขึ้นอยู่กับพื้นที่ว่าจะมีวิชาชีพไหนลงเยี่ยม และไม่ได้มีระบบการส่งต่อข้อมูล

3. แนวทางการดำเนินงานและการรับ-ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ



ระยะการพัฒนาระบบ

ระยะแรกของการพัฒนามีพื้นที่เข้าร่วมดำเนินการ พื้นที่เข้าร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสมองเสื่อมครบวงจร ประกอบด้วย CUP รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ได้แก่ 5 PCU 23 รพ.สต. และ รพ.ในเขต อำเภอเมือง ได้แก่ รพ.ค่ายจิรประวัติ รพ.ร่มฉัตร เทศบาลนครนครสวรรค์ (ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ศูนย์) และโรงพยาบาลชุมชน



ลงนาม ณ วันจันทร์ ที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

(นายแพทย์อติสรณ์ วรรธนะศักดิ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

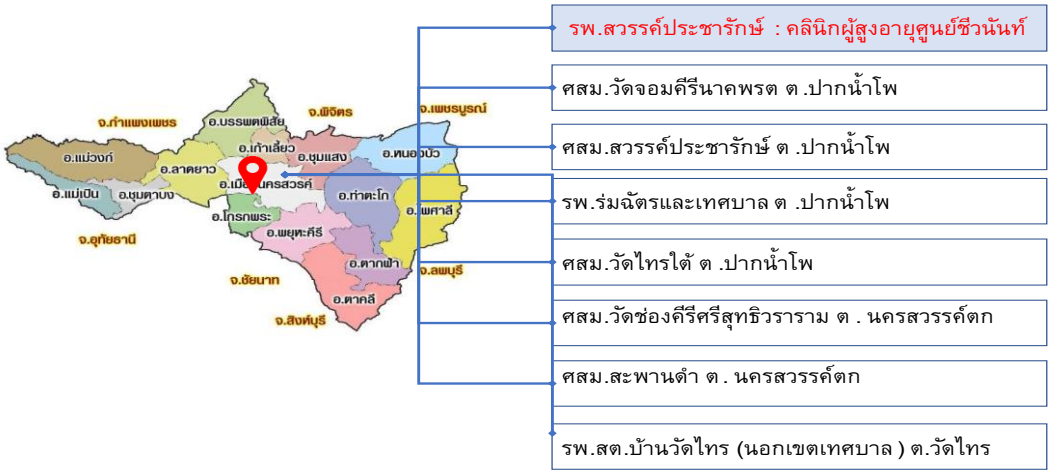
(แพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(นายแพทย์ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

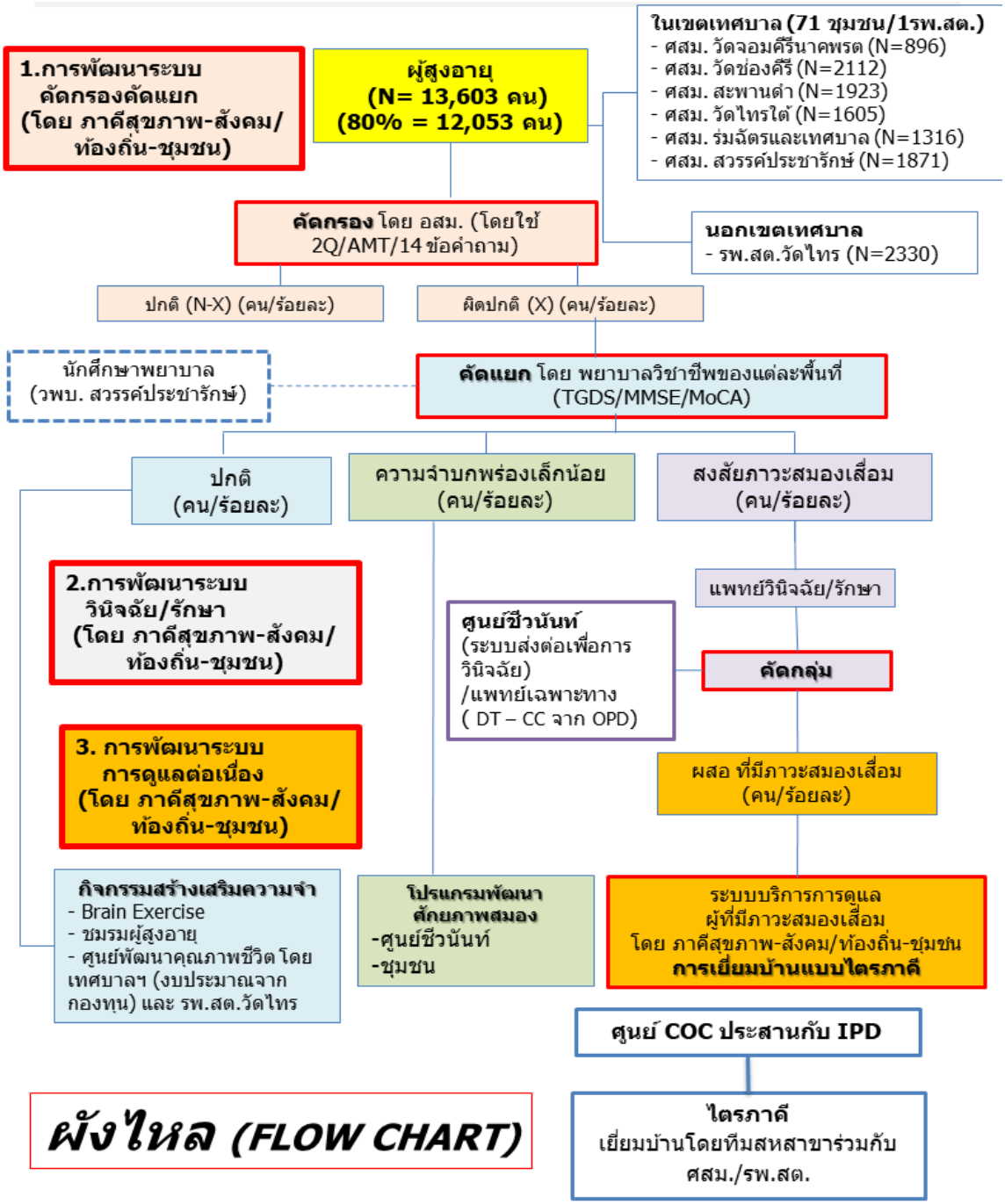
(นางสุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สวรรค์ประชารักษ์

(นายจิตตเกษมณ์ นิโรจน์ธนรัฐ)
นายกเทศมนตรีนคร นครสวรรค์

พื้นที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบ



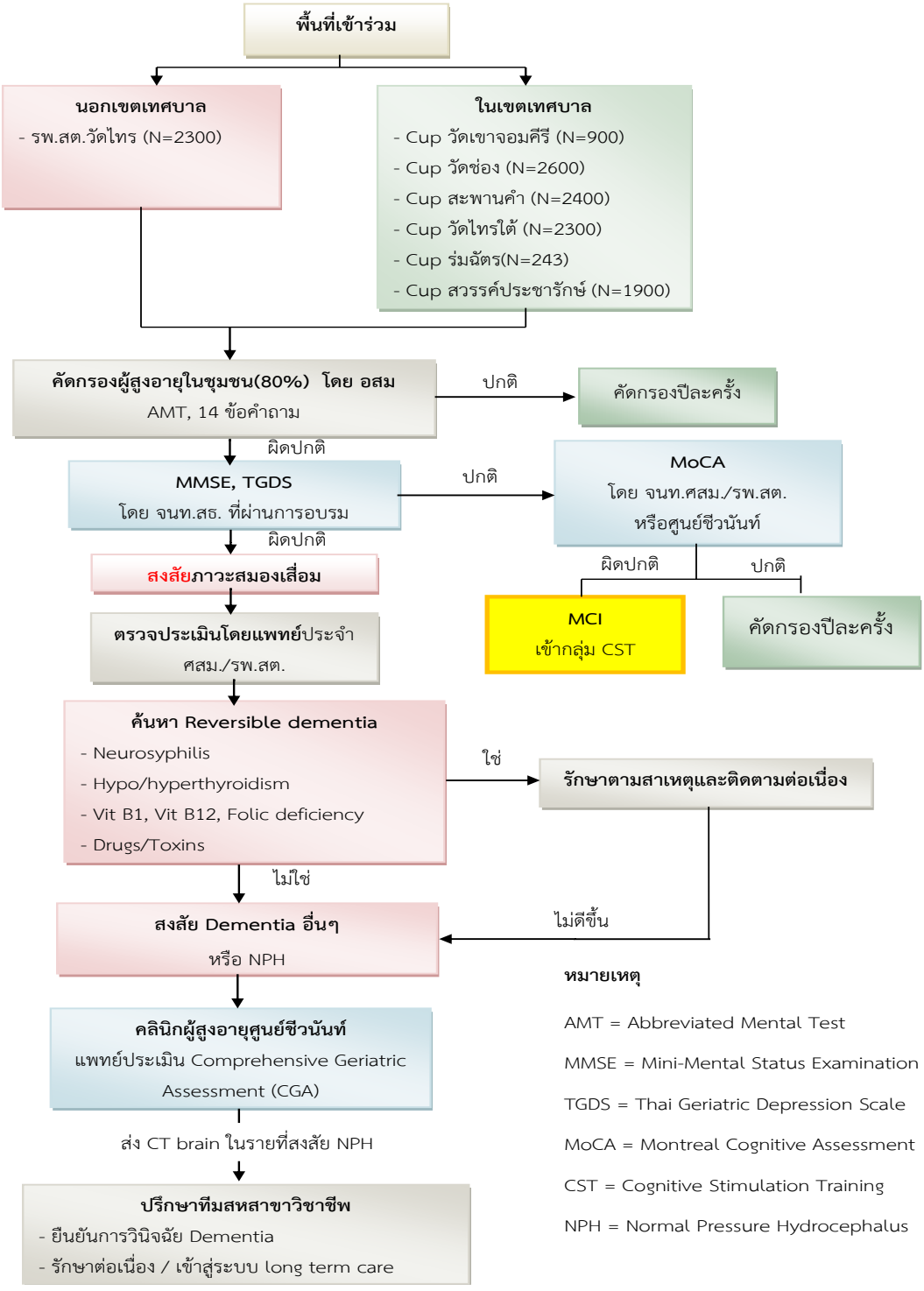
ผังไหลแม่บท ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดนครสวรรค์



Timeline การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จังหวัดนครสวรรค์

วัน/เดือน/ปี	แผนงาน
6-7 มิ.ย. 2562	ดูงาน PCU จอหอ จ.นครราชสีมา
12 ธ.ค. 2562	การพัฒนารูปแบบและและระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร
22-26 ก.ค. 2562	Model coaching and teaching
11-12 ธ.ค. 2562	ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบ CDC
31 ม.ค. 2563	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
3 ก.ค. 2563	อมรบ TEAM-V
22-24 ก.ค. 2563	ถอดบทเรียนระบบ CDC
7 ก.พ. 2563	อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2564
16 พ.ย. 2563	Teleconference การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
25 มิ.ย. 2564	Healthy brain training
28-29 เม.ย. 2562	การเยี่ยมเสริมพลังฯ

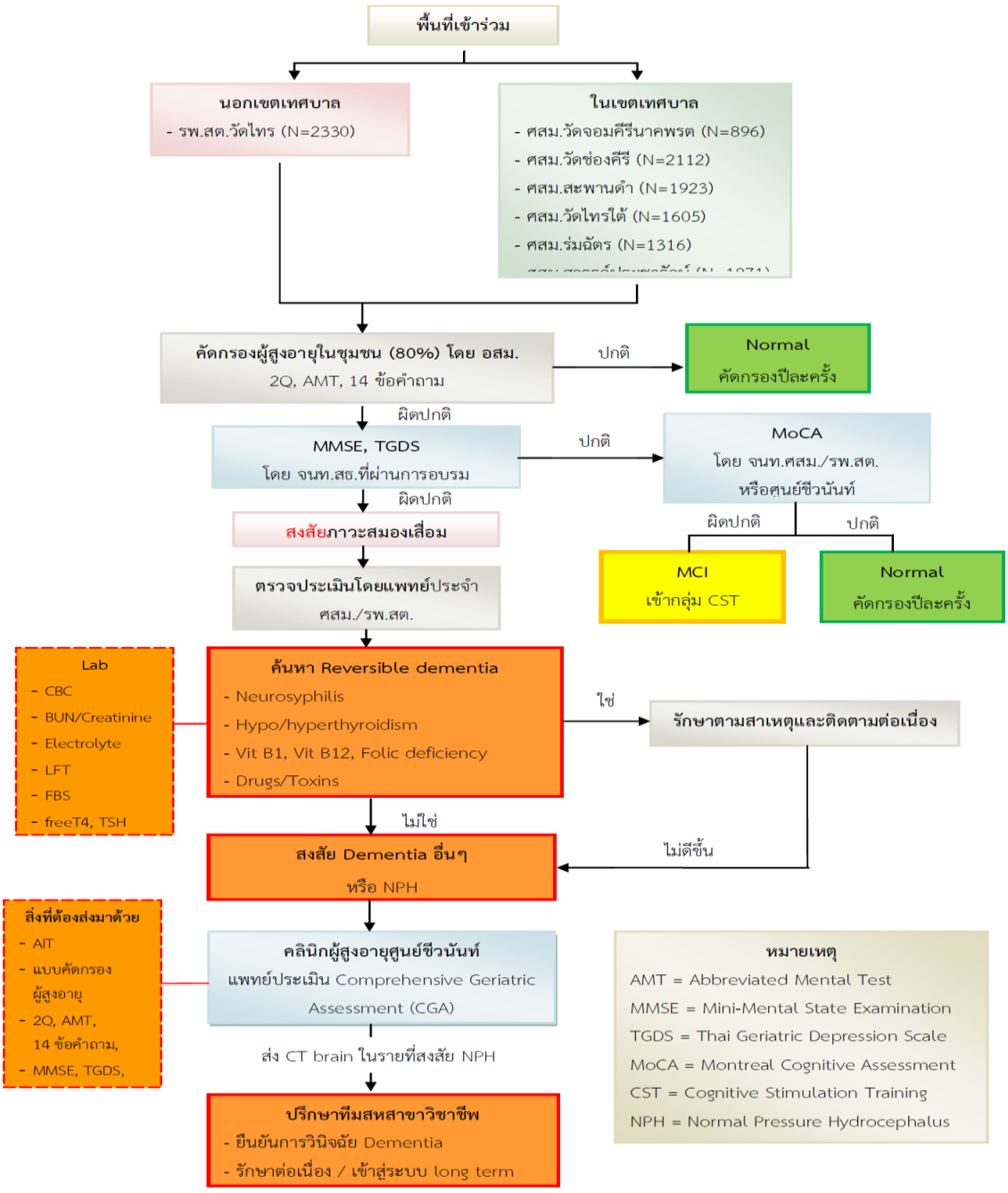
ผังไหล ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม การจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดนครสวรรค์



ผังไหล (ปรับเพิ่ม) ระบบการ คัดกลุ่ม การจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

มีการพัฒนาและจัดทำแนวทางดำเนินการของแพทย์เพื่อตรวจหา reversible dementia ก่อนการส่งต่อมาที่คลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร จ.นครสวรรค์



การพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม โดยใช้ Telemedicine+สภาลูกขุน “นครสวรรค์โมเดล”



ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบ ปี พ.ศ. 2562-2563

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ส.ค. 62	แต่งตั้งคณะกรรมการทั้ง 3 ชุด	นพ.อภิชาต	
	Coaching & Training จนท.สาธารณสุข	ศูนย์ชีวนันท์	
	เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณใน การคัดกรองผู้สูงอายุ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	
1-30 ก.ย.62	พัฒนาความรู้ อสม.ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม	5 PCU / รพ.ร่มฉัตร/ รพ.สต.วัดไทร/เทศบาล นครนครสวรรค์	
ต.ค.-ธ.ค62	คัดกรอง	อสม.	

ผลลัพธ์การคัดกรอง คัดแยก (พ.ศ 2562-2563)

พื้นที่	จำนวน ผู้สูงอายุ ทั้งหมด	การคัดกรอง			การคัดแยก		
		จำนวน ผู้สูงอายุ ที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้คัดกรอง	เหตุผล ทีไม่ได้คัดกรอง	จำนวน ผู้สูงอายุที่ คัดแยก	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้คัดแยก	เหตุผลที่ ไม่ได้คัดแยก
PCU สวรรค์ประชารักษ์	1,871	654	1,217	อยู่ระหว่างดำเนินการ	5	-	
PCU วัดจอมคีรีนาคพรต	896	364	532	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0	5	อยู่ระหว่างดำเนินการ
PCU วัดไทรใต้	1,605	561	1,044	อยู่ระหว่างดำเนินการ	2	-	-
PCU วัดช่องคีรีศรีสิทธิวราราม	2,112	1,166	946	อยู่ระหว่างดำเนินการ	13	5	อยู่ระหว่างดำเนินการ
PCU สะพานดำ	1,923	186	1,737	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0	7	อยู่ระหว่างดำเนินการ
รพ.ร่มฉัตร	1,316	0	1,316	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0		อยู่ระหว่างดำเนินการ
รพ.สต.บ้านวัดไทร	2,330	484	1,846	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0	107	อยู่ระหว่างดำเนินการ
รวม	**12,053**	**3,415**	**8,638**		**20**	**124**	

ปัญหา อุปสรรค ในระยะการพัฒนา

1. ติดการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การคัดกรองและการเดินทางมาศูนย์ชีวนันท์ต้องเลื่อนออกไป
2. บุคลากรในศูนย์ชีวนันท์ ไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรม TEAM-V
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม TEAM-V มีความหลากหลาย ทำให้บุคลากรต้องใช้เวลามาก
4. บุคลากรในพื้นที่สันสบแบบคัดกรองที่มีหลากหลายชุด และหลากหลายจุดตัด ทำให้ทำงานได้ช้า

แนวทางการพัฒนา CDC system

1. การพัฒนาระบบ

ระบบ	แผนการพัฒนา
การคัดกรอง คัดแยก	- คัดกรองภาวะ MCI ใน อสม.ที่อายุเกิน 60 ปี - เพิ่มแบบคัดกรอง IADLs ในผู้สูงอายุทั่วไปด้วย - สร้างผังไหลขั้นตอนการใช้แบบคัดกรอง ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรที่ไม่คุ้นเคยกับแบบคัดกรองทำแบบคัดกรองได้ง่ายขึ้น - ตัดแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามออก เนื่องจากไม่เหมาะกับบริบทของชุมชนเมืองนครสวรรค์ เพราะแบบประเมินต้องถามจากญาติ ซึ่งส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง/โรงงาน ต้องทำงานนอกบ้าน ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ไปคัดกรองจะไม่พบญาติ การประเมิน AMT โดยถามผู้ป่วยอย่างเดียวจึงน่าจะเหมาะกับบริบทของชุมชนเมืองนครสวรรค์มากกว่า - บูรณาการให้เข้ากับงานประจำมากขึ้น โดยให้ผู้รับผิดชอบของแต่ละ PCU, รพ.สต. เป็นผู้แจกจ่าย/ติดตามงาน (supervisor) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การมอบหมายการคัดกรองให้ อสม. การติดตามการรับวัคซีน การติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบถ้วน แต่ไม่เป็นภาระแก่บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมากเกินไป
การคัดกลุ่ม	- เปลี่ยนวิธีการวินิจฉัยแบบคณะลูกขุนเป็นแบบ hospital-based เหมือนของ จ.สุราษฎร์ธานี เพราะปัจจุบันยังไม่พบผู้ป่วยสงสัยภาวะสมองเสื่อมทีละหลายๆ คนพร้อมกัน หากรอเป็นกลุ่มแล้วนัดแพทย์เฉพาะทางมาวินิจฉัยแบบคณะลูกขุน ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ซึ่งอาจทำให้โรคดำเนินไปมากขึ้น
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	- ทำกิจกรรม TEAM-V ในพื้นที่ โดยให้บุคลากรจากคลินิกผู้สูงอายุเป็นผู้นำกิจกรรม (leader) และบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ร่วมนำกิจกรรม (co-leader) และมี อสม. มาช่วยกิจกรรมการเคลื่อนไหว เพื่อการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ให้สามารถทำกิจกรรมได้เอง ซึ่งช่วยลดปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุได้

2. เครื่องมือในการดำเนินการทั้งหมด สามารถสอดแทรกเข้าในแต่ละส่วนของเนื้อหาได้

- ผังไหลที่มีทั้ง 3 ระบบ (คัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม) สามารถปรับใช้ได้ในบริบทของเขตเมืองนครสวรรค์
- ส่วนแบบคัดกรองเดิมที่ใช้ AMT ร่วมกับ 14 ข้อคำถาม พบว่าญาติส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/โรงงาน ต้องทำงานนอกบ้าน ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ไปคัดกรองจะไม่พบญาติ การประเมิน AMT โดยถามผู้ป่วยอย่างเดียวจึงน่าจะเหมาะกับบริบทของชุมชนเมืองนครสวรรค์มากกว่า
- การใช้แบบประเมิน AIT ยังสามารถใช้ได้ แต่ต้องทำความเข้าใจและให้บุคลากรฝึกใช้บ่อยๆ
- ยังไม่ได้จัดทำ care plan แต่มีการเยี่ยมบ้านติดตามโดยทีมของพื้นที่
- ยังไม่พบการใช้ปฏิทินชุมชนในการทำงานผู้สูงอายุ
- แบบรายงานข้อมูล เอกสารผลลัพธ์ช่วยให้พื้นที่มีแนวทางในการเก็บข้อมูลได้ดี
- มีการจัดกิจกรรมอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว
- รพ.สต. มีการเขียนโครงการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ปกติ แต่ยังไม่ได้ดำเนินงานเนื่องจากการระบาดของโรค COVID-19

3. การประสานความร่วมมือกับไตรภาคี ในการดำเนินงานทั้งระบบ

- การมีโรงเรียนผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงดี โดยศูนย์อนามัยทั้ง 4 แห่ง ใน อ.เมืองนครสวรรค์

4. แผนการการจัดการดูแลและให้เข้าเป็นงานประจำ

- จากการคัดกรองคัดแยกผู้สูงอายุส่งต่อการวินิจฉัยคัดกลุ่มตั้งแต่ ตุลาคม 2562-เมษายน 2563 พบผู้สูงอายุ 37 ราย พบที่มีภาวะความจำบกพร่องระยะแรก 17 ราย ได้ดำเนินการเข้าโปรแกรม TEAM-V โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม 7 ราย ดำเนินการได้ 2 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคล 1ราย เนื่องจากมีภาวะบกพร่องด้านการได้ยิน ดำเนินการได้ 3 ครั้ง (เนื่องจากภาวะโรคระบาด COVID-19) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องได้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามและกระตุ้นการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อวันที่ 31 ม.ค. 2563 เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม/ความจำบกพร่องระยะแรกในเชิงลึกซึ้งได้ดีมากขึ้น เพิ่มศักยภาพความพร้อมในการดูแลในพื้นที่ที่รับผิดชอบในชุมชนตนเอง เชื่อมโยงให้เข้ากับงานประจำซึ่งมีการดูแลอยู่ รวมทั้งมีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ร่วมในการเรียนรู้ เพื่อเตรียมผู้ฝึกสอน (ครู ก.) ร่วมกับพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ของ PCU และ รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นอกจากนี้ยังมีบุคลากรของโรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ เทศบาลนครนครสวรรค์ ที่ร่วมดูแลให้บริการในเขตเมืองร่วมเรียนรู้ด้วย

- จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อวันที่ 7 ก.พ. 2563 ให้แก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ดูแลอยู่ในชุมชน และบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่สนใจมาเรียนรู้

กรณีศึกษา (Patient journey)

การจัดทำ case study เพื่อต้องการสะท้อนขั้นตอนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จังวหัดนครสวรรค์ หลังจากที่เริ่มมีการพัฒนาระบบการดูแล จำนวน 5 ราย

กรณีศึกษาที่ 1

คุณลุง ส. เมื่อก่อนลูกเริ่มสังเกตได้ว่าหลงลืมบ่อย แต่ไม่ได้พาไปรักษาหรือแจ้งกับแพทย์ เพราะกลัวยุ่งยาก ลางานไปไม่ได้ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะแนะนำให้ไปตรวจรักษา เพราะจะช่วยชะลอการดำเนินโรคได้ ถ้าปล่อยไว้ผู้ป่วยจะแย่ลงและญาติต้องรับสภาพ ญาติก็ไม่พาไป

แต่หลังจากเริ่มมีแนวทางการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลได้แนะนำว่ามีคลินิกผู้สูงอายุที่ศูนย์ชีวนันท์ ไม่ต้องเดินทางไปในโรงพยาบาล ญาติก็สามารถลางานครึ่งวันเพื่อพาผู้ป่วยมาตรวจ

กรณีศึกษาที่ 2

คุณยาย ป. ไม่อยากไปโรงพยาบาล เพราะไม่รู้ต้องไปที่ไหน ทำอะไรบ้าง รอคิวนาน แต่หลังจากมีคลินิกผู้สูงอายุ คุณยายและญาติก็มาตรวจและได้รับการติดตามต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 3

คุณป้า ป. บุคลากรสังเกตว่าคุณป้าหลงลืมมากขึ้น จึงแนะนำให้ลูกสาวพามาตรวจที่คลินิกผู้สูงอายุ แต่ขาดนัดไป หลังจากพยาบาลในพื้นที่ได้รับการอบรมและรู้ขั้นตอนในการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ อสม.ก็ได้รับความรู้จากพยาบาลมากขึ้น และติดตามผู้ป่วยและญาติมาตรวจที่ศูนย์ชีวนันท์ ผลการตรวจพบความผิดปกติของการรู้คิด แต่เมื่อดูประวัติการรักษาในระบบอิเล็กทรอนิกส์พบว่าผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยเป็น Vascular dementia with Alzheimer's disease อยู่เดิมแล้ว แต่ขาดนัดของอายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จึงได้เขียนใบส่งต่อให้พบอายุรแพทย์ระบบประสาท และแจ้งให้พยาบาลในพื้นที่ทราบและแนะนำให้ผู้ป่วยไปตามนัดต่อเนื่อง ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับยาและนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์โดยมีพยาบาลในพื้นที่และ อสม. ช่วยติดตาม

กรณีศึกษาที่ 4

คุณป้า ก. มีปัญหาหลงลืมบ่อย ไปตรวจที่ รพ.สต. แพทย์ที่ผ่านการอบรมการพัฒนาระบบสงสัยภาวะสมองเสื่อม จึงส่งต่อพบจิตแพทย์ รพ.สี่แคว พบว่าเป็นโรคสมองเสื่อมจริง ผู้ป่วยมีนัดรับยาต่อเนื่อง พยาบาล รพ.สต. ได้ติดตามผู้ป่วยต่อและแนะนำญาติให้เข้าร่วมการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ญาติมีองค์ความรู้ในการดูแลมากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 5

การทำกิจกรรม TEAM-V ในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน มีรายละเอียด ดังนี้ **ประวัติการเจ็บป่วย :** หญิงไทยอายุ 76 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่4 นับถือศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อาศัยอยู่กับสามี และครอบครัวของหลานชาย (ภรรยาและลูกสาว 1 คน) **การประเมินภาวะสมองเสื่อม :** ADL = 19 คะแนน, IADL = 10 คะแนน, 2Q = 0 คะแนน , TGDS = 2 คะแนน , MMSE = 20 คะแนน , MoCA ไม่ได้ประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการได้ยิน หลังจากการคัดกรอง CGS แพทย์ส่งต่อ ENT และได้รับเครื่องช่วยฟัง แต่ผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่องช่วยฟัง จะได้ยินเสียงอื่นๆด้วย ไม่สามารถจับประเด็นการสื่อสารได้ตลอด ต้องใช้การเขียนสื่อสารให้อ่าน และสามีช่วยพูดถ่ายทอดให้ด้วย

การจัดกิจกรรมเฉพาะรายบุคคล : ประกอบด้วย ตัวผู้ป่วย สามี และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาในการฝึกความจำมากขึ้น จึงเพิ่มสมาชิกกลุ่มเป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์ชีวนันท์ 3 คน ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม TEAM-V ดังนี้

กิจกรรมฝึกสมองครั้งที่ 1 : ชื่อนั้นสำคัญไฉน

เกริ่นนำ : อธิบายคร่าวๆและเขียนบนกระดาษให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการมาร่วมทำกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง จะช่วยพัฒนาสมองและความจำ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกดีต่อการทำกิจกรรม ใส่ใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งขณะทำกิจกรรม และการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน

กิจกรรมหลัก : ชื่อนั้นสำคัญไฉน : ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง บอกอายุ และจุดเด่นบนใบหน้าของตนเอง และต่อด้วยกะหล่ำถามชื่อ ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี บอกจุดเด่นบนใบหน้าของสมาชิกได้อย่างละเอียดมาก เช่น กระใต้ตาขวาเหนือโหนกแก้ม ให้ผู้ป่วยและสามีติดรูปสมาชิกบนกระดาษตาราง 9 ช่อง

กิจกรรมต่อเนื่อง :

1. ให้ผู้ป่วยและสามี ทำกิจกรรม “ชื่อนั้นสำคัญไฉน” ต่อที่บ้าน โดยให้สังเกตจุดเด่นบนใบหน้าของหลานชาย หลานสะใภ้ และเหลน และเขียนชื่อ อายุ และจุดเด่น บนกระดาษตาราง 9 ช่อง

2. บันทึกชีวประวัติ: เป็นการทบทวน กระตุ้นความจำระยะยาว ได้แก่ เรื่องที่เป็นความภาคภูมิใจ หรือความรู้สึกดีของตนเอง ในชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่เด็กถึงปัจจุบัน สิ่งที่อยากจะปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นในปัจจุบันอะไรก็ได้ที่อยากเขียนภาพในความทรงจำที่ฉันอยากบอกต่อ

ประเมินผลการทำกิจกรรม : ประเมินตามแบบฟอร์มคู่มือการทำกิจกรรม TEAM-V ผู้ป่วยและสามี รู้สึกพึงพอใจกับการทำกิจกรรมมาก โดยผู้ป่วยอ่านคำถามและทำความเข้าใจคำถามอย่างตั้งใจ เช่นคำว่าวิทยากร การดำเนินกิจกรรม หมายถึงอะไร

กิจกรรมฝึกสมองครั้งที่ 2 : ความจำสั้นและยาว เนื้อหา : สรุปและตรวจการบ้านครั้งที่ 1 กิจกรรมเคลื่อนไหขบวนการเก็บข้อมูลเพื่อให้เกิดการจำ กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมอัตชีวประวัติ สรุป และการบ้าน

สรุปการเรียนรู้ : เทคนิคการจำชื่อ ผู้ป่วยสามารถจำชื่อเจ้าหน้าที่และจุดเด่นบนใบหน้า และได้บอกชื่อ และจุดเด่นบนใบหน้าสมาชิกในครอบครัวของหลานชาย และได้เล่าเรื่องหลานให้ฟังอย่างมีความสุข

กิจกรรมเคลื่อนไหว : เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการปวดเข่า และการทรงตัว จึงเริ่มทำกิจกรรม 9 ช่องด้วยมือก่อน ลำดับถัดไปให้ผู้ป่วยฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อสะโพก การกระดกข้อเท้า เป็นการบริหารป้องกันการหกล้ม และให้ผู้ป่วยฝึกต่อที่บ้าน เพื่อเตรียมไว้ทำกิจกรรม 9 ช่องด้วยเท้าในครั้งที่ 3 และให้ฝึกกิจกรรม 9 ช่องด้วยมือต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นว่าเพื่อพัฒนาสมองและกระตุ้นความจำ และพบว่าผู้ป่วยได้ฝึกต่อที่บ้านจนคล่อง และสามารถจับหลักเกณฑ์ได้ดีทั้งซ้าย ขวา

กิจกรรมหลัก : กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน

เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการได้ยินและการฟัง จึงใช้กิจกรรม selective attention โดยใช้ฝาขวด 6 ฝา และดาวกระดาษสีอยู่ใต้ฝา 1 ฝา บอกกติกาให้ผู้ป่วยและสามีทราบว่าให้จดจ่อสังเกตการเคลื่อนฝาขวดสลับไปมา แล้วให้บอกว่าฝาใดมีดาวกระดาษสีอยู่ใต้ฝา โดยมีผู้ทำกิจกรรม 2 คน อีกคนจะมีการแทรกปูนปั้นของเล่นเล็กๆ เป็นสิ่งรบกวน ซึ่งแต่ละครั้งที่ทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถชี้ได้ถูกต้อง พบว่ามีสมาธิจดจ่อที่ดี ตัดสิ่งรบกวนได้

กิจกรรมอัตชีวประวัติ : ผู้ป่วยและสามีเขียนประวัติชีวิตของตนเอง สิ่งภาคภูมิใจ และได้อ่านให้ฟังอย่างมีความสุข และได้เขียนเรื่องกระต่ายตื่นตูมเล่าอย่างสนุกสนาน

กิจกรรมต่อเนื่อง :

1. ดูข่าว สรุปประเด็นข่าว
2. ฝึกกิจกรรม 9 ช่องด้วยมือ และบริหารฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขา สะโพก การกระดกข้อเท้า เพื่อเตรียมฝึกตาราง 9 ช่องด้วยเท้าต่อไป

กิจกรรมฝึกสมองครั้งที่ 3 : ไม่หลงทางถ้าสังเกต

ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา : เทคนิคการจำ ตรวจการบันทึกข่าว

กิจกรรมเคลื่อนไหว :

1. ผู้ป่วยได้ฝึกกิจกรรม 9 ช่องด้วยมือจนคล่อง จึงสามารถฝึกด้วยเท้าต่อได้ สามารถจับหลักเกณฑ์ ซ้าย ขวาได้ดี มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวและสนุก
2. ดั่งดอกไม้บาน

กิจกรรมหลัก : กิจกรรมมิติสัมพันธ์

1. การนับไม้บล็อก และการต่อไม้บล็อก ผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่ช้ากว่าสามี แต่เมื่อสามารถจับหลักเกณฑ์ได้ก็นับได้ถูกต้อง
2. อ่านและเขียนแผนที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการฟังการได้ยิน แต่สามารถอ่านได้ จึงได้ปรับโดยใช้แผนที่ที่มีลูกศรมาพิมพ์บอกเส้นทางผ่านสถานที่ใดบ้าง เลี้ยวซ้ายขวาอย่างไร และให้ผู้ป่วยอ่านเส้นทาง

และวาดลงบนแผ่นที่เปล่า โดยชุดแรกเป็นเส้นทางจากสวนสาธารณะไปที่ว่าการอำเภอ ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้และสนุก

กิจกรรมต่อเนื่อง :

1. แจกแผนที่เปล่า และรายละเอียดที่พิมพ์บอกเส้นทางจากที่ว่าการอำเภอไปศูนย์เยาวชน ให้ทำต่อที่บ้าน เป็นการสังเกตสิ่งต่างๆ ที่สำคัญ

2. ให้ทำแผนที่เดินทางจากบ้านมาศูนย์ชีวนันท์ ซึ่งผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่อเนื่องไว้ตั้งแต่การทำกิจกรรมครั้งที่ 1 จึงขอให้ผู้ป่วยเพิ่มรายละเอียดได้แก่ชื่อถนนและสิ่งที่สังเกตได้มากขึ้น

ผู้ร่วมกิจกรรม : น.ส.สมใจ รัตนศรีทอง , น.ส.จินต์สิริ มัจฉาน้อย , นางเพียรพร ยูงทอง ผู้บันทึก เพียรพร ยูงทอง

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)

ผลการดำเนินการ	บุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีความรู้ ความชัดเจน และเข้าใจในการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยสูงอายุ และส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ผลกระทบที่ได้รับ	บุคลากรทางการแพทย์ ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ดีขึ้น ลดภาวะเครียดจากการดูแล เนื่องจากมีความเข้าใจในภาวะของอาการ อาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ตามดัชนีชี้วัดของระบบในภาพรวม

คุณลักษณะ CDC system	ผลลัพธ์ตามดัชนีชี้วัด
ครบวงจร (Comprehensive)	มีแนวทางจากส่งตัวจากในพื้นที่มาที่คลินิกผู้สูงอายุ และยังคลินิกผู้สูงอายุไปที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ทุกราย และมีแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็ง และรับวัคซีนที่จำเป็น
ความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless)	มีแนวทางการส่งต่อ เริ่มตั้งแต่ในพื้นที่ PCU, รพ.สต. โดยแนะนำสิ่งที่ต้องส่งมา การโทรนัดหมายก่อนส่งต่อมาที่ศูนย์ชีวนันท์ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจแล้วจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อ

คุณลักษณะ CDC system	ผลลัพธ์ตามดัชนีชี้วัด
	พบแพทย์เฉพาะทางจะมีการเขียนใบส่งตัว นัดวันที่จะพบแพทย์เฉพาะทางและให้ผู้ป่วยไปตามวันนัด และนัดผู้ป่วยพบที่คลินิกผู้สูงอายุ เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกผู้สูงอายุจะมีการติดตามข้อมูลการรักษาในโปรแกรม HOSxP และให้การดูแลต่อเนื่องตามแผนการรักษา
ความครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	คัดกรองผู้สูงอายุที่ร้อยละ 80 ของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่องเขตเมือง และมีแผนจะต่อยอดการทำทั้งพื้นที่เขตเมืองในปี 2564
ความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชน (Access)	**การเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์**: ให้แต่ละ PCU, รพ.สต. รับผิดชอบผู้สูงอายุในพื้นที่ (catchment area) ซึ่งจะเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุ เดินทางมาใช้บริการประจำอยู่แล้ว **การเข้าถึงเชิงสังคม**: ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่จะรู้จักและคุ้นเคยกับบุคลากรในพื้นที่อยู่แล้ว อีกทั้งยังมี อสม.ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ทำให้เข้าถึงได้ง่าย **การเข้าถึงเชิงการเงิน**: ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเลือกรับบริการในสถานพยาบาลที่เดินทางสะดวกอยู่แล้ว ส่วนการเดินทางมาศูนย์ชีวนันท์นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้ง่ายกว่าในเชิงสังคม เพราะมีการติดต่อประสานงาน ขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน อีกทั้งในบางพื้นที่ยังมีเจ้าหน้าที่เดินทางมาส่งอีกด้วย
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (PCU) ทั้ง 4 แห่ง จะมีหน้าที่ในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น กิจกรรมกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุที่ปกติ กิจกรรมฝึกอาชีพ กิจกรรมการออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุ บางครั้งจะมีการติดต่อรถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือการเดินทางในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติมีข้อจำกัดในการเดินทาง
การบูรณาการเข้ากับงานประจำ (Integration)	จากการคัดกรองแล้วไม่ได้ดำเนินการต่อในอดีต (คัดแล้วกอง) พัฒนาเป็นการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม แล้วมี

คุณลักษณะ CDC system	ผลลัพธ์ตามดัชนีชี้วัด
	ระบบการส่งต่อ ส่งผลให้งานสามารถดำเนินงานร่วมกับงานประจำได้อย่างกลมกลืน

การเรียนรู้จากการดำเนินงานการพัฒนาระบบและประสบการณ์

การพัฒนาของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคบวงจร ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ สิ่งที่เกิดจากการเรียนจากการดำเนินงาน มีดังนี้

ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
มีการคัดกรองตามตัวชี้วัด เมื่อผิดปกติก็ทำการส่งต่อ แต่ไม่ได้รับการติดตามต่อ ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการติดตาม	เมื่อผู้ป่วยเริ่มได้รับการคัดกรอง มีการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยทั้งจากคลินิกผู้สูงอายุและพื้นที่ PCU, รพ.สต.
แต่ละพื้นที่ดูแลเฉพาะขอบเขตงานที่รับผิดชอบ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคล ทำให้ขาดความต่อเนื่องและกลมกลืนในการดูแล	พื้นที่และคลินิกผู้สูงอายุสามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยได้ระหว่างขั้นตอนการดูแลรักษา และมีการประสานงานกันต่อเนื่อง กลมกลืน ส่งผลให้มีความต่อเนื่องในการรักษามากขึ้น
มีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ไม่มีการติดตามโดยพื้นที่	บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้น เพราะสามารถส่งต่อตามแนวทางและมีการส่งข้อมูลย้อนกลับและมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง
ดูแลผู้ป่วยแยกเป็นรายโรค เช่น ดูแลเรื่องปวดเข่าโดยกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย โดยไม่ทราบมาก่อนว่าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาอะไรบ้าง	นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยมีหลักเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
ไม่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วย	มีการเก็บบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อติดตามผู้ป่วย ตามแนวทางของสถาบันผู้สูงอายุ
ญาติ หรือ อสม. เป็นผู้สังเกตพบความผิดปกติ หรือแพทย์สังเกตว่ากินยาไม่ถูกต้อง ยาเหลือมาก จึงสงสัยภาวะสมองเสื่อม	บุคลากรสามารถตรวจพบโรคหรือความผิดปกติของความจำได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (MCI)
ญาติที่สังเกตพบความผิดปกติ พาผู้ป่วยไปรักษาเอง แต่ในผู้ป่วยที่ครอบครัวมีเศรษฐานะไม่ดีหรือเดินทางไม่สะดวกก็จะปล่อยผู้ป่วยไปตามอาการของโรค	ญาติมีองค์ความรู้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและการดูแลที่เหมาะสม
ผู้ป่วยและญาติไม่อยากเข้าไปโรงพยาบาล เพราะใช้เวลารอนาน ญาติต้องลางาน และไม่รู้จะทำอะไรบ้างเมื่อไปถึง	ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสะดวกสบายและอยากมารักษาที่ศูนย์ชีวนันท์ เพราะให้บริการเบ็ดเสร็จ ญาติก็สามารถกะเวลาในการมารับ มาส่งผู้ป่วยได้

ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้และความมั่นใจในการคัดกรอง การให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ	บุคลากรมีความรู้และความมั่นใจมากขึ้น สามารถปรึกษาศูนย์ชีวนันท์ได้ ส่งผลให้มีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม.มากขึ้น ทำให้ตรวจพบความผิดปกติได้มากขึ้น
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ปกติ จัดโดยพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่แยกกันทำ	บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ปกติ มีการประสานงานกันกับท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมมากขึ้น
การคัดกรองผู้สูงอายุเป็นงานที่ทำตามตัวชี้วัด แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง (ขาดการดำเนินการต่อ)	มีกิจกรรมการคัดกรองในพื้นที่ เริ่มทำในประจำและต้องติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เริ่มทำกิจกรรม TEAM-V เป็นงานประจำในศูนย์ชีวนันท์
ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีองค์ความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้จากการอบรมโดยสถาบันผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความเข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น และมีที่ปรึกษาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่
หน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นของพยาบาล	อสม.มีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามมากขึ้น

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พ.ศ 2563

กระบวนการดำเนินงาน

ระบบคัดกรอง/คัดแยก : ใช้การคัดกรองโดยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (ภาคผนวก 1) ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ในแต่ละ PCU , รพ.สต. โดยเลือกบันทึกข้อมูลผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติจากแบบคัดกรอง มีแนวทางการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุ (แผนภาพที่ 1) ซึ่งประกอบไปด้วยเกณฑ์การส่งต่อและการส่งข้อมูลคืนสู่พื้นที่ ผลลัพธ์ที่ได้ ดังภาคผนวกที่ 3 และ 4

ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) รูปแบบการวินิจฉัยเดิม : จากการประชุมเพื่อสร้างระบบ CDC จังหวัดนครสวรรค์ จะใช้รูปแบบสภาลูกขุน แต่ปัจจุบัน : เมื่อปฏิบัติงานจริง จำนวนผู้ป่วยที่สงสัยสมองเสื่อมไม่ได้มีจำนวนมากในช่วงเวลาสั้นๆ เพียงพอที่จะเชิญแพทย์เฉพาะทางมาเพื่อร่วมวินิจฉัย จึงใช้วิธีส่งต่อไปวินิจฉัยที่ รพ.สวรรค์ประชารักษ์แล้วติดตามข้อมูลโดยคลินิกผู้สูงอายุผ่านระบบ HOSxP และบันทึกในเวชระเบียนของคลินิกผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยรักษา : เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การให้ยา Donepezil จะถูกพิจารณาและติดตามโดยแพทย์เฉพาะทาง โดยคลินิกผู้สูงอายุจะมีนัดเพื่อติดตามอาการและประสานงานเพื่อเยี่ยมบ้าน ในส่วนระบบการเยี่ยมบ้าน ยังไม่มีการลงเยี่ยมโดยคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

การส่งต่อ : ระบบการส่งต่อทำตามแนวทางการส่งต่อในแผนภาพที่ 1, 2 และ 3

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และกระบวนการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ตามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มปกติ: เทศบาลเมืองนครสวรรค์ และ รพ.สต.บ้านวัดไทรย์ โดยเทศบาลเมืองนครสวรรค์: เขียนโครงการแล้ว แต่ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากติดการระบาดของโรค COVID-19 จะเริ่มดำเนินการอีกครั้ง เดือนสิงหาคม 2563 นี้ รพ.สต.วัดไทร: ดำเนินการทำ brain exercise ไปพร้อมกับโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุในอบต.วัดไทรย์ ชื่อโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ตำบลวัดไทรย์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลวัดไทรย์

กลุ่ม MCI: จัดกิจกรรม TEAM-V โดยคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวนันท์ แต่ยังไม่เสร็จสิ้นเนื่องจากที่ช่วงที่หยุดกิจกรรม เนื่องจากการระบาดของโรค COVID-19 ปัจจุบันได้ดำเนินการถึงกิจกรรมที่ 4 แล้ว

กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแล: มีการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 31 ม.ค. 2563 และสำหรับผู้ดูแล เมื่อวันที่ 7 ก.พ. 2563

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร

โมเดลการดูแลของพื้นที่ (ตาม 6 คุณลักษณะ)	
• ครบวงจร (comprehensive)	**- Holistic:** กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ **- Integrated care:** **ส่งเสริม:** การทำ brain exercise โดยเทศบาลนครนครสวรรค์ และ รพ.สต.วัดไทร **ป้องกัน:** ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่/บาดทะยัก การคัดกรองมะเร็งลำไส้/ปากมดลูก/เต้านม ตามความเสี่ยง **รักษา:** ติดตามข้อมูลการรักษา **ฟื้นฟู:** การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลของผู้ดูแล **- Unit of care**: การดูแลเป็นรายบุคคล รวมถึงให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่ญาติและผู้ดูแลครอบครัว การสร้างองค์ความรู้ให้ชุมชน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
• ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (seamless)	- มีระบบการส่งต่อ โดยมีผังไหลการส่งต่อที่เชื่อมระหว่าง PCU , รพ.สต. ถึงในคลินิก และเชื่อมต่อถึงการส่งต่อไปยัง รพ.สวรรค์ประชารักษ์ มีการนัดหมายให้พบ specialist ล่วงหน้า - มีระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม - ให้แพทย์ในแต่ละ PCU, รพ.สต. มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยเบื้องต้น - การเยี่ยมบ้าน

โมเดลการดูแลของพื้นที่ (ตาม 6 คุณลักษณะ)	
	- การติดตามเคสที่ขาดการคัดกรอง - การติดตามเยี่ยมเมื่อออกจากโรงพยาบาล - พื้นที่ดูแล ติดตามเคส dementia ที่ไม่ได้เข้าระบบ
● ครอบคลุม (coverage)	- คัดกรองทั้งเชิงรับ (ติดสังคม) และเชิงรุก (ติดบ้าน/ติดเตียง) โดยมีการฝึกสอน อสม. ทำแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และใช้การลงแขกโดย dream team - ความครอบคลุมเป้าหมาย คือร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในความดูแลของ 5 PCU รพ.สต.บ้านวัดไทรย์ และ รพ.ร่มฉัตร - ทำได้ ร้อยละ 77 (ข้อมูล วันที่ 20 ก.ค. 2563)
● เข้าถึงง่าย สะดวก (access)	- ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้โดยใช้บริการที่ PCU , รพ.สต.ใกล้บ้าน ซึ่งเข้าถึงง่ายทั้งทางภูมิศาสตร์ สังคม และการเงิน - การเดินทางมาทีคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวนันท์ ติดต่อขอความร่วมมือจากพื้นที่เป็นรายๆ ไป - การคัดกรองเชิงรุกในบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง
● การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (participation)	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์อนามัยทั้ง 4 แห่ง โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ และ รพ.ร่มฉัตร เข้าร่วม
● การบูรณาการงานร่วมกัน (Integrated care)	- ทีมสหสาขาวิชาชีพ - Thai CoC, HOSxP - ระบบการส่งต่อข้อมูล

แนวทางการบูรณาการเป็นงานประจำของพื้นที่

ทีมการดำเนินงานในพื้นที่

- DT coordinator: น.ส. ณัฐธยาน์ ปฐวีนนทวงศ์ สสจ.นครสวรรค์
- Nurse coordinator: นางวารี อาจหาญ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- Project manager: นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- DT System manager: นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- DT care manager: ยังไม่มี

งบประมาณ แหล่งทุน/สนับสนุน

- โครงการการจัดทำแบบคัดกรองผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปีพ.ศ. 2563 จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

- โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ภายใต้แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ปีงบประมาณ พ.ศ 2563 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์ ปีงบประมาณ พ.ศ 2563
- โครงการคัดกรองสุขภาวะและบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปีพ.ศ. 2563 จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการบูรณาการ

1. ร่างปฏิทินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กิจกรรม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
คัดกรอง	/	/	/									
คัดแยก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
คัดกลุ่ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
เยี่ยมบ้าน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติในปีที่ผ่านมาของเขต อ.เมืองนครสวรรค์	/											
อบรมการใช้แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนให้แก่ อสม.	/											
ทบทวนการใช้แบบคัดกรอง/คัดแยกให้แก่เจ้าหน้าที่	/											
จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่				/								
จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับญาติ/ผู้ดูแล				/								
สรุปผล										/	/	/

2. การคัดกรอง/คัดแยก: ปรับใช้ผังงานเข้ากับงานการคัดกรองประจำ

3. การคัดกลุ่ม/การวินิจฉัยรักษาส่งต่อ: ปรับใช้ผังงานเข้ากับงานการคัดกรองประจำ

4. การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ในชุมชน (กลุ่มผู้สูงอายุปกติ กลุ่มผู้สูงอายุ MCI และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม)

ปัญหา อุปสรรค

- ติดการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การคัดกรองและการเดินทางมาศูนย์ชีวนันท์ต้องเลื่อนออกไป
- บุคลากรในศูนย์ชีวนันท์ ไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรม TEAM-V
- ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม TEAM-V มีความหลากหลาย ทำให้บุคลากรต้องใช้เวลามาก
- บุคลากรในพื้นที่สันสบแบบคัดกรองที่มีหลากหลายชุด และหลากหลายจุดตัด ทำให้ทำงานได้ช้า

ปัจจัย/เงื่อนไขความสำเร็จ

- นโยบาย/ผู้บริหารเอื้อต่อการทำงาน
- การพัฒนาความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน
- การสร้างทัศนคติที่เหมาะสมต่อโรคสมองเสื่อมของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน
- การสร้างทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลโรคสมองเสื่อม เช่น การใช้แบบประเมินคัดกรอง/คัดแยก การทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาความจำในกลุ่ม MCI เทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ความร่วมมือของพื้นที่ทั้งทางสาธารณสุข (PCU , รพ.สต.) องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน
- การบูรณาการร่วมกับงานประจำทั้งระบบ primary ไปยัง tertiary care

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานพัฒนาระบบครบวงจรของทีมพื้นที่

- ความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีของผู้บริหารต่อการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน
- การทำแบบคัดกรองควรทำให้ครอบคลุม แต่ต้องมีการเลือกทำในผู้สูงอายุที่บุคลากรสาธารณสุขหรือชุมชนทราบว่ามีลักษณะเข้าได้กับสมองเสื่อมอยู่แล้วด้วย เพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัยและการดูแลที่จำเพาะเจาะจงได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล

- คัดกรองภาวะ MCI ใน อสม.ที่อายุเกิน 60 ปี
- เพิ่มแบบคัดกรอง IADLs ในผู้สูงอายุทั่วไปด้วย
- สร้างผังไหลขั้นตอนการใช้แบบคัดกรอง ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรที่ไม่คุ้นเคยกับแบบคัดกรองทำแบบคัดกรองได้ง่ายขึ้น
- ทำกิจกรรม TEAM-V ในพื้นที่ โดยให้บุคลากรจากคลินิกผู้สูงอายุเป็นผู้นำกิจกรรม (leader) และบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ร่วมนำกิจกรรม (co-leader) และมี อสม. มาช่วยกิจกรรมการ

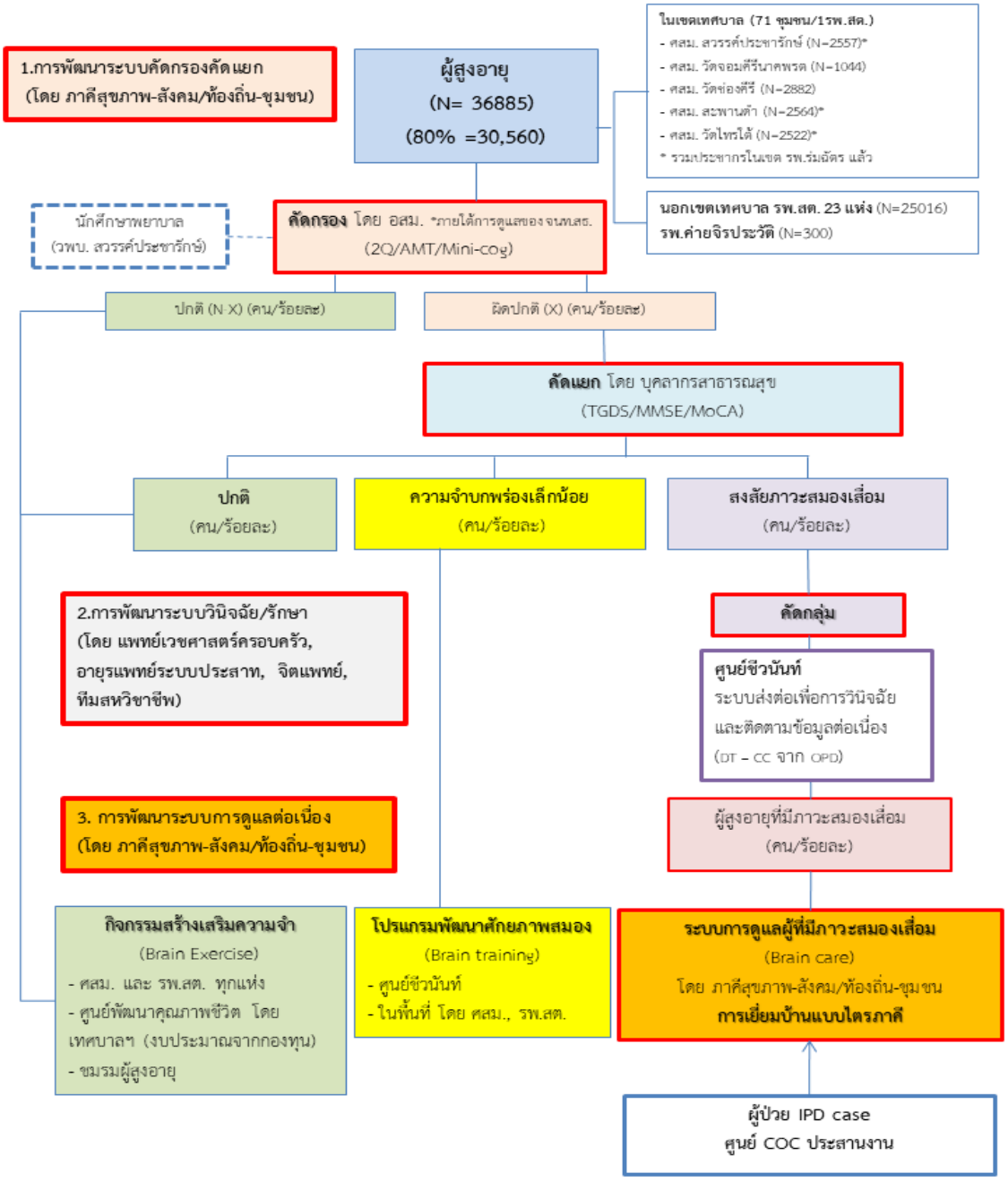
เคลื่อนไหว เพื่อการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ให้สามารถทำกิจกรรมได้เอง ซึ่งช่วยลดปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุได้

- ตัดแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามออก เนื่องจากไม่เหมาะกับบริบทของชุมชนเมืองนครสวรรค์ เพราะแบบประเมินต้องถามจากญาติ ซึ่งส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง/โรงงาน ต้องทำงานนอกบ้าน ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ไปคัดกรองจะไม่พบญาติ การประเมิน AMT โดยถามผู้ป่วยอย่างเดียวจึงน่าจะเหมาะกับบริบทของชุมชนเมืองนครสวรรค์มากกว่า
- บูรณาการให้เข้ากับงานประจำมากขึ้น โดยให้ผู้รับผิดชอบของแต่ละ PCU , รพ.สต. เป็นผู้แจกจ่าย/ติดตามงาน (supervisor) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การมอบหมายการคัดกรองให้ อสม. การติดตามการรับวัคซีน การติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครบถ้วน แต่ไม่เป็นภาระแก่บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมากเกินไป
- เปลี่ยนวิธีการวินิจฉัยแบบคณะลูกขุนเป็นแบบ hospital-based เหมือนของ จ.สุราษฎร์ธานี เพราะปัจจุบันยังไม่พบผู้ป่วยสงสัยภาวะสมองเสื่อมทีละหลายๆ คนพร้อมกัน หากรอเป็นกลุ่มแล้วนัดแพทย์เฉพาะทางมาวินิจฉัยแบบคณะลูกขุน ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ซึ่งอาจทำให้โรคดำเนินไปมากขึ้น

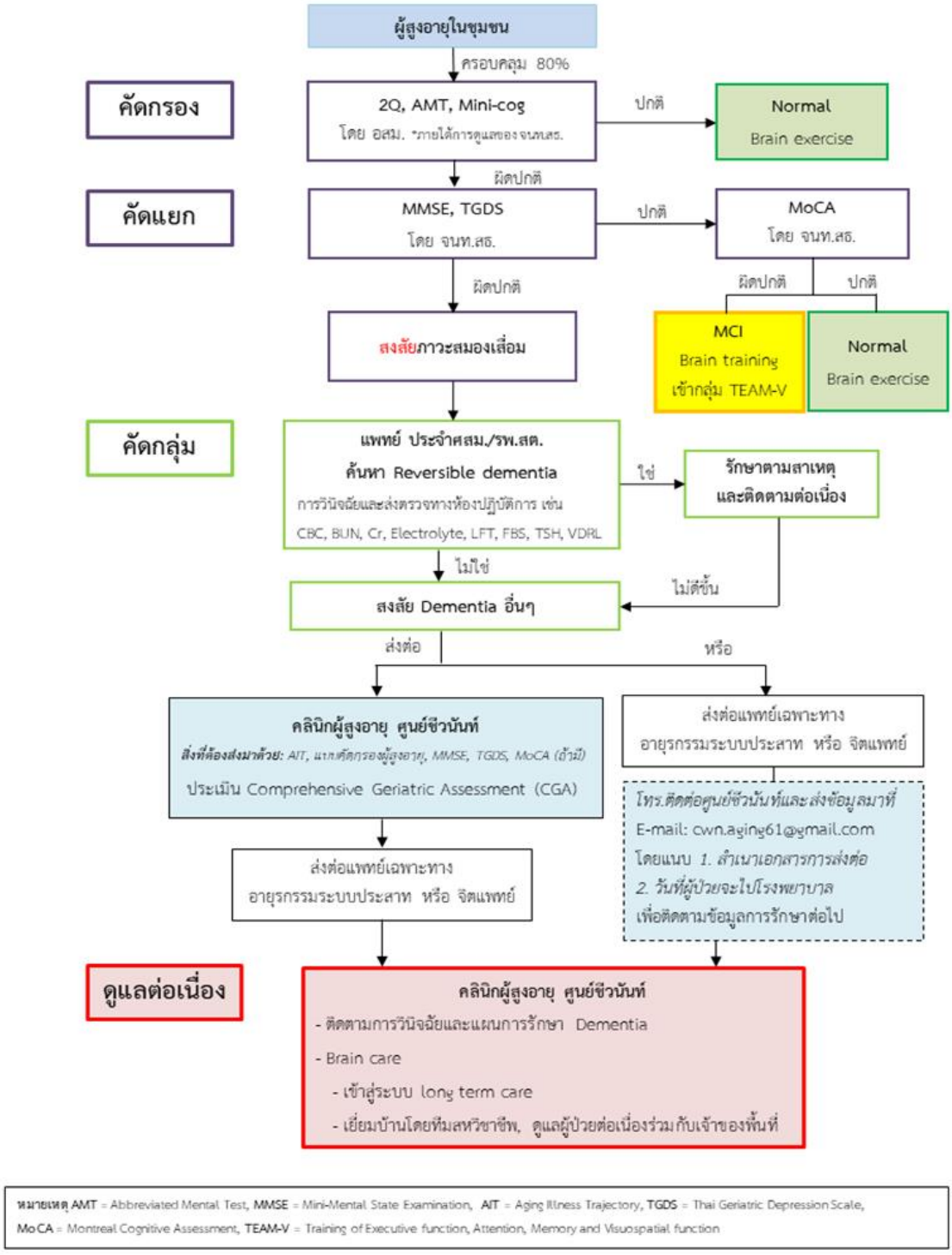
การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะที่ 2

จากการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่นำร่องจังหวัดนครสวรรค์ ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่นำร่องได้รปรับปรุงผังไหลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2565

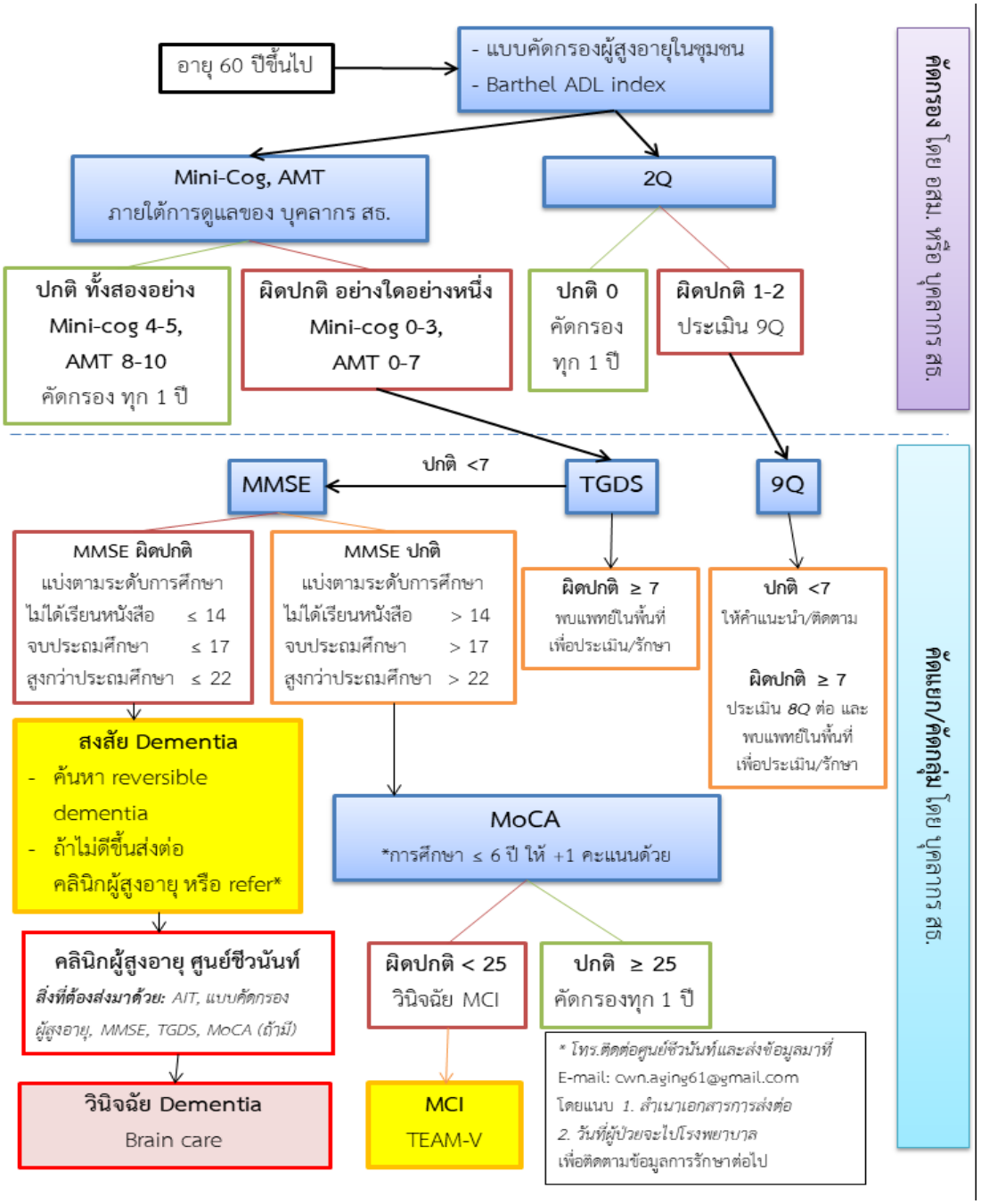
ผังไหลแม่บท ภาพรวมระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร อ.เมืองฯ จ.นครสวรรค์ ระยะที่ 2 (ปี พ.ศ. 2565)



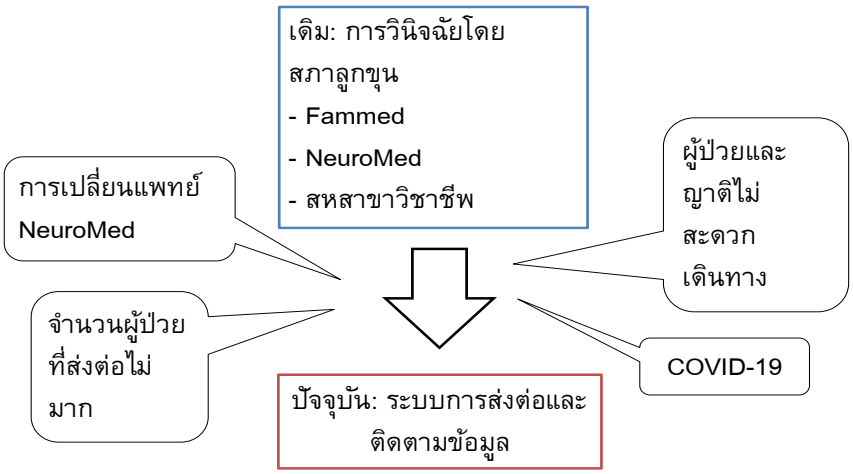
ผังไหล การคัดกรอง คัดแยก และการคัดกลุ่ม ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

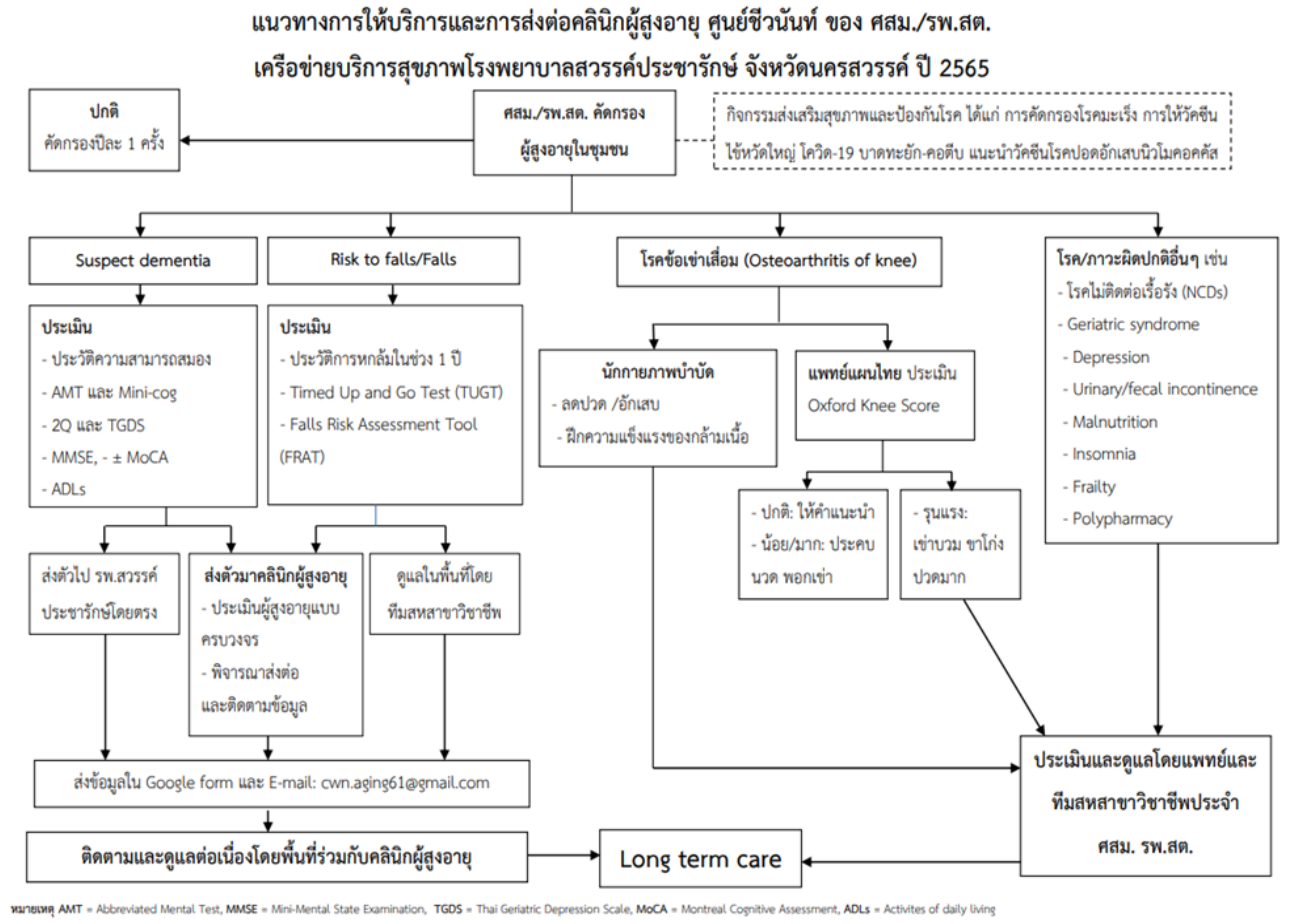


ผังไหล การแนวทางการใช้เครื่องคัดกรอง คัดแยกผู้สูงอายุ



การเปลี่ยนแปลงระบบการคัดกลุ่ม





การพัฒนาการดำเนินงาน

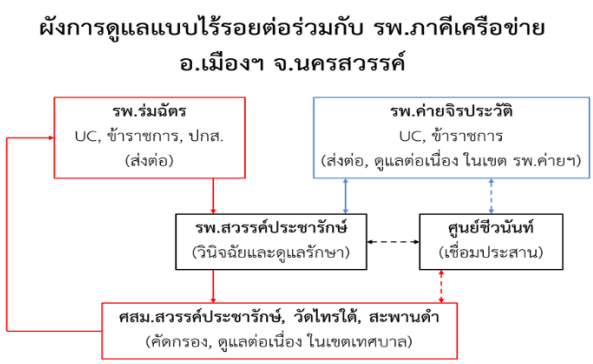
1. คัดกรองทุกปี ความครอบคลุมยังไม่ถึง เพราะไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้จากการระบาดของโรคโควิด-19

2. ขาดการคัดแยกและคัดกลุ่มที่เพียงพอ

3. การดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปธรรม ยังไม่มีบันทึกการเยี่ยมบ้านและติดตามผล สาเหตุเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ และคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่ได้ติดตามข้อมูลในส่วนนี้

ผลลัพธ์การพัฒนา CDC System ตาม 6 คุณลักษณะ ของระบบ

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
ครบวงจร (Comprehensive)	- มี 3 ระบบย่อย ครบถ้วน - ยังขาดการทำงานในเชิงปริมาณเรื่องการคัดแยกและคัดกลุ่ม - ทำให้ยังไม่มีข้อมูลด้านการดูแลต่อเนื่อง
ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	จำนวนและร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม
เข้าถึงบริการได้ โดยสะดวก (Access)	- ประชาชนรับรู้ว่ามีระบบนี้/ระบบเข้าถึงประชาชน ผู้สูงอายุทั้งติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม (เชิงรุกและเชิงรับ) - ประชาชนส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีระบบนี้ แต่เป็นแบบบอกต่อ ยังไม่เห็นเป็นภาพรวมทั้งหมด - การประเมินเชิงรุกยังไม่ชัดเจน - ระยะห่างทางสังคม (Social distancing) จากโรคโควิด ทำให้ขาดการเข้าถึงและความครอบคลุมทั้งกระบวนการ
มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless)	- มีระบบการส่งต่อ มีการนัดหมายให้พบ specialist ล่วงหน้า - มีระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม - ให้แพทย์ในแต่ละ PCU , รพ.สต. มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยเบื้องต้น - การเยี่ยมบ้านโดย PCU, รพ.สต. - การติดตามเคสที่ขาดการคัดกรอง - การติดตามเยี่ยมเมื่อออกจากโรงพยาบาล - พื้นที่ดูแล ติดตามเคส dementia ที่ไม่ได้เข้าระบบ

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless) (ต่อ)	
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	ขาดการประสานงานกับท้องถิ่น เนื้องานยังมีน้อย ไม่ได้ออกเยี่ยมเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ ผู้ป่วยและญาติไม่ให้เข้าเยี่ยม
การบูรณาการ (Integration)	- โครงการการจัดทำแบบคัดกรองผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2563-2565 จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ - โครงการคัดกรองสุขภาวะและบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2563-2565 จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ภายใต้แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2564-2565

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
	- โครงการบริหารสมอง (Brain Exercises) ในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2564-2565 - โครงการอบรมการใช้แบบคัดกรองผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2564 - โครงการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2564 และ 2566 - โครงการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2566

เป้าหมาย/แผนการดำเนินงานของการพัฒนาระบบในระยะต่อไป

1. นำร่องงานเข้าสู่ระดับอำเภอต่อไป
2. แนวทาง เป็นที่ศึกษาดูงานของอำเภออื่นๆ
3. ความต้องการการสนับสนุน เจ้าหน้าที่ในเขต อ.เมือง ร่วมกันทำผลลัพธ์ให้ดีเป็นตัวอย่าง
4. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ประชุมงานและติดตามงานเป็นระยะๆ มากขึ้น

ปัญหา อุปสรรค

1. ติดการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การคัดกรองและการเดินทางมาศูนย์ชีวนันท์ต้องเลื่อนออกไป
2. บุคลากรในศูนย์ชีวนันท์ ไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรม TEAM-V
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม TEAM-V มีความหลากหลาย ทำให้บุคลากรต้องใช้เวลามาก
4. บุคลากรในพื้นที่สันสบแบบคัดกรองที่มีหลากหลายชุด และหลากหลายจุดตัด ทำให้ทำงานได้ช้า

ปัจจัย/เงื่อนไขความสำเร็จ

นโยบาย/ผู้บริหารเอื้อต่อการทำงาน

การพัฒนาความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและการสร้างทัศนคติที่เหมาะสมให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน

การสร้างทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลโรคสมองเสื่อม เช่น การใช้แบบประเมินคัดกรอง/คัดแยก การทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาความจำในกลุ่ม MCI เทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความร่วมมือของพื้นที่ทั้งทางสาธารณสุข (PCU, รพ.สต.) องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

การบูรณาการร่วมกับงานประจำทั้งระบบ primary ไปยัง tertiary care

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานของทีมพื้นที่

การทำแบบคัดกรองควรทำให้ครอบคลุม แต่ต้องมีการเลือกทำในผู้สูงอายุที่บุคลากรสาธารณสุขหรือชุมชนทราบว่ามีลักษณะเข้าได้กับสมองเสื่อมอยู่แล้วด้วย เพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัยและการดูแลที่จำเพาะเจาะจงได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ทำกิจกรรม TEAM-V ในพื้นที่ โดยให้บุคลากรจากคลินิกผู้สูงอายุเป็นผู้นำกิจกรรม (leader) และบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ร่วมนำกิจกรรม (co-leader) และมี อสม. มาช่วยกิจกรรมการเคลื่อนไหว

2. ควรเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยลงพื้นที่เพื่อคัดกรอง/คัดแยกเชิงรุกในรายที่คัดกรองในชุมชนพบผิดปกติ แต่ยังไม่ได้ดำเนินการเพิ่มเติม

คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นครสวรรค์โมเดล

- DT coordinator: น.ส. ณัฐธยาน์ ปฐวีนนทวงศ์ สสจ.นครสวรรค์
- Nurse coordinator: นางไอลดา มาเม่น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- Project manager: นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- DT System manager: นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
- DT care manager: ดังรายชื่อต่อไปนี้

ศสม.วัดจอมฯ	: นางอรจันทร์ วันชุลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศสม.สะพานดำ	: น.ส.กานดา แซ่ฮ้อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศสม.สวรรค์ประชารักษ์	: น.ส.สมฤทัย คอหล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศสม.วัดช่องฯ	: น.ส.ดุษฎี จันทรบุศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	: น.ส.นันทิชา ต่ายน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศสม.วัดไทรใต้	: น.ส.ชุติมณฑ์ รุ่งเรือง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล

พัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้การพัฒนาระบบ CDC system+คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร

ปรับเพิ่มความชัดเจนและความเป็นไปได้ของระบบ CDC system ในภาวะปกติและสถานการณ์โควิดในระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ

เพิ่มความครอบคลุม/ขยายพื้นที่การพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นตามระดับความพร้อม

พัฒนาศักยภาพทีมนำ/ทีมดำเนินงาน/จัดการความรู้-แลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จัดทำฐานข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน/ระบบครบวงจรที่บูรณาการกับงานประจำ

คืนข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาแก่ชุมชน/พื้นที่/คณะกรรมการทุกระดับ-และภาพรวมระดับจังหวัด

ประชาสัมพันธ์-เผยแพร่การดำเนินงาน/สร้างความตระหนักแก่สังคม-ชุมชนเรื่องภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

ศักยภาพในการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล

รพ.ชุมชนในเขตนครสวรรค์ ได้แก่ รพ.ลาดยาว รพ.ตาคลี รพ.ชุมแสง รพ.โกรกพระ ได้มาศึกษาดูงานคลินิกผู้สูงอายุและระบบ CDC system ของ อ.เมือง จ.นครสวรรค์ และเริ่มดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของ รพ.ชุมชนแต่ละแห่ง

ค้นหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้นไม่ต้องรอจนถึงภาวะพึ่งพิง เคสส่วนใหญ่จะถูกพบโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ อสม.ในพื้นที่ โดยไม่ได้ผ่านการคัดกรอง ดังนั้นการเข้าไปคัดกรองเชิงรุกในเคสที่น่าสงสัยว่าผิดปกติจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาได้รวดเร็วขึ้น

คลินิกผู้สูงอายุมีการ Coaching ทีมงานและพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง คัดแยก การดูแลผู้สูงอายุปกติ การทำ TEAM-V และเริ่มยารักษาโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ และโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติด้านความจำร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถได้รับยา Donepezil เริ่มยา Aspirin และ Statins อย่างเหมาะสมที่ศูนย์ชีวนันท์โดยไม่จำเป็นต้องรอพบอายุรแพทย์ระบบประสาทซึ่งมีไม่เพียงพอและคิวรอนาน และมีการประสานงานเพื่อรักษาต่อเนื่องกับแพทย์ที่ออกตรวจที่ PCU/รพ.สต.

CDC System: โมเดลจังหวัดนครสวรรค์

1.เริ่มต้น : ต้องมีใจ ใกล้ชิดภาคี มีตัวหลัก

2. การดำเนินงาน : สร้างงานโดยทุนที่มีอยู่ ใช้ทรัพยากรบุคคล เครือข่ายทีมสหวิชาชีพที่ทำงานด้วยกันมาเป็นเวลานาน

3. เป้าหมายชัดเจน: ดำเนินการตามระบบจากศูนย์กลาง คือ ศูนย์ชีวนันท์ ไปยังระบบย่อย คือ ศสม. และ รพ.สต. ตระหนักความต้องการของพื้นที่

4. ร่วมกันกำหนดตามบริบทของพื้นที่:

สำคัญต้องให้มีผังไหลระบบใหญ่ สามผังไหลย่อย กำหนดเป้าให้ชัดเจน
วางแผนดำเนินการไม่เบี่ยงเบน ให้เน้นกระบวนการและประโยชน์คนในพื้นที

5. ติดตามทีละกระบวนการ:

- การสร้างภาคี
- ดำเนินการขั้นตอนตามระบบ โดยใช้ผังไหล มีเครื่องมือที่ใช้โดยเจ้าของพื้นที่อย่างชำนาญ
- มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักในการดูแล โดยสามารถพิจารณาส่งต่อได้ตามความเหมาะสม

ระยะการติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม/ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในวันที่ 28 – 29 เมษายน 2565 ณ ห้องประชุมราชาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

รูปแบบ CDC system โมเดลจังหวัดนครสวรรค์

มีคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวนันท์เป็นศูนย์กลางการพัฒนา/เรียนรู้ระบบฯ

มีศักยภาพพัฒนา เป็นศูนย์การดูแลผู้สูงอายุองค์รวม ที่มีชื่อเสียงด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Geriatric Clinic: Hospital/Clinic based + Community Based)

Geriatric Clinic: Hospital /Clinic based ต้อง พัฒนาบริการ เช่น Memory clinic/Day care/Support group/อื่นๆ

Community Based ทั้งเชิงรุก/เชิงรับจากชุมชนในและนอกเครือข่ายการดูแล โดยอาศัยการประเมินและดูในพื้นที่ ประสานการส่งต่อ/ให้คำปรึกษา/การคัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน นวัตกรรมบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

พื้นที่นำร่องเดิม >>พื้นที่นำการพัฒนา และเป็นแหล่งเรียนรู้>>ขยายการพัฒนาระบบ CDC System

รพ.ชุมชนในเขตนครสวรรค์ ได้แก่ รพ.ลาดยาว รพ.ตาคลี รพ.ชุมแสง รพ.โกรกพระ ได้มาศึกษาดูงานคลินิกผู้สูงอายุและระบบ CDC system ของ อ.เมือง จ.นครสวรรค์ และเริ่มดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของ รพ.ชุมชนแต่ละแห่ง

มีการอัพเดตทีมงานการพัฒนาระบบอย่างสม่ำเสมอทุกๆ ปี

มีศูนย์ประสานการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด (สสจ.) แม้มีการเปลี่ยนแปลงบุคคลผู้รับผิดชอบแต่ยังมีการดำเนินงานต่อเนื่อง

ระบบ CDC ยังคงมีครบทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ 1.คัดกรอง/คัดแยก 2.วินิจฉัยและดูแลรักษา 3.การดูแลต่อเนื่อง

การคัดกรองใช้เครื่องมือ 2Q, AMT, Mini-Cog โดย อสม.

การคัดแยกใช้เครื่องมือ TGDS, MMSE, MoCA โดย คลินิกผู้สูงอายุ/PCU/รพ.สต.

ระบบการคัดกลุ่ม ทำเพิ่มในพื้นที่ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจ สามารถ consult ศูนย์ชีวนันท์ได้ ส่งต่อในกรณีที่ต้องการประเมินเพิ่มเติมหรือใช้ยารักษาโรคสมองเสื่อม

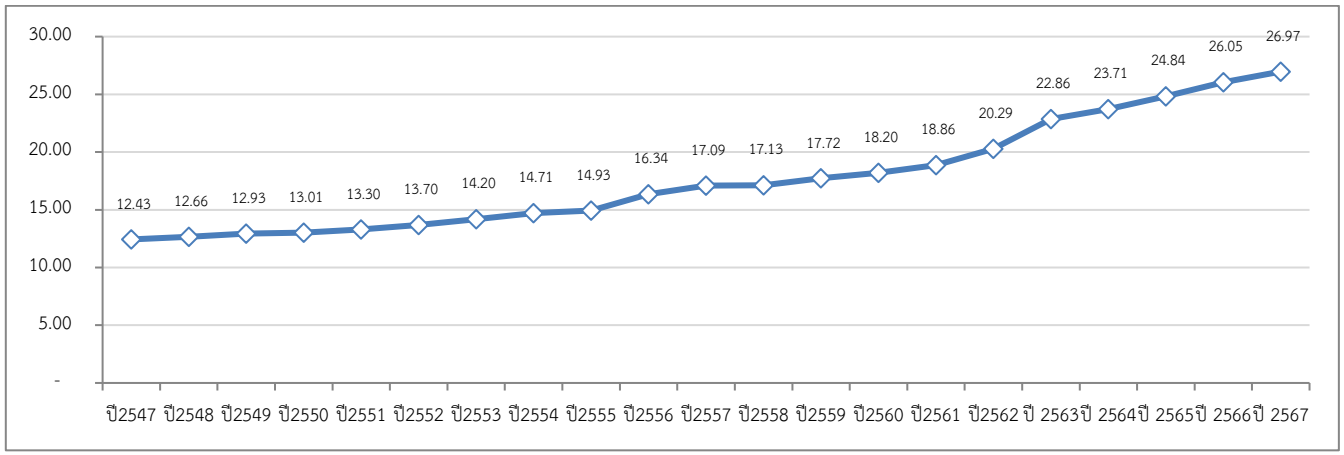
กรณีพบเคสซับซ้อนทางศูนย์ชีวนันท์จะนัดหมายพบอายุรแพทย์ระบบประสาทหรือจิตแพทย์ให้ ผู้ป่วยจะเดินทางไปตรวจตามนัดและยังคงมีนัดติดตามอาการที่ศูนย์ชีวนันท์ด้วยเพื่อทบทวนแผนการรักษาและประสานส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องที่ PCU รพ.สต.

เขตสุขภาพที่ 3 พื้นที่นำร่องอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

สถานการณ์

ผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลตั้งแต่ปี 2547 ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.43 ของประชากรทั้งหมด ปี 2557 ร้อยละ 17.09 ปี 2567 ณ เดือนพฤษภาคม 2567 ร้อยละ 26.97 (สำนักทะเบียนกลาง) ในช่วงที่ผ่านมาอัตราการเพิ่มของประชากรแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, Asia-Pacific Report on Population Ageing 2022, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าปี 2583 จังหวัดอุทัยธานีจะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด

แผนภูมิแสดงร้อยละของประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2547 – 2567

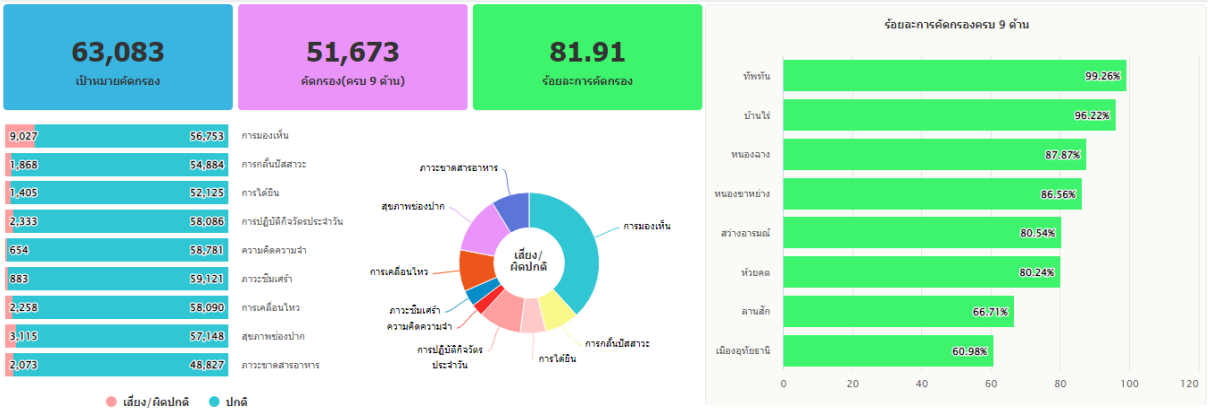


ที่มา HDC ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2567

ผู้สูงอายุเป็นช่วงอายุที่เข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ เมื่อแบ่งความสามารถตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปี 2566 พบว่าเป็นกลุ่ม ติดบ้าน ร้อยละ 1.89 (1,198 คน) ติดเตียง ร้อยละ 0.59 (377 คน) (ที่มา : HDC ณ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566)

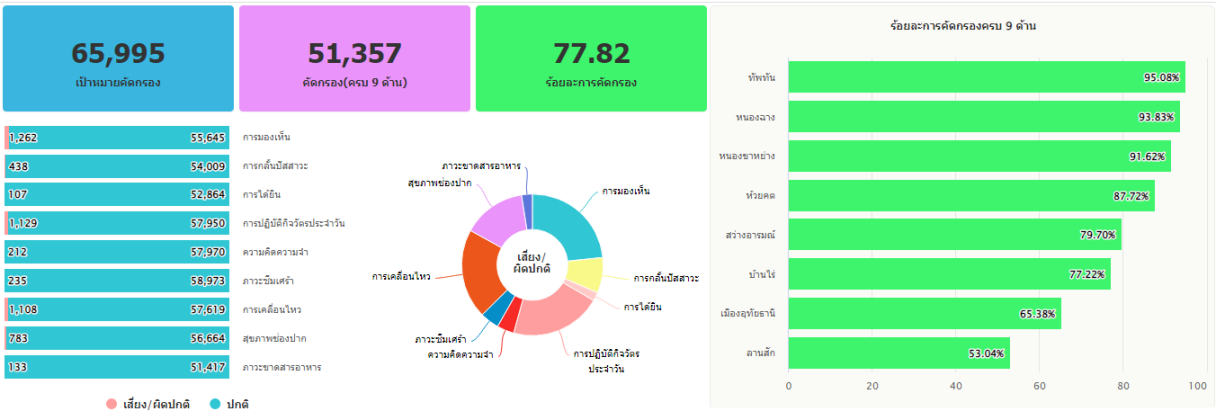
การดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี มีการดำเนินการโดยเน้นให้มีการคัดกรองเป็นประจำทุกปี ในช่วงไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้มีการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การมองเห็น 2) การกลั้นปัสสาวะ 3) การได้ยิน 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) ความคิดความจำ 6) ภาวะซึมเศร้า 7) การเคลื่อนไหว 8) สุขภาพช่องปาก และ 9) ภาวะขาดสารอาหาร แสดงผลการคัดกรอง 9 ด้าน ปี 2566 – 2567 ดังนี้

การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2566



การคัดกรอง 9 ด้าน ปีงบประมาณ 2566 เป้าหมายการคัดกรอง 63,083 คน ได้รับการคัดกรองครบ 9 ด้าน จำนวน 51,673 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.91 คัดกรองและพบความเสี่ยงมากที่สุด 3 อันดับ คือ การมองเห็น สุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหว ส่วนด้านความคิดความจำ พบมีความเสี่ยง จำนวน 654 คน

การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ 2567



การคัดกรอง 9 ด้าน ปีงบประมาณ 2567 เป้าหมายการคัดกรอง 65,995 คน ได้รับการคัดกรองครบ 9 ด้าน จำนวน 51,357 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.82 คัดกรองและพบความเสี่ยงมากที่สุด 3 อันดับ คือ การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว ส่วนด้านความคิดความจำ พบมีความเสี่ยง จำนวน 212 คน

จากการคัดกรอง พบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงจะได้รับการคัดกรอง ส่งต่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยบริการ ส่งต่อยัง PCC หรือส่งต่อให้กับคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแต่ละอำเภอ

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่

จังหวัดอุทัยธานี มีการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และตามสภาพปัญหาของพื้นที่ แต่ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานสมองเสื่อม ยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนมากจะเป็นภาพรวมในการดูแบผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2561 จังหวัดอุทัยธานีได้รับงบประมาณจากจังหวัดอุทัยธานี ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จำนวน 7 ล้านบาท ทำให้มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกหน่วยบริการ แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยมีการ จัดกิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย นอนหลับสนิท” โดยมีการประเมินด้านต่างๆ ด้านไม่ลืม ทำการสำรวจสมรรถภาพความจำทางสมอง *(14 ข้อคำถาม)* สำรวจจำนวน 6,537 คน (คัดเลือก หมู่ละ 10 คน) ผลการสำรวจพบว่า (1) สมรรถภาพความจำทางสมอง อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (14-19 คะแนน) ร้อยละ 51.11 (3,370 คน), สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง (20-29 คะแนน) ร้อยละ 42.71 (2,816 คน), สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง (30-39 คะแนน) ร้อยละ 5.61 (370 คน) และสมรรถภาพทางสมองต่ำ ควรพบแพทย์รับการบำบัดรักษา (40-56 คะแนน) ร้อยละ 0.58 (38 คน) (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ, 2563) ในรายที่ต้องพบแพทย์แจ้งให้พื้นที่ดำเนินการคัดกรองส่งต่อตามระบบต่อไป ทั้งนี้ผลของการส่งต่อไม่ได้มีการติดตามให้สรุปรายงานจึงไม่สามารถสรุปผลในรายที่เข้ารับการรักษาต่อได้ ดังแสดงผลการคัดกรองศักยภาพความจำจากการสุ่มคัดกรองจากชมรมผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2561

ลำดับ	อำเภอ	ผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ผลของการคัดกรองศักยภาพความจำ แบ่งตามระดับคะแนน							
				ดีมาก (14-19 คะแนน)	ร้อยละ	ปานกลาง (20 - 29 คะแนน)	ร้อยละ	ค่อนข้างต่ำ (30 - 39 คะแนน)	ร้อยละ	ต่ำ (40 - 56 คะแนน)	ร้อยละ
1	เมืองฯ	10,445	792	353	44.57	394	49.75	41	5.18	4	0.51
2	ทัพทัน	7,772	1,012	546	53.95	432	42.69	32	3.16	2	0.20
3	สว่างอารมณ์	5,212	778	365	46.92	360	46.27	49	6.30	4	0.51
4	หนองฉาง	9,449	1,156	630	54.50	475	41.09	48	4.15	3	0.26
5	หนองขาหย่าง	3,483	184	126	68.48	52	28.26	5	2.72	1	0.54
6	บ้านไร่	10,257	1,447	720	49.76	643	44.44	72	4.98	12	0.83
7	ลานสัก	8,794	869	454	52.24	356	40.97	51	5.87	8	0.92
8	ห้วยคต	3,137	299	176	58.86	104	34.78	15	5.02	4	1.34
	รวม	**58,549**	**6,537**	**3,370**	**51.55**	**2,816**	**43.08**	**313**	**4.79**	**38**	**0.58**

ที่มา : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ, 2561

ข้อมูลผู้ป่วยที่วินิจฉัยสมองเสื่อม ที่ขึ้นทะเบียนมารับการรักษาที่รพ.อุทัยธานี ปี 2560 จำนวน 108 คน, ปี 2561 จำนวน 129 คน, ปี 2562 จำนวน 155 คน มีแนวโน้มผู้ที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาอยู่อีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งทางชุมชน หรือพื้นที่ต้องมีการค้นหา ส่งต่อ ให้เข้าสู่ระบบการรักษาให้มากขึ้น

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานีดังกล่าว ทั้งแนวโน้มที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีความเจ็บป่วยโดยส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนสถานการณ์ด้านสมองเสื่อมที่สุ่มสำรวจสมรรถภาพความจำทางสมองที่ต้องได้รับการพัฒนา ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายการรักษา ภาระของผู้ดูแล ที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ตลอดจนชุมชนที่ต้องช่วยกันเฝ้าระวัง และช่วยเหลือดูแลกัน

การบริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับสมองเสื่อม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ระบบการดูแลในภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จะมีความเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่มงาน โดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ รับผิดชอบการป้องกันส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และดูแลไปถึงการดำเนินงาน Long Term Care โดยถ้าเป็นงานที่เป็นนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพจะเป็นหน่วยที่รับนโยบายดังกล่าว ดังนั้นในช่วงก่อนการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อม (ปีงบประมาณ 2562) จะดำเนินการโดยงานสุขภาพจิต (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต ยาเสพติด) ซึ่งจะประสานกับโรงพยาบาลอุทัยธานี ในการพัฒนาระบบสุขภาพจิต ซึ่งที่ผ่านมา งานสุขภาพจะมีเครือข่ายการทำงานทุกระดับทั้งปฐมภูมิ (รพ.สต., ศสม.,เทศบาล, สถานีอนามัย)ทุติยภูมิ (รพช.ทั้ง 8 แห่ง) เชื่อมประสานกับตติยภูมิ (รพ.อุทัยธานี) มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิต ทั้งคัดกรองซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย (2 Q, 9Q, 8Q) คัดกรองความเครียด (ST 5) ฯลฯ มีระบบการวินิจฉัย ส่งต่อรักษาโรคทางจิตเวชรวมทั้งโรคสมองเสื่อมด้วย แต่ยังไม่มีการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม มีแต่การคัดกรอง AMT และไม่มีการคัดกรองผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสมองเริ่มแรก จึงยังไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาศักยภาพทางสมอง

การดำเนินงานในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามภารกิจงาน โดยการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น 10 เรื่อง (HT, DM, CVD, สุขภาพช่องปาก, สมองเสื่อม, ซึมเศร้า, ข้อเข่าเสื่อม, ภาวะหกล้ม, ADL, BMI) จะอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (ยกเว้น ตา, วัณโรค) ซึ่งการคัดกรองจะคัดกรองในช่วงไตรมาสที่ 1 ของทุกปีงบประมาณ และจะสรุปผลงานในไตรมาสที่ 2 ดึงผลงานจาก HDC ซึ่งในปี 2563 สสจ.ได้ทำ MOU กับพื้นที่ ให้คัดกรองทั้ง 10 เรื่องให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งทุกแห่งผ่านการคัดกรองครบทุกอำเภอ แต่ในส่วนของการคัดกรองสมองเสื่อม นอกจากพื้นที่ที่เข้าโครงการจะคัดกรองด้วยเครื่องมือ AMT ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ ณ วันที่ 29 เมษายน 2563 ผู้สูงอายุ 60,562 คน คัดกรอง AMT จำนวน 56,349 คน คิดเป็นร้อยละ 93.04 พบปกติ 54,568 คน พบเสี่ยง 983 คน ไม่ระบุ 798 คน

ซึ่งเทียบกับปี 2562 พบเสี่ยง 748 คน ไม่ระบุ 407 คน (ไม่ระบุจะพบที่อำเภอบ้านไร่ ซึ่งจะดำเนินการสอบถามและจะอธิบายสร้างความเข้าใจในการลงรหัสที่ถูกต้องต่อไป) *ซึ่งแม้แต่การคัดกรองยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน จึงควรสร้างความเข้าใจ หรือใช้เครื่องมือที่เหมือนกัน โดยกรมการแพทย์แจ้งทบทวนเครื่องมือนี้ให้ใช้เหมือนกันทั้งประเทศ* เมื่อคัดกรองแล้ว จะมีการส่งต่อคัดกรองซ้ำ วินิจฉัย รักษา ซึ่งการจัดทำระบบนี้จะอยู่ในการรับผิดชอบของกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต ยาเสพติด ซึ่งการทำงานจึงต้องประสานกันของทั้งสองฝ่าย โดยสุดท้ายแล้ว การเยี่ยมบ้านจะไปอยู่ในอีกกลุ่มงานหนึ่ง คือกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ดังนั้นผู้รับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน*ถ้าสามารถประสานงานกันได้ดี จะทำให้การดำเนินการเป็นเนื้อเดียวกัน* และถ้าปฏิบัติอย่างเป็นระบบจะดำเนินการให้เป็นงานประจำได้ ซึ่งในปัจจุบันแม้จะประสานงานกันได้ แต่ในส่วนการขับเคลื่อนทั้งระบบยังไม่สามารถไปได้อย่างพร้อมกัน เพราะภารกิจหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน อีกทั้งการตีความในภารงาน นโยบายที่มาจากแต่ละกรม มีความซ้ำซ้อนกัน ทั้งกรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งสิ้น ถ้าหน่วยที่รับนโยบาย ไม่มีการบูรณาการ หรือประสานงานกันด้วยดี ก็จะทำให้การดำเนินงานไม่ลื่นไหลไปได้เท่าที่ควร

การประสานงานการทำงานการดูแลผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2563 ด้วยการตรวจราชการแบบใหม่ของเขตสุขภาพที่ 3 ให้มีประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้มีมุมมองผู้สูงอายุทั้งคน ไม่มองแยกส่วน แยกงาน ดังนั้นจึงมีการประสานงานในแต่ละกลุ่มงานมากขึ้น รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาของผู้สูงอายุ แนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ แม้ว่าจะยังมีความแยกส่วนอยู่บ้างในการดำเนินงาน แต่ก็เกิดการบูรณาการงานที่ดีขึ้น และการพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จึงยังคงมีการพาะพื้นที่นำร่องเพื่อศึกษา เพียง 2 พื้นที่ที่ทำได้อย่างครบวงจร ส่วนพื้นที่อื่นๆที่เข้าร่วมโครงการ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น มีการคัดกรอง คัดแยก แต่ยังไม่ถึงการคัดกลุ่ม ซึ่งถ้ามีความเป็นไปได้ควรขยายทั้งจังหวัด ดังนั้นถ้ามีการได้ถอดบทเรียนและทำให้เกิดการดำเนินงานให้เป็นงานประจำได้ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงมีแนวทางในการพัฒนาระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระยะการพัฒนาระบบ

การเริ่มต้นจากจังหวัดอุทัยธานีสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มงานจิตเวช รพ.อุทัยธานีเข้าร่วมประชุมกับสถาบันฯ โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.อุทัยธานี และกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เข้าร่วมประชุมฯ และได้ดำเนินการตามกำหนดการของโครงการฯ

และการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ร่วมกัน ในวันที่ 14 มกราคม 2562 ณ ห้องประชุมภิยโยทัย อาคารผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และโรงพยาบาลอุทัยธานี



ลงนาม ณ วันจันทร์ ที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ.2562

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

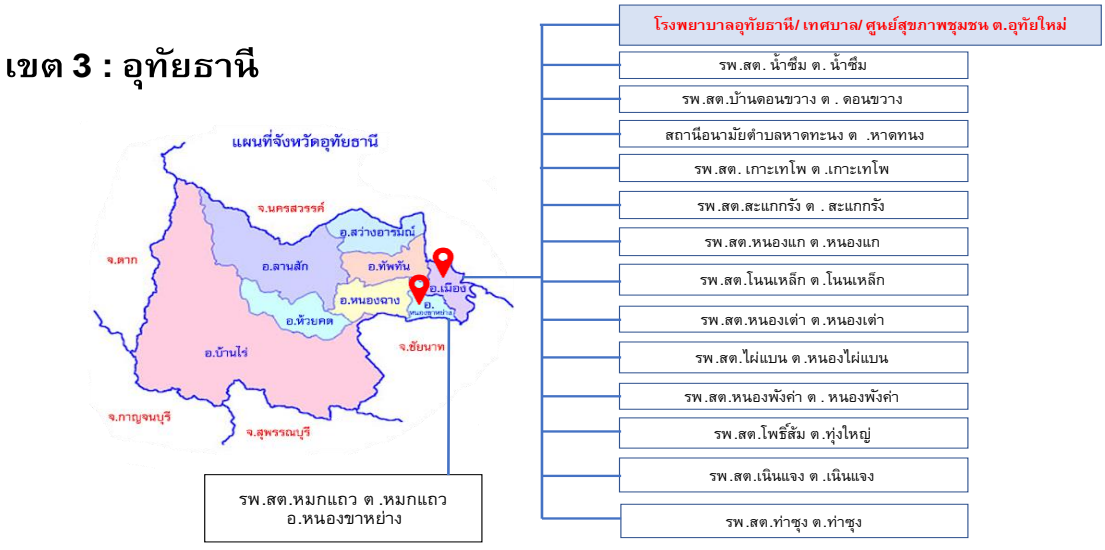
(นายแพทย์พัลลภ ยอดศิรจินดา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

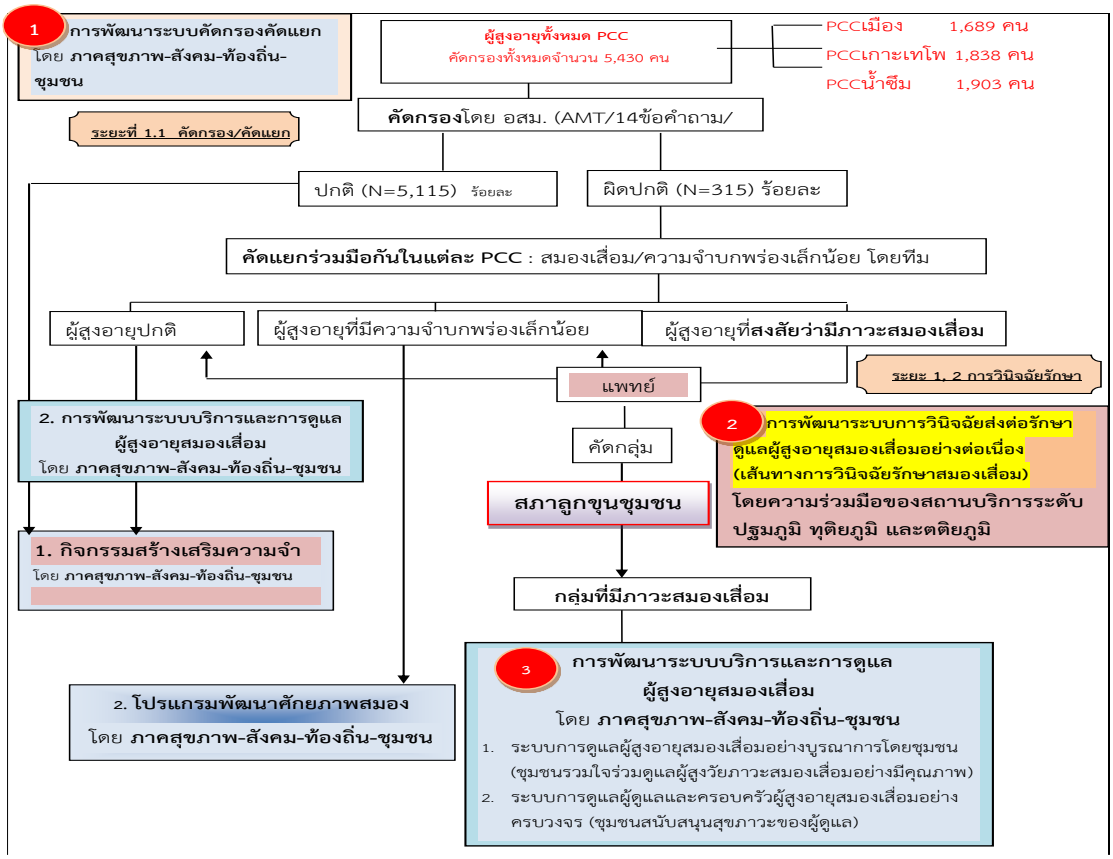
(นายแพทย์สุรชัย โชคครรชิตไชย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ

ได้แก่ พื้นที่อำเภอเมือง ต.อุทัยใหม่ และตำบลน้ำซึม นำร่องในการพัฒนาระบบก่อน และเปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นๆ เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน ในระหว่างการพัฒนาระบบ



ผังไหล การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรอำเภอเมืองอุทัยธานี (3-PPC)



การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ศึกษาจังหวัดอุทัยธานี มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดการอบรมและจัดวางระบบ โดยทีมสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และโรงพยาบาลอุทัยธานี ดำเนินการระหว่างวันที่ 14-18 มกราคม 2562 ณ ห้องประชุมภิยโยทัย อาคารผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลอุทัยธานี ทั้งนี้ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่อง

1.1 What is Dementia? And management of Dementia care on institute and Community สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข วันที่ 14 – 15 มกราคม 2562 ณ ห้องประชุมภิยโยทัย อาคารผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลอุทัยธานี เชิญกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) รพ.อุทัยธานี: แพทย์พยาบาล นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง 2) รพ.ชุมชนทุกแห่ง: แพทย์, หัวหน้าพยาบาล, หัวหน้างานผู้ป่วยนอก, หัวหน้ากลุ่มงานเวชฯ, ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวชหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง: ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงาน

สุขภาพจิต 4) หน่วยบริการทุกแห่ง: Care Manager หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 5) คณะทำงานชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี (แกนนำ CG ทุกอำเภอ) เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 120 คน

1.2 อบรมเรื่อง การทำ Group supported ในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวสำหรับบุคลากรสุขภาพ Care giver หรือ อสม. วันที่ 16 มกราคม 2562 กลุ่มเป้าหมายดังนี้ 1) โรงพยาบาลอุทัยธานี/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเมือง: แพทย์ พยาบาล นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง Care giver หรือ อสม. 2) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งๆ ละ 3 คน : Care Manager หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวชหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต, Care giver หรือ อสม. 3) หน่วยบริการนำร่อง 7 แห่ง ๆละ 3 คน : Care Manager หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, Care giver หรือ อสม. ของหน่วยบริการ PCC รพ.สต.น้ำซึม, รพ.สต.ท่าซุง, รพ.สต.หมกแถว, PCC รพ.สต.เกาะเทโพ, รพ.สต.สะแกกรัง, รพ.สต.เนินแจง, สถานีอนามัยหาดทนง) 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี : ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 5) คณะทำงานชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี (แกนนำ CG ทุกอำเภอ) เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 50 คน

1.3 อบรมเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และจัดทำแผนงานการพัฒนาและดำเนินการในพื้นที่ วันที่ 17 - 18 มกราคม 2562 เชิญกลุ่มเป้าหมายดังนี้ 1) โรงพยาบาลอุทัยธานี/ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเมือง จำนวน 10 คน : แพทย์ พยาบาล นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง Care giver หรือ อสม., ประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทน 2) หน่วยบริการนำร่อง 7 แห่งๆ ละ 4 คน : ผู้อำนวยการรพ.สต., Care Manager หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, Care giver หรือ อสม., ประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทน ของหน่วยบริการ PCC รพ.สต.น้ำซึม, รพ.สต.ท่าซุง, รพ.สต.หมกแถว, PCC รพ.สต.เกาะเทโพ, รพ.สต.สะแกกรัง, รพ.สต.เนินแจง, สถานีอนามัยหาดทนง 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี : ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 5) อปท. ในพื้นที่หน่วยบริการนำร่อง จำนวน 2 คน : ผู้บริหารหรือผู้แทน ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในหน่วยงาน 1) เทศบาลเมืองอุทัยธานี 2) อบต.น้ำซึม 3) อบต.ท่าซุง 4) อบต.หมกแถว 5) อบต.เกาะเทโพ 6) อบต.สะแกกรัง 7) อบต.เนินแจง 8) เทศบาลหาดทนง เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 50 คน

2. การสร้างระบบแนวคิด กำหนดเงื่อนเวลา และตารางการดำเนินงานระดับพื้นที่

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี สรุปผลการพัฒนาสร้างระบบแนวคิด และมีดำเนินการในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

ก. สร้างระบบที่มีผลลัพธ์การดูแลที่ชัดเจนและประเมินได้

1.1 ระยะสร้างระบบการดูแลแบบครบวงจร (Comprehensive care) : 3 ระบบย่อย

- ระบบการคัดกรอง/คัดแยก
- ระบบการวินิจฉัย-รักษา
- ระบบการดูแลต่อเนื่อง : 3 กลุ่ม (ปกติ บกพร่องเล็กน้อย สมองเสื่อม&ผู้ดูแล)

1.2 ระยะบูรณาการระบบย่อยเข้ากับงานประจำ

1.3 ระยะประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์

ข. กำหนดแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมดำเนินงาน/ร่วมจ่าย (Co-payment)

2. กระบวนการดำเนินงาน (Implementation Process) (3 ปี)

2.1 ปีที่ 1 สร้างตุ๊กตาระบบของพื้นที่ ที่เหมาะสม เริ่ม มกราคม 62 –กันยายน 62

2.2 ปีที่ 2 นำเข้าสู่งานประจำ ตุลาคม 62- กันยายน 63 (full-options) (นำใช้เป็นงานประจำ)

2.3 ปีที่ 3 จัดการผลลัพธ์ (ทำให้เกิดมรรคผล)

ทั้งนี้จะดำเนินการโครงการนี้ ปี 2562 - 2564 เป้าหมายจะดำเนินการในพื้นที่ PCC ทั้ง 3 *แห่งของอำเภอเมืองอุทัยธานี ปัจจุบันมีการเปลี่ยน รพ.สต.ของ 3 PCC แต่ในโครงการนี้ยังเป็น หน่วยบริการเดิม ซึ่งจะปรับเป็นการดำเนินการในแต่ละหน่วยบริการแทน ดังนั้นจึงจะต้องมีการจัดผังการทำงานใหม่ ปรับคณะกรรมการใหม่ด้วย*

การสนับสนุนจากทีมกลาง ในปีที่ 1 (ปี 2562) หลังจากจัดอบรม 5 วันที่ผ่านมาแล้วนั้น มีดำเนินการต่อไป การทำตามสไตล์ของพื้นที่ ดังนี้

จัดการอบรมวันที่ **19 มีนาคม 2562** ประเด็นเนื้อหาเรื่อง การคัดกรอง

- อบรม 14 ข้อคำถาม (อสม. 1 คน/หมู่) (ภาคเช้า)
- อบรมการคัดแยก MMSE/MoCA (พยาบาล อบรมทั้งภาคเช้า-บ่าย)

จัดการอบรมวันที่ 27–30 พฤษภาคม 2562 ประเด็นเนื้อหาเรื่อง การจัดกิจกรรม Brain exercise/Brain training

3. การจัดทำคำสั่งจังหวัดอุทัยธานี คณะย่อย 5 คณะ ประกอบด้วย

1) คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระดับจังหวัด

2) คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

3) คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม

4) คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเทโพ

5) คณะกรรมการพัฒนาระบบการวินิจฉัย-รักษา-และส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จัดทำ timeline พื้นที่ดำเนินการ **ดำเนินการจัดโปรแกรมเพียง 2 พื้นที่ และยังไม่เกิดรูปแบบการดูแลแบบคลินิกหมอครอบครัว** การดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตาม PCC ตามที่กำหนด ด้วยเนื่องจากปัญหาด้านบุคลากรมีน้อย มีภารงานในแต่ละ รพ.สต. จึงสามารถดำเนินการได้เฉพาะรพ.สต.ของตนเองเท่านั้น ประกอบกับพื้นที่ในแต่ละ รพ.สต.มีความห่างไกลกัน การเดินทางของผู้สูงอายุมีความลำบากในการมาทำกิจกรรมรวมกันในรพ.สต.เดียว

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (พ.ศ 2562-2564)

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ก.พ. 62	1.จัดทำร่างคำสั่งฯ/ส่งร่างคำสั่ง/ส่งคำสั่ง	ดร.นลินี บุญธรรม	
ก.พ. 62	2.ประชุมกลุ่มย่อยทีมเลขานุการแต่ละคณะ	ดร.นลินี บุญธรรม นางยุพิน ริ้วพิทักษ์	
มี.ค.-เม.ย. 62	3.จัดประชุมคณะทำงานทั้ง 5 คณะ/ประชุมสรุปผล 1 ครั้ง	ดร.นลินี บุญธรรม	2 ครั้ง/ปี
ม.ค.-ก.พ. 62	4.หน่วยบริการให้ความรู้ อสม. การคัดกรอง 14 ข้อ/AMT (ขึ้นอยู่กับพื้นที่)	หน่วยบริการ	แต่ละหน่วยบริการดำเนินการ
ม.ค.-มี.ค. 62	5.ลงพื้นที่คัดกรองเพิ่มเติมให้ครอบคลุม (ปูพรมปีแรก)	หน่วยบริการ	3 PCC
17-18 เม.ย. 62	6. เข้ารับการอบรมการคัดกรอง (สถาบันฯจัด) สถานที่ ห้องประชุม สสจ.อุทัยธานี	นางยุพิน ริ้วพิทักษ์/สถาบันเวชศาสตร์ฯ	อสม.หมู่ละ 1 คน พยาบาลทุกแห่งใน อ.เมืองฯ และทีมแพทย์
เม.ย.-พ.ค.62	7. คัดแยกจากกลุ่มที่เสี่ยง (คัดกรองครั้งแรก) คัดออกกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม	3 PCC	3 PCC
พ.ค.-มิ.ย.62	8. ส่งกลุ่มผิดปกติ ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม พบทีมวินิจฉัยฯ (ตามระบบของคณะทำงานฯ ที่ 5)	พญ.ปนัดดา ศรีวิชิต /กลุ่มงาน NCD สสจ. และทีมวินิจฉัยฯ	กลุ่มผิดปกติทั้ง 3 PCC
27-30 พ.ค. 62	9. อบรมจัดกิจกรรมกลุ่มความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ระยะเวลา 4 วัน ที่ห้องประชุม 1 สสจ.อุทัยธานี	นางยุพิน ริ้วพิทักษ์/สถาบันเวชศาสตร์ฯ	พยาบาลใน 3 PCC และพยาบาลในรพช./รพ.สต. ที่มีความสนใจ เป้าหมาย 50 คน

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ก.ค.-ก.ย.62	10. จัดกิจกรรมในกลุ่มที่มีความจำบกพร่องตามโปรแกรม จานวน 6 ครั้ง ทั้งนี้สามารถจัดทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 3 เดือน หรือจัดทุกสัปดาห์ ระยะเวลา 1 เดือนครึ่ง (ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่พิจารณา)	หน่วยบริการ	กลุ่มที่มีความจำบกพร่องรับการฝึก 6 ครั้ง
ส.ค.-ก.ย.62	11. สรุปผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม	หน่วยบริการ	
ต.ค. 62	12. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่ละ PCC สรุปผลการดาเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และประชุมเพื่อปรับกระบวนการทำงาน เตรียมการดำเนินงานในปีต่อไป	ดร.นลินี บุญธรรม/นางยุพิน ริ้วพิทักษ์	ตัวแทนคณะทำงาน 5 คณะ และทีมทำงานทั้ง 3 PCC

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะที่ 1 ค้นหาเพื่อคัดกรองและคัดแยกผู้สูงอายุ

1) **คัดกรอง** ผู้สูงอายุทุกคนใน 3 PCC ประกอบด้วยตำบล 10 หน่วยงาน ของอำเภอเมืองฯ คือ

PCC เมือง : ศสม./ศูนย์เทศบาลเมืองอุทัยธานี/โรงพยาบาลอุทัยธานี

PCC น้ำซึม : รพ.สต.น้ำซึม/รพ.สต.ท่าซุง/รพ.สต.หมกแถว

PCC เกาะเทโพ : รพ.สต.เกาะเทโพ/รพ.สต.สะแกกรัง/รพ.สต.เนินแจง/สอ.หาดทนง

เพื่อ กรองผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ออกจากผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ

- 14 ข้อคำถาม

โดย อสม. ที่ได้รับการฝึกฝน ภายใต้การกำกับของ care manager และพยาบาลที่ผ่านการอบรม

เครื่องมือที่ใช้ 14 ข้อคำถาม และ 2Q

การดำเนินการ พื้นที่ตนเอง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ซึ่งในการวางแผนครั้งแรกจะมีการคัดกรองแบบร่วมด้วยช่วยกันด้วย แต่เนื่องจากเวลา ระยะทาง ที่จะไปคัดกรองไม่ตรงกัน และอยู่ไกลกัน ดังนั้นในแต่ละหน่วยบริการจึงสอนอสม.ของตนเอง ให้ออกไปคัดกรอง 14 ข้อคำถาม และนำมาให้กับเจ้าหน้าที่ คัดกรองซ้ำในกลุ่มที่สงสัยเสี่ยง ส่วนแบบคัดกรอง ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเล่มของการคัดกรองทุกเรื่องของผู้สูงอายุให้ ใช้ได้ถึง ปีพ.ศ. 2565 โดย 14 ข้อคำถามจะอยู่ในส่วนประเด็นของการคัดกรองหัวข้อ “ไม่ลืม”

2) **คัดแยก**ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม

เพื่อ แยกผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม

โดย Care Manager พยาบาลที่ผ่านการอบรม และทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ MOCA, MMSE

การดำเนินการ พื้นที่ตนเอง/ร่วมด้วยช่วยกัน

การดำเนินการระยะนี้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น **ผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่ความจำบกพร่องเล็กน้อย (เสี่ยง) และผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม**

3) การคัดกลุ่ม เป็นการจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มปกติ 2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย การคัดกลุ่มจะมีกระบวนการวินิจฉัยของแพทย์/สหสาขาวิชาชีพ (สภาลูกขุน/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รพ.ตติยภูมิ

ในส่วนของสภาลูกขุนยังไม่เกิด แต่เป็นการวินิจฉัยโดยแพทย์จิตเวชรพ.อุทัยธานี) ว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจริง หรือ ไม่ใช่สมองเสื่อมแต่เป็นโรคอื่น หรือมีปัญหาความจำ กลุ่มที่ไม่ใช่สมองเสื่อมที่ปกติ (โรคอื่น) จะกลับไปสมทบกลุ่มปกติ กลุ่มที่ความจำบกพร่องจะสมทบเพิ่มเข้าผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง และได้รับการดูแลตามกลุ่มต่อไป

ผลการดำเนินงานในพื้นที่ PCC น้ำซึม ระยะที่ 1

PCC น้ำซึมซึ่งประกอบด้วย 3 หน่วยบริการ คือ รพ.สต.น้ำซึม รพ.สต.ท่าซุง รพ.สต.หมกแถว (อ.หนองขาหย่าง) เข้าร่วมโครงการและเข้าร่วมประชุมที่สถาบันฯ มาจัดที่รพ.อุทัยธานี *ผอ.รพ.สต. น้ำซึม นายโยธิน อำพิน เล็งเห็นถึงความยั่งยืนของการดำเนินงานที่จะทำเพียงหน่วยบริการสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียวไม่ได้ ต้องทำอย่างไรที่จะทำให้ยั่งยืน ซึ่งฐานการทำงานเดิมของรพ.สต.น้ำซึมนั้น เห็นถึงการทำงานที่ต้องทำร่วมกันของ อบต. หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง* ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการนี้ เป็นการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงเล็งเห็นว่าต้องมีการดูแลในภาพของชุมชนเอง ซึ่งเมื่อพูดถึงชุมชนก็ต้องนึกถึงอบต.ด้วย ถ้าอบต.มีส่วนรับรู้เรื่องนี้ตั้งแต่แรก มีความเข้าใจว่าทำไมถึงต้องทำ จะทำงานในพื้นที่ได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงเชิญแกนนำ หรือผู้ที่มีปากมีเสียง มีอำนาจในการตัดสินใจระดับหนึ่ง ผู้รู้ผู้ที่เป็นที่นับถือของชุมชนเข้าร่วมรับฟัง และในการประชุมนั้นมีการประชุมกลุ่มด้วย จึงทำให้มีโอกาสในการพูดคุยกันตั้งแต่ต้น เมื่อภาพใหญ่จะมีการจัดตั้งคณะทำงานที่เป็น PCC ในภาพของหน่วยบริการ ถ้าไม่ต้องรอผู้อื่น แล้วจะทำเองได้เลย ก็คงต้องจัดตั้งคณะทำงานของตำบลน้ำซึมด้วย ดังนั้นขั้นตอนในการดำเนินงาน ต่อจากการเข้ารับการประชุมรับรู้เรื่องโครงการ ดังนี้

1. จัดตั้งคณะทำงานการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรตำบลน้ำซึม ประกอบด้วยนายก อบต.ตำบลน้ำซึม หัวหน้าทีม, แพทย์ประจำรพ.สต.น้ำซึม, กำนันตำบลน้ำซึม, ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำซึม, ประธานชมรม อสม.ตำบลน้ำซึม, ผอ.รพ.สต.น้ำซึม เลขาทีม เขียนโครงการขอสนับสนุนงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 77,450 บาท ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ ผอ.รพ.น้ำซึม คิดว่า “ที่โครงการผ่านทันทีเนื่องจากมีคณะกรรมการที่ได้ไปเข้าร่วมในการประชุม มีการวางแผนที่จะทำโครงการกันไว้แล้ว แม้ว่าในช่วงแรก ทางทีมของรพ.สต.ได้มีการคุยกันถึงปัญหา อุปสรรคที่จะต้องเจอ แต่เมื่อทบทวนแล้วเห็นถึงความสำคัญว่าถึงเวลาแล้วที่เราต้องทำจริงๆ หลังจากที่เราทำโครงการ Long term care กัน

มาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมามากกว่า 5 ปี แล้วพบผู้สูงอายุที่ป่วย สมองเสื่อม เราก็ไม่รู้วิธีการจัดการว่าจะทำอย่างไรต่อ ได้แต่ส่งให้เข้าระบบการรักษา แต่การดูแลเมื่อกลับมาในชุมชน จะทำอย่างไรให้เกิดการดูแลอย่างมีคุณภาพ และผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายที่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นสมองเสื่อม หรือไม่เป็น หรือจะเป็นเพียงอาการปกติของวัยผู้สูงอายุ และจะทำอย่างไรจึงจะทราบว่าปกติหรือเสี่ยงกันแน่ ดังนั้นจึงตัดสินใจเสนอโครงการฯ”

2. ทีมบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายเข้ารับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวในการใช้เครื่องมือการคัดแยกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

พว.สริวรรณ เล่าว่า “ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการ การดูแลผู้สูงอายุ ในแต่ละปีงบประมาณ จะเริ่มต้นที่คัดกรองในไตรมาสที่ 1 คัดกรองปีละ 1 ครั้ง แต่ละปี จะมีการสอนอสม.แบบง่าย ๆ ใช้แบบบันทึกการคัดกรอง สสจ.ทำแบบคัดกรอง 4 หน้า แบบสีเขียวๆมาให้ แบบคัดกรองมาจากเล่มของกรมการแพทย์ สมองเสื่อมใช้แบบคัดกรอง AMT แยกประเภทเสี่ยง ปกติออกมา ส่งรักษา/ปรึกษาแพทย์อย่างเดียวและคิดว่า หมอต้องเป็นคนดูแลอย่างเดียว เราไม่มีความรู้ละเอียดในเรื่องนี้ พอปัจจุบัน การคัดกรอง สสจ.มีการจัดทำเล่มคัดกรองสีเหลืองมาให้ใหม่ มีการคัดกรองโดยใช้ 14 ข้อคำถาม และมี AMT ด้วย แต่เมื่อเข้าโครงการแล้ว ใช้ 14 ข้อคำถามอย่างเดียวเพื่อกัน อสม.สับสน”

3. ให้ความรู้และชี้แจงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แก่ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. และญาติ

พว.สรินวรรณ เล่าว่า “การให้ความรู้ชี้แจงแนวทาง เป็นการเปิดตัวโครงการที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุไปบอกกันต่อ มีเสียงตามสายกระจายข่าว ชมรมผู้สูงอายุมีการชี้แจงเพิ่มเติม ครูที่อยู่ในพื้นที่ จนคนในชุมชนรู้ว่าบ้านเรามีเรื่องสมองเสื่อมนะตอนนี้ นายกอบต.น้ำซึมก็มาในวันเปิดตัว รู้สึกดี ไม่ใช่มีแต่เรา มีผู้นำในหน่วยงานอื่นด้วย”

4. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในชุมชนในการใช้เครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน (อสม.แกนนำการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยคัดเลือกใน อสม.ที่อ่านออกเขียนได้ สุขภาพแข็งแรง สื่อสารเข้าใจ) ฝึกให้ถามตอบกันเองก่อน ทดสอบโดยผลัดกันถาม

5. จัดรณรงค์คัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลน้ำซึม คัดกรอง 1,005 คน (ร้อยละ 72.09) พบผู้มีภาวะผิดปกติ จำนวน 917 คน (ร้อยละ 91.24) ผิดปกติ 88 คน (ร้อยละ 8.76)

พว.สรินวรรณ เล่าว่าในการคัดกรอง จะให้อสม.จะออกไปคัดกรองคู่กัน เป็นบัดดี้กัน เมื่อก่อนจะไปคนเดียว แต่การคัดกรอง 14 ข้อคำถามเป็นเรื่องใหม่ ไปเป็นเพื่อนกันจะได้ปรึกษากัน หรือไปกันเป็นกลุ่มๆ จะเกิดความชำนาญ ความมั่นใจในการใช้คำถามมากขึ้น ช่วงแรกๆ ผู้สูงอายุยังไม่มั่นใจอสม.

6. คัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะผิดปกติเพื่อเข้ารับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง รพ.อุทัย พบว่า

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำปกติ จำนวน 35 คน
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 42 คน
- คัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ภาวะสงสัยสมองเสื่อม จำนวน 14 คน วินิจฉัยเป็นสมองเสื่อม 5 คน

7. ฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่อง จำนวน 22 คน (มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม) โดยการประเมินก่อนการอบรม ซักประวัติทั่วไป ตรวจร่างกายตามปกติจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง มีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ชื่อนั้นสำคัญไฉน/ฉันและญาติเป็นใครมารู้จักกัน

ครั้งที่ 2 ความจำสั้นและยาว/ชีวิตของฉันและอยู่กับปัจจุบัน

ครั้งที่ 3 ไม่หลงทางถ้าสังเกต/รับรู้บล็อกมิติ/อ่านเขียนแผนที่

ครั้งที่ 4 ความจำภาพและตัวเลข/ฝึกความจำทางการได้ยินและฟังเสียง

ครั้งที่ 5 จัดของจัดความคิด/จัดและซื้อของ

ครั้งที่ 6 ใช้จ่ายอย่างมีสติ/ตัดสินใจ

ประเมินผลการอบรม ประเมินความพึงพอใจโดยการพูดคุยสอบถาม

พว.สรินวรรณ เล่าว่า การจะจัดกิจกรรมแบบนี้ 6 ครั้ง จะต้องมีเวลา มีสถานที่ที่จะทำ ต้องนัดผู้สูงอายุมาให้พร้อม ซึ่งบางครั้งผู้สูงอายุที่จะมาไม่มีความพร้อม ทั้งเรื่องการสื่อสาร การเขียน (แต่ปรับประยุกต์ เช่นเวลาทำการบ้าน คนในบ้านช่วยเขียนให้ หรือเพื่อนผู้สูงอายุที่มาด้วยกันช่วยเขียนให้) ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการจัดกิจกรรม ต้องมีคนรับส่งผู้สูงอายุ เรื่องอาชีพของผู้สูงอายุที่เมื่อมาทำกิจกรรมขาดรายได้ แต่ส่วนของการติดตามหลังทำกิจกรรม สามารถทำเป็นงานประจำได้เพราะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นประจำอยู่แล้ว ติดตามจากอสม., care giver ได้ หรือติดตามจากชมรมผู้สูงอายุได้

การจัดกิจกรรมกลุ่ม ต้องมีการจัดกลุ่มโดยต้องมีความช่างสังเกต การจัดกลุ่มให้อยู่แบบคละกัน ถ้าคนที่เก่งทั้งกลุ่มจะทำเสร็จเร็ว

การเดินทางไม่ใช่ปัญหา ขอแต่มีความพร้อม

การทำกิจกรรมครั้งแรกต้องละลายพฤติกรรม เริ่มต้นค้นหาผู้นำให้นั่งตามใจไปก่อนช่วงแรก แล้วค่อยจัดกลุ่มคละกัน แต่ถ้ามาเป็นบัดดี้กัน ก็ให้อยู่ด้วยกัน พอลองจัดกลุ่มแล้วไม่ได้ก็ขยับจัดใหม่ อธิบายให้ฟัง แล้วค่อย fix กลุ่มจนครบจบกิจกรรม 6 ครั้ง

กิจกรรมที่มีเพลงแล้วพูดเล่าเรื่อง ผู้สูงอายุทำไม่ได้ ไม่มีสมาธิ มีท่าทางเครียดเลยต้องเปลี่ยนกิจกรรม

ให้เขียนแผนที่ตามคำสั่ง เขียนไม่ได้ ไม่เข้าใจ แต่ถ้าเขียนแผนที่บ้านเองทำได้

เมื่อไรที่ทำไม่ได้จะเครียด บรรยากาศจะเงียบ สีหน้าวิตกกังวล เจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มต้องไวต่อความรู้สึก ผู้นำกิจกรรมต้องคอยสังเกตแต่ละกลุ่ม แต่ละกิจกรรมด้วย พยายามไม่ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมแล้วเครียด สังเกตอีกอย่างหนึ่งว่าเครียด เช่นมาขอยาพารา บ่นเมาหัว เริ่มมีเสียงบ่นในกลุ่ม

ดังนั้นจึงต้องมีพี่เลี้ยงอยู่ประจำกลุ่มตลอดและควร fix พี่เลี้ยง จะได้รู้ใจกัน

สังเกตพฤติกรรมของพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงมีความตั้งใจสูง อึดอัดอยากให้กลุ่มของตนเองชนะ มีการช่วย นำกิจกรรมเกินไป จึงเรียกมาคุยกันว่าไม่ควรชี้นำเกินไป มาสรุปร่วมกันและเตรียมกลุ่มในครั้งต่อไปโดยอธิบายกิจกรรมให้พี่เลี้ยงเข้าใจก่อน

ต้องไม่เข้มงวดเรื่องการบ้านของผู้สูงอายุเกินไป แต่ต้องมีวิธีกระตุ้นให้ทำ เช่นบางคนให้หลานเขียนให้ ให้เพื่อนเขียนให้ บางคนการบ้านเสร็จตอนเช้าที่มา

ผลลัพธ์ของคะแนนการประเมิน MMSE MOCA ภายหลัง 6 เดือน พบว่าไม่เห็นความแตกต่างของค่าคะแนน แต่ประเมินผลลัพธ์จากการซักถามผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ตามการสอบถามความพึงพอใจในข้อ 9

8. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 1 วัน มีการทบทวนบางกิจกรรมจะพบว่าผู้สูงอายุที่เคยทำกิจกรรมจะตอบได้ทันที

9. สอบถามความพึงพอใจจากญาติในชุมชน, อสม., คณะกรรมการกองทุนฯ, ประธานชมรมผู้สูงอายุ มีเสียงสะท้อนกลับมา ดังนี้

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม : “อยากให้จัดตั้งเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ” “อยากให้จัดกิจกรรมนี้ต่อ เพิ่มวันให้มากขึ้น” “กะว่าจะมาครั้งเดียว เกรงใจอสม. มาขอร้อง แต่ก็มาจนครบ ถ้ามีอะไรก็บอกนะ จะมาอีก” “กลับไปทำตามหมอบอกตอนนี้ก็คิดมากขึ้นจากที่เมื่อก่อนไม่เคยนึกอะไรเลย หลงๆลืมๆก็บ่อย” “มาแล้วได้ความรู้ดีๆเยอะเลย” “เบาลืม เขน็ดใจมากขึ้น จะไปหยิบอะไร ก็ตั้งใจไปเลย” “ดีขึ้นทำอะไรก็ต้องนึกก่อน” “หมอสอนดีมาก ให้ทำอะไรก็ทำ จำได้ อยากมา” “ความรู้ ความจำ สมองดี อยากมา” “สนุก ชอบมา” “อยากให้นำไปสอนในชมรมด้วย เห็นว่าได้ประโยชน์”

หลัง 6 เดือนมีการสอบถามผู้สูงอายุเพิ่มเติมว่ารู้สึกอย่างไร ได้ทำอะไรบ้าง เกิดอะไรขึ้นบ้างหลังจากจบกิจกรรม

“ทำให้สนิทกับลูกหลานมากขึ้น” “ใส่ใจข่าวมากขึ้น” “มีความรู้ใหม่ๆ เคยเอาไปแนะนำคนอื่นด้วยนะ” “ไม่เครียดที่ไปทำกิจกรรม สนุกดี อยากให้โรงเรียนเปิดอีก” “ไม่เคยสังเกตว่านาฬิกาที่บ้านมีเข็ม เพิ่งจะสังเกตแล้วก็สังเกตสิ่งรอบตัวมากขึ้น” “นึกคิดมากขึ้น” “ใช้วิธีจดมากขึ้น” “เขียนใส่กระดาษ 30 – 40 ปีที่ผ่านมาไม่เคยจับดินสอ ชอบตรงนี้ได้มาฝึก แล้วก็ยังได้เขียนอยู่ตอนนี้”

ญาติผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม : “ได้ช่วยทำการบ้าน” “ชื่นชม อสม.และผู้นำที่เอาใจใส่ ไปรับพามาส่งติดตามดี”

อสม. : “ดีใจ ได้ไปคัดกรองแล้วส่งให้หมอ หมอพาคนของฉันไปดูแล ไม่ทิ้งขว้าง” “ภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของเรื่องนี้” “ฉันเป็นคนคัดกรองเองคนนี้ ไปเข้าร่วมกับหมอแล้วฉันว่าเขาป่าแกดีขึ้นนะ”

ประธาน/คณะกรรมการกองทุนฯ : “ชื่นชมกิจกรรมนี้ เสียงตอบรับจากชุมชนดี” “เห็นกิจกรรมที่เราทำไปแล้ว ยินดีที่จะเพิ่มงบให้ปีหน้า”

10. สรุปผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกับทีมผู้รับผิดชอบการดำเนินงานกับทุกพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อให้พื้นที่ที่จะเตรียมการจัดกิจกรรมได้เรียนรู้และเตรียมความพร้อมในการดำเนินการต่อไป

11. วางแผนที่จะนัดอีก 1 ครั้ง แต่ติด COVID-19 เลยหยุดไว้ก่อน

สิ่งที่ได้จากโครงการ พว.สริวรรณ เล่าว่า

1. ชาวบ้านรู้ว่าเราทำเรื่องสมองเสื่อม อสม.ทำงานง่ายขึ้น ผู้สูงอายุเคยถามว่า อสม.ทำไมไปบ่อยจัง พอตอนหลังเขาก็รู้ว่าทำไมอสม.ไปบ่อย ไปติดตามผู้สูงอายุ ไปเกี่ยวกับสมองเสื่อมนี่เอง

2. ได้ข้อมูลกลับมาจากคนในชุมชน เขาช่วยเราในการค้นพบผู้สูงอายุที่เหมือนจะมีความเสี่ยงสมองเสื่อม เขาก็ถามเราว่า มีคนที่อาการแบบนี้ส่งมาได้ไหม

3. คนในชุมชนได้รู้จักหมอที่ดูแล PCC มากขึ้น ได้พบหมอทีมจิตเวช

4. พยาบาลที่เคยดูคนไข้ในคลินิก จากที่มาตรวจเคยดูแค่ด้านสุขภาพกายอย่างเดียว แต่ทำให้เราดูคนไข้ลึกมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน เรา aware มากขึ้น คัดกรองคนไข้ละเอียดมากขึ้น มีการใช้แบบคัดกรองมากขึ้น กระทั่งแพทย์เองก็มีการตรวจมากขึ้น ส่ง consult แพทย์จิตเวชมากขึ้น

โอกาสพัฒนา

1. ให้มีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองขึ้น เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

2. ประสานเครือข่ายส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้มีสมาชิกในชมรมเพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

1. การเดินทางของผู้สูงอายุ การรับ-ส่งโดยรพ.สต. ต้องระวังเรื่องความปลอดภัยและเป็นภาระ ในอนาคตถ้าคนในชุมชนเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้มากจะมีส่วนช่วยได้

2. สมรรถนะของทีมต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

1. นโยบายและวิสัยทัศน์ของผู้นำทุกระดับมีความชัดเจน และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน

2. ทัศนคติที่ดีของทีมเจ้าหน้าที่ และทีมพี่เลี้ยง (ภาคชุมชน)

3. ความร่วมมือของเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมทำ เรียนรู้ไปด้วยกันตั้งแต่แรก จนจบกิจกรรม

4. เป็นสิ่งใหม่และเป็นทางออกชุมชนที่จะเติมส่วนขาดของป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

ส่วนกลางควรมีการจัดทำเครื่องมือในการจัดโปรแกรมพัฒนาสมอง กรณีที่จำกัดด้วยงบประมาณ อาจจะไม่สามารถสนับสนุนให้ได้ทุกพื้นที่ ขอให้มีบริษัทที่รับจัดทำและสั่งซื้อได้ตามระเบียบพัสดุ เพื่อให้พื้นที่สามารถของบประมาณจากท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมและจัดซื้อได้

ผลการดำเนินงาน CDC system ตำบลอุทัยใหม่ ระยะที่ 1

การดำเนินงานเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลอุทัยใหม่ ในระยะปีงบประมาณ พ.ศ. 2558- 559 มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงในเรื่องของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง เป้าหมายการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ในส่วนของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมใช้แบบ AMT ดำเนินการคัดกรองโดย อสม.ที่ผ่านการอบรมชี้แจงการใช้แบบคัดกรอง เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงจะแนะนำพบเจ้าหน้าที่เพื่อคัด

กรองซ้ำ แต่ปัญหาที่พบคือ การคัดกรองไม่ครอบคลุม ถึงเป้าหมายที่กำหนด และตัวแบบคัดกรอง AMT ที่มีปัญหาในการนำไปใช้ ผู้สูงอายุจะตอบบางข้อคำถามไม่ได้ ข้อคำถามไม่สื่อหรือแสดงถึงภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองแล้วมีค่าคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ให้ความสำคัญและไม่สนใจที่จะเข้ารับการประเมินซ้ำ

ในปี พ.ศ. 2560 พื้นที่มีการดำเนินงานตามโครงการเมืองเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ของจังหวัดอุทัยธานี เน้นการดำเนินงานสร้างเสริมและการ คัดกรองสุขภาพ ตามแนวทาง” ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย นอนหลับสนิท “ มีกระบวนการสร้างกลุ่มแกนนำในชุมชน ชุมชนละ 15 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 225 คน เน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างความเข้าใจ สร้าง ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย นอนหลับสนิท” ผู้สูงอายุเริ่มมีการตื่นตัวและตระหนักถึงการดูแลและป้องกันตนเองโดยเฉพาะเรื่องภาวะสมองเสื่อม เริ่มมีการสังเกตตนเองและคนใกล้ชิด **แต่ยังไม่มีระบบการคัดกรอง คัดแยก ที่ชัดเจน จะใช้ระบบเดิมที่มีอยู่ คือ เมื่อพบผู้สูงอายุที่สงสัยสมองเสื่อมจะแนะนำ/ส่งต่อ กลุ่มงานจิตเวช พบจิตแพทย์ และยังขาดการติดตามว่าผู้สูงอายุรายดังกล่าว ได้รับการประเมิน/รักษาอย่างไร ยังไม่มีการติดตามเยี่ยมในกรณีผู้สูงอายุสมองเสื่อม การดูแลโดยทั่วไป จะเป็นครอบครัวและญาติจะมีการติดตามและเยี่ยมเป็นครั้งคราว กรณีผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม 2 และกลุ่ม 3** ซึ่งจากการที่เรายังไม่มีระบบที่ชัดเจน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังไม่แบบแผนที่ชัดเจน การค้นหายังไม่ยังไม่ครอบคลุม และทำให้ผู้สูงอายุบางรายขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษา หรือได้รับการดูแลรักษาช้าไป เช่น กรณี CASE ในชุมชนพี่ธวัชเป็นหัวหน้า อสม. ของ ตำบลอุทัยใหม่ ในอดีตเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงมาก สามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี มีมนุษย์สัมพันธ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส มาช่วงระยะปี 2560 เป็นต้นมา ผู้ร่วมงานและเจ้าหน้าที่เริ่มสังเกตว่า พี่เค้าชอบแยกตัว ส่งงานแต่เรื่องเดิม ผลงานส่วนใหญ่เป็นอันเดิม พูดน้อยลงทำงานที่มอบหมายไม่สำเร็จ ไม่สามารถส่งต่อหรือแจ้งข้อมูลให้กับอสม.คนอื่นได้ ช่วงหลังภรรยาจะบอกว่าจะทำเงินหาย ไปธนาคารเบิกเงินมาแล้วไม่รู้เอาไปไว้ไหน ความจำน้อยลง แต่ตัวพี่ธวัช ยังไม่ยอมรับความผิดปกติ บอกสิ่งที่ตนเองเป็นเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ ใครๆก็หลงลืมได้ และยิ่งไม่ยอมเข้าร่วมกลุ่ม/กิจกรรมของชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบชุมชนที่พี่ธวัชอาศัยอยู่ ได้แนะนำให้พบ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา แต่พี่ธวัช ปฏิเสธไม่เข้ารับการรักษา บอกตนเองป่วยแค่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงและความดันเท่านั้น และลาออกจากการเป็นหัวหน้าอสม. ทิ้งกิจกรรมในชุมชนที่เคยทำทุกอย่าง

ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมตามระบบการคัดกรอง คัดแยก พบว่าพี่ธวัชและภรรยาอยู่ในกลุ่ม MCI เจ้าหน้าที่ฯจึงเชิญเข้ารับการอบรม ซึ่งทั้งพี่ธวัชและภรรยาเข้ารับการอบรม แต่ไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด ปัจจุบันพี่ธวัชอาศัยอยู่กับภรรยาและหลานชาย พี่ธวัชยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมเดิมๆ ที่เคยทำมาตลอดเช่นซักผ้า หุงข้าว แต่ไม่สามารถจำสิ่งของหรือรายการกิจกรรมที่ต้องทำ/ต้องซื้อ ไม่สามารถดูแลการจับจ่ายซื้อของได้ ต้องให้ภรรยาจดรายการให้เป็นครั้งๆไป แต่พี่ธวัชยังพูดคุยร่าเริงและจำบุคคลได้ ยังดูแลตนเองได้ แต่กิจกรรมที่มีความซับซ้อน ต้องใช้ความคิด วิเคราะห์ จะทำไม่ได้

จากการลงเยี่ยมบ้านและได้พบปัญหาทั้งหมด ทางเจ้าหน้าที่ได้ประสานทางกลุ่มงานจิตเวช ในการประเมินอาการ และแนะนำให้อสม พาพี่ธวัชไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษา แต่พี่ธวัชปฏิเสธ จึงให้อสม.ซึ่งเป็นญาติ และดูแลอยู่ให้ไปพบแพทย์ และรับยามาให้ และได้วางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม ญาติ จะเฝ้าติดตามอาการ และนำพี่ธวัชเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

สถานการณ์หลังจากที่มีการดำเนินงานตามโครงการฯ มีการดำเนินการตามระบบของโครงการทั้งการคัดกรอง/คัดแยก และมีการจัดอบรมกลุ่ม MCI ไปแล้ว 1 รุ่น นั้น สิ่งที่ได้จากการดำเนินการคือ

1. ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ และตื่นตัวกับเรื่องภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น
2. อสม/แกนนำ มีคู่มือ/แนวทางการคัดกรองด้วยแบบ 14 ข้อคำถาม และระบบการส่งต่อเพื่อคัดแยก
3. มองเห็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการเผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุ เกิดองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง

แผนการพัฒนา

1. ระบบการวินิจฉัย/รักษาให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายครอบคลุม
2. ระบบการดูแล ติดตามต่อเนื่องในชุมชน
3. การสร้างทีมการดำเนินการแบบบูรณาการที่เข้มแข็ง ยั่งยืน

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)

ในการดำเนินงาน 3 PCC ได้ผลลัพธ์ ดังนี้

ผลลัพธ์	ระบบที่มีการดำเนินการ
ผลลัพธ์จากการดำเนินงานของพื้นที่ในแต่ละระบบย่อย	การทำฐานข้อมูล ของ 2 พื้นที่ จะเป็นการจัดทำฐานข้อมูลในระบบ HOS XP, HOS PCU และใช้การดึงข้อมูลนำมาใช้ ในรายที่คัดแยกคัดกลุ่มออกมาใช้การบันทึกในตาราง excel ตามรายชื่อ และสรุปผลการคัดแยก คัดกลุ่ม การทำกลุ่มและการประเมินผลในตาราง excel ซึ่งมีความสะดวกระดับหนึ่ง และในการทำกลุ่ม มีการบันทึกผลการทำกิจกรรมโดยมีสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุรายบุคคลด้วย
ผลลัพธ์การมีระบบ	-มีระบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในพื้นที่หรือไม่ จากผลลัพธ์ในทั้งสองพื้นที่มีหลายปัจจัยที่ต้องมีการพัฒนาให้ยั่งยืน ทั้งเรื่องบุคลากร เรื่องงบประมาณ นโยบายของผู้บริหาร แต่ในสองพื้นที่ที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีระบบการดำเนินงานที่ต่อเนื่องได้ โดยการแก้ไขปัญหาในส่วนที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง -ดำเนินการอย่างไรให้เป็นงานประจำได้ ระบบของการคัดกรองทำเป็นงานประจำได้ เนื่องจากมีการคัดกรองทุกปี ในไตรมาสที่ 1 มีระบบการ

ผลลัพธ์	ระบบที่มีการดำเนินการ
	บันทึกข้อมูล การสรุปข้อมูล แต่ในการคัดแยก คัดกลุ่ม ต้องมีกลไกในการขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นให้ไปสู่งานประจำ ยิ่งถ้ามีเป็นนโยบายจากกระทรวง/กรม ที่แต่ละกรมมีการบูรณาการกัน มีความเข้าใจที่เหมือนกัน ที่พอมอบนโยบายมาเจ้าหน้าที่เข้าใจได้อย่างชัดเจน ก็จะทำงานได้ง่ายขึ้น
ผลลัพธ์ในภาพรวมตามดัชนีชี้วัดของระบบ	
ครบวงจร	-ระบบคัดกรอง/คัดแยกผู้สูงอายุประจำปี โดยในพื้นที่เป้าหมายมีการคัดกรอง/คัดแยกโดยใช้ 14 ข้อคำถาม ในอนาคตมีการวางแผนใช้ในอำเภออื่นทั้งจังหวัด ซึ่งการคัดกรองจะคัดกรองในไตรมาสแรกของทุกปีงบประมาณ ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการดำเนินงานการคัดกรองคัดแยกในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 -ระบบการวินิจฉัย/ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา มีการทบทวนระบบการวินิจฉัย/ส่งต่อ โดยมีการทบทวนระบบ และประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการ รพ.สต.บางแห่ง ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น -ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ทีมบูรณาการดูแลต่อเนื่อง) ในสองพื้นที่เกิดระบบการดูแลที่มีการดูแลในชุมชน ในหน่วยบริการเทศบาล/อบต.มีส่วนร่วมในการดูแล
ความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ	มีระบบส่งต่อทั้งจังหวัด/ไม่ตกหล่น มีระบบ COC มีโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย โดยกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ของรพ.อุทัยธานี มีการบันทึกการส่งกลับให้ดูแลรักษาต่อ แต่ในส่วนของหน่วยบริการต้นทางยังไม่มีการบันทึกโปรแกรมจากต้นทางไปสู่รพ.อุทัยธานี แต่มีการพิมพ์ประวัติของผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือสงสัยป่วยที่ต้องส่งต่อให้ไปกับผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาในรพ.อุทัยธานี
ความครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ	- ปี พ.ศ. 2563 ขยายได้บางส่วน ในกลุ่มผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุ 8 ชมรม) จำนวน 1,200 คน งบประมาณการคัดกรอง คนละ 100 บาท (งบสปสช.) คัดกลุ่มเสี่ยงทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 500 คน (คนละ 200 บาท)

ผลลัพธ์	ระบบที่มีการดำเนินการ
	- ปี พ.ศ. 2563 บรรจุตัวชี้วัดการคัดกรองทุกเรื่อง ทำ MOU กับพื้นที่ ถ้าคัดกรองครบ 10 เรื่อง จะได้ 5 คะแนน - ปี พ.ศ. 2564 ถ้ายังมีระบบการทำ MOU เหมือนปี พ.ศ. 2563 ให้บรรจุเฉพาะเรื่องการคัดกรองสมองเสื่อม กับภาวะหกล้ม เป็นร้อยละของการคัดกรอง จะครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น - ปี พ.ศ. 2563 มีการขยายพื้นที่การดำเนินงานการจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองที่ตำบลเกาะเทโพ, ตำบลหาดทนง และตำบลท่าซุง
ความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชน	ดำเนินการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนางานภาวะสมองเสื่อมของจังหวัด
ความร่วมมือของไตรภาคี	- มีการจัดทำพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวชุมชน เป้าหมายจะทำในพื้นที่ต้นแบบ
การบูรณาการเข้ากับงานประจำ	- การบูรณาการงาน ดำเนินการผ่านทางคณะกรรมการพัฒนางานผู้สูงอายุของจังหวัด ซึ่งมีพมจ.เป็นแกนนำและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ร่วมด้วย - ดำเนินการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบสมองเสื่อมครบวงจรของจังหวัด - มีการประชุมในระดับพื้นที่ ของผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ , งาน COC, งาน HHC, งาน PC ซึ่งส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบเป็นคนเดียวกัน - มีการจัดทำพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร “อุทัยธานีโมเดล” ระยะที่ 2

แนวทางการดำเนินงานภายใต้ CDC system 3 ระบบย่อย มี 6 คุณลักษณะ คือ

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรองจะดำเนินการในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ คือ 2Q คัดกรองซึมเศร้า และ แบบประเมิน14 ข้อ คำถาม ผู้รับผิดชอบคือ อสม. ส่วนกลุ่มที่ไม่ต้องคัดกรอง ได้แก่ Dementia, schizophrenia-psychosis, palliative care

การคัดแยก เครื่องมือที่ใช้ คือ TGDS >> MMSE >> MOCA จะคัดแยกได้ผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่คัดแยก	แนวทางการดูแล
กลุ่มปกติ	กิจกรรม Brain exercise ชมรมผู้สูงอายุ
กลุ่ม MCI	โปรแกรม Cognitive stimulation
กลุ่มสงสัยสมองเสื่อม	การส่งพบ specialist

2. การคัดกลุ่ม/วินิจฉัย

รูปแบบ --- > ส่งต่อ Specialist



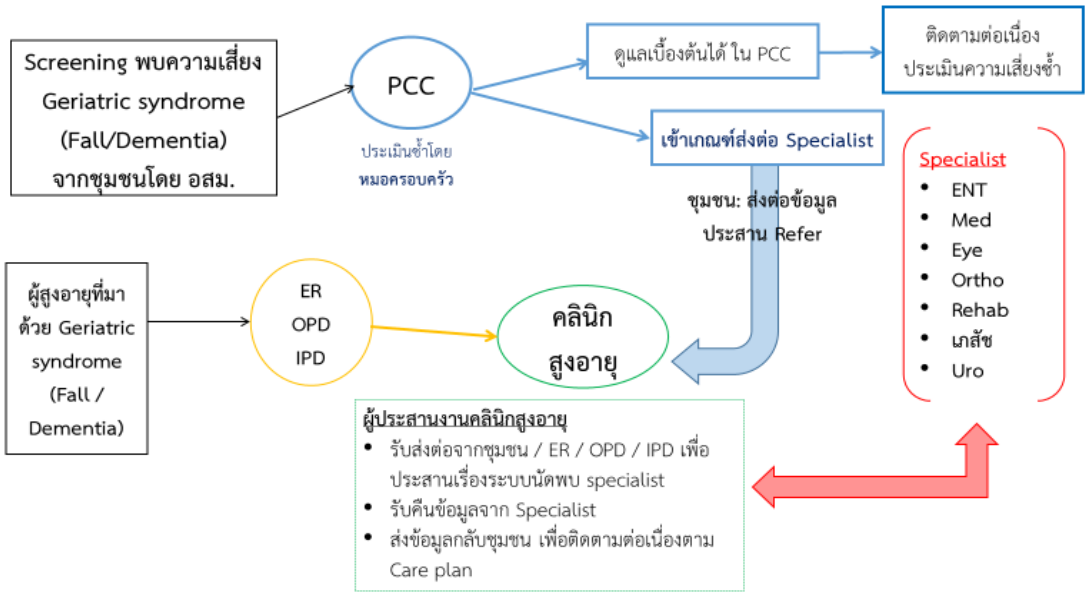
กลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉิน : ส่งพบแพทย์โดยไม่รอระบบนัด

ภาวะเพ้อ/สับสน Delirium

ความจำถดถอยลงอย่างรวดเร็ว (สัปดาห์-เดือน)

มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช-หวาดระแวง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น

ความเชื่อมโยงระบบคลินิกสูงอายุของรพ.อุทัยธานี



ภาพรวมระบบการดูแลสมองเสื่อมครบวงจร



ผลการดำเนินงานภาพรวม CDC system ใน 3 PCC

พื้นที่ 3 PCC	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่นำร่อง (คน)	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (คน)	ผลการคัดกรอง		จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก			จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัยสมองเสื่อม	การดูแลต่อเนื่อง		
			ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
2562	8,059	5,494	5,221	273	272	124	65	85	67	67	-	22	-
2563	7,534	6,045	5,818	290	204	185	77	19	19	19	-	21	-
2564	สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19												

ผลลัพธ์ของการพัฒนา CDC System ตาม 6 คุณลักษณะของระบบ

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินการ
ครบวงจร (Comprehensive	1. มีบริการครบ 3 ระบบ ดังนี้ ระบบคัดกรอง/คัดแยกผู้สูงอายุประจำปี ปัจจุบัน - พื้นที่เป้าหมายมีการคัดกรอง/คัดแยกโดยใช้ 14 ข้อคำถาม อนาคต - วางแผนใช้ในอำเภออื่นทั้งจังหวัด การดำเนินการ -คัดกรองในช่วงไตรมาสแรกของทุกปีงบประมาณ -คัดแยกในช่วงไตรมาสที่ 4 ของทุกปีงบประมาณ 2. ระบบการวินิจฉัย /ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา มีการทบทวนระบบการวินิจฉัย / ส่งต่อ โดยมีการทบทวนระบบ และประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการ รพ.สต.บางแห่ง ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น (ขยายผลให้เกิดในโรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต.) 3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ทีมบูรณาการดูแลต่อเนื่อง) ในพื้นที่เกิดระบบการดูแลที่มีการดูแลในชุมชน ในหน่วยบริการเทศบาล/อบต.มีส่วนร่วมในการดูแล
ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	ปี พ.ศ. 2563 ขยายได้บางส่วน ในกลุ่มผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุ 8 ชมรม) จำนวน 1,200 คน งบประมาณการคัดกรอง คนละ 100 บาท (งบสปสช.) คัดกลุ่มเสี่ยงทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 500 คน (คนละ 200 บาท) ปี พ.ศ. 2563 บรรจุตัวชี้วัดการคัดกรองทุกเรื่อง ทำ MOU กับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2564 ยังมีระบบการทำ MOU เหมือน ปี พ.ศ. 2563 ให้บรรจุเฉพาะเรื่องการคัดกรองสมองเสื่อม กับภาวะหกล้ม เป็นร้อยละของการคัดกรอง จะครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น ปี พ.ศ. 2565 มีการขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครบทุกหน่วยบริการในอำเภอเมืองอุทัยธานี
เข้าถึงบริการได้ โดยสะดวก (Access)	วางแผนดำเนินการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนางานภาวะสมองเสื่อมของจังหวัด ในปี พ.ศ. 2564 แต่ไม่สามารถขับเคลื่อนได้ เนื่องไม่มีการประชุมคณะทำงาน

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินการ
	ดังนั้นจึงเพิ่มการเข้าถึงโดยการจัดประชุมสรุปผลงานและแจ้งจากสาธารณสุขอำเภอให้มีการคัดกรองด้วย 14 ข้อคำถาม ทุกหน่วยบริการในอำเภอเมืองอุทัยธานี ทำให้เพิ่มการเข้าถึงมากขึ้น
มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless)	-การเข้าถึงบริการพบแพทย์เฉพาะทาง / กระบวนการส่งต่อ บูรณาการร่วมกับงานคลินิกผู้สูงอายุของรพ.อุทัยธานี (เขตพื้นที่อ.เมือง) และ การส่งต่อของผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดอุทัยธานี (เขตพื้นที่ต่างอำเภอ) -การส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือสงสัยสมองเสื่อม ที่ต้องส่งต่อให้ไปกับผู้ป่วยเข้ารพ.อุทัยธานี มีแนวทางการดูแล และมีผู้รับผิดชอบชัดเจน ทำให้การประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างไร้รอยต่อ -ระบบ COC มีโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย โดยกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องของรพ.อุทัยธานี มีการบันทึกการส่งกลับให้ดูแลรักษาต่อ แต่ในส่วนของหน่วยบริการต้นทางยังไม่มีการบันทึกโปรแกรมจากต้นทางไปสู่รพ.อุทัยธานี
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	มีการจัดทำพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวชุมชน เป้าหมายจะทำในพื้นที่ต้นแบบ ในรพ.สต.น้ำซึม และศูนย์เทศบาลเมืองอุทัยธานี ทำให้เห็นภาพของการมีส่วนร่วมมากขึ้น
เป็นการบูรณาการ (Integration)	-การบูรณาการงาน ดำเนินการผ่านทางคณะกรรมการพัฒนางานผู้สูงอายุของจังหวัด ซึ่งมีพมจ.เป็นแกนนำและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ร่วมด้วย -ดำเนินการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบสมองเสื่อมครบวงจรของจังหวัด -มีการประชุมในระดับพื้นที่ ของผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, งาน COC, งาน HHC, งาน PC ซึ่งส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบเป็นคนเดียวกัน มีการจัดทำพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวชุมชน

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จในการพัฒนาระบบ

1. ความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่รพ.สต.น้ำซึม ร่วมกับ อบต.น้ำซึม และรพ.อุทัยธานี ร่วมกับเทศบาลเมืองอุทัยธานี มีการทำงานที่มีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่นอย่างแท้จริง ความร่วมมือของเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมทำ เรียนรู้ไปด้วยกัน ตั้งแต่แรกจนจบกิจกรรม

2. เครือข่ายในชุมชนมองเห็นความสำคัญของการดูแลแบบครบวงจรเป็นสิ่งใหม่และเป็นทางออกชุมชนที่จะเติมส่วนขาดของป้องกันภาวะสมองเสื่อม

อุปสรรคที่มีในการพัฒนาระบบ

ปัญหา COVID-19 ทั้งในปี พ.ศ. 2563 ปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2565 ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มคนได้ ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่หยุดไป ปี พ.ศ. 2565 และภาระงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดทีมการทำงานในพื้นที่ในการดำเนินการโครงการนี้

สรุปจุดเด่นของ CDC system ของพื้นที่

รูปแบบบริการของ PCC สามารถส่งต่อกับรพ.สต.ในเครือข่ายได้ มีการเชื่อมโยง การประสานงานในภาพคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเนื้องานจะแทรกอยู่ในงานประจำ

เป้าหมาย/แผนการดำเนินงานของการพัฒนาระบบในระยะต่อไป

1. ความต่อเนื่องในการดำเนินงานในพื้นที่ ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบ

2. ขยายผลให้มีการดำเนินงานทุกหน่วยบริการในอำเภอเมืองอุทัยธานี / ในระดับจังหวัด

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานพัฒนาระบบครบวงจรของทีมพื้นที่

1. เรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาร่วมกับท้องถิ่น

2. ระบบการดูแลสมองเสื่อมที่ครบวงจร วางแผนอย่างเป็นระบบทำให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง คัดแยก การวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล/อื่นๆ

ควรมีการศึกษาหรือพัฒนาแนวทางพัฒนาระบบการดูแลสมองเสื่อมในยุค COVID-19 ถ้าต้องพบกับปัญหาอุปสรรคแบบนี้การดำเนินงานควรจะทำอย่างไร และถ้าไม่สามารถรวมกลุ่มคนได้ จะมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างไร

การพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2566 - ปัจจุบัน การดำเนินงานด้านการวินิจฉัย ส่งต่อ ปฏิบัติตามระบบงานประจำ ซึ่งสามารถบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลตามระบบ มีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากถูกวินิจฉัย มีช่องทางการเข้าถึงบริการ โดยมีคลินิกผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล

ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม/ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ขยายผลการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม

รูปแบบการพัฒนาระบบ CDC: โมเดลจังหวัดอุทัยธานี

พื้นที่นำร่อง (3 ตำบล) อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี: ตำบลอุทัยใหม่ ตำบลน้ำซึม ตำบลเกาะเทโพ > พัฒนาเป็น>> พื้นที่ผู้นำการพัฒนา (CDC system) ที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล >>> ระดับจังหวัด>>ระดับประเทศและ>>สู่สากล

ทีมนำระดับจังหวัด (SM/DT-CC/DT-CM+ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง)

มี MOU/คณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

มีศูนย์ประสานการพัฒนาระบบ (สสจ.) ระดับจังหวัด (มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน แต่ยังคงมีความต่อเนื่องของงาน)

มี SM /DT-CC/DT-CM ระดับตติยภูมิ (Psychiatrist/Specialist โรงพยาบาลอุทัยธานี) นักจิตวิทยาคลินิก และระดับปฐมภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ: PCC โรงพยาบาลอุทัยธานี)

มีทีมภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง (เทศบาลตำบล) (อสม/CG/นักบริบาล/ชมรมผู้สูงอายุ) อื่นๆ

รูปแบบบริการสุขภาพระดับ (ปฐมภูมิ/ตติยภูมิ) โรงพยาบาลอุทัยธานี
(เกิดอานิสงค์ถึงนอกพื้นที่นำร่องด้วย)

มีทีมงาน/การดำเนินงาน ครบวงจรทั้ง 3 ระบบย่อย (มีการพัฒนาศักยภาพ/มีประสบการณ์ทำจริง)

ระบบการคัดกรอง-คัดแยก

การคัดกรอง (2Q/14Q) โดย อสม

การคัดแยก (TGDS/MMSE/MoCA) โดย PCC? FM/DT-CM/นักจิตวิทยาคลินิก

ระบบการคัดกลุ่ม (มีแนวทางการส่งต่อ/ปรึกษา)(ทั้งใน-นอกพื้นที่พัฒนา/รพช?)

คลินิกผู้สูงอายุ (PCC เมือง แพทย์ FM ส่งต่อ)

ระบบส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง (จิตแพทย์) แบบฉุกเฉิน/ปกติ (เชื่อมต่อเฉพาะทางอื่นได้)

ระบบการดูแลต่อเนื่องครบ 3 กลุ่ม

กลุ่มปกติ (ชมรมผู้สูงอายุ)

กลุ่ม MCI (Team V)

กลุ่ม Dementia (LTC/Palliative) อาจพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแล/บริการอื่นๆเพิ่มได้

คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อุทัยธานีโมเดล

คณะกรรมการการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร จังหวัดอุทัยธานี คำสั่งจังหวัดอุทัยธานี คำสั่งที่ 2068/2562 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2562 เป็นคณะทำงานที่มีการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 – 2565 โดยปีงบประมาณ 2566 เป็นการบูรณาการอยู่ในคณะกรรมการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ 48/2566 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2566 มีคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะกรรมการในทุกอำเภอ จะประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในสังกัดและนอกสังกัด ซึ่งคณะกรรมการนี้จะเป็นคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมคำสั่งดังภาพ

สำเนาคู่ฉบับ



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ที่ ๔๔ /๒๕๖๖
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดอุทัยธานี

.....

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการพัฒนาตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการดำเนินงานเน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ แบบไร้รอยต่อ และมีการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งต้องมีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๑ ชมรม/ตำบล รวมทั้งการขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูล และขอยกเลิกคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ ๒๓๔ / ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔

เพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดอุทัยธานี ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ดังนี้

คณะกรรมการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย

๑. นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ ประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
๒. นางนลินี บุญธรรม รองประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
๓. นางสาวพัชรนันท์ ศักดิ์สิริกุล กรรมการ
ทันตแพทย์ปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
๔. นางปิ่นแก้ว จันทร์ประสิทธิ์ กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
๕. นางสาวอัศนีย์ สมบัวทอง กรรมการ
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
๖. นางสาวชนกสุดา ช้างสรรค์ กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
๗. นางสาวพรวิมล พันธุ์วัฒน์ กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี
๘. นางยุพิน ริ้วพิทักษ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัยธานี
๙. นางสาวชนินทร์พร ทิตยาสุชนิรันดร์ กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

๑๐. นางเบญจมาศ...

๑๐. นางเบญจมาศ อินอ่อน		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลทัพทัน	
๑๑. นางพนิดา ภีระจิ่ง		กรรมการ
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	โรงพยาบาลทัพทัน	
๑๒. นายสงการณ์ จิราพงษ์		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน	
๑๓. นายเอกภณ พงษ์เขตการณ์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสว่างอารมณ์	
๑๔. นางสาวสุปราณี อินทุภูติ		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์	
๑๕. นางสีวรา วิเชียรรัตน์		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง	
๑๖. นายธนกฤต จุลจาจันทร์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลหนองฉาง	
๑๗. นางชนัญชิดา พรหมสาขา ณ สกลนคร		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง	
๑๘. นางสาวสโรชา มณีโสย		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลหนองขาหย่าง	
๑๙. นางสาวสุนารี หอมจันทร์		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองขาหย่าง	
๒๐. นางวาสนา อยู่รอง		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่าโพ	
๒๑. นางยุวภัค ยนตะสุข		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุ่งพึ่ง	
๒๒. นางเนตรนภา บุญธนวพิศาล		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบ้านไร่	
๒๓. นางนงลักษณ์ แสนพรม		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไร่	
๒๔. นางสาวอนิศสรา พงษ์เขตกิจ		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลานสัก	
๒๕. นางสาวสกุลรัตน์ ลี้ลับ		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสัก	
๒๖. นางสาวพิจิตรา ชยันการนารี		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลห้วยคต	
๒๗. นางสาววนิดา สัมสุด		กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยคต	
๒๘. นางเขมม์วราลักษณ์ บุตรน้ำเพ็ชร		กรรมการและเลขานุการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	

๒๙. นางสาวนิศาชล...

๒๙. นางสาวนิศาชล อินทโชติ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

อำนาจหน้าที่

๑. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มผู้สูงอายุ พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง และพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

๒. ประเมินตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอายุการรับรองการประเมิน ๓ ปี

๓. ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำพื้นที่ และสุ่มออกประเมินตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

๔. สรุปผลการประเมินตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

๕. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

คณะกรรมการประเมิน/ติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับอำเภอ

อำเภอเมืองอุทัยธานี ประกอบด้วย

๑. นายโยริน อำพิน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี ประธานกรรมการ
๒. นางยุพิน ริ้วพิทักษ์ รองประธานกรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัยธานี
๓. นางสาวผกาวัลย์ พันธุ์รัตน์ กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี
๔. นางสาวปรีกาญจน์ บัวหุ่ง กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัยธานี
๕. นางชวัญพัฒน์ ปิตวิบลเสถียร กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี
๖. นางปานทิพย์ พันธ์เชียน กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่าขุง
๗. นางยุวดี อำพิน กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม
๘. นางสาวชนินทร์พร ทิตยาสุขนิรันดร์ กรรมการและเลขานุการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

อำเภอทัพทัน ประกอบด้วย

๑. นายชาเวท วราหะ สาธารณสุขอำเภอทัพทัน ประธานกรรมการ
๒. นายสงการณ์ จิราพงษ์ รองประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน
๓. นางเบญจมาศ อินอ่อน กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทัพทัน

๔. นางพนิดา...

๔. นางพนิดา ภีระจิ่ง กรรมการ
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลทัพทัน
๕. นางกมลวรรณ ประทีป กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาปฐวี
๖. นางสาวมยุเรศ รักกสิกรณ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเตย
๗. นางสาวบุษบา ทะนะกุล กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระทุ่ม
๘. นางฆาณวิกา กุลนี กรรมการและเลขานุการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหม้อ

อำเภอสว่างอารมณ์ ประกอบด้วย

๑. นายสัญชัย แป้นทอง สาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ประธานกรรมการ
๒. นางสิริรา วิเชียรรัตน์ รองประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง
๓. นางสาวผกาวัลย์ พันธุ์รัตน์ กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี
๔. นางกาญจนา มากวงษ์ กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหราย
๕. นางสาวพิชานัน คุ้มชนะ กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์
๖. นายเอกภณ พงษ์เขตการณ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์
๗. นางสุมาลย์ โชติช่วง กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์
๘. นางประภา ดีพิจารณ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่เขียว
๙. นางสาวณัฐกานต์ หมั่นเขตรกิจ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาผาลาด
๑๐. นางสาวสุปราณี อินทุภูติ กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์
๑๑. นายศรา บัวลา กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์

อำเภอหนองฉาง ประกอบด้วย

๑. นายสมเจตน์ ไวสาริกิจ สาธารณสุขอำเภอหนองฉาง ประธานกรรมการ
๒. นางวงจันทร์ พิมพะกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รองประธานกรรมการ
๓. นางสาวผกาวัลย์ พันธุ์รัตน์ กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี

๔. นางสาวธนาทิพย์...

๔. นางสาวธนาทิพย์ กรโกษา กรรมการ
ทันตแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลหนองฉาง
๕. นางกิ่งแก้ว โตใหญ่ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขากวางทอง
๖. นางเพ็ญจันทร์ ดำสนิท กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งพง
๗. นางวรุณ บุญมั่น กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยเก่า
๘. นางสาวสุมาลี เพียรธัญญกรรม กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า
๙. นางศิรินาถ บุญไทย กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง
๑๐. นายธนกฤต จุลจาจันทร์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง
๑๑. นางชนัญชิตา พรหมสาขา ณ สกลนคร กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง

อำเภอหนองขาหย้าง ประกอบด้วย

๑. นายวรพจน์ ประหีป สาธารณสุขอำเภอหนองขาหย่าง ประธานกรรมการ
๒. นางวาสนา อยู่รอง รองประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพ
๓. นางปราณี พรมมี กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองขาหย่าง
๔. นางยุวภัค ยนตะสุข กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งพึ่ง
๕. นางศุทธิวรรณ อินอ่อน กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมกแถว
๖. นายชาญวิทย์ สุระดม กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงขวาง
๗. นางสาวสโรชา มณีไสย กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองขาหย่าง
๘. นางสาวสุนารี หอมจันทร์ กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองขาหย่าง

อำเภอบ้านไร่ ประกอบด้วย

๑. นายสมเจตน์ เจียมเจือจันทร์ สาธารณสุขอำเภอบ้านไร่ ประธานกรรมการ
๒. นางเนตนภา บุญธนาพิศาน รองประธานกรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไร่

๓. นางสาวชุติมันย์...

๓. นางสาวชุติมันย์ ทิพกวีย์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอกควาย	
๔. นายปรัชญา วิริยาภรณ์ประภาส		กรรมการ
ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลบ้านไร่	
๕. นางสาวศุภนิจ ทับชัย		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โรงพยาบาลบ้านไร่	
๖. นางสาวรุ่ง พรรพิสา		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพหลวง	
๗. นางสาวหฤทัย วิทังจีน		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก	
๘. นางหนึ่งฤทัย จันทนารี		กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหิน	
๙. นางสาวพิชานนท์ เสาร์ทอง		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบ่มกล้วย	
๑๐. นางแสงเทียน ศรทอง		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองการุ้ง	
๑๑. นางสาวนารีรัตน์ อินคีบ		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ	
๑๒. นางนงลักษณ์ แสนทรม		กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไร่	

อำเภอลานสัก ประกอบด้วย

๑. นายเอเธน วรพงศ์ไชย		ประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รักษาราชการแทน สาธารณสุขอำเภอลานสัก	
๒. นายพิทยา ขามาลา		รองประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องตาที	
๓. นางสาวผกาวัลย์ ทันธุรัตน์		กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข	องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี	
๔. นางสาวมัทวัน เพชรวัตร		กรรมการ
ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลลานสัก	
๕. นางสาวอนิดสรา พงษ์เขตกิจ		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลานสัก	
๖. นางแป้งล่ำ บุญญาประสิทธิ์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา มหาราชินี	
๗. นางสาวพรสิริ พะลัง		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบำ	
๘. นางสาวกฤษณา กลิ่นกลบ		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่วยนาว	

๙. นายฉัตรพล...

๙. นายฉัตรพล คงห้วยรอบ		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำรอบ	
๑๐. นางสาววารุณี ภัทรภากรณ์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแหน	
๑๑. นางสาววรรณกร พื้นพงพัฒน์		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับป่าพลู	
๑๒. นางสาวสกุลรัตน์ สี้ลับ		กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสัก	

อำเภอห้วยคต ประกอบด้วย

๑. นายจตุภพ ดิษผล	สาธารณสุขอำเภอห้วยคต	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวมานิตา แก้วการะเวก		รองประธานกรรมการ
ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลห้วยคต	
๓. นางสาวผกาวัลย์ พันธุ์รัตน์		กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข	องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี	
๔. นายธนู ขยันการนาวี		กรรมการ
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขฤทัย	
๕. นางสาวจันทร์จิรา จำแดง		กรรมการ
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหองหลาง	
๖. นางจุรีรัตน์ เพ็งยุ่น		กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองหลาง	
๗. นางสาวจุฑามาศ ศรีโสภา		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลห้วยคต	
๘. นางสาวนิตา บุญยัง		กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขฤทัย	
๙. นางสาวพิจิตรา ขยันการนาวี		กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองแห้ง	
๑๐. นางจินตนา ปัทมรัตน์		กรรมการและเลขานุการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยคต	

อำนาจหน้าที่

๑. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มผู้สูงอายุ พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง และพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

๒. ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำพื้นที่ในการรองรับการประเมิน และติดตามการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

๓. ตรวจสอบผลการประเมินตนเองของแต่ละตำบล

๔. ประเมินตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ ในระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมิน

๕. งานอื่นๆ...

๕. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

และให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ ๒๐๔ / ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ว่าที่ร้อยตรี

(ดนัย พิทักษ์อรรณพ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ภาพการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงาน





การประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะเป็นการประเมินทั้งระบบในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมด้วย เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข การดูแลสุขภาพทันตสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นำเสนอกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การรับรองผลจะรับรอง 3 ปี ดังนั้น การพัฒนาต่อเนื่อง คือ จัดทำเกณฑ์เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยคณะทำงานมีส่วนร่วมพูดคุยและผู้ประเมินจะนำประเด็นนี้ลงประเมินด้วยต่อไป

ภาพกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ปีงบประมาณ 2566





ประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น. ว่าที่ร้อยตรีดนัย พิทักษ์อรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มอบหมายให้นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีพร้อมด้วยหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ นำเสนอกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนจัดการบริการสาธารณสุขระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยนายธีรพัฒน์ คัชมาตย์ ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานการประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ห้องประชุมสะแกกรัง ชั้น ๕ ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี

ประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำ work shop ชุดโปรแกรมกระตุ้นสมอง



วันจันทร์ที่ 29 พฤษภาคม 2566 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ดำเนินการโครงการพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นสมอง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำ work shop ชุดโปรแกรมกระตุ้นสมอง 3 ชุด นำมาพัฒนาการใช้ในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี เป็นจังหวัดหนึ่งใน 16 จังหวัดที่เข้าร่วมพื้นที่การจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้สูงอายุตำบลอุทัยใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลอุทัยใหม่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต งานผู้สูงอายุ และหน่วยบริการที่สนใจร่วมประชุมฯ รวมจำนวน 60 คน ร่วมเรียนรู้ ทดลองทำกิจกรรม และเจ้าหน้าที่สามารถนำชุดโปรแกรมกระตุ้นสมองไปใช้ในพื้นที่ได้ ณ ศาลาอเนกประสงค์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองฯ

ประชุมการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ไตรมาสที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2566



วันที่ 1 มิถุนายน 2566 เวลา 09.30 น.ว่าที่ร้อยตรี ดนัย พิทักษ์อรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มอบหมายให้ ดร.นลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นประธานการประชุม การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ไตรมาสที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2566 จัดโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดให้ โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี นำเสนอผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข โดยระบบ ZOOM เพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยจังหวัดอุทัยธานีมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบทุกโรงพยาบาลคิดเป็น 100 %

การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 เวลา 09.30 น. ณ ห้องประชุมมหาชนก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยมีว่าที่ร้อยตรีดนัย พิทักษ์อรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานในการเปิดการประชุม

โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ ตามกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก(WHO) และได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566 การจัดประชุมในครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป





วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีนายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานเปิดการประชุมฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถเพิ่มขึ้น และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ และให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความยินดีกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง



วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 นายเอเธน วรพงศ์ไชย สาธารณสุขอำเภอลานสัก มอบเกียรติบัตรการอบรมหลักสูตรมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 11 คน จัดการอบรมโดย นางขัญญพัชร์ บุญช่วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงแห้ง ต.น้ำรอบ อ.ลานสัก ทั้งนี้ได้ดำเนินการจัดอบรมตามแนวทางการขอใช้หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 70 ชั่วโมงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอแสดงความยินดีเป็นอย่างยิ่ง ร่วมแรงใจในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุน Long Term Care
และการประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประจำปี 2566



วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 นางนลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จัดประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุน Long Term Care และการประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประจำปี 2566 โดยผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลทุกแห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เข้าร่วมการประชุม สรุปผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรค แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ณ ห้องประชุมมหาชนก

ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี







วันที่ 1 มีนาคม 2566 เวลา 13.30 น. นางนลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นประธานในการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี ณ ห้องประชุมบรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โดยผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ซึ่งเป็นการติดตามข้อมูลผู้สูงอายุมีผลส่งเสริมสุขภาพดี ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และร่วมกันพิจารณาการประกวดองค์กรต้นแบบ และบุคคลต้นแบบ ระดับจังหวัด

รับเกียรติบัตรพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร





วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์หญิงปนัดดา ศรีวิชิต จิตแพทย์รพ.อุทัยธานี หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.อุทัยธานี และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุ รพ.อุทัยธานี นำเสนอผลการดำเนินงาน และรับเกียรติบัตรพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในการประชุมแลกเปลี่ยนวิชาการการจัดการความรู้ และระบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นวัตกรรมสมองเสื่อมระดับประเทศ/นานาชาติ (Knowledge management) ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ โดยจังหวัดอุทัยธานี เข้าร่วมโครงการปี 2562 ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานี และจะขับเคลื่อนการดำเนินการเชื่อมโยงการดูแลในคลินิก ผู้สูงอายุทุกแห่งต่อไป

กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ปีงบประมาณ 2567



วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ว่าที่ร้อยตรี ดนัย พิทักษ์อรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มอบหมายให้นางนลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมมอบบ้านให้กับคนพิการและผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบ้านไร่ ตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการและโครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสม และปลอดภัย โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุทัยธานี มอบบ้านฯ ในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลหูช้าง จำนวน ๔ ราย และในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไหม่คลองเคียน จำนวน ๒ ราย



วันที่ 7 ตุลาคม 2566 ว่าที่ร้อยตรี ดนัย พิทักษ์อรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มอบหมายให้กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมมอบบ้านให้กับคนพิการและผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอห้วยคต ตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และโครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสม และปลอดภัย โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุทัยธานี มอบบ้านฯ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสุขฤทัย จำนวน 3 ราย และองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยคต จำนวน 3 ราย



วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เข้าร่วมการประชุมกำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ณ ห้องประชุมมหาชนก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โดยมีนายแพทย์เอกรินทร์ อุ่นอบ ผู้อำนวยการเขต สปสช. เขต 3 นครสวรรค์ เป็นประธานในการประชุม



วันที่ 13 ธันวาคม 2566 นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองฉาง เข้าร่วมการประชุมวิชาการระดับชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี โดยจังหวัดอุทัยธานี ได้รับมอบโล่เชิดชูเกียรติประเภท ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ชีวีมีสุข ดีเด่น ได้แก่ นายสุวิล จิระมณี ผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองฉาง

ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงานโครงการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2567



วันที่ 25 ธันวาคม 2566 เวลา 13.30 น. นางนลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นประธาน ในการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงานโครงการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2567 ณ ห้องประชุมมหาชนก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ซึ่งในที่ประชุมได้สรุปสถานการณ์ปีงบประมาณ 2566 แนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 และเตรียมความพร้อมการดำเนินงานโครงการป้องกันภาวะสมองเสื่อมฯ

ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุในการใช้งานชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามความเสี่ยงด้วย IWP



วันที่ 12 มกราคม 2567 นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุในการใช้งานชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามความเสี่ยงด้วย IWP ณ ห้องประชุมมหาชนก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุสำรอง เตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

ลงพื้นที่เยี่ยมครอบครัว อำเภอเมืองอุทัยธานี



วันที่ 16 มกราคม 2567 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ดำเนินงานโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ลงพื้นที่เยี่ยมครอบครัว ในพื้นที่อำเภอเมือง ตำบลหนองแก ตำบลหนองพังค่า ร่วมกับคณะสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดอุทัยธานี และคณะพชอ.อำเภอเมืองอุทัยธานี จำนวน 4 หลังคาเรือน โดยมอบถุงยังชีพ และตรวจเยี่ยมบ้านที่ชำรุดเพื่อหาแนวทางการแก้ไขต่อไป



ประชุมติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ



วันที่ 23 มกราคม 2567 นางนลินี บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นประธาน ในการประชุมติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุมบรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งที่ประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ได้ชี้แจงโครงการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คืนข้อมูลการดำเนินงานผู้สูงอายุ ชี้แจงเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุ โปรแกรม DMS Care Tools และพื้นที่ร่วมแลกเปลี่ยนสรุปผลการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค



วันที่ 25 มีนาคม 2567 เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมมหาชนก ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ว่าที่ร้อยตรีถนัย พิทักษ์ธรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยนายยนต์ชัย อโณวรรณพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นผู้กล่าวรายงานถึงวัตถุประสงค์โครงการ ซึ่งการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในครั้งนี้ จัดโดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ ตามกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHO) และได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2567 การจัดประชุมในครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป



นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ร่วมในกิจกรรมจัดเสวนา

" สานพลังพัฒนาผู้สูงวัยให้ปลอดภัยอย่างยั่งยืน " และพิธีมอบเครื่องอุปโภค - บริโภค แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง และสุพรรณบุรี



วันที่ 15 มีนาคม 2567 ณ ห้องประชุมศูนย์ OTOP เมืองพระนครศรีอยุธยา ตำบลสวนพริก อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ว่าที่ร้อยตรีถนัย พิทักษ์ธรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กล่าวต้อนรับ ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี รองประธานมูลนิธิส่งเสริมผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ผู้แทนจากหลายองค์กร 6 จังหวัด ภาคกลาง เมื่อวันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดเสวนา " สานพลังพัฒนาผู้สูงวัยให้ปลอดภัยอย่างยั่งยืน " และพิธีมอบเครื่องอุปโภค - บริโภค แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง และสุพรรณบุรี โดยมูลนิธิส่งเสริมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนจากเครือซหรัญโภคภัณฑ์ ดำเนินโครงการเครือซหรัญโภคภัณฑ์ร่วมสมทบกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2567 ซึ่งเป็นโครงการที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้ทั่วประเทศ ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป ฐานะยากจน ไร้คนดูแล โดยจะจัดมอบเครื่องอุปโภค - บริโภค และมีมูลค่าประมาณ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ทั่วประเทศรวม 76 จังหวัด จังหวัดละ 15 ราย รายละ 3,500 บาท





วันที่ 22 มีนาคม 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี ว่าที่ร้อยตรีถนัย พิทักษ์ธรรณพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เป็นประธานในการเปิดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอเมืองอุทัยธานี โดยโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนา อสม.ที่จะไปเป็น Caregiver ในระบบ Long Term Care ของกระทรวงสาธารณสุข หรือพัฒนาประชาชนทั่วไปที่มีบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้น ในการดูแลบุคคลในครอบครัว รวมถึงเพื่อสร้างงาน สร้างรายได้ ให้แก่ประชากรวัยแรงงานที่ผ่านการอบรม ซึ่งมีเป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการเป็น อสม. จำนวน 20 คน

ประชุมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม และประเมินผล) ครั้งที่ 2



วันที่ 28 มีนาคม 2567 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม และประเมินผล) ครั้งที่ 2 ณ วัดหนองขุย อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี โดยมีกิจกรรมทางกายเสริมสร้างสมาธิ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดบ้านสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมทางกายเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมป้องกันการหกล้ม และกิจกรรมกระตุ้นสมอง

เขตสุขภาพที่ 4 นำร่องในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

บริบทพื้นที่ก่อนการพัฒนาระบบ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีตไม่มีรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวมแบบครบวงจร มีการประเมินผู้สูงอายุ วินิจฉัย รักษาโดยจิตแพทย์ ที่กลุ่มงานจิตเวช รพ.สิงห์บุรี /รพ.ชุมชน โดยใช้แบบประเมิน TMSE ในการประเมิน และส่งพบจิตแพทย์ ผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม หูแว่ว ภาพหลอน และรบกวนญาติ ญาติจะพามาพบจิตแพทย์ กรณีที่มีอาการหลงลืม ถามซ้ำๆ แต่ไม่ได้รบกวนญาติ ญาติก็อาจจะไม่ได้พามารักษา เพราะคิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นพี่เลี้ยงในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้แก่โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ในเขตจังหวัดสิงห์บุรี ครอบคลุม 6 อำเภอ

การค้นหา คัดกรอง ผู้สูงอายุ ในภาพรวม

มีการประเมินคัดกรอง โดย สสจ.สิงห์บุรี งานผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ประสานงานกับ อำเภอต่างๆ สสอ. รพ.สต. ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาพรวม มีการสำรวจสภาวะสุขภาพและมาตรฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสิงห์บุรี ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุรวมถึงการประเมินสมองเสื่อม เมื่อแต่ละพื้นที่ประเมินเสร็จก็จะบันทึกและคีย์ข้อมูล ส่งข้อมูลให้ สสจ. แต่ไม่มีระบบของการคัดกรอง ประเมินและเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ข้อมูลก็จะถูกกองและเก็บไว้ที่ รพ.สต.

ระยะการพัฒนาระบบ

พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีได้สมัครใจเข้าร่วมเป็นเครือข่าย กับ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตั้งแต่ในวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2561 และโดยได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ในวันที่ 4 มีนาคม 2562 มีภาคเครือข่ายร่วมการสนับสนุนวิชาการในพื้นที่ด้วย คือ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีเครือข่ายสาธารณสุขร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ***โดยมีกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นพี่เลี้ยงดำเนินการและผู้ประสานงาน*** โดยได้มีการคัดเลือก 6 ตำบล ใน 6 อำเภอ เป็นพื้นที่นำร่อง ในการดำเนินงาน



ลงนาม ณ วันจันทร์ที่ ๔ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๒

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

(นายแพทย์วิวัฒ คำเพ็ญ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(แพทย์หญิงวนิตา สาตตระกูลวัฒนา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

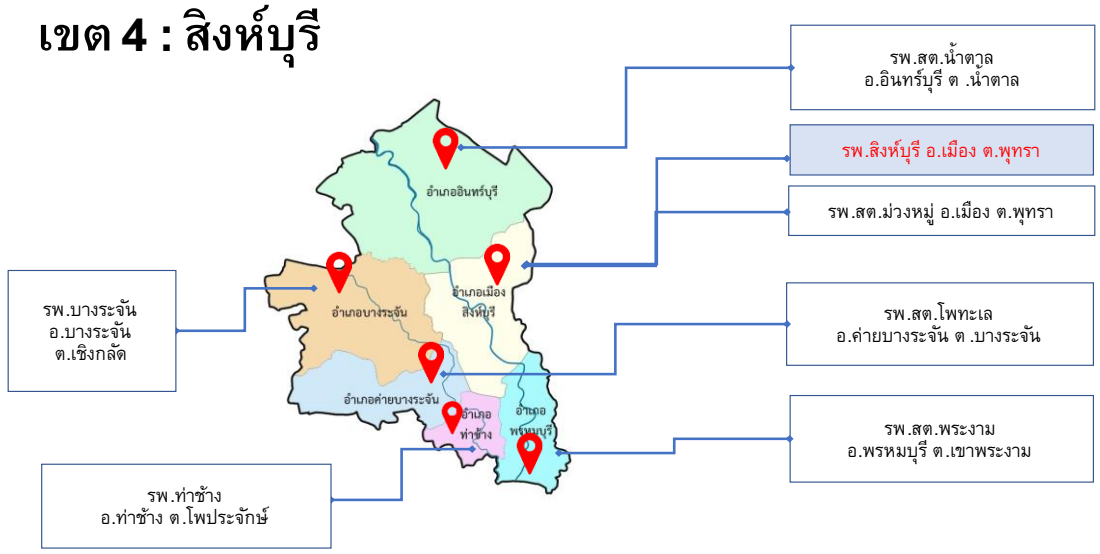
(นางจตุพร โรจนพานิช)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสิงห์บุรี

(นายสรกฤช เทียนถาวร)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

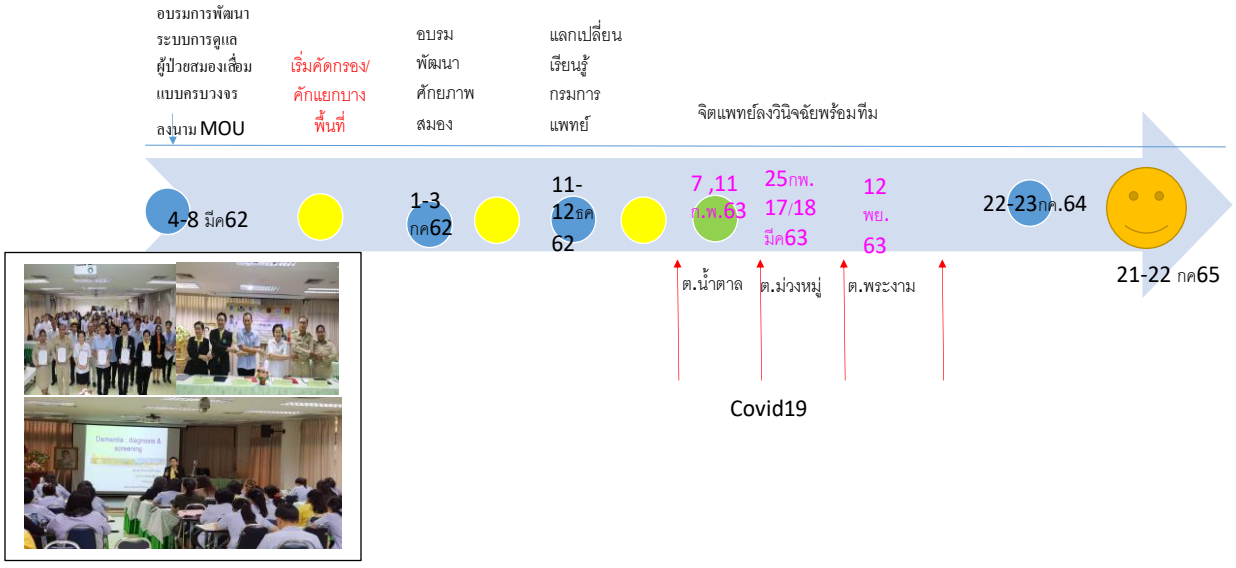
พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 6 อำเภอ โดยพื้นที่สมัครใจและคัดเลือกมา 1 พื้นที่ เป็นต้นแบบการพัฒนาในแต่ละอำเภอ โดยมีโรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นผู้ประสานหลักร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ แก่

ตำบลม่วงหมู่ อำเภอเมืองสิงห์บุรี พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต ม่วงหมู่
ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน พื้นที่รับผิดชอบ รพ.บางระจัน
ตำบลโพทะเล อำเภอค่ายบางระจัน พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. โพทะเล
ตำบลพระงาม อำเภอพรหมบุรี พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.พระงาม
ตำบลโพประจักษ์ อำเภอท่าช้าง พื้นที่รับผิดชอบ รพ.ท่าช้าง
ตำบลน้ำตาล อำเภออินทร์บุรี พื้นที่รับผิดชอบรพ.สต.น้ำตาล

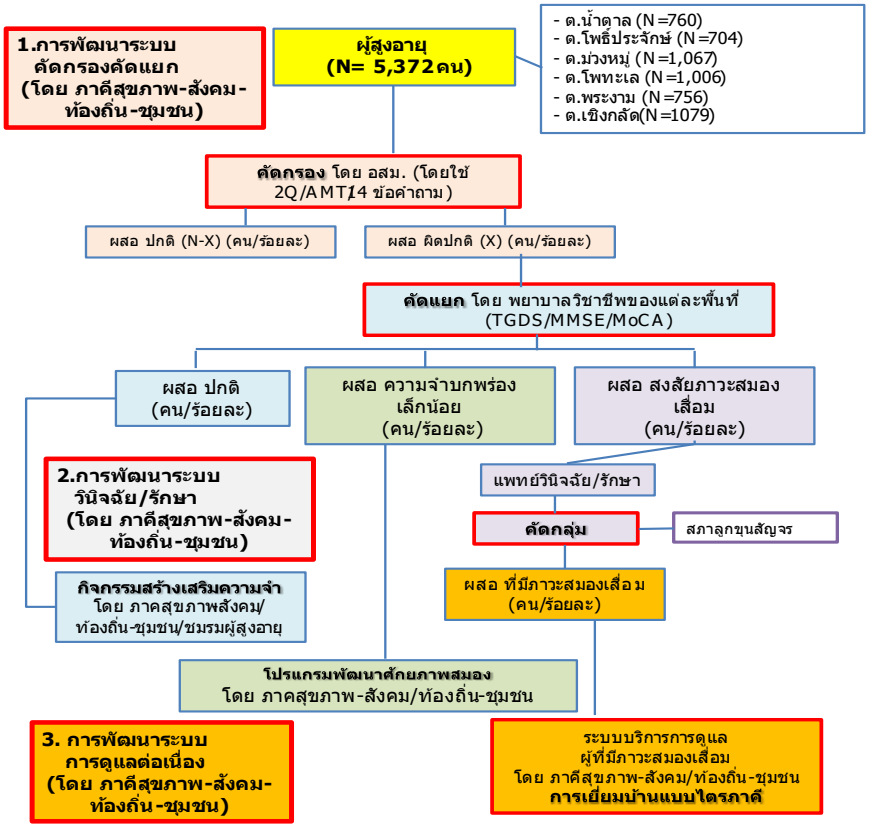
พื้นที่นำร่องการดำเนินงานการพัฒนา



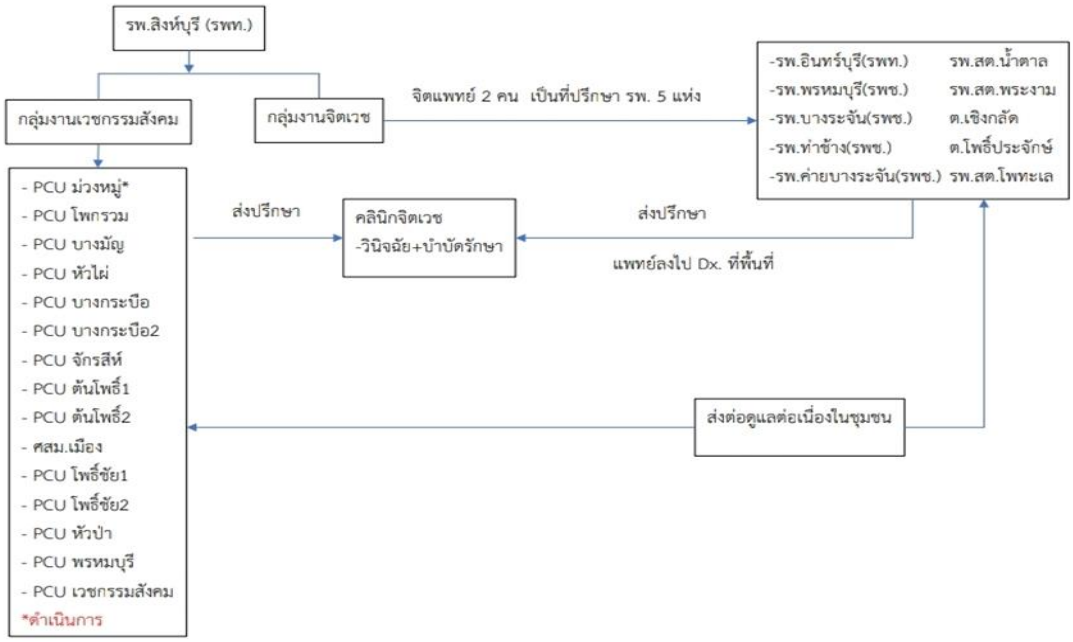
Time-line การดำเนินงาน



ผังไหล การดำเนินการการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดสิงห์บุรี



ผังไหล ระบบการคัดกลุ่ม : โรงพยาบาลสิงห์บุรี



ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบ

เดือน	กิจกรรม
ตุลาคม	ประชุมทีม เพื่อเตรียมการคัดกรองด้วย 14 ข้อคำถาม อบรมฟื้นฟูความรู้/ทักษะการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยอสม.
ตุลาคม-พฤศจิกายน	ดำเนินการระบบคัดกรองผู้สูงอายุในตำบล...ด้วยเครื่องมือ 2 คำถามคัดกรองซึมเศร้า และ 14 ข้อคำถาม คัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม โดยอสม. และผู้ที่ผ่านการฝึกฝน
ธันวาคม-มกราคม	ดำเนินการคัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย พยาบาลผู้จัดการผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือ DT care manager
กุมภาพันธ์-มีนาคม	ประเมิน/จัดเตรียมผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่คัดแยกได้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย/ส่งต่อการรักษา-ดูแล
มีนาคม-เมษายน	จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มความจำปกติ บกพร่องเล็กน้อย และที่มีภาวะสมองเสื่อม
เมษายน-มิถุนายน	ดำเนินการตามระบบวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรณรงค์เรื่องภาวะสมองเสื่อม
กรกฎาคม-ตุลาคม	กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (ป้องกันหลงลืม ในกลุ่มปกติ) คณะกรรมการศูนย์ดำเนินการในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดย ร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบรายกรณีและรายกลุ่ม
พฤศจิกายน	ประสานขอใบรับรองความพิการ (ทางการรู้คิด) และขึ้นทะเบียนผู้พิการ เพื่อขอรับเบี้ยผู้พิการที่ได้รับการวินิจฉัยในปีนั้นๆ และขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ (กรณีตกสำรวจ)

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: รพ.สต.ม่วงหมู่ อำเภอเมือง

ข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต.ม่วงหมู่

หมู่บ้าน จำนวน 5 หมู่บ้าน จำนวน 1,570 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด จำนวน 4,901 คน เป็นเพศ ชาย จำนวน 2,310 คน และเพศหญิง จำนวน 2,591 คน เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน ร้อยละ 24 เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รายละเอียดดังนี้

อายุ (ปี)	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
60-69	651
70-79	376

อายุ (ปี)	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
80-89	156
90-99	20
100 ปีขึ้นไป	1

หมายเหตุ: ข้อมูลจากฐานข้อมูล Hos.XP ณ พ.ค.65

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ลงพื้นที่ตำบลม่วงหมู่ คัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดย อสม.และประเมิน TMSE โดย พยาบาลวิชาชีพ

2. จิตแพทย์และทีมจิตเวช จากโรงพยาบาลสิงห์บุรี ร่วมออกตรวจและประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ รพ.สต.ม่วงหมู่

3. ลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีม รพ.สต.





ผลลัพธ์การดำเนินงาน ปี พ.ศ 2563

จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุคัดกรอง	คัดกรอง		จำนวนผู้สูงอายุคัดแยก	คัดแยก : TMSE		
		ผิดปกติ	ปกติ		ปกติ	สงสัยสมองเสื่อม	คัดแยกไม่ได้
1,067	947	926	21	68	23	41	4

แผนการดำเนินการต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2564-2565

1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน (ด้านเคลื่อนไหว ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านช่องปาก ด้านความคิดความจำ)

2. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล

3. สรุปผลการคัดกรอง ใน step 1, step 2

ปัญหาอุปสรรค

1. พื้นที่ตำบลนำร่องมีภาระงานประจำมาก

2. ไม่ได้ถูกมอบนโยบาย/กำหนด ให้เป็นตัวชี้วัด

3. มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร เกิดความไม่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง

4. สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด19 ในพื้นที่ทำให้การดำเนินงาน/ติดตาม มีความล่าช้า และไม่ต่อเนื่อง

โอกาสในการพัฒนา

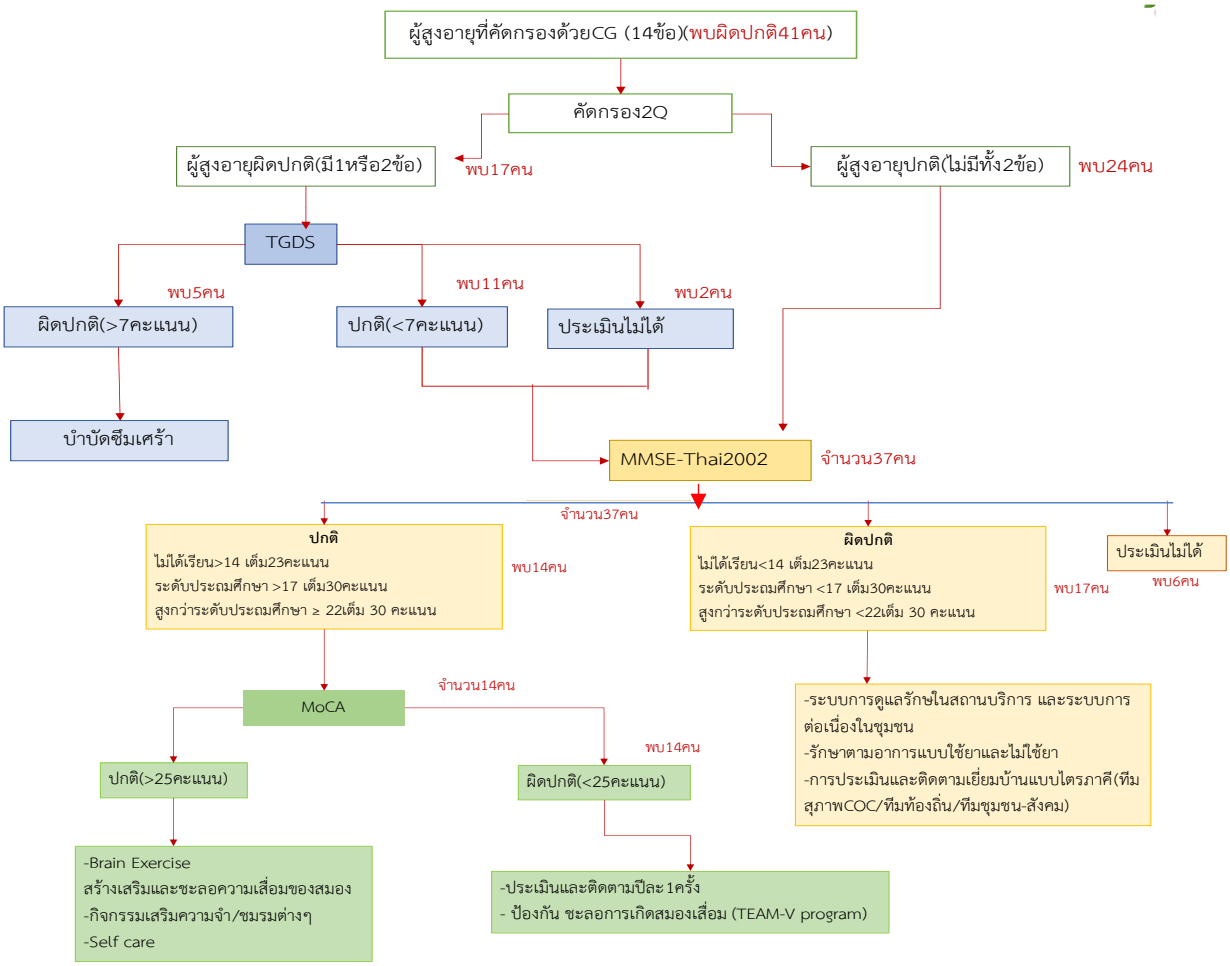
1. ควรดำเนินการในภาพรวมจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม

2. ต้องเชื่อมโยง และบูรณาการ ไปกับงานประจำ ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี ส่งต่อ กระตุ้น ดูแลต่อเนื่อง

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: รพ.สต.น้ำตาล อำเภออินทร์บุรี

ประชากร ผู้สูงอายุในตำบลน้ำตาล จำนวน 760 คน แบ่งกลุ่มได้ ดังนี้ กลุ่มติดสังคม จำนวน 735 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 17 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน จากผู้สูงอายุทั้งสิ้น 760 คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน 738 คน และไม่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 22 คน

ผังไหล ระบบการคัดกรอง คัดแยก



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ลงพื้นที่เพื่อทำการประเมิน 14 คำถาม โดยอสม. และคัดแยกด้วยแบบประเมิน TGDS/MMSE-Thai 2002 /MOCA โดยทีมพยาบาลสุขภาพจิต โรงพยาบาลอินทร์บุรี ร่วมกับ รพ.สต.น้ำตาล

2. ระบบการคัดกลุ่ม นำโดยจิตแพทย์ และทีมร.พ.สิงห์บุรี ออกตรวจประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ รพ.สต.น้ำตาล

3. การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม โดยมีการดำเนินร่วมกับภาคีเครือข่าย/อบต./ผู้นำชุมชน/อสม. ดังนี้

3.1 กลุ่มปกติ : จัดกิจกรรมBrain Exercise ร่วมกับการจัดกิจกรรมปกติในชมรมผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ

3.2 กลุ่มการคิดบกพร่องเล็กน้อย(MCI): การป้องกัน/การชะลอการเกิดสมองเสื่อมโดยการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมอง,การเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่าย

3.3 กลุ่มสมองเสื่อม :

การบำบัดรักษา/การดูแลต่อเนื่อง/ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

รักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ์

การออกใบรับรองความพิการ จำนวน 3 ราย

การเยี่ยมบ้าน และในกรณี LTC การดูแลโดยบริบาลกับcare giver

ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ที่มีความผิดปกติ ส่วนใหญ่อายุ70ปีขึ้นไป ชอบอยู่กับบ้าน/ไม่เข้าร่วมกิจกรรม การเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมไม่สะดวก และญาติทำงานไม่อยู่บ้าน ไม่มีคนสะดวกพามา

2. พื้นที่มีภาระงานมาก

3. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ/ความชำนาญในการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมอง

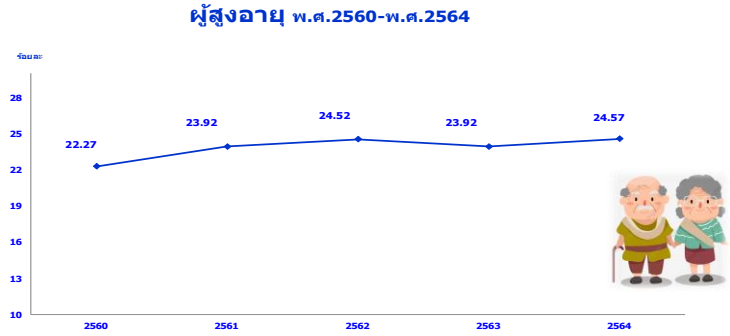
4. สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้การทำกิจกรรมที่เป็นรูปแบบการรวมกลุ่มในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ

โอกาสการพัฒนา (สิ่งที่อยากเห็น)

1. ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ความคิดของชุมชน ชาวบ้านส่วนใหญ่คิดว่าเป็นงานของหมอ

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: รพ.สต.พระงาม อำเภอพรหมบุรี



โครงสร้างด้านประชากร (พ.ศ. 2565)

ประชากร	ทะเบียนราษฎร์	3,711 คน
ประชากร	จากการสำรวจ	2,621 คน
ประชากร	สิทธิ UC	1,803 คน

ข้อมูลการดำเนินด้านผู้สูงอายุ และการดูแลระยะยาว มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 911 คน คิดเป็น 24.57% แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 870 คิดเป็น 95.49 % กลุ่มติดบ้าน จำนวน 30 คน คิดเป็น 3.29 % และกลุ่มติดเตียง จำนวน 11 คน คิดเป็น 1.20 %

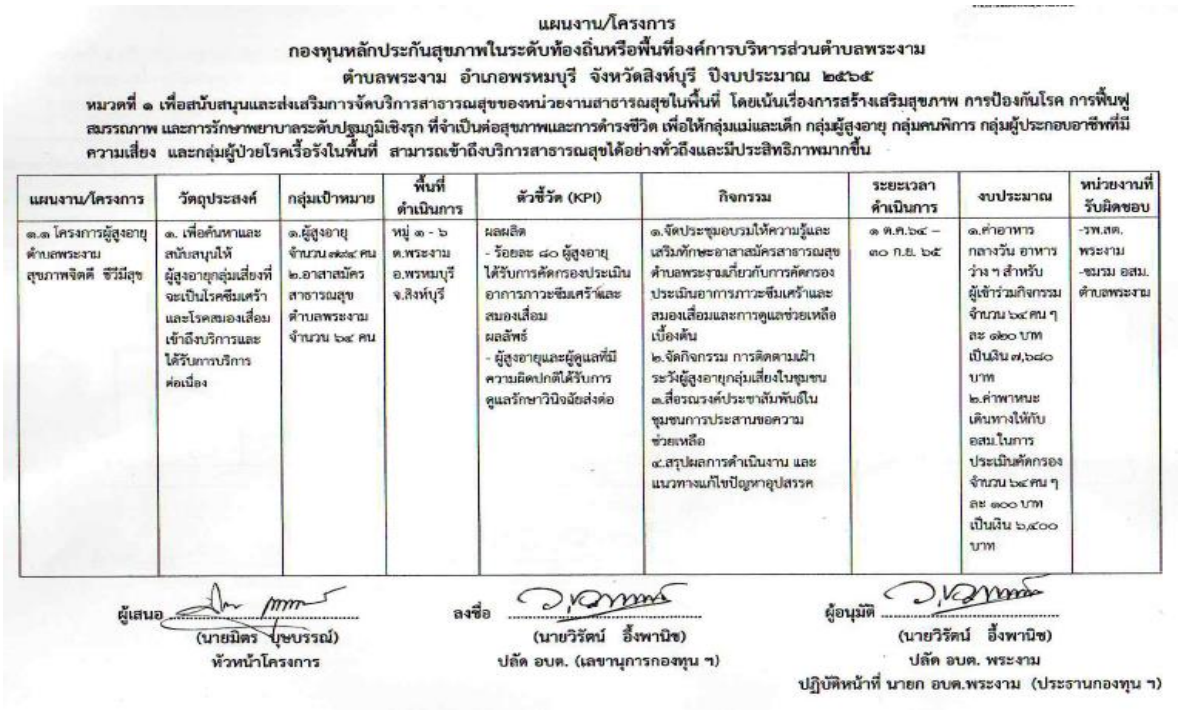
ขั้นตอนการดำเนินงาน

กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
1. เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน 2. อสม .ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ	FCT/CM/CG: ออกดูแลตามโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนอาทิตย์ ละ 1 ครั้ง	FCT/CM/CG: ออกดูแลตามโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนอาทิตย์ ละ 1 ครั้ง

ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

1. มีภาระงานจำนวนมาก
2. ความชำนาญของเจ้าหน้าที่และอสม.ในการใช้แบบประเมิน
3. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองกลุ่ม MCI แม้จะได้รับการอบรมมาแล้วก็ตาม
4. สถานการณ์โควิด-19

แผนการดำเนินงาน



แผนงาน/โครงการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลพระงาม
ตำบลพระงาม อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หมวดที่ ๑ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑.๑ โครงการผู้สูงอายุตำบลพระงาม สุขภาพจิตดี ชีวีมีสุข	๑. เพื่อค้นหาและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าและโรคสมองเสื่อมเข้าถึงบริการและได้รับการบริการต่อเนื่อง	๑.ผู้สูงอายุ จำนวน ๗๗๕ คน ๒.อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลพระงาม จำนวน ๖๕ คน	หมู่ ๑ - ๖ ต.พระงาม อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี	ผลผลิต - ร้อยละ ๘๐ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินอาการภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ผลลัพธ์ - ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีความผิดปกติได้รับการดูแลรักษาวินิจฉัยส่งต่อ	๑.จัดประชุมอบรมให้ความรู้และเสริมทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลพระงามเกี่ยวกับการคัดกรองประเมินอาการภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมและการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ๒.จัดกิจกรรม การติดตามเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ๓.สื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชนการประสานขอความช่วยเหลือ ๔.สรุปผลการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค	๑ ต.ค.๖๔ – ๓๐ ก.ย. ๖๕	๑.ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง ฯ สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖๔ คน ๆ ละ ๑๒๐ บาท เป็นเงิน ๗,๖๘๐ บาท ๒.ค่าพาหนะเดินทางให้กับ อสม.ในการประเมินคัดกรอง จำนวน ๖๔ คน ๆ ละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๖,๔๐๐ บาท	-รพ.สต. พระงาม -ชมรม อสม. ตำบลพระงาม

ผู้เสนอ ..... (นายมิตร บุษบรรณ์) หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ ..... (นายวิรัตน์ อึ้งพานิช) ปลัด อบต. (เลขานุการกองทุน ฯ)

ผู้อนุมัติ ..... (นายวิรัตน์ อึ้งพานิช) ปลัด อบต. พระงาม ปฏิบัติหน้าที่ นายก อบต.พระงาม (ประธานกองทุน ฯ)

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: รพ.สต.โพทะเล อำเภอค่ายบางระจัน

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว มีข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 1,085 คน คิดเป็นร้อยละ 23.58 แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 983 คน คิดเป็นร้อยละ 90.59 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 3.87 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ดำเนินการคัดกรอง คัดแยก สรุปผล ดังนี้

จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	การคัดกรอง			การคัดแยก		
	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	เหตุผลที่ไม่ได้คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดแยก	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดแยก	เหตุผลที่ไม่ได้คัดแยก
1,085	990	95	ไม่พบ	6	4	-ภาระงานมาก -สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. รอประสานทีมรพ.สิงห์บุรี เพื่อให้จิตแพทย์ลงพื้นที่ร่วมในการคัดกลุ่ม

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

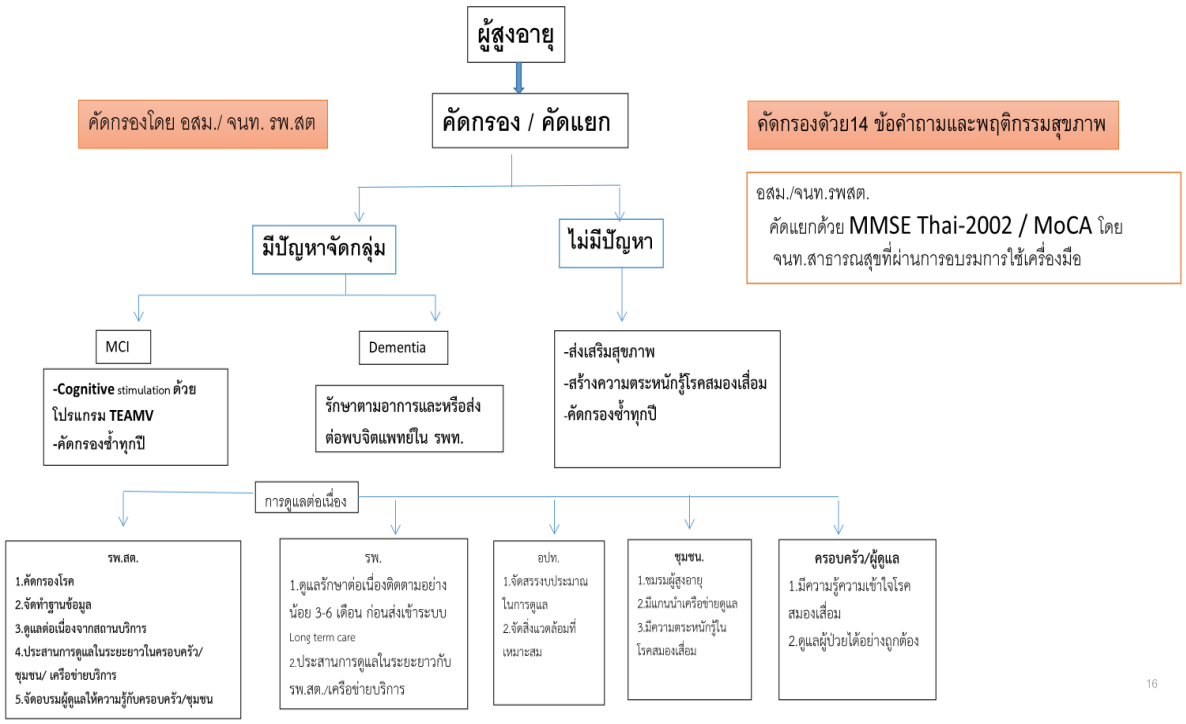
1. เจ้าหน้าที่มีภาระงานประจำมาก
2. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: รพ.สต.เชิงกลัด อำเภอบางระจัน

จำนวนผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงอายุ ปี พ.ศ. 2565

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
60-69 ปี	242	346	588	51.30
70-79 ปี	140	213	353	30.30
80 ปีขึ้นไป	80	125	205	17.88
รวม	462	684	1,146	100.00

ผังไหล การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอำเภอบางระจัน



ปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. การเตรียมแบบสอบถามและชี้แจงอ สม. ในพื้นที่	สัปดาห์ที่สองของเดือน มิ.ย.65	นางนฤมล สุขประเสริฐ
2. การคัดกรองตามแบบสอบถาม	สัปดาห์ที่สองของเดือนมิ.ย.65	อสม.หมู่ 1 / นฤมล สุขประเสริฐ
3. การรวบรวมข้อมูลคัดแยกกลุ่มและประเมินซ้ำ	สัปดาห์ที่สามของเดือนมิ.ย.65	สุภาสุข พิศรูป
4. การให้ข้อมูลความรู้โรคสมองเสื่อม และจัดกิจกรรมกลุ่ม MCI	สัปดาห์ที่สี่ของเดือน มิ.ย. 2565 สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ของเดือน ก.ค. 2565	เกษมสุข จันทร์งาม นฤมล สุขประเสริฐ สุภาสุข พิศรูป
5. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม	พบแพทย์วันอังคารตอนบ่ายของสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ก.ค. 2565	พญ.อังศุมาลิน ศรีสาสน์รัตน์ สุภาสุข พิศรูป
6. การประเมินผลกิจกรรม		เกษมสุข จันทร์งาม

การดำเนินงาน

1. การคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข 14 ข้อคำถาม
2. กิจกรรมกลุ่มการพัฒนาศักยภาพสมอง
3. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพ ประเมินภาวะสมองเสื่อม
4. ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง Continuous Of Care

ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรวม 14-19 คะแนน	5	13.51
คะแนน 20-29 คะแนน	25	67.57
คะแนน 30-39 คะแนน	4	10.81
คะแนนตั้งแต่ 40 ขึ้นไป	3	8.11

หมายเหตุ : เมื่อการประเมินซ้ำด้วย MMSE Thai-2002 ทั้ง 3 คนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การดำเนินงานจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย มีแผนการจัดการและการดูแล มีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการดำเนินการ
1. เพื่อค้นหา คัดกรอง คัดแยกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม MCI ได้รับการพัฒนาศักยภาพสมอง 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงบริการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค	1. ชี้แจงแบบสอบถาม กับ อสม.ในการคัดกรอง 2. การประเมินผลคัดแยกกลุ่ม 3. ให้ข้อมูลความรู้โรคสมองเสื่อมในชุมชนและจัดกิจกรรมกลุ่ม MCI ตามโปรแกรม TEAM V 4. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อมประสานส่งต่อพบแพทย์ 5. การประเมินผลของกิจกรรม

ปัญหา/อุปสรรค

1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ (การคัดกรอง/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ)

2. ภาระงานของเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถจัดกิจกรรมด้านอื่น ๆ

3. การคัดกรอง 14 คำถาม ต้องมีการใช้เวลานาน/การทำกิจกรรมกลุ่ม ปัญหาการเดินทางของผู้สูงอายุต้องมีคนรับส่ง

4. การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของกระทรวงมีหลายด้าน ซึ่งจะต้องมีการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน และบางอย่างซ้ำซ้อน การบันทึกข้อมูลที่ยุ่งยาก

สิ่งที่ต้องดำเนินการ

1. การบรูณาการการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกมิติ ในการจัดบริการโรงพยาบาลเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age Friendly Hospital)

2. การประสานงานกับภาคีเครือข่าย ในการจัดบริการ และขอสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุน สปสช. ระดับพื้นที่

3. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร/เจ้าหน้าที่ในการจัดบริการ /ชมรมผู้สูงอายุ

4. การพัฒนาระบบข้อมูล การส่งต่อ

ผลลัพธ์การดำเนินงานภาพรวมในพื้นที่นำร่อง 6 พื้นที่

พื้นที่	ข้อมูลนำเข้าปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	คัดกรอง				คัดแยก		คัดกลุ่ม (MMSE & MoCA)		การดูแลต่อเนื่อง			
					2Q		14 ข้อคำถาม		TGDS		ปกติ	MCI	DT	Brain exercise	Brain training	Brain care
					ปกติ (0คะแนน)	ผิดปกติ (≥0คะแนน)	ปกติ (<0คะแนน)	ผิดปกติ (≥30คะแนน)	ปกติ (<7คะแนน)	ผิดปกติ (≥7คะแนน)						
ต.ม่วงหมู่ อ.เมือง (รพ.สต.ม่วงหมู่ นางบังอร ศิริจันทร์ 089 4145558)	2563 มีจิตแพทย์	1,067	947	120	926	21	879	68	20	1	5 ประเมิน MMSE 64 คน แต่มาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพียง 32 คน	8	19			
ต.พระงาม อ.พรหมบุรี (นางสุธีรา ร่มลำดวน 089 7813035)	2563 มีจิตแพทย์	747	726	21	702	24	670	56	19	5	0 ประเมิน MMSE 28 คน แต่มาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพียง 14 คน	9	5			
ต.น้ำตาล อ.อินทร์บุรี (รพ.สต.น้ำตาล นางสายใจ มีมั่ง 086 1240310)	2562-2563 มีจิตแพทย์	760	738	22		17		41	11	5	0 ประเมิน MMSE 36 คน และมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยพบ Major Depressive Disorder (MDD) 5 คน	17	14			
ต.โพประจักษ์ อ.ท่าช้าง (รพ.ท่าช้าง	2563	752	745	7	38	23	684	61	22	1	11 มาตรวจที่ รพ.ท่าช้าง 20 คน ไม่ได้ดำเนินการคัดกลุ่มโดย รพ.สิงห์บุรี	9	-	-	-	-

ผลลัพธ์การดำเนินงานภาพรวมในพื้นที่นำร่อง 6 พื้นที่

พื้นที่	ข้อมูลนำเข้าปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	คัดกรอง				คัดแยก		คัดกลุ่ม (MMSE & MoCA)		การดูแลต่อเนื่อง			
					2Q		14 ข้อคำถาม		TGDS		ปกติ	MCI	DT	Brain exercise	Brain training	Brain care
					ปกติ (0คะแนน)	ผิดปกติ (≥0คะแนน)	ปกติ (<0คะแนน)	ผิดปกติ (≥30คะแนน)	ปกติ (<7คะแนน)	ผิดปกติ (≥7คะแนน)						
คุณวราภรณ์ อินทสโธ 092 3929315)											เนื่องจากสถานการณ์ระบาด COVID19					
	2564	767	0 เนื่องจากสถานการณ์ระบาด COVID19													
	2565	785	Plan คัดกรอง/ประเมิน สค.-กย.65													
ต.โพทะเล อ.ค่ายบางระจัน (รพ.สต.โพทะเล คุณบุญช่วย แสงรัตนงนันท์ 061 1591529)	2563	1,006	698			7			5	2	-	7				
	2565	1,085	990	95						6		9				
ต.เชิงกลัด อ.บางระจัน	2563 AMT(HDC)	966	4										8 (ICD-10)			

ผลลัพธ์การดำเนินงานภาพรวมในพื้นที่นำร่อง 6 พื้นที่

พื้นที่	ข้อมูลนำเข้าปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	คัดกรอง				คัดแยก		คัดกลุ่ม (MMSE & MoCA)		การดูแลต่อเนื่อง			
					2Q		14 ข้อคำถาม		TGDS		ปกติ	MCI	DT	Brain exercise	Brain training	Brain care
					ปกติ (0คะแนน)	ผิดปกติ (≥0คะแนน)	ปกติ (<0คะแนน)	ผิดปกติ (≥30คะแนน)	ปกติ (<7คะแนน)	ผิดปกติ (≥7คะแนน)						
(รพ.บางระจัน คุณเกษมสุข จันทร์งาม 086 5198311)																
	2564 AMT(HDC)	1,025	7										9 (ICD-10)			
	2565 (ลองใช้ 14 ข้อคำถาม 1 หมู่บ้าน)	187 (1,146)	3										11 (ICD-10)			

หมายเหตุ: สถานการณ์ระบาด COVID19 การดูแลต่อเนื่องจึงยังไม่ได้ดำเนินการ

ผู้ประสาน: คุณอัญชลี ตรีลพ สสจ.สิงห์บุรี 081 7803426
คุณงามตา อักษรไทย รพ.สิงห์บุรี 086 8827825 อีเมล: Ngamta.a@hotmail.com

จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมตาม F00-F03 (ICD-10) ที่มารักษา รพ.สิงห์บุรี จำแนกตามอำเภอ ดังนี้

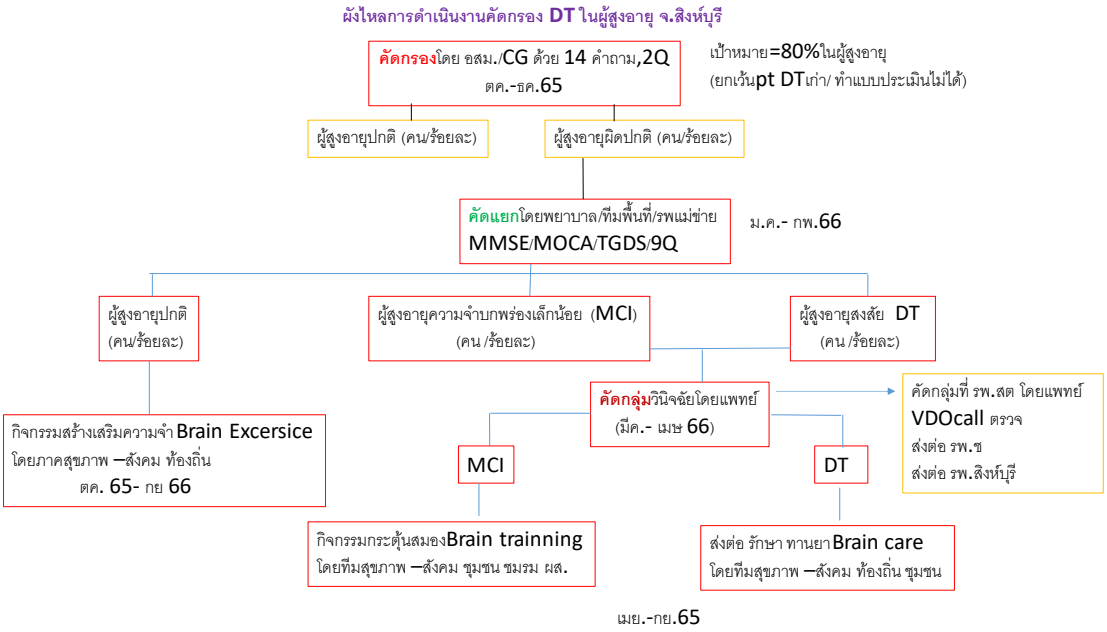
อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (คน)	
	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
เมือง	159	172
พรหมบุรี	66	63
บางระจัน	48	63
ค่ายบางระจัน	37	31
อินทร์บุรี	27	37
ท่าช้าง	27	24

และจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมตาม F00-F03 ที่มารักษารพ.สิงห์บุรี ในปี พ.ศ. 2564–2565 ในเขตอำเภอเมืองสิงห์บุรี ดังนี้

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (คน)	
	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
บางพุทรา	37	32
บางกระบือ	30	17
ต้นโพธิ์	27	22
บางมัญ	19	44
จักรสีห์	19	17
หัวไผ่	14	29
โพกรวม	13	11

การพัฒนาและดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจังหวัดสิงห์บุรี ระยะที่ 2 (2565)

ผังไหล ระบบการคัดกรอง คัดแยก



แนวทางการ ระบบการคัดกลุ่ม

รพ.สิงห์บุรี จะรับผิดชอบหลักในการคัดกลุ่ม เพื่อวินิจฉัยและให้การดูแลบำบัดรักษา และส่งต่อกลับไปในพื้นที่ ตามระบบการส่งต่อ ดังรายละเอียดนี้

1. มีแนวทางการวินิจฉัยสมองเสื่อม ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และการรักษา ให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการส่งต่อมาที่รพ.สิงห์บุรี

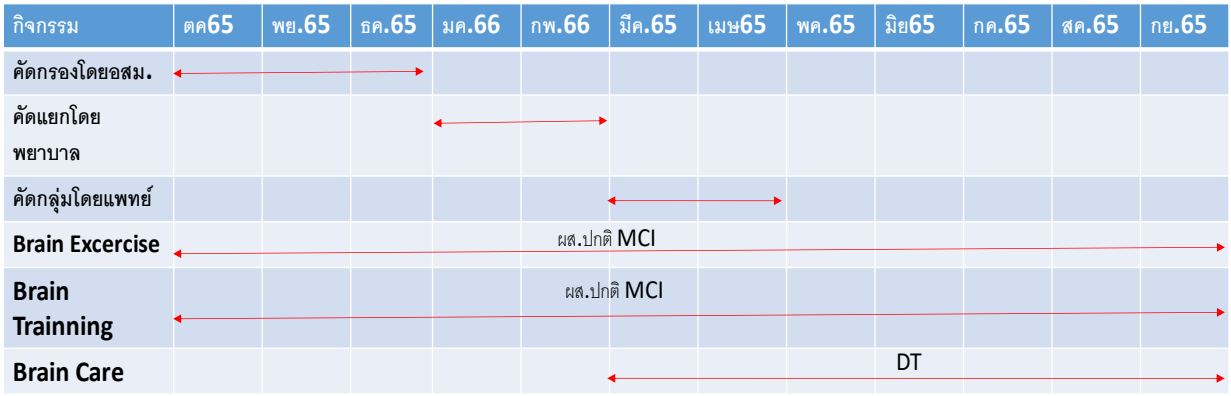
2. รพ.สต./รพช.ส่งต่อผู้สูงอายุที่สงสัย สมองเสื่อม และภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) มารพ.สิงห์บุรี

3. รพ.สต. ถ่าย VDO ผู้สูงอายุ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัย (ตามรูปแบบที่กำหนด)

4. Telemedicine พร้อมแบบประเมิน

และการดำเนินงานระบบการคัดกลุ่ม ในปี พ.ศ. 2565 รพ.สิงห์บุรี มีอายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยามาประจำที่ รพ. ได้มีการประชุมปรึกษาหารือแนวทางการจัดการและดูแลกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ถ้าผู้สูงอายุที่มารับบริการ ไม่มีมีปัญหาการนอนไม่หลับ มีหูแว่วภาพหลอน เข้าช่องทางพบอายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา แต่ถ้ากลุ่มภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาการนอนไม่หลับ มีหูแว่วภาพหลอน ช่องทางพบจิตแพทย์

แผนการดำเนินในปี พ.ศ. 2565



พื้นที่ที่ยังดำเนินการไม่ครอบคลุม : ได้แก่ โรงพยาบาลบางระจัน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน และโรงพยาบาลท่าช้าง ตำบลโพประจักษ์ อำเภอท่าช้าง

ปัญหาอุปสรรค

พื้นที่ตำบลนำร่องมีภาระงานประจำมาก

ไม่ได้ถูกมอบนโยบาย/กำหนด ให้เป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน

การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยง

ปัญหาในการบริหารจัดการ /ประสานงานในพื้นที่นำร่อง

สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในจังหวัด ทำให้การดำเนินงาน/ติดตาม มีความล่าช้า

โอกาสในการพัฒนา

-ควรดำเนินการในภาพรวมจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแล/ค้นหา/คัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครอบวงจร ให้เกิดเป็นรูปธรรม

-มีความเชื่อมโยงและบูรณาการไปกับงานประจำการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี ส่งต่อ กระตุ้น ดูแลต่อเนื่อง

-การเชื่อมโยงการดำเนินงานไปกับคลินิกผู้สูงอายุ

-พัฒนาการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่ม MCI และกลุ่มสมองเสื่อม

แผนการดำเนินงานปี 2566 :

ดำเนินการค้นหา คัดกรอง ผู้สูงอายุ และส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาสมองเสื่อม คบสอ.เมืองสิงห์บุรี และการดำเนินงาน CDC system ในระบบการคัดกลุ่ม การลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนระบบการคัดกลุ่ม ได้มีการปรับการดำเนินงานทั้งให้การดูแลรักษาในสถานบริการ แต่ยังทำหน้าที่รับปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงให้กับระดับพื้นที่ในการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)

ระยะการติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง

การติดตามและเยี่ยมเสริมพลังผลการดำเนินงาน สรุปผลการติดตามเยี่ยมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: สิงห์บุรีโมเดล (Sing Buri Model) ในวันที่ 21–22 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รูปแบบการพัฒนาระบบ CDC System: สิงห์บุรีโมเดล ดังนี้

พื้นที่นำร่อง: อำเภอเมือง / อำเภออินทร์บุรี/ อำเภอพรหมบุรี/ อำเภอค่ายบางระจัน / อำเภอบางระจัน /อำเภอท่าช้าง > จังหวัดสิงห์บุรี > เขตสุขภาพที่ 4 (Big Rock?)

(มีแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล?)

มีปัจจัยเอื้อ: จังหวัดมีนโยบายนำร่อง Big Rock ด้านผู้สูงอายุ เน้นบูรณาการ 3 ด้าน คือ

1) การเคลื่อนไหว 2) การขาดสารอาหาร 3) ช่องปาก

2. เป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ AFC: Age-Friendly Community/City

3. มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัด / โรงพยาบาล /และระดับพื้นที่ ??

4. วิสัยทัศน์ผู้บริหาร สร้างกลไกขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วม (ภาคีเครือข่าย: ท้องถิ่น) ที่มีการพัฒนาศักยภาพ+ทำงานครบวงจร > ต่อยอดเป็นการพัฒนาระบบ CDC System (คน+งาน/นวัตกรรม+หลักสูตร) ได้

CDC System ที่พัฒนาขึ้น มี

1. รูปแบบ Geriatric clinic based? ; และ Community based

คลินิกจิตเวช/คลินิกอายุรกรรมประสาทวิทยา? เป็นศูนย์กลางการคัดแยก/คัดกลุ่ม(วินิจฉัย)/ดูแลแบบครบวงจร

Community based มี พื้นที่นำร่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ 6 อำเภอ (4 รพ.สต./2 รพ.) ทีมแกนนำ (SM?/PM?/DT-CC/DT-CM/อสม.) รับผิดชอบระดับพื้นที่ครบ

DT-CC ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ในโรงพยาบาล(คลินิกจิตเวช/คลินิกอายุรกรรมประสาทวิทยา?)

DT-CM ครบทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC/รพสต)? ในโรงพยาบาล(คลินิกจิตเวช/COC?) อสม เชี่ยวชาญ? (การคัดกรองภาวะสมอง/การดูแลสภาพสมอง)

2. มีการวางระบบครบวงจร (ต่อยอดนวัตกรรม?)

คัดกรอง ในชุมชน ใช้ 2Q/14Q (DT-CM/ อสม) ?

คัดแยก ในคลินิกผู้สูงอายุ (TGDS>TMSE>MoCA) (One stop service) walk-in/refer จากชุมชน

โดย บุคลากรวิชาชีพ (DT-CM ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM?)

คัดกลุ่ม เชิงรุก โดย จิตแพทย์ (รพท.) และทีม ลงวินิจฉัยในระดับพื้นที่ (รพ.สต.ม่วงหมู่/น้ำตาล/พระงาม) (FM? + Specialists (จิตแพทย์/Neuro Med?)

เชิงรับ ในคลินิกจิตเวช โดย จิตแพทย์/Neuro.Med?

การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม (ใช้ LTC ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน??)

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ)

กลุ่ม MCI (Brain Training)

กลุ่ม Dementia (Mild/Moderate/Severe) (ต้องการแผนการดูแลเฉพาะราย: Specialized care plan)

โอกาสในการพัฒนา (นวัตกรรมใหม่ Service/Intervention/COC?)

-ศูนย์(ผู้สูงอายุ)พฤฒิพลัง? (Active Aging Center?)

เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly City)

-ชุดความรู้/เครื่องมือคัดกรอง/คัดแยก/การดูแลต่อเนื่อง

-QR Code/คู่มือ/CPG คลิปวิดีโอการคัดกลุ่ม/การสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย “โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน”

เขตสุขภาพที่ 4 พื้นที่นำร่อง จังหวัดลพบุรี

สถานการณ์

จังหวัดลพบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น จำนวน 741,910 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 135,042 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 เป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมาก กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งจากสถานการณ์ประชากรและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อประชากรผู้สูงอายุ มีมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมจะมีแนวโน้มพบมากขึ้นด้วย และจะส่งผลกระทบต่อทั้งตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศซึ่งจะต้องมีการเตรียมตัวทั้งเรื่องการป้องกัน การรักษา และการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งกระตุ้นให้ภาคส่วนต่างๆ ตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลและการจัดการกับปัญหานี้

ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดลพบุรี แบ่งตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	ผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
60-64	41,581	5.60
65-49	33,294	4.49
70-74	22,446	3.03
75-79	16,437	2.22
80 ปี ขึ้นไป	21,284	2.87
รวม	**135,042**	**18.20**

และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้สูงอายุจังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า

ปี พ.ศ.	ประชากร	ผู้สูงอายุ	ร้อยละ
2559	741,051	124,678	16.82
2560	740,892	129,793	17.52
2561	741,910	135,042	18.20

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

อำเภอ	ผู้สูงอายุ(คน)	สมองเสื่อม AMT							
		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ร้อยละ	ผิดปกติ	ร้อยละ	ไม่ระบุ	ร้อยละ
เมืองลพบุรี	**30,935**	16,919	54.69	16,724	98.85	171	1.01	24	0.14
พัฒนานิคม	**9,766**	6,999	71.67	6,965	99.51	34	0.49	0	0
โคกสำโรง	**11,810**	10,245	86.75	10,110	98.68	135	1.32	0	0
ชัยบาดาล	**13,463**	7,496	55.68	7,462	99.55	34	0.45	0	0
ท่าวุ้ง	**9,284**	4,034	43.45	3,966	98.31	68	1.69	0	0
บ้านหมี่	**13,603**	10,337	75.99	10,145	98.14	192	1.86	0	0
ท่าหลวง	**3,799**	2,190	57.65	2,082	95.07	108	4.93	0	0

อำเภอ	ผู้สูงอายุ(คน)	สมองเสื่อม AMT							
		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ร้อยละ	ผิดปกติ	ร้อยละ	ไม่ระบุ	ร้อยละ
สระโบสถ์	**3,509**	2,717	77.43	2,566	94.44	151	5.56	0	0
โคกเจริญ	**3,169**	2,003	63.21	1,781	88.92	222	11.08	0	0
ลำสนธิ	**3,358**	3,103	92.41	2,884	92.94	219	7.06	0	0
หนองม่วง	**4,909**	1,388	28.27	1,015	73.13	373	26.87	0	0
จังหวัดลพบุรี	**107,605**	67,431	62.67	65,700	97.43	1,707	2.53	24	0.04

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

ข้อมูลด้านประชากรในเขตรับผิดชอบพื้นที่ต้นแบบจังหวัดลพบุรี และสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ ราสยละเอียดตามตาราง ดังนี้

พื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)		
	2563	2564	2565
ตำบลตะลุง	897	983	1,028
รพ.สต.ท่าศาลา	1,020	1,048	1,108
ศูนย์แพทย์ท่าศาลา	1,332	1,532	1,619
สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดลพบุรี	119	108	108

พื้นที่	ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย	คัดกรอง	14 Q ผิดปกติ	MMSE ผิดปกติ	MoCA ผิดปกติ
รพ.สต.ตะลุง	897	527	32	12	14
รพ.สต.ท่าศาลา	1,020	513	27	6	6
ศูนย์แพทย์ท่าศาลา	1,332	885	60	34	7
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	119	77	45	29	16
รวม	3,368	2,044	184	81	43

การดูแลภาวะสมองเสื่อมก่อนการพัฒนาระบบ

การให้การดูแลรักษาทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ (ความจำ) ร.พ.พระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินพุทธิปัญญา
2. การประเมินเพื่อหาสาเหตุของ major และ mild neurocognitive disorder

3. การประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือด้านการคงสภาพกิจวัตรประจำวันกิจกรรมพื้นฐานกิจกรรมสังคม

4. การรักษาและการจัดการ ทั้งการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

5. การดูแลผู้ดูแล

การประเมินพุทธิปัญญา (Cognitive assessment): เมื่ออายุมากขึ้นคนเรามักมีปัญหาของความจำซึ่งบกพร่องตามอายุ (age associated memory impairment) โดยอาการที่พบได้บ่อยที่สุดก็คือ การลืม (forgetfulness) ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมักจำเรื่องเก่า ๆ (remote memory) ได้ แต่อาจต้องใช้เวลานึกหรือระลึก (retrieve) นานขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังคงความสามารถในการจดจำเฉพาะหน้าได้ (immediate memory) แต่ความสามารถในการจดจำรายละเอียดจะน้อยลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมักช้าลง (slow psychomotor speed) ความสามารถด้านการจัดการขั้นสูง (executive function) ได้แก่ การวางแผน (planning) ความคิดรวบยอดหรือนามธรรม (abstractibility) ความยืดหยุ่นทางความคิด (mental flexibility) และการจดจำกฎระเบียบ (rule adherence) มักจะลดลง ความสามารถในการกลั่นกรองเนื้อหาคำพูด ความคิดอาจลดลง หรือต้องใช้สมาธิ (concentration) มากขึ้น เพราะการคงความใส่ใจ (attention) นั้นถูกขัดจังหวะได้ง่าย (distraction)

แบบประเมินประสาทพุทธิปัญญาที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE) , Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai) Montreal Cognitive Assessment Test Thai version (MoCA-Thai) การแปลผลแบบประเมินประสาทพุทธิปัญญาข้างต้นนั้น ต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายก็มีระดับการศึกษาและระดับของประสาทพุทธิปัญญาที่แตกต่างกัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้แปลผลเองขณะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาตรวจที่คลินิก

การประเมินเพื่อหาสาเหตุของ major และ mild neurocognitive disorder: หลักการในการประเมินเพื่อจะหาสาเหตุ NCD นั้นต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้การตรวจพบภาวะทางกายที่มีระยะเวลาและความรุนแรงพอเหมาะต่อการทำให้เกิด NCD เช่น traumatic brain injury, HIV infection, substance/medication use, vascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease และภาวะทางกายอื่น ๆ เช่น B1 หรือ B2 หรือ B12 หรือ folic deficiency, normal pressure hydrocephalus, neurosyphilis หรือ hypothyroid เป็นต้น ซึ่งเมื่อตรวจพบสาเหตุที่อาจแก้ไขได้จะมีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขาอื่นๆ เช่น อายุรแพทย์ ประสาทศัลยแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่การตรวจพบภาวะทางกายที่จะอธิบาย NCD ได้ ควรตรวจพบหรือมีประวัติในช่วงใกล้เคียงกับประวัติของการเกิด NCD รวมไปถึงความรุนแรงและตำแหน่งของรอยโรคที่ตรวจพบ ก็ควรมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการ NCD ด้วย เช่น ผู้ป่วยมี traumatic brain injury เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำให้มีอาการของ MNCD ตามมาเป็นต้น อย่างไรก็ตาม

สาเหตุบางสาเหตุอาจต้องใช้เวลาดำเนินโรคนานกว่าจะส่งผลทำให้เกิด NCD ได้ เช่น Parkinson’s disease หรือ HIV ที่อาจต้องใช้เวลาราว 1-2 ปีขึ้นไป เป็นต้น

การประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือด้านการคงสภาพกิจวัตรประจำวันกิจกรรมพื้นฐานกิจกรรมสังคม การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมินADL, iAD ผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพาระดับน้อย (ช่วยเหลือตนเองได้มาก) จะเน้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เพื่อคงสภาพความสามารถ (maintain function) ทั้งในแง่กิจกรรมพื้นฐานและกิจกรรมที่มีความซับซ้อนขึ้น (instrumental and advanced ADL) การดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพาระดับปานกลาง–สูง (ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง) จะเน้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน (basic ADL), ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย-ไม่ได้เลย จะเน้นการดูแลช่วยเหลือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต (maximize quality of life), คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (palliative care) ร่วมกับการจัดทำแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (advanced care plan and end of life care)

การรักษาและการจัดการ การรักษาและการจัดการสามารถแบ่งได้เป็น ๒ วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention) Disease modifying therapy หมายถึง การรักษาด้วยยาโดยหวังผลให้หยุดยั้งขบวนการสร้างและลดปริมาณของ amytoid plaque และ neurotibrillary tangle ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มดังกล่าวซึ่งเป็น monoclonal antibody ต่อ beta amyloid หลายตัว เช่น bapineuzumab, solanezumab, ganteneruzumab และ crenezumab แต่ก็ยังไม่มียาใดที่สามารถลดปริมาณของ amyloid plague ร่วมกับสามารถชะลอความบกพร่องของประสาทพุทธิปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ Symptomatic treatment หมายถึง การรักษาด้วยยาเพื่อประคับประคองความบกพร่องของประสาทพุทธิปัญญาโดยการเพิ่มระดับของ acetylcholine ใน synaptic cleft ซึ่งเป็นการใช้ยากลุ่ม acetylcholine esterase inhibitors (AChEl) ได้แก่ยา donepezil, rivastigmine และ glantamine นอกจากนี้ยา memantine ที่กลไกการออกฤทธิ์เป็น NMDA receptor antagonist ซึ่งช่วยลดปริมาณ calcium influx เข้าเซลล์และลดการเกิด excitotoxicity ของเซลล์ ก็สามารถนำมาใช้ประคับประคองความบกพร่องของประสาทพุทธิปัญญาในระยะ moderate และ severe ได้เช่นกัน

Psychopharmacotherapy หมายถึง การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ใน กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลอย่างชัดเจน เช่น ก้าวร้าว (aggression) หงุดหงิด (irritability) วุ่นวาย (agitation) ขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) มีพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ (stereotypy) หรือมีพฤติกรรมผิดปกติช่วงกลางคืน เช่น นอนไม่หลับ หรือมีอาการนอนละเมอ (sleep walking/talking) ตื่นมารื้อของและค้นของ เดินวนไปวนมา หลงวัน เวลา สถานที่ (disorientation) และพยายามออกจากบ้านกลางดึก มีอาการโรคจิต (psychosis) เช่น หูแว่ว (auditory hallucination) เห็นภาพหลอน (visual hallucination) หรืออาการหลงผิด (delusion) เป็นต้น

การรักษา BPSD นั้นจะใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic) ยาต้านชัก (antiepileptic) หรือยากลุ่ม benzodiazepine ขนาดต่ำๆ อย่างไรก็ตามการให้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้นต้องให้ด้วยความระมัดระวัง

เนื่องจากการให้ยามีแนวโน้มที่จะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตได้สูงขึ้น 1.6-1.7 เท่า ดังนั้น จึงควรใช้ยาต้านโรคจิตเฉพาะในรายที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วย non-pharmacological intervention แล้วเท่านั้น ในขณะที่การให้ benzodiazepine เองนั้นก็ต้องระมัดระวังอย่างมากด้วยเช่นกัน เนื่องจากอาจทำให้ประสาทพุทธิปัญญายิ่งแย่ลงและเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย และอาจกระตุ้นทำให้เกิดREM sleep behavior disorder ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและคู่นอนได้ ผู้สูงอายุที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอารมณ์แพทย์จะมีการประเมินภาวะความเครียดและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 2Q,9Q,8Q การรักษาโดยวิธีที่ไม่ใช่การใช้ยา (Non-pharmacological intervention) เป็นการจัดการที่ต้องทำในผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกรายซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังนี้

การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล (Psychoeducation) เนื่องจากตัวผู้ป่วยมักมีปัญหาความจำ และไม่สามารถจะพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัญหาของตนเองได้ ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจึงเป็นเหมือนญาติและผู้ดุแลทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดหรือซึมเศร้าได้บ่อย บ่อยครั้งความเครียดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่การทารุณกรรมผู้ป่วย (abuse) และผู้ดูแล ดังนั้นการแนะนำญาติและผู้ดูแลให้ได้มีเวลาพักผ่อนส่วนตัว มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึกต่าง ๆ ในบริบทที่ประคับประคอง (supportive group และ supportive environment) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ยาวนานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การแนะนำการฟื้นฟูประสาทพุทธิปัญญา (Neurocognitive rehabilitation) แนะนำกิจกรรมฝึกทักษะทางสมองอย่างง่าย ยกตัวอย่างเช่น การเล่นไพ่จับคู่ หรือการให้อธิบายรูปถ่ายในอดีตเพื่อช่วยระลึกความหลัง โดยให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว หรือใช้สิ่งเร้าอื่น ๆ เช่น สัตว์เลี้ยง หรือเสียงดนตรี ก็มักจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้นและอาจสามารถช่วยลดปัญหาทางพฤติกรรมได้ด้วยเช่นกัน

การแนะนำให้พาทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีแบบแผน (Routine activities of daily living) เช่น พาเข้าห้องน้ำทุก 3-4 ชั่วโมง พาเดินเล่นทุกวันช่วงเย็นประกอบการใช้ตัวช่วยเตือนความจำ (reminder) เช่น เขียนสิ่งที่ต้องทำบนกระดานหรือเขียนวัน เวลา และสถานที่เพื่อบอกผู้ป่วยทุก ๆ วัน (reorientation) จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างมีแบบแผนมากขึ้นและช่วยลดการโต้เถียงขัดแย้งกับผู้ป่วยได้

การดูแลผู้ดูแล พบว่าบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ดูแลเองก็มีความเครียด แพทย์จะมีการประเมินภาวะความเครียดและความ เสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลด้วยเช่นกันและให้คำแนะนำ ส่งต่อพยาบาลเพื่อจัดกิจกรรมผ่อนคลายกับกลุ่มผู้ดูแล(group supports) หรืออาจนัด session แยกในรายที่พบว่าอยู่ในภาวะความเครียดสูง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่ จังหวัดลพบุรี

พื้นที่นำร่องจังหวัดลพบุรี ได้ทำบันทึกความร่วมมือในการดำเนินงานจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคบวงจร ในวันที่ 24 มิถุนายน 2562 ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี



ระยะพัฒนาระบบ

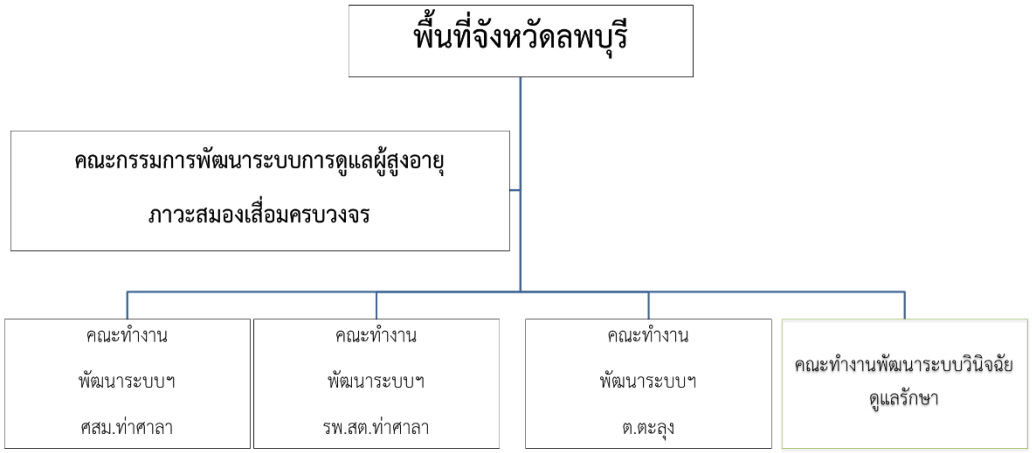
จังหวัดลพบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี สาธารณสุขอำเภอเมืองลพบุรี เทศบาลตำบลท่าศาลา องค์การบริหารส่วนตำบลตะลุง ร่วมกับกรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังว รเพื่อผู้สูงอายุ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ตกลงร่วมมือกันทางวิชาการและการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โดยมีความสนใจและมีความพร้อม ตลอดจนเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและระบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการคัดกรอง ระบบวินิจฉัยและดูแล ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องอื่นๆ ต่อไปได้ จึงได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เมื่อวันที่

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ

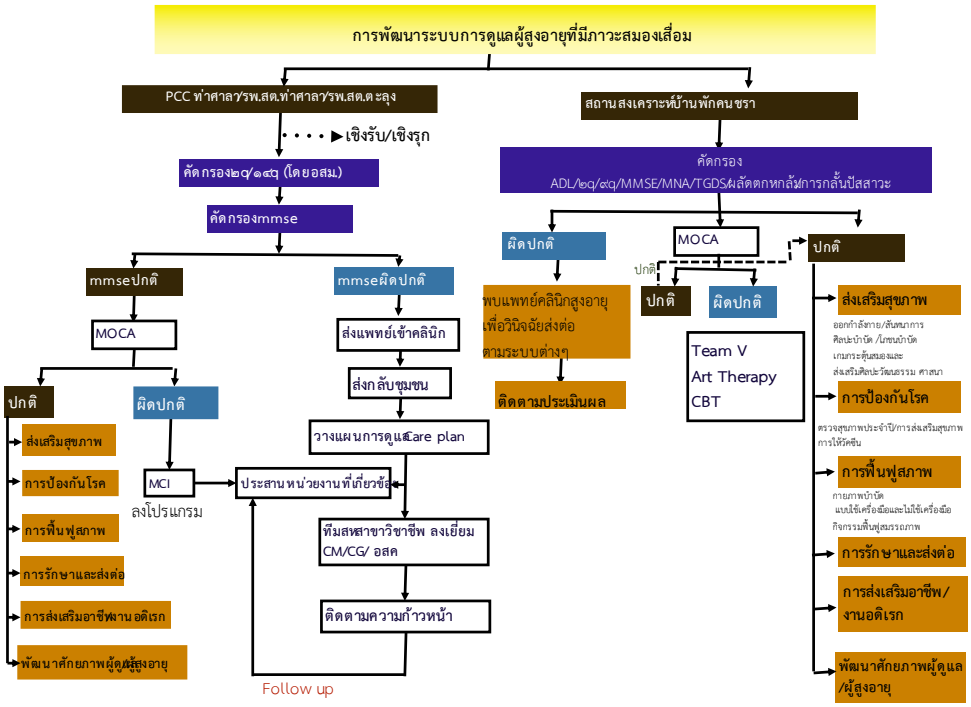


- รพ.พระนารายณ์มหาราช 9 ต.เขาสามยอด
- รพ.สต.ตะลุง ต.ตะลุง
- รพ.สต.ท่าศาลา ต.ท่าศาลา
- ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมืองท่าศาลา ต.ท่าศาลา

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดลพบุรี



การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะที่ 1

การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง ตำบลตะลุง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

ตำบลตะลุง มีพื้นที่ 13 จำนวนหมู่บ้าน ซึ่งมีประชากร 4,880 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 868 คน คิดเป็นร้อยละ 14.05 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. เริ่มจากการเข้าร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช
2. คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ ความสามารถ หมู่ละ 2 คน เพื่อเป็นแกนนำ
3. ดำเนินการประชุมชี้แจงแบบสอบถาม 14 ข้อคำถาม
4. ดำเนินการคัดกรองในชุมชน
5. จัดทำข้อเสนอโครงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุตำบลตะลุง เพื่อเสนอขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตะลุง
6. วิเคราะห์ข้อมูล และจำแนกข้อมูล คัดกรอง คัดแยกข้อมูล

ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง
2. การใช้ทักษะในการคัดกรอง
3. การดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วม ที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน
4. การมีส่วนร่วมในการส่งต่อและรักษา / การรักษาไม่ต่อเนื่อง
5. การตระหนักรู้และการให้ความสำคัญของผู้ป่วยและญาติ (ส่งพบแพทย์รักษา 4 ราย เสียชีวิต 3 ราย ไม่ไปรักษา 5 ราย)
6. MoCA ไม่ผ่าน MCI ที่ต้องทำกิจกรรม 14 ราย (ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากติดสถานการณ์ COVID-19)

การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง ตำบลท่าศาลา

ตำบลท่าศาลา มีพื้นที่ลักษณะทางสังคมที่ประกอบด้วยส่วนของชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยมีหน่วยบริการในพื้นที่ 2 หน่วย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งรับผิดชอบในพื้นที่ หมู่ที่ 1- 4 และ โรงพยาบาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา ซึ่งรับผิดชอบหมู่ที่ 5-8 ในการเข้าร่วมดำเนินงานจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสะสมองเสื่อม ตำบลท่าศาลา โดยเทศบาลตำบลท่าศาลา ได้ร่วมลงนามข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (MOU) ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

ศูนย์แพทย์

๑.บริบทของพื้นที่ก่อนการดำเนินการ

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าศาลา หมู่๑-๔ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าศาลาดูแลมีจำนวน ๑,๓๓๒ คน (นับถึงเดือนธันวาคม๒๕๖๒) ซึ่งชุมชนเป็นชุมชนในเขตกึ่งเมือง เทศบาล ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นชุมชนบ้านติดกัน เป็นหมู่บ้านจัดสรรและหอพัก บ้านเช่า ประชากรมีย้ายเข้าออกตลอดเวลาและผู้อยู่อาศัยหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุมักออกทำงานในช่วงเวลาราชการปล่อยให้ผู้สูงอายุเฝ้าบ้าน และผู้สูงอายุบางรายอาชีพค้าขาย ไม่อยู่บ้าน การเข้าถึงเพื่อคัดกรองและจัดเข้ากลุ่มกิจกรรมค่อนข้างมีปัญหาที่ไม่พบผู้สูงอายุบ้าง ผู้สูงอายุอยู่ ลำพัง ไม่สามารถออกมาเข้ากลุ่มกิจกรรมได้ตามกำหนด หรือยินยอมให้ อสม.และเจ้าหน้าที่เข้าถึงที่บ้านครบทุกครัวเรือน

การจัดกิจกรรมออกคัดกรอง คัดแยก ดังตาราง

กิจกรรม	คัดกรอง	ปกติ	เสี่ยง	ส่งต่อ	๒Q	DEMENTIA
คัดกรองสูงอายุองค์รวม	๒๗๗	๒๔๙	๒๖	๒๖	๑๓	๓
อสม.คัดกรองเชิงรุก ๑๔ข้อ/๒Q	๑๙๖	๑๘๖	๑๐	-	-	-
อสมคัดกรองเพิ่มเติม(พ.ย)	๔๐๓	๓๒๘	๒๓	-	๙	-
รวม	๘๗๖	๔๓๕	๓๖	๒๖	๒๑	๓

ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเพื่อจัดเข้าโครงการทั้งหมด 876 คน คิดเป็น 65.76% ของกลุ่มเป้าหมาย โดยที่แบ่งเป็นกลุ่มปกติ 435 คน กลุ่มเสี่ยง 36 คน และตรวจพบมีภาวะสมองเสื่อม 3 คน

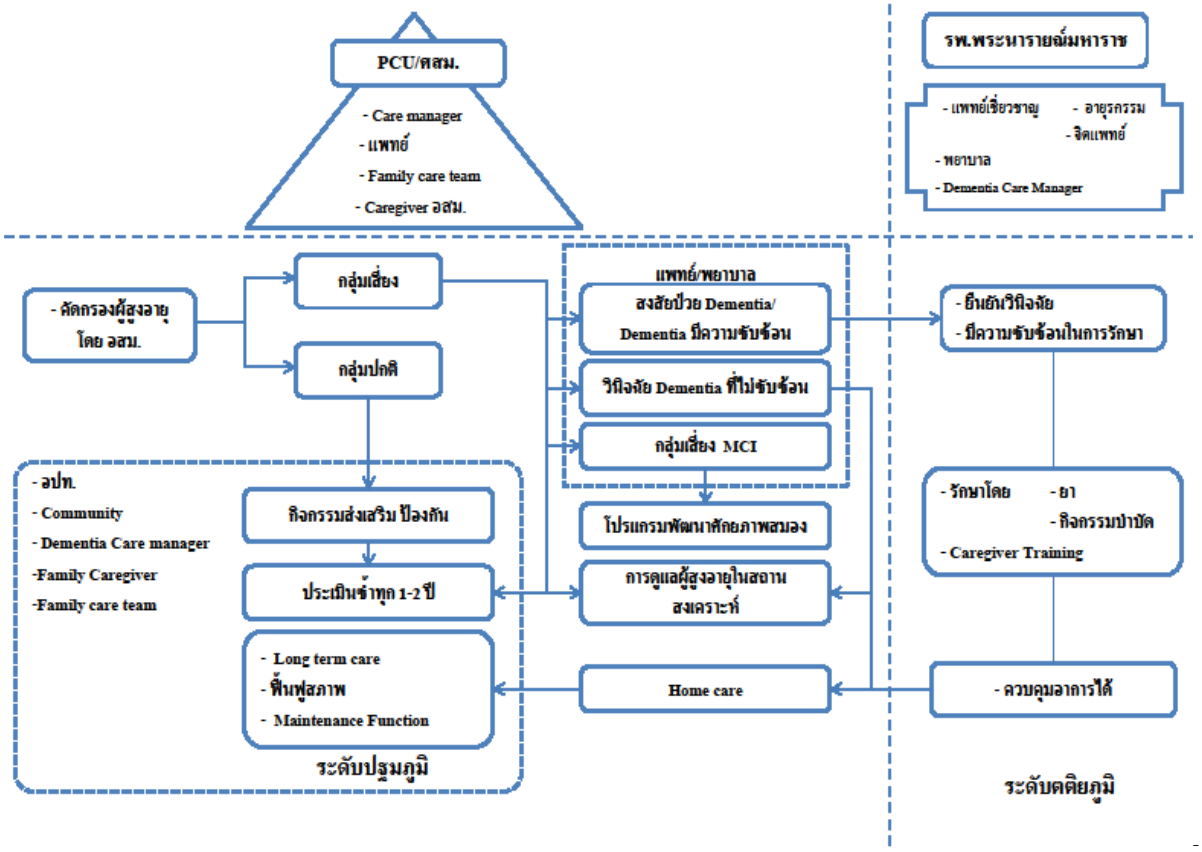
โดยก่อนหน้าจัดทำโครงการ มีการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ หลังการเข้าร่วมทำข้อตกลงร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ได้มีการดำเนินการ จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ชี้แจง ทำความเข้าใจและเตรียมทีมเชิงรุกในการเข้าประเมินคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน นัดอสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมประชุมชี้แจงแบบประเมินการคัดกรอง ให้อสม. ทุกคนทำแบบประเมินด้วย ตนเองและคัดกรองตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และ 2Q หาก อสม ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อคำถามจะไม่ให้ออก ประเมินผู้สูงอายุ /และให้ อสม.ที่ผลเป็นกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

-การบริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับสมองเสื่อม (ด้านสุขภาพ และด้านสังคม)

-ตรวจรักษาผู้สูงอายุโดยแพทย์เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่หน่วยงานและพบผิดปกติส่งต่อโรงพยาบาล

-ออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านตามเกณฑ์พบผิดปกตินัดหมายพบแพทย์ที่ ศสม. เพื่อตรวจรักษา/ส่งต่อ

ผังไหล การดำเนินงานในพื้นที่



การดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกที่บ้าน โดย อสม. ใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม/2Q

- คัดกรองเชิงรุกในชุมชนโดยทีมแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานอื่น ที่วัด 4 ครั้งและในชุมชนแยกตามหมู่ 3ครั้ง

- คัดกรองแยกกลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ให้การดูแลเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ LTC และ กลุ่มเสี่ยงส่งคัดแยกถ้าปกติ นัดหมายเข้ากลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ถ้าผิดปกติส่งต่อวินิจฉัย รักษา บำบัด

- นัดหมายผู้สูงอายุเข้ากลุ่มกิจกรรมโดยให้ อสม.ละแวกบ้านเป็นผู้ดูแลสำรองในการติดตาม

- เนื่องด้วยติดสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ทำให้การนัดเข้ากลุ่มกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และออกเยี่ยมบ้านแทนการเข้ากลุ่มกิจกรรม

- ด้วยสถานการณ์การเกิดโรคระบาดโควิด19 จึงงดการจัดกิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุ และเริ่มคัดกรองคัดแยก ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ไม่ผ่านการคัดกรอง คัดแยก ที่เจ็บป่วยโรค NCD ที่มารับบริการในหน่วยงานและลงทะเบียนติดตามเพื่อนัดหมายในคราวต่อไป

การประสานงานการดำเนินงาน

1. ขอความร่วมมือและนัดหมายประชุมชี้แจงทีมแพทย์ พยาบาล นักวิชาการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานอื่นในการเข้าร่วมคัดกรองเชิงรุกทำความเข้าใจคู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรอง

2. นัดหมายอสม.ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมประชุมชี้แจงแบบประเมินการคัดกรอง ให้อสม.ทุกคนทำแบบประเมินด้วยตนเองและคัดกรองตามแบบประเมิน 14 ข้อคำถามและ 2Q หาก อสม ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อคำถามจะไม่ให้ออกประเมินผู้สูงอายุ /และให้ อสม.ที่ผลเป็นกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และร่วมกับทีมพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากรพ.สต อสม เข้าร่วมคัดกรองในพื้นที่ หมู่ 1-4 ที่วัดหัวช้าง 4 ครั้ง และในชุมชน 3 ครั้ง ประสานงานกับเทศบาลตำบลท่าศาลากองสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลท่าศาลา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรีในวันที่แจกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของทุกเดือนที่วัดหัวช้าง เข้าร่วมคัดกรองทุกเดือน และให้ทีม อสม ที่ผ่านเกณฑ์การตอบแบบประเมินออกเชิงรุกตามบ้านในระแวกที่รับผิดชอบ

ปัญหาอุปสรรค

ขั้นตอนในส่วนการคัดกรองที่วัดเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเห็นประโยชน์ในการคัดกรอง แต่คัดกรองได้จำนวนผู้สูงอายุได้ไม่มากเท่าที่ควรเพราะการคัดกรองต่อคนใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที แต่ได้ข้อมูลการคัดกรองครบตามแบบองค์รวม

การคัดกรองโดย อสม .โดยใช้แบบข้อคำถาม14ข้อ/2Q เป็นการคัดกรองเชิงรุกแบบเคาะประตูบ้าน ปัญหาที่พบ จะได้ข้อมูลในบ้านที่ให้ความร่วมมือ บางครัวเรือนไม่ยินยอมให้ข้อมูล และบางครัวเรือนผู้สูงอายุ ไม่อยู่บ้านจึงไม่ได้ข้อจากการสอบถามผู้อายุเดินทางไปอยู่ที่อื่นบางช่วงเวลา อสม. จะติดตามเยี่ยมครัวเรือนที่ขาดซ้ำ 2 ครั้งและเมื่อพบปัญหาในการคัดกรองให้ อสม นัดหมายให้ผู้สูงอายุมาพบแพทย์และพยาบาลที่ ศสม แต่บางรายไม่มาตามนัดที่ศสม.

การคัดกรองในหน่วยงานคัดกรองผู้สูงอายุในเขตพื้นที่และถ้าพบผู้สูงอายุนอกเขตพื้นที่แต่อยู่ในเขตตำบลท่าศาลาจะส่งต่อให้ผู้สูงอายุไปคัดกรองที่รพ.สตท่าศาลา ผู้สูงอายุที่ผ่านคัดกรองแล้วทั้งหมดจะมาคัดแยกโดยใช้เครื่องมือ MMSE Thai-2002 /MoCA เพื่อคัดแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง MCI กลุ่มผิดปกติ ซึ่งในรายที่ผิดปกติแพทย์จะส่งต่อไปที่รพ.พระนารายณ์เพื่อคัดแยกซ้ำและวินิจฉัยให้การรักษาต่อ ในรายที่ปกติจะมีการติดตามเยี่ยมโดย อสม .และทีมพยาบาลตามเกณฑ์ซึ่งในช่วงไตรมาสที่ 2 หลังการคัดกรองเกิดภาวะวิกฤตโรคระบาด โควิด 19 ทางทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์จัดทำคู่มือการดุแลผู้สูงอายุทั้งในช่วงภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด 19 ในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุจะเป็นไปในแนวทางตามคู่มือและกลุ่มเสี่ยงMCI ได้นัดมาเข้าร่วมกลุ่มโดยสมัครใจและพร้อมทั้งผู้ดูแลหลักคือญาติและผู้ดูแลรอง คือ อสม. จึงมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 14 คนจาก 36 คน โดยมี อสม. 2 คนที่เข้าร่วมในกลุ่มเสี่ยง MCI แต่ในวันที่มาคัดแยกโดยแบบประเมินMoCAแล้ว

14 คน นัดหมายติดตาม หลังการประเมินคัดแยก การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม 7 คน ที่ไม่มาเข้าร่วมกิจกรรม 2 คนไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2 คนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ 3 คน เดินทางไปต่างจังหวัดไม่ขอเข้าร่วมกลุ่ม ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองทั้ง 7 คน

ในการเข้ากิจกรรมครั้งแรกนั้น ผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มกิจกรรมระดับการศึกษาแตกต่างกันกันมากคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ 2 คน ปริญญาตรี 1 คนประถม 4 คน และอายุที่แตกต่างกันมากคืออายุที่น้อยสุด 64ปี อายุมากสุด 85ปีในการจัดกิจกรรมในครั้งที่ 2 ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีไม่ยินยอมเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีอายุมากผู้ดูแลที่บ้านไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเริ่มมีข่าวสถานการณ์โรคระบาดโควิด19

ในการเข้ากิจกรรมครั้งที่ 2 จึงมีผู้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเพียง 4 คน โดยผู้ที่มาในครั้งแรก 3 คน ไม่ยินยอมเข้ากลุ่ม 2 คน ติดไปตรวจรักษาเพื่อรับยาต่อเนื่อง 1 คน ทางทีมพยาบาลและ อสม ติดตามทางโทรศัพท์และที่บ้านผู้สูงอายุขอไม่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดและปัญหาสุขภาพ

ในการนัดกลุ่มเข้ากิจกรรมครั้งที่ 3 มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเพียง 3 คน 1 คนที่ไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมเดินทางไปต่างจังหวัดก่อนการวันนัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและถูกกักกันในพื้นที่ไม่สามารถเดินทางกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ และในการนัดครั้งที่ 4-6 รวมถึงการประเมินหลังครบการเข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถนัดเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ตามมาตรการควบคุมโรคระบาดโควิด19 ทำให้การดำเนินงานตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง ทำได้ไม่สมบูรณ์ ดำเนินงานติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้านตามแนวทางคู่มือดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน โดยใช้ 14 ข้อคำถาม/2Q ในการประเมินผู้สูงอายุเบื้องต้นโดย อสม.ที่ผ่านการประเมิน 14 ข้อคำถาม/2Q ผ่านเกณฑ์เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้นเพื่อแยกผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุผิดปกติ ใช้เวลาคัดกรอง 3 ครั้ง ในเวลา 3 เดือนเมื่อพบผิดปกติให้ อสม นัดผู้สูงอายุมาปรึกษาแพทย์ที่ ศสม.ท่าศาลา เพื่อมาคัดแยกในขั้นตอนต่อไป

-การประเมินร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการคัดกรองครบวงจรตามโครงการคัดกรองผู้สูงอายุแบบองค์รวม และคัดแยกโดยใช้ MMSE Thai-2002 / MoCAหากพบกลุ่มผิดปกติส่งพบแพทย์ ศสม. เพื่อพิจารณาส่งต่อไปรพ.พบแพทย์เฉพาะทางในการวินิจฉัย รักษาและบำบัด และในกลุ่ม MCI จะนัดเพื่อเข้ากลุ่มกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองโดยการจัดกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว ได้มีการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์ และกรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มาจัดการอบรมแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมจากศูนย์พักคนชรา เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองรวมถึงให้คำปรึกษาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานทีมสุขภาพจิตในรพ.และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากรพ.สต.ใน

การจัดกิจกรรม มีการสนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟูเพิ่มเติม อีก 1สัปดาห์ ในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้ทีมแพทย์ พยาบาล ในขั้นตอนต่อไป

-การจัดกิจกรรม เมื่อผ่านการคัดแยกผู้สูงอายุในรายที่ผิดปกติส่งพบแพทย์แล้ว มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านตามเกณฑ์การเยี่ยมผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มีความเสี่ยง MCI ได้มีการติดตามเพื่อทำการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามความสมัครใจ และความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่บ้าน โดยปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง

การประสานความร่วมมือกับไตรภาคีในการดำเนินงานทั้งระบบ

ในส่วนพื้นที่ได้ส่งทีมแพทย์ พยาบาลเข้าร่วมการฝึกอบรมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง และฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการฝึกอบรม อสม.ในพื้นที่ในการใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม/ 2Q เตรียมทีมแพทย์พยาบาลออกประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเชิงรุกในหมู่1-4 ที่วัด 4 ครั้ง ในชุมชน 3 ครั้ง และมีทีมพยาบาลประเมินคัดแยกในหน่วยงาน เทศบาลตำบลท่าศาลาให้การสนับสนุนสถานที่การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและประสานงานกำหนดนัดหมายกลุ่มผู้สูงอายุให้มารับเบี้ยยังชีพ เพื่อให้ทีม สหสาขาวิชาชีพทั้ง แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ได้เข้าร่วมในการมาประเมินคัดกรองผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์จัดทำคู่มือการดุแลผู้สูงอายุทั้งในช่วงภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด 19 และกรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุมาจัดการอบรม แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมจากศูนย์พักคนชราในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองรวมถึงให้คำปรึกษา และกองสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลท่าศาลาสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรีร่วมกับทีมชมรมผู้สูงอายุให้การสนับสนุนช่วยเหลือแจกถุงยังชีพ /สนับสนุนเงินสวัสดิการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุยากไร้/กลุ่มเปราะบางร่วมกับทีมพยาบาลในการออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม 8 ครั้งห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงทำกิจกรรมเกิดภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด 19 จึงทำให้ในกลุ่ม MCI ที่ถูก คัดแยกและมีความพร้อมเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้เข้าร่วมกิจกรรมเพียง 4 ครั้ง คือครั้งแรกที่มีการคัดกรอง คัดแยก และให้การยินยอมเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมโดยมีความพร้อมคือผู้ดุแลหลักคือญาติหรือผู้ดูแลสำรองคือ อสม. ในพื้นที่โดยพักการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองไป

การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา

พื้นที่มีการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่ตัวอยู่จริงประเภท 1,3,4 ในหมู่ 5-8 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ตามบริบทของพื้นที่ เป็นพื้นที่เขตเมือง การเข้าถึงค่อนข้างยากพอสมควร เนื่องจากพื้นที่บ้านเป็นบ้านจัดสรร หลังเกษียณอายุราชการหรือมาอยู่เฝ้าบ้านให้ลูก และไม่รู้จักกันในละแวกใกล้เคียง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีการเมืองเข้ามา ทำให้การเปิดประตูบ้านรับเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.หรือผู้นำเป็นการยากพอสมควร เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพจึงต้องใช้ระยะเวลาในการทำความรู้จักก่อนซึ่งต้องใช้เวลานานพอสมควรก่อน

ที่ผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือ เราจะใช้แบบประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT) แบบทดสอบนี้ใช้คัดกรองภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม และ 2Q แล้วนำผลการคัดกรองมาวิเคราะห์ที่ผิดปกติส่งรักษาที่ รพ.พระนารายณ์มหาราช ถ้ากลุ่มเสี่ยงให้ญาติดูแล ยังไม่มีกิจกรรมกลุ่มบำบัด

ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ดังนี้

1. คัดเลือกอสม.ที่มีความรู้ความสามารถหมู่ละ 3-4 คน เพื่อเป็นแกนนำ
2. ประชุมชี้แจงแบบสอบถาม 2Q และ 14 ข้อคำถาม
3. ดำเนินการคัดกรองในชุมชนจำนวน 4 หมู่บ้าน มีกรุ๊ปไลน์ อสม.ที่ดำเนินการคัดกรองในชุมชน
4. นำข้อมูลมาคัดแยกโดยพยาบาล และนำกลุ่มเสี่ยงมาทำ MMSE และ MoCA ต่อ จะได้กลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่มสงสัยป่วย ดำเนินการตามผังไหล

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. กลุ่มเป้าหมายยังไม่เห็นความสำคัญของการทำแบบประเมินสมองเสื่อม คิดว่าเสียเวลา ไม่ได้เงิน ยังช่วยเหลือตนเองได้อยู่ เป็นเรื่องปกติ ญาติไม่ใส่ใจ/ไม่เห็นความสำคัญในการคัดกรอง
2. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างยาก /เข้าบ้านไม่ได้

3. การทำแบบทดสอบยาก ใช้เวลานาน กลุ่มเป้าหมายเบื่อ ไม่ทำ ต้องรีบกลับบ้าน

4. ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่มีใครคอยดูแล ไม่ได้คุยกับใคร เหงา ถดถอย

5. ผู้สูงอายุไม่ค่อยออกจากบ้าน

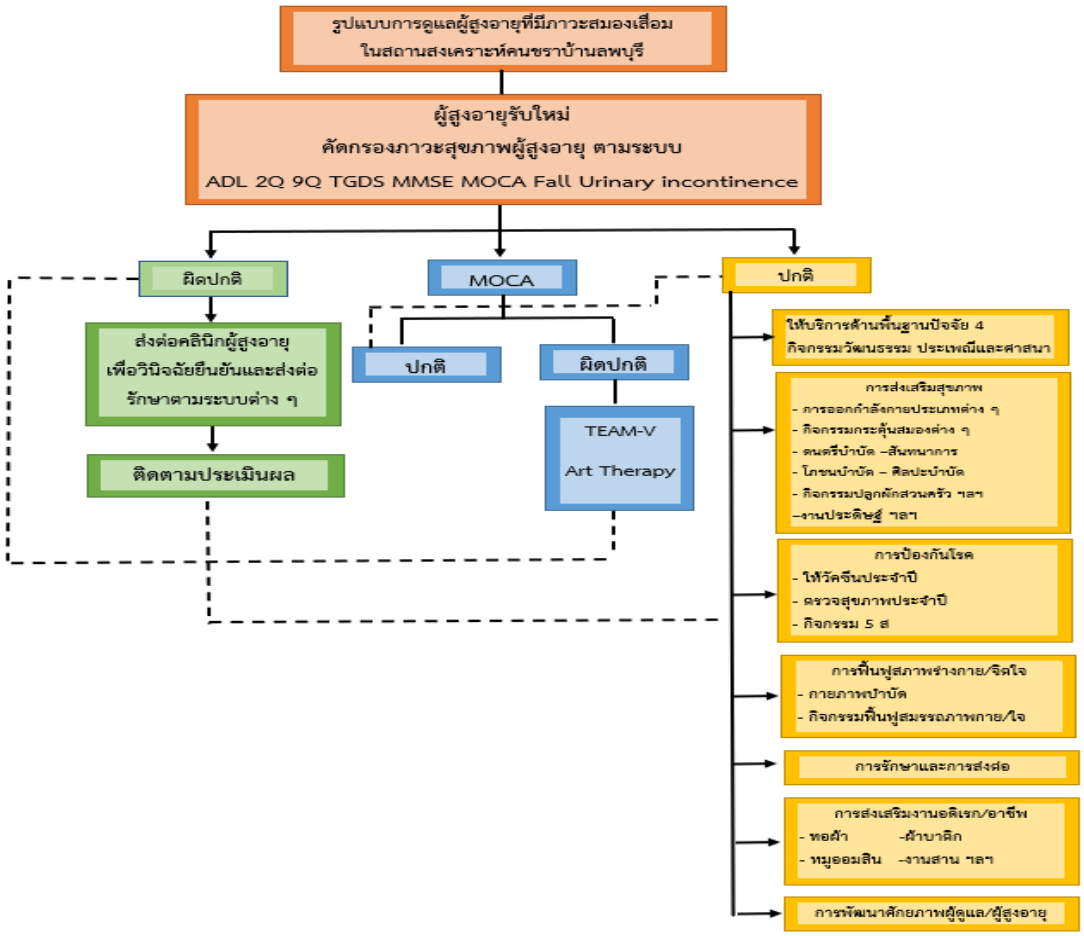
การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง สถานสงเคราะห์บ้านลพบุรี

ประชากรผู้สูงอายุในสถานการณ์สถานสงเคราะห์ ฯ มีจำนวนผู้สูงอายุ 119 คน เพศชาย 45 คน คิดเป็นร้อยละ 37.81 เพศหญิง 74 คน คิดเป็นร้อยละ 62.18 แบ่งเป็นช่วงอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ไม่สามารถระบุอายุได้ชัดเจน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 สถานภาพสมรส จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 สถานภาพโสด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 สถานภาพหม้าย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 ไม่สามารถระบุได้ จำวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 ศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาขึ้นไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 ไม่สามารถระบุได้ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 102 คน ร้อยละ 85.7 เบิกจ่ายตรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ขออนุเคราะห์ค่ารักษาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 สิทธิ์คนพิการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และประกันสังคม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 (สถิติเดือนมีนาคม, 2562) จากการคัดกรองภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 98.31 ประกอบไปด้วย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60.50 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 โรคเบาหวาน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.48 โรคหลอดเลือดสมอง จำวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q พบว่า จำนวนผู้สูงอายุผิดปกติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรอง MMSE-Thai 2002 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุผิดปกติ จำนวน 71 คน (severe dementia 42 คน) คิดเป็นร้อยละ 59.66 และจากการคัดกรองภาวะหลงลืมโดยใช้แบบคัดกรอง MOCA พบว่า ผู้สูงอายุผิดปกติจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.44 (สถิติเดือนมีนาคม, 2562)

สถานการณ์สมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี ย้อนหลังสามปี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง MMSE-Thai 2002 มีผลคัดกรองที่ผิดปกติมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรอง MMSE MMSE-Thai 2002 ผิดปกติ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 43.68 (สถิติ: เดือนมีนาคม 2560) ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้สูงอายุที่ผลคัดกรอง MMSE-Thai 2002 ผิดปกติ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.54 (สถิติเดือนมีนาคม 2561) และในปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้สูงอายุที่ผลคัดกรอง MMSE ผิดปกติ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 59.66 (สถิติ: เดือนมีนาคม 2562) ตามลำดับ ทำการรายงานและส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยยืนยัน และรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ส่วนการบริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับสมองเสื่อม (ด้านสุขภาพและด้านสังคม) สถานสงเคราะห์คนชราฯ มีหน้าที่ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ยากจนและขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่ง โดยให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟู บริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนกิจ การส่งเสริมการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยกลวิธีต่างๆ ตลอดจนปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การดำรงชีพ ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต หลักการสำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพกาย จิต และสังคม ที่ดี ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมให้ได้นานที่สุด ลดการเป็นผู้สูงอายุที่มีทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยติดเตียง ส่วนการให้บริการเกี่ยวกับสมองเสื่อมนั้น ได้มีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาสมองและการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จะทำให้สมองได้รับการพัฒนาซึ่งจะช่วยฟื้นฟูสมองได้ ส่งผลให้ชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ ตามผังดำเนินการต่อไปนี้

ผังไหล การดำเนินการของทั้ง ๓ ระบบย่อย



การ

ดำเนินงานพัฒนาระบบ

- เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและโปรแกรมTEAM V
- คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี
- รายงานผลการคัดกรองให้คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนารายณ์ฯ เพื่อนำผู้สูงอายุรับการวินิจฉัยยืนยันและเข้าสู่กระบวนการรักษา
- เขียนโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ทำการเพิ่มแผนฯ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ในปีงบประมาณ 2563 - 2565
- ประสานนักกิจกรรมบำบัดโรงพยาบาลพระนารายณ์เพื่อนำผู้สูงอายุ MCI เข้าร่วมโปรแกรมTEAM-V ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
- ประสานผู้เชี่ยวชาญด้าน Art Therapy ทำกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามระบบของสถานสงเคราะห์ฯ (รายละเอียดตามแผนผัง)
- ติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
ปัญหาภายนอกองค์กร	ไม่พบปัญหาในการประสานงานต่าง ๆ ได้รับการประสานงานและการติดตามที่ดี เพราะทีมทำงานภายใต้ความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงไม่มีรอยต่อของการทำงานแม้จะอยู่คนละหน่วยงานก็ตาม ลักษณะการทำงานของผู้เชี่ยวชาญแต่ท่านจะสละเวลาในวันหยุดเสาร์อาทิตย์เพื่อมาปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ฯ
ปัญหาภายในองค์กร	- เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรนานขึ้น แก้ไขโดยการขออนุมัติผู้บริหารจัดหาบุคลากรเพิ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 6 คน - บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ขาดความเชื่อมโยงด้านจิตใจส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างยากลำบาก แก้ไขโดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฝึกอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลให้เกิดความชำนาญ และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเข้าใจและเอื้ออาทรมากยิ่งขึ้น

การประสานความร่วมมือกับไตรภาคี ในการดำเนินงานทั้งระบบ

1. ในกรณีผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการประสานไปยังคลินิกผู้สูงอายุล่วงหน้า 1 วัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของคลินิกได้ค้นประวัติการรักษาล่วงหน้า หากมีปัญหาหรืออาการเปลี่ยนแปลงมีการปรึกษากันทางไลน์ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา

2. ในกรณีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ (รายละเอียดตามผัง) โดยมีองค์กรต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการมากมาย เช่น องค์กรเอกชน กศน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลต่าง ๆ วิทยาลัยพยาบาล รพ.สต. ฯลฯ

ผังไหล การประสานความร่วมมือกับไตรภาคีในการดำเนินงานทั้งระบบการมีส่วนร่วมแบบไตรภาคีในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี

ทีมสุขภาพ	ทีมชุมชน/ท้องที่	ทีมสังคม/ท้องถิ่น
-CM/DCM/FCT **-NC/CM/DCM/COC** **-อสม./CG** **-หมอครอบครัว** **-Team V Program**	-คณะกรรมการศูนย์ -ชมรมผู้สูงอายุ -อสม./จิตอาสา -หมอครอบครัว -Art therapy	-เทศบาล/เจ้าหน้าที่ -กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน -ผู้บริหารท้องถิ่น -นักพัฒนาชุมชน /CG -กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล -สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดลพบุรี -กศน.จังหวัดลพบุรี -ภาคเอกชน

การจัดการดูแลให้เข้าเป็นงานประจำ

1. ตำบลตะลุงและตำบลท่าศาลามีแผนที่จะนำเสนอโครงการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สาขาเทศบาลตำบลท่าศาลา ได้เพิ่มการคัดกรองผู้สูงอายุประเมินคัดแยกผู้สูงอายุปกติและผิดปกติ ในช่วงการซักประวัติ การตรวจรักษา และการนัดหมายผู้สูงอายุและเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้มีการคัดแยกโดยใช้แบบ MMSE Thai-2002/MoCAเพื่อคัดแยกผู้ป่วยผิดปกติส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่รพ.และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง MCIลงทะเบียนไว้เพื่อคอยติดตามในการจัดเข้ากิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง

3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี ได้มีการเขียนโครงการ “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร”และจัดทำแผนฯ 5 ปีขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

กรณีศึกษา... พื้นที่

กรณีศึกษาที่ 1 สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี

หญิงไทย อายุ 68 ปี รับใหม่วันที่ 29 กรกฎาคม 2558 สาเหตุที่รับเข้าเนื่องจากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** เคยประสบอุบัติเหตุรถสิบล้อเฉี่ยวชน สลบ รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา เคยดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อทางพันธุกรรม

อาการแรกรับ – poor hygiene ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ADL = 20 คะแนน มีต้อเนื้อทั้งสองข้าง กระดูกสันหลังคดแต่ไม่ปวด

11 ส.ค. 2558 ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการพูดคุยคนเดียว และอารมณ์แปรปรวนมักด่าทอด้วยคำหยาบคาย รับประทานอาหารได้ นอนพักผ่อนได้ปกติ

15 ก.ย. 2558 ผู้สูงอายุมีอาการทำร้ายผู้สูงอายุด้วยกันเองเนื่องจากไม่พอใจที่ถูกว่ากล่าวตักเตือนเรื่องขโมยของ และยังมีการด่าทอพูดจาหยาบคายมักมีอาการตอนดูโทรทัศน์ จากการพูดคุยกับผู้สูงอายุมีความคิดไม่ชอบเพื่อนที่มาว่าตนเองขโมยของ และที่ด่าว่าไม่ได้ด่าโทรทัศน์แต่ด่าว่าพระเอกหนังมันเลวทำนางเอกท้องแล้วไม่รับผิดชอบจึงด่ามัน ผู้สูงอายุมักจะมาใช้ชีวิตในช่วงกลางวันที่อาคารพยาบาล จากการสังเกตุพฤติกรรมพบว่าผู้สูงอายุชอบดูละครโทรทัศน์และด่าตัวละครในโทรทัศน์ รับประทานอาหารได้มากและนอนพักผ่อนได้ปกติ

2 ต.ค.2558 พี่เลี้ยงประจำอาคารรายงานว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการพูดคุยคนเดียว และกลางคืนไม่ยอมนอน เข้าไปขโมยของมีค่าในมุ้งของเพื่อน โทรปรึกษาคลินิกจิตเวชได้คิววันที่ 5 ต.ค. 2558

5 ต.ค. 2558 ส่งผู้ป่วยพบแพทย์คลินิกจิตเวช Dx. F059 on Haloperidol 0.5 mg 1x2 ◎ pc. ผู้สูงอายุยังมีอาการพูดคุยคนเดียว รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้ปกติ

1 ธ.ค. 2558 พบแพทย์ตามนัด ปรับยาใหม่ Dx. F059, Dx. F030 on Haloperidol 0.5 mg 1x2 ◎ pc.+hs. (ช,ย,ก่อนนอน) ผู้สูงอายุยังมีอาการพูดคุยคนเดียว รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้ปกติ

21 ธ.ค. 2558 พบแพทย์ตามนัด ปรับยาใหม่ on Haloperidol 0.5 mg ½ x OD เช้า Haloperidol 0.5 mg 1 x 1 ◎ pc.+ hs. (ย,ก่อนนอน) และ Trazodone 50 mg ½ x hs. ผู้สูงอายุยังมีอาการปวดศีรษะ กระสับกระส่าย บ่นคอแห้งกระหายน้ำ ให้ยาแก้ปวดอาการดีขึ้น

19 ม.ค. 59 ไปพบแพทย์ก่อนนัด เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการคอแห้ง กลืนลำบาก ตัวแข็ง น้ำลายไหล พี่เลี้ยงให้ประวัติเพิ่มเติมว่าผู้สูงอายุอาบน้ำวันละหลาย ๆ ครั้ง และนอนทั้งวัน แพทย์พิจารณาให้หยุดยา Haloperidol 0.5 mg มื้อเย็น เมื่อผู้สูงอายุเริ่มวุ่นวายค่อยเริ่มรับประทาน

24 ม.ค.29 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ADL 6 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อย ดูอ่อนเพลีย จึงนำส่งร.พ. แพทย์เวรพิจารณาให้ ORS , MTV 1xOD, B.co 1x3 ◎ pc. Dx. G259 พิจารณาย้ายผู้สูงอายุขึ้นเรือนหลงเพื่อสังเกตุอาการอย่างใกล้ชิด ในระหว่างนี้ได้ใส่สายยางให้อาหารแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้และนอนตลอด ดูอ่อนเพลียไม่มีแรง

29 ม.ค. 2559 ผู้สูงอายุเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ ดูสดชื่นขึ้นกระตุ้นให้ลุกเดินสามารถเดินจากเตียงนอนไปด้านนอกอาคารได้โดยให้พี่เลี้ยงช่วยพยุงเดิน มีบ่นปวดศีรษะบ้างเล็กน้อย นอนพักผ่อนได้

1 ก.พ. 2559 พบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยสามารถเดินเองได้ต้องช่วยพยุง แต่ยังรับประทานอาหารได้น้อย ดูซึมแพทย์ปรับยา Risperidone 1 mg 1x hs., Ativan 0.5 1x hs., Loratadine 10 mg. 1x hs. ผู้สูงอายุเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารทางปากได้ ถามตอบรู้เรื่อง นอนพักผ่อนได้

12 ก.พ. 2559 ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ดูสดชื่นขึ้น สามารถเดินไปอาบน้ำเองได้ รับประทานอาหารทางปากได้ดี ร่วมกิจกรรมบำบัดได้ดี เสริมแรงด้านบวกโดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือเพื่อนที่ไม่แข็งแรง ผู้สูงอายุสามารถทำได้ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสดี ไม่มีอาการวุ่นวาย นอนพักผ่อนได้ตามปกติ

20 มิ.ย. 2559 ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีพฤติกรรมด้านลบ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่วุ่นวาย on Risperidone 1 mg 1x hs. Ativan 0.5 1x hs. Cetirizine 10 mg. 1x2 ◎ pc., Memantine 1xOD, MTV 1xOD

25 ม.ค. 61 พบแพทย์ตามนัด อาการทั่วไปปกติดี MMSE 0 คะแนน ADL 20 คะแนน on Risperidone 1 mg 1x hs. Ativan 0.5 1x hs. Cetirizine 10 mg. 1x2 ◎ pc., Memantine 1xOD, MTV 1xOD, Sodium Valproate 200mg 1xOD (เที่ยง)

16 ต.ค.62 เข้าคลินิกความจำ รับยาเดิม ประเมิน MMSE 11 คะแนน ADL 18 คะแนน อาการทั่วไปปกติดี จนถึงปัจจุบัน

สรุป

หญิงไทย อายุ 68 ปี รับใหม่วันที่ 29 กรกฎาคม 2558 สาเหตุที่รับเข้าเนื่องจากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู เคยประสบอุบัติเหตุรถสิบล้อเฉี่ยวชน สลบ รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา เคยดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อทางพันธุกรรม อาการแรกรับ poor hygiene ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีต้อเนื้อทั้งสองข้าง กระดูกสันหลังคดแต่ไม่ปวด เริ่มมีอาการผิดปกติจนสังเกตได้และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์ฯ

เมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2558 มีการปรับยาหลายครั้ง ร่วมกับการปรับพฤติกรรมและกระตุ้นด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ปัจจุบัน on Risperidone 1 mg 1x hs. Ativan 0.5 1x hs. Cetirizine 10 mg. 1x2 ◎ pc., Memantine 1xOD, MTV 1xOD, Sodium Valproate 200mg 1xOD (เที่ยง) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ถามตอบรู้เรื่อง มีพฤติกรรมทางลบน้อยลงสามารถอยู่ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ดีในกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เช่น สันทนาการ

โภชนบำบัด ส่วนศิลปะประดิษฐ์ต้องมีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองพี่เลี้ยงคอยระวังเรื่องอุบัติเหตุ มีปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ เป็นบางครั้ง ADL 18 คะแนน MMSE 10 คะแนน

กรณีศึกษาที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สาขาเทศบาลตำบลท่าศาลา

ชายไทยอายุ 69 ปี ข้าราชการบำนาญ ม.2 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.ลพบุรี มี โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, CKD 2 สภาพทั่วไปของผู้ป่วย : ช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการหูแว่วบางครั้งเหมือนมีคนคุยด้วย มักเดินออกนอกบ้านเอง คิดและพูดช้า ผอมสูง รับประทานอาหารได้พอควร ความดัน : 130/84 ชีพจร 94 นาที น้ำหนัก : 57 กิโลกรัม ส่วนสูง : 165 เซนติเมตร โดยมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลและ อสม. หมู่ที่ 2 เป็นผู้ดูแล ญาติพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รับยา ความดันโลหิตสูง, ไขมัน ที่ศสม.ต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน การประเมิน ADL >12 มีความต้องการการบริการสาธารณสุข : กลุ่ม 2

กระบวนการคัดกรองเริ่มจาก วันที่ 2 ต.ค. 2562 ได้รับการคัดกรองจาก อสม.ที่บ้านประเมิน 2Q+14 ข้อคำถาม ได้คะแนน 43 คะแนน และอสม.นัดให้มารับการตรวจที่ ศสม. เจ้าหน้าที่ได้ทำการประเมิน MMSE Thai-2002 = 18 คะแนน (ไม่ผ่าน) จึงได้ส่งต่อให้ไปรักษา รพ. แต่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่พร้อมที่จะไปพบแพทย์ ต่อมา 9 ตุลาคม 2562 ผู้ป่วย มีอาการหูแว่ว พูดคุยคนเดียว เดินออกนอกบ้าน ไม่กินอาหาร 3 วัน ญาติพาไปรักษาที่ รพ.พระนารายณ์ แพทย์ให้นอนรักษา รพ.

- มกราคม 2563 ไป FU ได้รับยาจิตเวช
- มีนาคม 2563 แพทย์วินิจฉัย Dementia เริ่มให้การรักษา
- 21 ก.ค. 2563 F/U พบแพทย์ และให้นำผลสแกนสมอง ไปด้วย

การรักษาปัจจุบัน เดือน มีนาคม 2563

- Clonazepam (2)1x1hs
- Memantine (10) 1x1pcเช้า
- Quetiapine (200) 1x1hs
- Risperidone (2)1x2pc

สรุปกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยได้รับการการประเมินคัดกรอง 2Q+14 ข้อคำถาม ที่บ้านพบผิดปกติ คะแนน 43 เจ้าหน้าที่ประเมิน MMSE Thai-2002 ไม่ผ่าน (18) ส่งต่อให้ไปรักษา รพ. แต่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่พร้อมที่จะไปพบแพทย์ที่รพ.ทันทีหลังการส่งต่อ

-ญาติพาส่งรพ.เมื่อมีอาการหูแว่ว พูดคนเดียวไม่นอน รับประทาอาหาร ได้น้อย แพทย์ตรวจและรับให้นอนพักรักษาที่รพ. หลังกลับจากรักษาที่รพ. เจ้าหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน พร้อมกับ อสม. ให้ความรู้แก่ อสม. และผู้ดูแลหลักและรอง ในการฟื้นฟู ทบทวนความจำ บริหารกล้ามเนื้อ การป้องกันการกินยาผิด จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ทำเพื่อ ไม่ให้ผู้เดินหนีออกนอกบ้าน รวมทั้ง การป้องกันอุบัติเหตุ

ผู้ดูแลหลักคือภรรยา (แม่บ้าน+เลี้ยงหลาน)ดูแลจัดหาอาหารและดูแลให้รับประทานยาตามเวลาครบทุกมื้อ ผู้ดูแลสำรองคือบุตรสาว (ขายสินค้า งานฝีมือ ที่ตลาดนัด ทุกบ่าย อังคาร ศุกร์ อาทิตย์)ในการพาไปรักษาต่อเนื่องที่ศสม., รพ.

ในด้านระบบการติดตามดูแลโดยอสม. ประจำละแวกบ้าน ไปเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ทบทวน การดูแลผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1ครั้ง และพยายาบาลเยี่ยมบ้าน พร้อมอสม. ทบทวนการดูแล การกินยา การตรวจตามนัดเดือนละ 1 ครั้ง ปัจจุบันหลังได้รับการรักษากินยา ผู้ป่วย ยังมีอาการหูแว่วและพูดคุยกับเสียงที่ได้ยินบางครั้งพักผ่อน ได้มากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ช้า จำวันเวลาไม่ได้ ต้องคอยบอกทบทวน โดยขณะนี้รอผลการสแกนสมอง (ในเดือน มิถุนายน 2563: เพราะลูกกำลังสะสมเงิน) นัดพบแพทย์ในครั้งต่อไป วันที่ 21 ก.ค. 2563 พร้อมกับผลสแกนสมอง

กรณีศึกษาที่ 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลท่าศาลา

หญิงไทย วัย 88 ปี สถานะหม้าย อยู่บ้านเลขที่ 29 หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี อยู่กับลูกชายคนเล็ก ซึ่งมีลูกชายทั้งหมด 4 คน เสียชีวิต 2 คน ครอบครัวมีฐานะปานกลาง ลูกชายคนเล็กมีอาชีพรับจ้างขับรถตู้ ทำงานไปเช้าเย็นกลับ ลูกชายจะดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมัน รักษามาแล้ว 15 ปี รับยาต่อเนื่องซึ่งลูกชายจะพาไปหรือถ้าลูกชายไม่ว่างจะให้วินมอร์เตอร์ไซไปส่งที่ศสม.ท่าศาลาผู้ป่วยชอบออกมาคุยกับเพื่อนแถวบ้าน ต่อมาอายุมากขึ้นอาการหลงลืมจำไม่ค่อยได้ก็เริ่มมีอาการมากขึ้น ลืมบ่อยขึ้น วันหนึ่งเจ้าหน้าที่ลงคัดกรองสมองเสื่อม (คะแนน MMSE Thai-2002 = 16) แพทย์หญิงชิดชนกส่งพบแพทย์เฉพาะทาง ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชทันที ลูกชายคนเล็กของผู้ป่วยพาไปโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตามนัด ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 1 เดือนเจ้าหน้าที่ลงประเมินอาการต่อ ผู้ป่วยบอกว่าอาการดีขึ้น หัวโล่งขึ้น นอนหลับดี จากที่เคยเป็นมันจะมึนหัว หนักหัว งง ผู้ป่วยบอกว่าดีนะที่ได้ไปรักษา ได้ยามากิน อาการหลงลืมน้อยลง จำได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยกับคนอื่นรู้เรื่อง

กรณีศึกษาที่ 4 การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช

เมื่อเริ่มเปิดคลินิกสมองเสื่อม (Memory Clinic) ขณะผู้ป่วยรอตรวจมักถามซ้ำๆ บ่อยๆว่า "วันนี้จะไปไหนกัน" ผู้ดูแลจะอธิบายให้ฟังครั้งที่หนึ่ง สักครู่จะมีเสียงถามขึ้นมาอีกว่า"วันนี้เราจะไปไหนกัน" ผู้ดูแลก็ยังอธิบายให้ฟังซ้ำอีกครั้ง ทิ้งช่วงเวลาไม่นานก็มีเสียงถามขึ้นอีกว่า"วันนี้เราจะไปไหนกัน" ผู้ดูแลเริ่มรู้สึกโมโหหงุดหงิดหายใจเข้าลึกๆยาวๆแล้วพูดด้วยน้ำเสียงกระแทกอธิบายซ้ำ เมื่อมีการถามเป็นครั้งที่สี่ผู้ดูแลเริ่มหมดความอดทนตวาดเสียงดังว่า"บอกตั้งหลายครั้งแล้วว่าจะมาหาหมอ จะมาหาหมอน่ะ หมอ...หมอ.... รู้จักมั้ย" ขณะพูดคุยสอบถามอาการผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ดูแลจะกระตุกแขนผู้ป่วยแล้วส่งเสียงดุ "บอกเขาไปซีแม่ว่าอีฉี่ไม่บอก ต้องแฉะต้องเปื้อนก่อนถึงจะรู้สึกตัว ก่อนทำเลอะเทอะก็ไม่บอก ต้องเช็ดแล้วเช็ดอีกเหนื่อยมากนะเนี่ย ไม่มีญาติคนไหน ใครอยากมาดูแลหรอก ทำงานไม่แล้วไม่เลิกแบบนี้" อีกรายผู้ดูแลรีบบอก

เลยว่า"พอตะวันตกดินทีไร หลงพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง รื้อค้นข้าวของทั่วบ้าน รื้อของแล้วก็ไม่เก็บเลยต้องตามเก็บทุกวัน" บางรายผู้ป่วยนั่งรอตรวจอยู่ มีผู้ป่วยอื่นมานั่งข้างๆก็ไปจับเสื้อ ปกเสื้อ ทำให้ตกอกตกใจ ผู้ดูแลต้องรีบเข้าไปขอโทษญาติผู้ป่วยอื่น บางคนนั่งรอตรวจอยู่ในห้องเห็นสายคอมพิวเตอร์ก็ลุกเดินมาดึงสาย ญาติต้องเดินตามคอยดู

จากเหตุการณ์ที่พบ ในเบื้องต้นคิดว่าควรจะต้องเริ่มต้นดูแลถนอมใจของผู้ดูแลก่อน เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่ป่วย ไม่มีอาการหลงลืม อาจเครียด หงุดหงิด ถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อโรคสมองเสื่อม มีใจที่พร้อมจะดูแล หากเข้าใจว่าที่ผู้ป่วยทำไปนั้นเป็นเพราะความเสื่อมของสมอง ผู้ป่วยไม่ได้เสแสร้งหรือกลั่นแกล้งผู้ดูแล ก็จะทำให้รู้สึกดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยไม่ว่าการทำร้ายด้วยวาจา หรือจากการกระทำไม่ดีต่อผู้ป่วยก็จะลดลง จึงเริ่มนัดผู้ดูแลมาพบปะกันเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พูดคุยถึงปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาหนักใจที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแล จัดกิจกรรมการผ่อนคลาย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อม ดูวีดีโอหนังสั้นเกี่ยวกับสมองเสื่อม จัด Focus group และจัด self-help group รวมถึงเปิดสายด่วนรับปรึกษาเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยและญาติตลอด 24 ชั่วโมง เคยมีผู้โทรมาปรึกษาหลายรายทั้งเวลากลางวันและกลางคืน ขอยกตัวอย่างกรณีที่โทรมาปรึกษากลางคืนผู้ดูแลรู้สึกเครียดเนื่องจากตั้งแต่เย็นผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะแล้วละเลงหลายรอบ ต้องเช็ดพื้นพาไปอาบน้ำ รู้สึกเหนื่อย เครียดมาก อยากร้องไห้ ลุกมารื้อของทั่วบ้าน เดินไปเดินมาในบ้าน กลัวเดินออกนอกบ้าน ไม่ยอมนอน โทรมาปรึกษาประมาณตี3 เหนื่อย เครียดมาก อยากร้องไห้ กลัว สับสน ง่วงด้วย จึงรับฟังการระบายปัญหาต่างๆ ให้คำปรึกษาและแนวทางรวมถึงพูดคุยให้กำลังใจจนผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น แต่ยังไม่ยอมวางสาย รู้สึกต้องการเพื่อนเพื่อความอุ่นใจ จึงขอคุยไปเรื่อยๆจนกว่าจะหลับ จึงแนะนำให้เปิดลำโพงโทรศัพท์และปฏิบัติตามคำบอกเพื่อฝึกผ่อนคลาย เช่นนั่งหรือนอนก็ได้แล้วปล่อยตัวสบายสบาย เพื่อให้ผ่อนคลายไปเรื่อยๆ หายใจเข้าลึกๆๆๆๆ หายใจออกยาวๆๆๆๆ หายใจเข้าลึกๆๆๆๆ หายใจออกยาวๆๆๆ ..... (ทอดเสียง) ประมาณ 30 นาทีเรียกไม่ขานตอบ จึงวางสายโทรศัพท์ วันนั้นช่วงกลางวันโทรศัพท์ไปสอบถามอีกครั้ง ผู้ดูแลรู้สึกขอบคุณ ที่อยู่เป็นเพื่อนยามที่รู้สึกสับสน ไม่รู้จะปรึกษาใคร และช่วยทำให้นอนหลับได้ กรณีที่ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมได้และอยู่บ้านไม่มีกิจกรรมอะไร ญาติสามารถนัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเช่น ทำกระปุกออมสินด้วยกระดาษ ทำดอกกล้วยไม้จากเส้นพลาสติก การสานตะกร้าจากกระดาษหนังสือพิมพ์ บางรายวิตกกังวลกลัวสมองเสื่อมมากขึ้น ขอมาฝึกทักษะสมองจากเกมส์อัจฉริยะร่วมกับหลาน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลังจากได้ทำกิจกรรมกลุ่ม 2-3 ครั้ง พบว่าผู้ดูแลมีเครียดน้อยลง นอนหลับได้ดีขึ้น รู้สึกว่าไม่ได้ทุกข์คนเดียว ผู้ดูแลคนอื่นมีปัญหาที่คล้ายๆกัน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแล การแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติ การเตรียมใจและกาย รู้สึกไม่โดดเดี่ยวมีที่ปรึกษา แพทย์ผู้รักษาให้ความเห็นว่ากลุ่มญาติและผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สนใจผู้ป่วยมากขึ้น พูดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนขึ้น และพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เมื่อติดธุระหรือไม่สามารถมารับยาได้ ก็ใช้โทรศัพท์ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิก บอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลง และรับยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

สามารถโทรศัพท์มาปรึกษากับพยาบาลประจำคลินิก เพื่อเรียนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเป็นรายๆไปเพื่อปรับยาหรือให้การรักษาต่อไป เมื่ออาการต่างๆของผู้ป่วยสมองเสื่อมตอบสนองต่อยาดี อาการหลงลืมลดลง ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้น ผู้ดูแลพูดว่า"ถ้าดูแลด้วยความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง อาการเสื่อมของสมองช้าลง เราก็สบายขึ้นจริงๆ" ผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่มทำกิจกรรม ขอนำกระปุกออมสินที่ทำไปฝากหลานๆ แล้วรู้สึกว่าตัวเองทำได้เอง ภาคภูมิใจ ยิ้มอย่างเป็นสุข

สรุป : ความเข้าใจ ทำให้รู้สึกไม่เป็นทุกข์ การเอาใจเขามาใส่ใจเราทำให้เข้าถึงปัญหาได้ดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ การเตรียมใจผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเรื่องยากแต่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลได้ การออมรักออมใจผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นการช่วยกันทะนุถนอมดูแลจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยความรัก ความเข้าใจ และความปรารถนาดี

กรณีศึกษาที่ 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง

ณ ตำบลตะลุง การดูแลสุขภาพประชาชนใกล้บ้านใกล้ใจ ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วย และประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีบริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบริการหนึ่งที่ปฏิบัติเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวก อีกทั้งยังช่องทางทำให้ทราบถึงปัญหาที่นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพทางกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบเจอในผู้สูงอายุท่านหนึ่งในตำบลตะลุง คือคุณยายสมควร ซึ่งเป็นคนไข้โรคเรื้อรังในตำบลที่อยู่ในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยคุณยายจะมีกิจวัตรประจำวัน คือ การออกเดินตามหาหลานชายบริเวณต้นโพธิ์หมู่ 6 เป็นประจำทุกวัน ทั้งที่จริงแล้วหลายชายของคุณยายนั้นไม่ได้หลงทาง หรือหายไปไหนเลย จึงเป็นที่รู้กันว่า ทุกครั้งที่คุณพยาบาลจะเข้าไปจ่ายยาให้คุณยายสมควรจะต้องไปหาคุณยายที่ต้นโพธิ์หมู่ 6 ทำให้ทราบถึงความผิดปกติทางสมอง ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่ติดค้างอยู่ในใจ ว่าจะทำอย่างไรให้คุณยายสมควรได้เข้าถึงกระบวนการรักษา

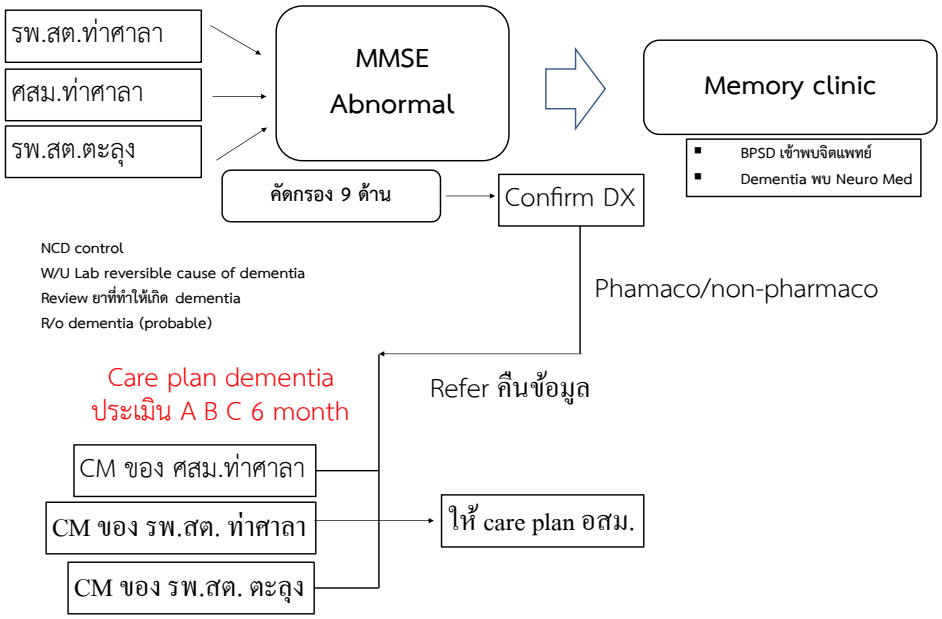
เมื่อมีโอกาสได้ดำเนินการโครงการคัดกรองโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง และทีมงาน จึงได้ร่วมแรงร่วมใจ ทำโครงการ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก ทำให้สามารถเข้าถึงเข้าใจ กระบวนการคัดกรอง การรักษา คัดแยก คัดกลุ่ม รวมถึงการคัดกรองในชุมชน และหนึ่งในนั้น คือ คุณยายสมควร ที่ได้เข้าร่วมกระบวนการคัดกรอง จนไปถึงกระบวนการรักษา ในกระบวนการรักษานั้น ค่อยข้างยากลำบาก เนื่องจากการพาผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสมองหลายๆคนไปรักษาพร้อมกันในครั้งเดียว จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอาการหลงๆลืมๆ สื่อสารค่อยข้างยาก อีกทั้งยังต้องจัดหาพาหนะเพื่ออำนวยความสะดวก และปลอดภัยแก่คนไข้

ในส่วนของคุณยายสมควรนั้น มีอาการหลงๆลืมๆ ถึงขนาดจดจำลูกหลานหรือคนในครอบครัวไม่ได้ ไม่สามารถบอกวันที่ ณ ปัจจุบันได้ มีความสับสนในการตอบคำถาม กระทั่งจำเจ้าหน้าที่ และลูกชายที่พามารับการรักษาไม่ได้ อีกทั้งยังอาการเดินตามหาหลานในทุกๆวัน ทำในลูกชายวิตกกังวล และเป็นห่วงอย่างมาก เนื่องจากลูกชายของคุณยายสมควรนั้น ต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด กลับมาบ้านเพียงเดือนละ 1-2 ครั้ง

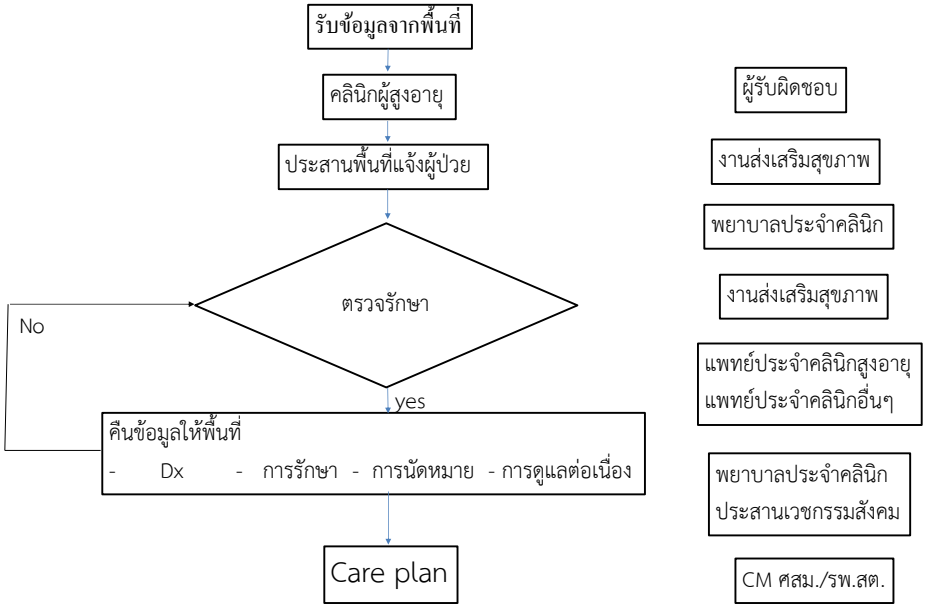
เท่านั้น มีเพียงหลานหนึ่งคนที่เรียนอยู่ระดับมัธยมต้น คอยดูแลตอนกลับจากเรียนหนังสือ และในวันหยุดเสาร์อาทิตย์เท่านั้น จึงกังวลว่าหากในช่วงเวลาที่ไม่มีใครอยู่กับคุณยาย คุณยายอาจจะเดินตามหาหลานจนหลงทางหรือเกิดอุบัติเหตุได้ หลังจากได้เข้าสู่กระบวนการักษา ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการตรวจตามนัด อาการของคุณยายสมควรมีอาการดีขึ้น สามารถจดจำคนในครอบครัวได้ อาการหลงๆลืมๆเริ่มดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และจดจำบางเหตุการณ์ได้ดีขึ้น เป็นลำดับ ทำให้คนในครอบครัวคลายกังวล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป คุณยายสมควรได้รับการดูแลครบทั้งระบบ ทั้งทางกาย จิตใจและ สังคม ทำให้ปัญหาที่ติดค้างอยู่ในใจได้รับการแก้ไข โดยการร่วมแรงร่วมใจของชุมชน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง เป็นความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งนอกเหนือจากสุขภาพกายแล้วยังครอบคลุมไปถึงสุขภาพจิต และเป็นการเริ่มต้นในการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาการเสื่อมสมรรถภาพทางสมองร่วมกับชุมชน ให้เกิดการสานต่อในการดำเนินการต่อไป

ผังไหล ระบบการคัดกลุ่ม



ผังไหลความเชื่อมโยงกับคลินิกผู้สูงอายุ



กิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ปี พ.ศ. 2562-2563)

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
27 มิ.ย. 2562	จัดทำร่างแผนการดำเนินการและปฏิทินการทำงาน		
1-7 ก.ค. 2562	ประชุมคณะทำงาน	PCUตะลุง+ท่าศาลา	
ก.ค.	คัดกรองผู้สูงอายุ	PCUตะลุง+ท่าศาลา	
ส.ค.	-คืนข้อมูลให้พื้นที่ -เตรียมโครงการเพื่อของบประมาณ	PCUตะลุง+ท่าศาลา	
ก.ย.	คัดแยกผู้สูงอายุ	PCUตะลุง+ท่าศาลา	ลงแขก
ต.ค.-พ.ย.	คัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	ทีมวินิจฉัย/DT-CC/DT-CM	
ธ.ค.-พ.ค.	ทำการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม -กลุ่มปกติ -กลุ่ม MCI -กลุ่ม Dementia	PCUตะลุง+ท่าศาลา	

สรุปภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 1



การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2563 ระยะที่ 2

จากข้อมูลประชากรกลางปี อำเภอเมืองลพบุรี ปีพ.ศ. 2563 มีประชากรอำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 234,922 คน แบ่งเป็น เพศชาย 125,626 คน เพศหญิง 118297 คน นำสู่การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 2 ดังนี้

การดำเนินงาน CDC system รพ.สต.ตะลุง

ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ			ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม			
ระยะก่อนการพัฒนา	AMT			ไม่มี	แนะนำญาติเพื่อรักษาต่อ	
ระยะพัฒนา	14 ข้อ /2Q	MMSE	MoCA	ระบบส่งต่อ รพ.สต. ส่งต่อ รพ.พระนารายณ์มหาราช	ญาติ/CG/อสม. กลุ่มปกติ (กิจกรรมเคลื่อนไหวป้องกันสมองเสื่อม) กลุ่ม MCI (-) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (CG อสม.ลงเยี่ยม) -บริการรถรับส่งจากหน่วยงานท้องถิ่น /สนับสนุน งบ สปสช	
สถานพยาบาล	Primary care			Tertiary care		

การดำเนินงาน CDC system ศูนย์แพทย์ท่าศาลา

ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ			ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม			
ระยะก่อนการพัฒนา	แบบคัดกรองผู้สูงอายุแบบครบวงจร		MoCA	มี (ไม่ครบวงจร)	แนะนำญาติเพื่อรักษาต่อ	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุฯ
สถานพยาบาล	Primary care			Tertiary care		
ระยะพัฒนา	14 ข้อ คำถาม/2Q	MMSE	MoCA	TEAM V ระบบส่งต่อ ศสม ส่งต่อ รพ.พระนารายณ์มหาราช	ญาติ/CG/อสม. กลุ่มปกติ (กิจกรรมเคลื่อนไหวป้องกันสมองเสื่อม) กลุ่ม MCI (TEAM V ฟื้นฟูสมอง) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (FAM.med./CP	

ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ			ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม			
					Dementia : CG / อสม. ลงเยี่ยม/ นักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพ) -บริการรถรับส่งจากหน่วยงานท้องถิ่น / สนับสนุนงบ สปสช	
สถานพยาบาล	Primary care			Tertiary care		

การดำเนินงาน CDC system รพ.สต.ท่าศาลา

ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ			ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม			
ระยะก่อนการพัฒนา	แบบคัดกรองผู้สูงอายุแบบครบวงจร		MoCA	มี (ไม่ครบวงจร)	แนะนำญาติเพื่อรักษาต่อ	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุฯ
สถานพยาบาล	Primary care			Tertiary care		
ระยะพัฒนา	14 ข้อ /2Q	MMSE	MOCA	TEAM V ระบบส่งต่อ ศสม ส่งต่อ รพ.พระนารายณ์มหาราช	ญาติ/CG/อสม. กลุ่มปกติ (กิจกรรมเคลื่อนไหวป้องกันสมองเสื่อม) กลุ่ม MCI (-) กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (FAM.med./CP Dementia : CG/อสม. ลงเยี่ยม/นักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพ) -บริการรถรับส่งจากหน่วยงานท้องถิ่น / สนับสนุนงบ สปสช.	

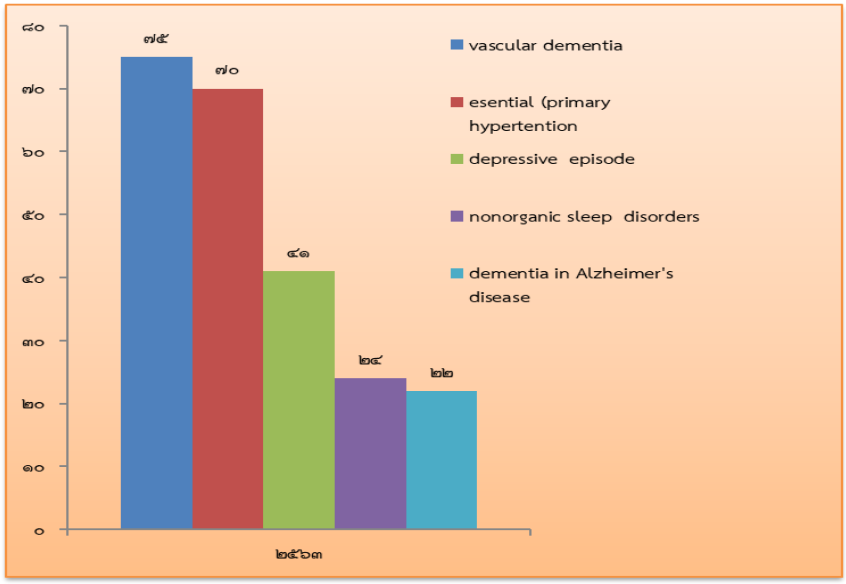
ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ			ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม			
สถานพยาบาล	Primary care			Tertiary care	Primary care	

การดำเนินงาน CDC system สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดลพบุรี

ระยะการพัฒนา	เครื่องมือ	ระบบการวินิจฉัย	ระบบการดูแลต่อเนื่อง	โครงการกิจกรรม
	คัดกรอง			
ระยะก่อนการพัฒนา	ADL/2Q/9Q MMSE Thai-2002 MoCA MNA TGDS	มีระบบส่งต่อ รพ.พระนารายณ์มหาราช	คัดแยกเรือนผู้ป่วย กิจกรรมกระตุ้นสมอง (สันทนาการ ดนตรีบำบัด ศิลปะประดิษฐ์ เกมต่างๆ) กิจกรรมกระตุ้นสมอง โดย เกมคอมพิวเตอร์ กิจกรรมศิลปะบำบัด โดย นักศิลปะบำบัด กิจกรรม TEAM V/สมาธิบำบัด โภชนบำบัด/ฝึกการกลืน/ กายภาพบำบัด โดย นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด ส่งเสริมด้านอาชีพ (ทอผ้าซาโอริ เปเปอร์มาเซ่)	โครงการศึกษาโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อม/ โครงการส่งเสริมด้านอาชีพ (งบ อบจ)
ระยะพัฒนา	ADL/2Q 9Q MMSE Thai-2002 MoCA MNA TGDS	ส่งต่อ รพ.พระนารายณ์มหาราช	คัดแยกเรือนผู้ป่วย กิจกรรมกระตุ้นสมอง โดย เกมคอมพิวเตอร์ กิจกรรมศิลปะบำบัด โดย นักศิลปะบำบัด กิจกรรม TEAM V/สมาธิบำบัด โภชนบำบัด/ฝึกการกลืน โดย นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด ส่งเสริมด้านอาชีพ (ทอผ้าซาโอริเปเปอร์มาเซ่) เพิ่มเติม สอนผู้สูงอายุใช้เทบเลท	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี : 5 อันดับของปัญหาสุขภาพ ดังแสดงในภาพ



และสถิติการกลุ่มอาการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา ดังนี้

กลุ่มอาการ	กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (คน)		
	2561	2562	2563
สมองเสื่อม	32	93	77
พลัดตกหกล้ม	355	345	318
เข่าเสื่อม	259	224	184
ซึมเศร้า	36	41	42

คลินิกสูงอายุ (ความจำ) Memory Clinic มีการดำเนินการดังนี้

พุธที่ 1 และ 3 นพ.ชานนท์ ศิริกุล (จิตแพทย์)

พุธที่ 2 และ 4 พญ.ภัทรภรณ์ เวียงหก (ประสาทแพทย์อายุรกรรม)

บริการให้คำปรึกษา การพยาบาลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยพยาบาล

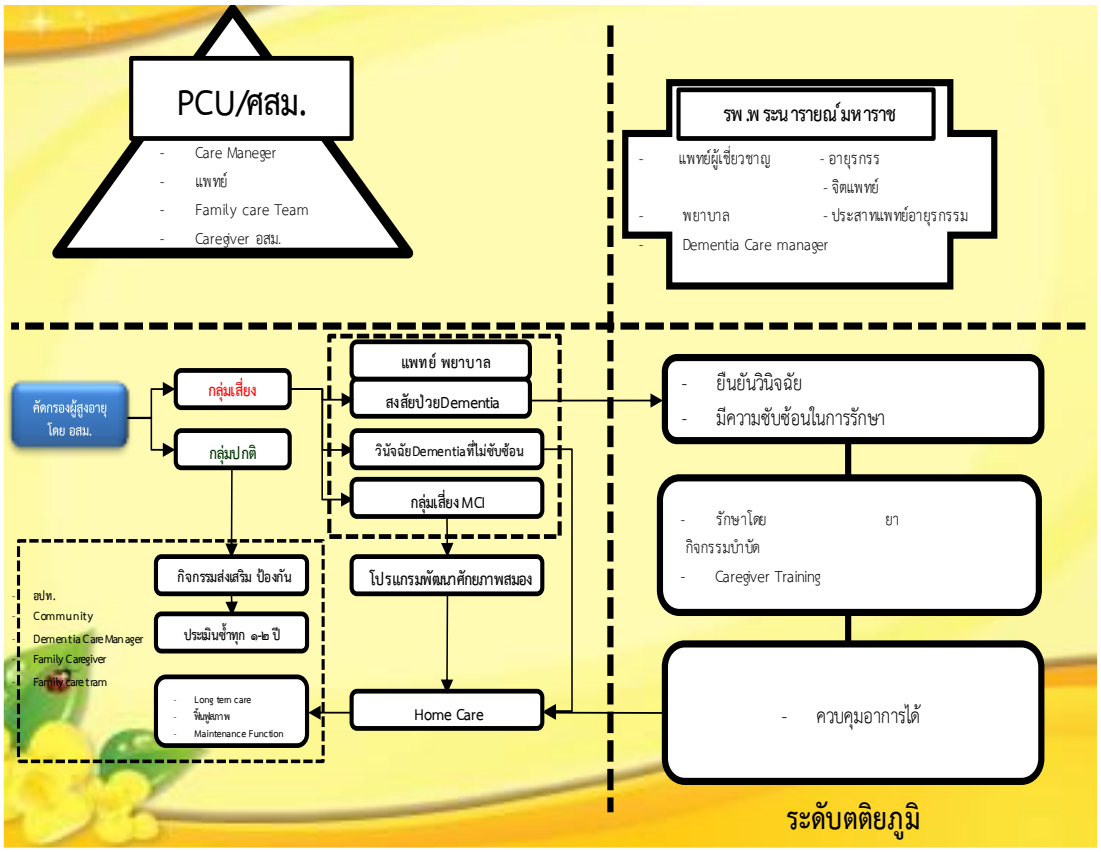
มุมส่งเสริมสุขภาพเรื่องสมองเสื่อมในคลินิก

กิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในคลินิกและประเมิน

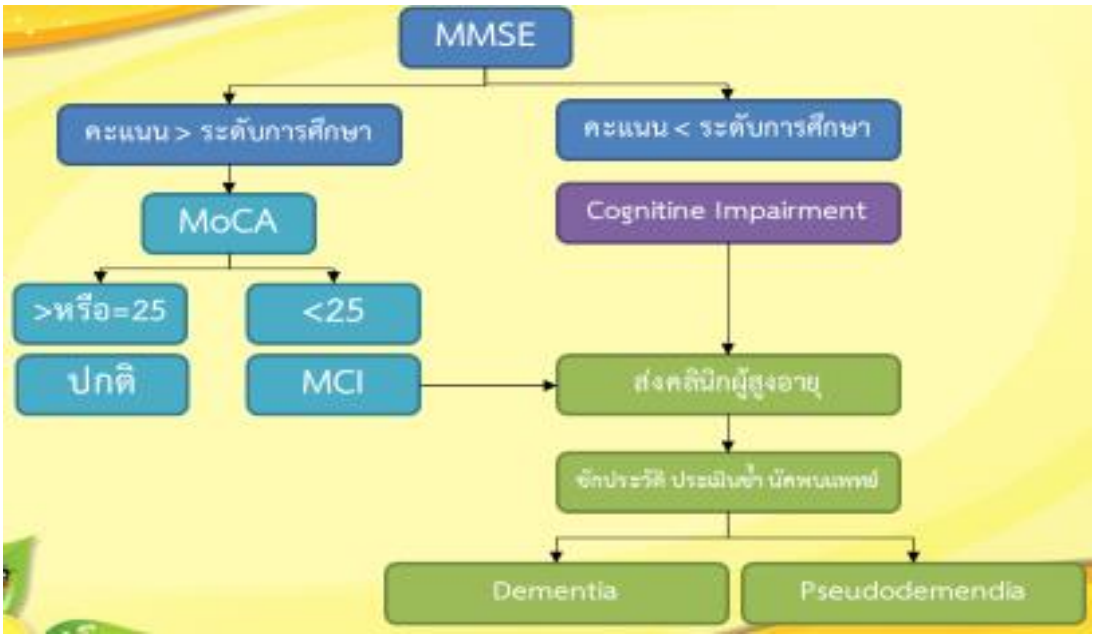
Cognitive function เช่น MMSE ในผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติและผู้สูงอายุ 60 ปี ทุกราย

การวางแผนจำหน่าย/เตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล

ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



ผังไหล การคัดแยก



ผังไหล ระบบการคัดกลุ่ม



ระบบการดูแลต่อเนื่อง

รพ.สต	การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on toplong term care)			แนวทางการดูแลเฉพาะ
Primary care 1.คัดกรองโรค 2.จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุ 3.ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการ 4.เป็นตัวกลางในการประสานการดูแลระยะยาวในชุมชน 5.จัดอบรมผู้ดูแลให้ความรู้แก่ชุมชน ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	**อปท.** ๑.จัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพ ๒.ดูแลการจัดการสภาพแวดล้อม ๓.จัดโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับ รพ.สต. ๔.จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับ รพ.สต.	**ชุมชน** ๑.ชุมชนผู้สูงอายุ ๒.เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพชุมชน ๓.สร้างความตระหนักในชุมชน ๔.สร้างระบบผู้ดูแลที่มีคุณภาพทั้งในครอบครัวและชุมชน	**ครอบครัว/ผู้ดูแล** ๑.มีความรู้และเข้าใจโรคสมองเสื่อม ๒.ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ๓.สร้างองค์ความรู้สร้างกลุ่ม (Group Support) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เช่น คลินิกความจำ จัดกลุ่มสร้างเครือข่ายดูแล	มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรโดยการดูแลต่อ 4 เดือนก่อนส่งเข้าระบบ Long term care

ผลลัพธ์การดำเนินงาน CDC system ตาม 6 คุณลักษณะ

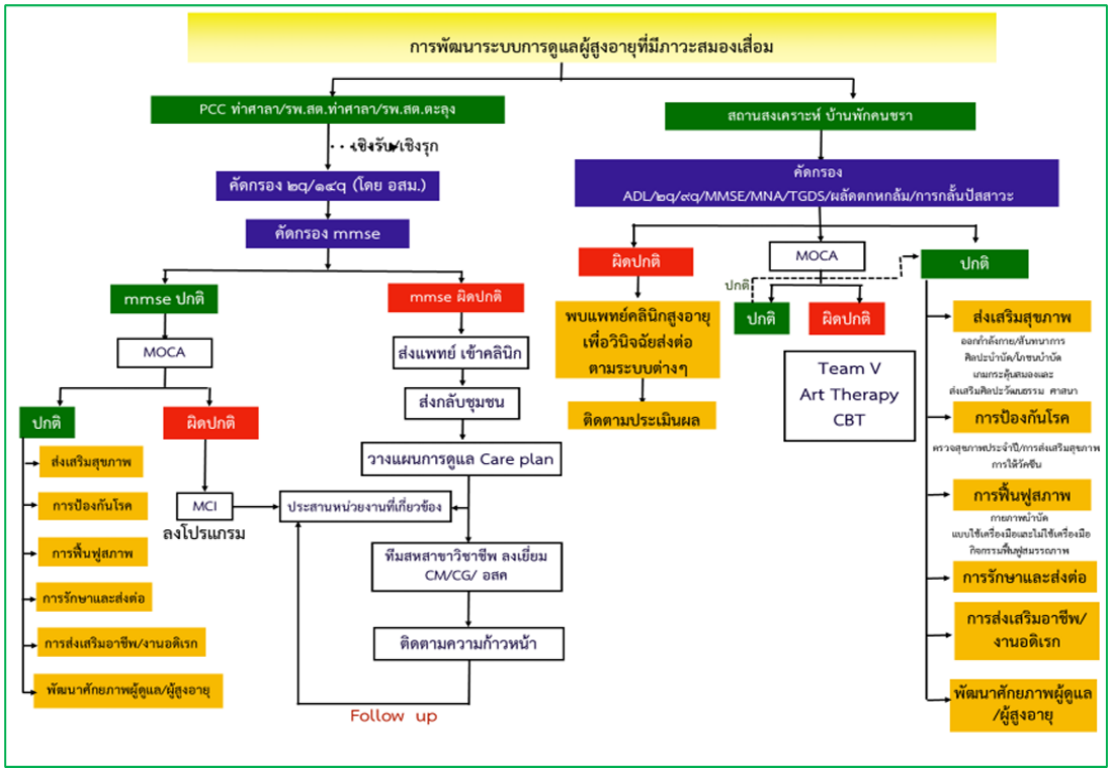
1. ครบวงจร: ผลการคัดกรอง คัดแยก ในพื้นที่ นำร่องพัฒนาระบบ รายละเอียดดังนี้

พื้นที่	ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย	คัดกรอง	14 Q ผิดปกติ	MMSE ผิดปกติ	MOCA ผิดปกติ
รพ.สต.ตะลุง	897	527	32	12	14
รพ.สต.ท่าศาลา	1,020	513	27	6	6
ศูนย์แพทย์ท่าศาลา	1,332	885	60	34	7

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	119	77	45	29	16
รวม	**3,368**	**2044**	**184**	**81**	**43**

หมายเหตุ : ข้อมูล สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่ (ข้อมูลวันที่ 4 มิถุนายน 2562)

2. ต่อเนื่องไร้รอยต่อ



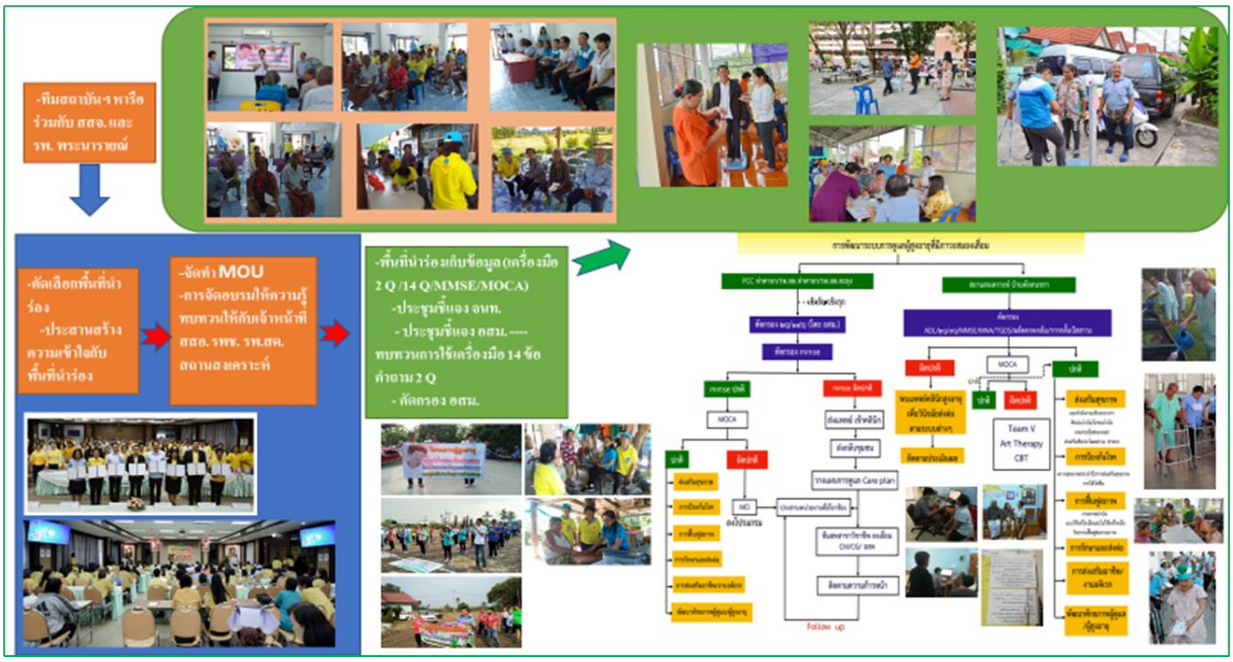
3. ครอบคลุม: จากข้อตกลง MOU ต้องการความคลอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ 100 % แต่ด้วยทักษะบุคลากร ภาระงาน และบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การคัดกรองประชากรสูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย มีผลดำเนินการต่อไปนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง	58.75%
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา	50.29%
ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าศาลา	66.44%
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	100%

4. เข้าถึงง่ายสะดวก: เน้นบริการเชิงรุก มีการคัดกรองจากพื้นที่ หากพบผิดปกติ มีการส่งต่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยรักษา ต่อที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และมีการดูแลต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งต่อกลับพื้นที่ โดยทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น ชุมชน เพื่อร่วมให้การบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมมิติกาย สังคม สิ่งแวดล้อม

5. การประสานความร่วมมือแบบไตรภาคี: การประสานความร่วมมือกับไตรภาคีในการดำเนินงานทั้งระบบ การมีส่วนร่วมแบบไตรภาคีในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี

6. การบูรณาการทำงานร่วมกัน



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
คณะทำงาน : ไม่มีหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานโดยตรง ทำให้การประสานงานไม่ราบรื่นขาดการติดต่อ	ตำบลตะลุง 1. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง 2. การใช้ทักษะในการคัดกรอง 3. การดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วม ที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน 4. การมีส่วนร่วมในการส่งต่อและรักษา / การรักษาไม่ต่อเนื่อง 5. การตระหนักรู้และการให้ความสำคัญของผู้ป่วยและญาติ (ส่งพบแพทย์รักษา 4 ราย เสียชีวิต 3 ราย ไม่ไปรักษา 5 ราย) 6.MOCA ไม่ผ่าน MCI ที่ต้องทำกิจกรรม 14 ราย (ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากติดสถานการณ์ COVID-19)
เทศบาลตำบลท่าศาลา 1. คัดกรองได้จำนวนผู้สูงอายุได้ไม่มากเท่าที่ควรเพราะการคัดกรองต่อคนใช้	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
เวลาประมาณ 15-30 นาที แต่ได้ข้อมูลการคัดกรองครบตามแบบองค์รวม 2. จะได้ข้อมูลในบ้านที่ให้ความร่วมมือ บางครัวเรือนไม่ยินยอมให้ข้อมูล และบางครัวเรือนผู้สูงอายุ ไม่อยู่บ้านจึงไม่ได้ ข้อมูลและเมื่อพบปัญหาในการคัดกรองให้ อสม นัดหมายให้ผู้สูงอายุมาพบแพทย์และพยาบาลที่ ศสม แต่บางรายไม่ มาตามนัดที่ศสม. 3. เกิดภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด ทำให้การดำเนินการขาดความต่อเนื่อง	1. กลุ่มเป้าหมายยังไม่เห็นความสำคัญของการทำแบบประเมินสมองเสื่อม คิดว่าเสียเวลา ไม่ได้เงิน ยังช่วยเหลือตนเองได้อยู่ เป็นเรื่องปกติ ญาติไม่ใส่ใจ/ไม่เห็นความสำคัญในการคัดกรอง 2. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างยาก /เข้าบ้านไม่ได้ 3. การทำแบบทดสอบยาก ใช้เวลานาน กลุ่มเป้าหมายเบื่อ ไม่ทำ ต้องรีบกลับบ้าน 4. ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่มีใครคอยดูแล ไม่ได้คุยกับใคร เหงา ถดถอย 5. ผู้สูงอายุไม่ค่อยออกจากบ้าน
สถานสงเคราะห์บ้านลพบุรี **ปัญหาภายนอกองค์กร** ไม่พบปัญหาในการประสานงานต่าง ๆ ได้รับการประสานงานและการติดตามที่ ดี เพราะทีมทำงานภายใต้ความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงไม่มีรอยต่อของการทำงานแม้จะอยู่คนละหน่วยงานก็ตาม ลักษณะการทำงานของผู้เชี่ยวชาญแต่ท่านจะสละเวลาในวันหยุดเสาร์อาทิตย์เพื่อมาปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ฯ	**สถานสงเคราะห์บ้านลพบุรี** **ปัญหาภายในองค์กร** -เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรนานขึ้น แก้ไขโดยการขออนุมัติผู้บริหารจัดหาบุคลากรเพิ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 6 คน -บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ขาดความเชื่อมโยงด้านจิตใจส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างยากลำบาก แก้ไขโดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการฝึกอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลให้เกิดความชำนาญ และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเข้าใจและเอื้ออาทรมากยิ่งขึ้น

บทการเรียนรู้จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร

ทุกพื้นที่มีการคัดกรองเป็นช่วงๆ ยังไม่ต่อเนื่องแต่ทุกพื้นที่วางแผนไว้ว่าจะนำเข้าสู่แผนประจำปี ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรีและตำบลตะลุงดำเนินการไปแล้ว เมื่อคัดกรองคัดแยก คัดกลุ่มแล้ว ผู้ทีคัดแยกส่งตัวต่อมารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุ โดยมีการประสานงาน หลายรูปแบบคือ group line โทรศัพท์ปรึกษานัดหมายล่วงหน้าและใบส่งตัว(ใบบันทึกส่งต่อ)การนัดหมายล่วงหน้า เมื่อมาถึงคลินิกผู้สูงอายุจะถามประวัติเรื่องความเจ็บป่วย อาการผิดปกติที่เป็นหรือสังเกตเห็น ระยะเวลาที่สังเกตพบ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ มีประวัติการแพ้ยาอะไรหรือไม่ รับการรักษาต่อเนื่องที่ไหน การดูแลของญาติหรือผู้ดูแลในบ้านที่อาศัยอยู่มีใครบ้าง ใครเป็นผู้ดูแลหลักและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ คัดกรองสมรรถนะ

ผู้สูงอายุ คัดกรอง 2Q, 9Q, MMSE Thai-2002 ถ้าปกติจะคัดกรอง MoCA ต่อตามระบบ และส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาต่อเนื่อง ถ้าMCI อาจนัดทำกิจกรรม(TEAM V) กับทางพื้นที่ ถ้าไม่สะดวกอาจทำที่รพ. จัดกลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อมเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการสังเกตอาการต่างๆ ทำกิจกรรมกลุ่ม group support การยืดเหยียดกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และกิจกรรมการบริหารสมองง่ายๆ การสร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติในการให้การดูแลผู้ป่วย และให้เบอร์โทรศัพท์สายตรงเพื่อปรึกษาในกรณีมีปัญหาของผู้ป่วย การใช้ยา หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เน้นกับเรื่องการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอะไรที่ผู้ป่วยสามารถและทำได้เอง ให้ผู้ป่วยทำและคอยดูแลอะไรที่ทำไม่ได้ให้คอยช่วยเหลือ การรับประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัดก็เป็นเรื่องสำคัญ ถ้าไม่สามารถมาได้ ให้โทรศัพท์มาปรึกษาเพื่อหาทางดำเนินการที่ดีที่สุด ประสานกลับพื้นที่ด้วย group line โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบงานหลักในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง (ไม่ครบทุกรายพื้นที่ต้องการเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องส่ง smart COC)

ประโยชน์และคุณค่าจากการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
1. เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาตัวเอง สามารถนำความรู้มาดูแลคนได้มากขึ้น 2. เข้าใจระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง 3. ชุมชนได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในสร้างความสำเร็จ 4. ชุมชนมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญ 5. ประชาชนได้รับประโยชน์ 6. เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถทราบว่าตนเองมีความผิดปกติ สามารถได้รับการ ส่งต่อรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้เร็วขึ้น	1. ในระดับนโยบายควรมีแผนงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร 2. มีกลไกการขับเคลื่อนในระดับจังหวัดที่ชัดเจน 3. การระดมสรรพกำลังจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน



สรุปผลการติดตามเยี่ยมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) พื้นที่จังหวัดลพบุรี ระยะที่ 2 ในวันที่ 30 พฤศจิกายน -1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

รูปแบบ CDC System จังหวัดลพบุรี

บริบทระดับอำเภอเมือง เขตเทศบาลเมืองลพบุรี

พื้นที่นำร่อง (ศสม ท่าศาลา/รพ.สต. ท่าศาลา/รพ.สต. ตะลุง/มีสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี)(DT-CM/FM)

มีคลินิกผู้สูงอายุ รพ พระนารายณ์มหาราช เป็นจุดประสานการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม (DTCC)(จิตแพทย์และNeuro Med ออกตรวจทุกวันพุธ)

ทีม CDC system: SM/PM/FM/DT-CC/DT-CM/อสม/CG/ สำนักงานเขต 4 ทีมไตรภาคีสนับสนุน

ทีมคัดกรอง เป็น อสม/CG (2Q/14Q) (ต่างคนต่างทำ/บูรณาการกับงานประจำคัดกรองผู้สูงอายุ)

ทีมคัดแยก เป็น DT-CM (พยาบาลวิชาชีพ) (TGDS/MMSE/MoCA) (ทีมพื้นที่และทีม รพ.)

ทีมคัดกลุ่ม เป็น แบบระบบส่งต่อโดยใช้ใบส่งตัว/ประสานผ่าน DT-CM ที่คลินิกผู้สูงอายุ มีแพทย์ FM>Neuro Med/Psychiatrist

มีทีมการดูแล 3 กลุ่ม (Brain Exercise/ Brain Training/ Brain Care สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี)ที่ยกระดับ/ชัดเจนขึ้นได้

ใช้ฐานข้อมูล HDC (สสจ.)/HosXP /Smart COC (รพ+ศสม)/VPM (รพสต)

การพัฒนา: ระบบการคัดกรอง

การคัดกรอง ประชากรผู้สูงอายุ.3,368..คน เป้าหมาย/ดำเนินการ.2,044.คน (ร้อยละ60.68...)

1. ก่อนคัดกรองให้ตัดผู้ที่มี delirium, dementia, depression, psychosis, พิการสมอง EOL (terminal) ออกจากคนที่จะทำการคัดกรอง แต่ยังรวมเป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

2. เพื่อผลลัพธ์ที่มีมาตรฐานและครอบคลุม ควรทบทวนการเข้าถึง (access) และความครอบคลุม (coverage) ประชากรสูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม คือทั้งกลุ่มติดสังคม; ติดบ้าน ติดเตียง (กลุ่มพึ่งพิง) ซึ่งอาจจะทำให้ตัวเลข คนที่มีความจำผิดปกติแตกต่างกันได้

3. ควรทบทวนการใช้เครื่องมือ และผู้ใช้เครื่องมือคัดกรอง (เพิ่มศักยภาพเพื่อคุณภาพมาตรฐาน)

4. ควรเพิ่มพื้นที่ดำเนินการ หรือความครอบคลุมประชากรในพื้นที่นำร่องที่เป็นจริงมากขึ้น

การพัฒนา: ระบบการคัดแยก

การคัดแยก ข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก..184.คน ดำเนินการ...181.คน (ร้อยละ 98.36)

ควรเพิ่มการคัดแยกปี 64 ให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเพิ่มขึ้น (กลุ่มพึ่งพิง >> กลุ่มติดสังคม)

แสวงหารูปแบบ/วิธีทำงาน/นวัตกรรม ให้มีความครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น

เพิ่มการคัดแยกในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการและใช้ TGDS ด้วย

ทำการคัดแยกให้ถูกขั้นตอน โดยใช้ TGDS > MMSE/TMSE > MoCA

ต้องพัฒนาศักยภาพและระดมพล เชิงรุก/ลงแขก/ลงขัน

เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในทีมและระหว่างทีมพื้นที่/ทีมกลาง

ควรกำหนดเวลา/ปฏิทินการคัดแยก/สรุปผลการคัดแยกส่งต่อคัดกลุ่มให้ชัดเจน

การพัฒนา: ระบบการคัดกลุ่ม

-การคัดกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ต้องคัดกลุ่ม..124.คน ดำเนินการ 116 คน (ร้อยละ 93.54) ในแต่ละพื้นที่

-พื้นที่เลือกรูปแบบการส่งต่อ specialist ที่เป็น Psychiatrist/Neuro Med โดยมี DCC ประสานการส่งเข้าคัดกลุ่มและส่งกลับ (Smart COC/รพ.สต)

-ควรมีการประสานทีมการคัดกลุ่ม ทั้ง Psychiatrist/Neuro Med/Fam Med/ DCC/ DCM

-ควรทำผังไหล/สัญลักษณ์โครงการเพื่อส่งต่อคัดกลุ่ม (กรณีปกติและเร่งด่วน) ใน CDC system ในการคัดกลุ่ม ควรจัดทำแบบการส่งต่อ ประกอบด้วยประวัติวิถีโคจรความเจ็บป่วย (AIT) และ Cognitive Domain 6 ด้าน (One page) (โดย FM/DCM)

-ควรมีแบบบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการคัดกลุ่มผู้สูงอายุในโครงการอย่างเป็นระบบ

-ควรจัดทำแบบการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

-สร้างศักยภาพการคัดกลุ่มของทีม (แลกเปลี่ยนเรียนรู้/แบบสภาลูกขุน/Tele Conference/อื่นๆ)

การพัฒนา: ระบบการดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม)

-กลุ่มปกติ ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล (Brain Exercise) ที่ชัดเจนและเป็นไปได้ (ทีมท้องที่-ท้องถิ่น/จิตอาสา/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ)

-กลุ่ม MCI ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล โดยใช้โปรแกรม TEAM-V ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

-กลุ่ม Dementia ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล ของ DTCM และของ CG และการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี (ทีมสุขภาพ/สังคม-ท้องถิ่น/ชุมชน)

-ควรมีการจัดทำ แผนการดูแลรายบุคคล/รายกลุ่ม/บันทึกข้อมูล ผลการดำเนินการ จำนวน ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และผลลัพธ์การดำเนินการ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System

-ทีม CDC System ประชุมปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพการทำงาน ในแนวราบ (ในระหว่างพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง) (การแลกเปลี่ยนร่วมคิดร่วมทำร่วมแก้ปัญหา) และในแนวดิ่ง (การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย/การดูแลต่อเนื่อง) และสรุปข้อตกลงการพัฒนาฯ (ทิศทาง/เป้าหมาย/ปฏิทินงาน) ยกระดับพื้นที่นำร่อง และทบทวนข้อมูลเป็นระยะๆ

-Capacity Building ทบทวนความรู้ CDC System ทีมพื้นที่และทีมส่วนกลาง (CDC) (การคัดกรอง/ตัดแยก; การคัดกลุ่ม; การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม) (พัฒนาคน/การใช้เครื่องมือ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้)

-ทบทวนข้อมูลผลลัพธ์ การคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม ทำให้ครอบคลุมในพื้นที่นำร่อง เพื่อสามารถค้นหาผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (สภาพสมองปกติ/MCI/Dementia) เพิ่มความแม่นตรงในการใช้เครื่องมือคัดกรอง คัดแยก (เพื่อผลลัพธ์ที่ถูกต้องและมีมาตรฐาน)

-พัฒนาฐานข้อมูล CDC System ที่เชื่อมโยงกัน/สื่อการเรียนรู้การใช้เครื่องมือใน 3 ระบบย่อย (การวิจัย/นวัตกรรม?)

-เพิ่มการสื่อสาร/การประชาสัมพันธ์/การคืนข้อมูลทางการ คืนข้อมูลแต่ละโซนและภาพรวมให้ทุกโซน/ผู้บริหาร/ไตรภาคี/พชอ./อื่นๆ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System ในการดำเนินงานปี พ.ศ. 2564

1. กลไกการขับเคลื่อนระดับจังหวัด (การแต่งตั้งคณะทำงาน?)

2. พัฒนาผังไหล ผู้รับผิดชอบ ผู้ร่วม และแผนการดำเนินงานให้ชัดเจน (พื้นที่นำร่อง/การขยายพื้นที่-ความครอบคลุม)

3. พัฒนาผู้ดำเนินการ (ทีม CDC กลาง/ทีมพื้นที่) ที่ชัดเจน/ได้มาตรฐาน

4. พัฒนาผังไหล/ทีมการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยที่ดำเนินการที่เป็นไปได้จริง ให้เห็นชัดว่า primary doctor/ specialist

5. ทำสถิติให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำเนินการให้ชัดเจน

6. ทีมงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ประชุมกันเพิ่มขึ้น (คัดกรอง-คัดแยก-คัดกลุ่ม-การดูแลสามกลุ่ม/ผู้ดูแล)

7. ประชาสัมพันธ์งาน/ ให้ความรู้สมองเสื่อม เครือข่าย/สร้างความตระหนักรู้แก่สังคม
การทำงานต้องคืนข้อมูลให้ไตรภาคี เพื่อบูรณาการการทำงานและแหล่งประโยชน์ (สำนักการแพทย์เขตฯ4)

8. ทำปฏิทินการทำงาน/ปฏิทินชุมชน

9. พื้นที่ขยายต้องการการเรียนรู้จากพื้นที่นำร่อง ยกระดับการพัฒนา เป็นศูนย์เรียนรู้การพัฒนาศักยภาพสมอง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2565 ระยะที่ 3

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. คัดกรองทุกปี ความครอบคลุมยังไม่ถึง เพราะไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้จากการระบาดของโรคโควิด-19

2. ขาดการคัดแยกและคัดกลุ่มที่เพียงพอ

3. การดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปธรรม บันทึกการเยี่ยมบ้านและติดตามผลยังไม่คลอบคลุม สาเหตุเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19และ ยังขาดการคืนข้อมูลกลับชุมชน

ผลลัพธ์ของการพัฒนา CDC System

CDC system	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบ
ครบวงจร (Comprehensive)	-มี 3 ระบบย่อย ครบถ้วน -ยังขาดการทำงานในเชิงปริมาณเรื่องการคัดแยกและคัดกลุ่ม -ทำให้ยังไม่มีข้อมูลด้านการดูแลต่อเนื่อง
ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	การคัดกรอง ประชากรผู้สูงอายุ.3,842..คน เป้าหมาย/ดำเนินการ 3,098.คน (ร้อยละ 80.63) /ผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก 421.คน ดำเนินการได้ 200 คน (ร้อยละ 47.50) /ผู้สูงอายุที่ต้องคัดกลุ่ม.. 150.คน ดำเนินการ 135 คน (ร้อยละ 90)ส่งต่อ specialist 102 คน พื้นที่/ดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม)
เข้าถึงบริการได้ โดยสะดวก (Access)	-ประชาชนรับรู้ว่ามีระบบนี้/ระบบเข้าถึงประชาชน ผู้สูงอายุทั้งติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม (เชิงรุกและเชิงรับ) -ประชาชนส่วนหนึ่งรับรู้ว่ามีระบบนี้ แต่เป็นแบบบอกต่อ ยังไม่เห็นเป็นภาพรวมทั้งหมด -การประเมินเชิงรุกยังไม่ชัดเจน -ระยะห่างทางสังคม (Social distancing) จากโรคโควิด-19 ทำให้ขาดการเข้าถึงและความครอบคลุมทั้งกระบวนการ
มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless)	-แบบฟอร์มการจองคิวผู้สูงอายุและการคืนข้อมูลแบบไร้รอยต่อ Google sheet.
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	-ขาดการประสานงานกับท้องถิ่น -เนื้องานยังมีน้อย ไม่ได้ออกเยี่ยมเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19

CDC system	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบ
	-ในพื้นที่ ผู้ป่วยและญาติไม่ให้เข้าเยี่ยม
เป็นการบูรณาการ (Integration)	ทีมแกนนำขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ/ผู้รับผิดชอบ (ระดับจังหวัด/ระดับพื้นที่) SM =System manager: ผอ.รพ.พระนารายณ์มหาราช/ พญ.ภัทราภรณ์ เวียงหก PM = Project manager: พญ.ชิดชนก ศิริวิบุลยกิติ DTCC= coordinator: น.ส.ณรษา เรืองวิลัย สสจ.ลพบุรี Nurse coordinator: นางวัชราภรณ์ บัตรเจริญ กลุ่มงานส่งเสริม รพ.พระนารายณ์มหาราช DT care manager: น.ส.ศิริรัตน์ สุวรรณเวช คลินิกสูงอายุ รพ.พระนารายณ์มหาราช

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ และ/หรืออุปสรรคที่มี ในการพัฒนาระบบ

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ	อุปสรรค
- มีทีมที่ร่วมกันทำงาน	- การระบาดของโรคโควิด-19 - ขาดความตระหนักถึงปัญหาของประชาชน ทำให้ไม่เข้าถึงระบบการวินิจฉัยและดูแลรักษา - ขาดความรู้และความมั่นใจในการคัดแยกและส่งต่อเพื่อคัดกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ปี พ.ศ. 2565-2566

การดำเนินงาน	ปี พ.ศ. 2565			ปี พ.ศ. 2566								
	ต.ค.	พ.ย	ธ.ค	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
คัดกรอง 14Q	←	—	→									
คัดแยก TGDS	←	—	→									
คัดกลุ่ม MMSE > MOCA				←	→							
การดูแลต่อเนื่อง/การส่ง refer						←	—	—	—	—	—	→
กลุ่มปกติ Brain Training				←	—	—	—	—	—	—	→	
กลุ่มเสี่ยง Brain Exercise							←	—	—	—	→	
กลุ่มป่วย Brain Care	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
สรุปผล												↔

หมายเหตุ : การดูแลต่อเนื่อง/การส่ง refer : จัดกิจกรรม TEAM V 3 เดือน

ผลลัพธ์การดำเนินงาน CDC system

พื้นที่	ข้อมูลนำเข้าปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (เป้าหมาย)	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	คัดกรอง			คัดแยก	คัดกลุ่ม		วินิจฉัย			การดูแลต่อเนื่อง		
				2Q ผิดปกติ	AMT ปกติ	14 ข้อคำถาม (ผิดปกติ≥30 คะแนน)	Mini-Cog	TGDS (ผิดปกติ≥7 คะแนน)	MMSE (ผิดปกติ≤14/23) (ผิดปกติ≤17/30) (ผิดปกติ≤22/30)	MoCA (ผิดปกติ≤24 คะแนน)	ปกติ	MCI	Dementia	Brain exercise	Brain training	Brain care
รพ.สต.ตะลุง นายวิเศษ คนมั่น (พี่โอเล่) 083 8310007	63*	897	527		-	32	-	ไม่ได้ทำ	12	14	6	14	9	20	0	9
	65	1,028	758		-	24	128	2	13	9	3	2	7	ไม่ได้ดำเนินการ	0	7
รพ.สต.ท่าศาลา (เขตเทศบาลท่าศาลา หมู่ 5-8) นางบุญส่ง (น้อย) พละทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 081 5130403	63*	1,004	787	83	687	26	-	ไม่มีข้อมูล	6	6	10	11	6	21	0	6
	65	1,108	982	83	687	ไม่มีข้อมูล	-	ไม่มีข้อมูล	1 (จากประเมิน 40 คน)	35	23	35 (สมัครใจเข้า TEAM V 11 คน)	2	23	11	2
ศูนย์สาธารณสุข	63*	1286	885	21	804	60	-	ไม่ได้ทำ	36	14	46	12	2	47	11	2

พื้นที่	ข้อมูลนำเข้าปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (เป้าหมาย)	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง		คัดกรอง			คัดแยก	คัดกลุ่ม		วินิจฉัย			การดูแลต่อเนื่อง		
				2Q ผิดปกติ	AMT ปกติ	14 ข้อคำถาม (ผิดปกติ≥30 คะแนน)	Mini-Cog	TGDS (ผิดปกติ≥7 คะแนน)	MMSE (ผิดปกติ≤14/23) (ผิดปกติ≤17/30) (ผิดปกติ≤22/30)	MoCA (ผิดปกติ≤24 คะแนน)	ปกติ	MCI	Dementia	Brain exercise	Brain training	Brain care
ชุมชนเมืองตำบลท่าศาลา (เขตเทศบาลท่าศาลา หมู่ 1-4) นส.วิไล (ฮ้ง) อารีรุ่งเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 081 6233517	65	1,600	1,306 (HDC)	10	804	258 (อสม.)	-	31	13	12 (พยาบาล)	-	22	6	14	14	6
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี (ปัจจุบันยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง มี ทันตภิบาลมาดูแทน พยาบาลผู้รับผิดชอบเดิมย้ายไป อบจ.)**ดำเนินการรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุสัญจร และระบบส่งปรึกษากรณีเร่งด่วน**	63*	119	77		-	45	-	21	29	16	8	11	16	โครงการอบจ.ในศูนย์		
	65	106	52	23	-	-	35	17	16	12	7	12	16	7	12	16

หมายเหตุ *ยังไม่ได้ดำเนินการต่อ เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด COVID 19 ปี พ.ศ.2564 ไม่มีข้อมูล และไม่ได้ดำเนินการต่อ เนื่องจากผู้รับผิดชอบย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลพบุรีใช้เครื่องมือการคัดกรอง คือ Mini-Cog ทั้งหมอ 1 และหมอ 2 แต่การวางแผนงานการใช้เครื่องมือการคัดกรองจะรอสรุปจากเขตสุขภาพที่ 4

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

1. นโยบายของเขตสุขภาพปี พ.ศ. 2562-2565 ให้มีการประเมินด้วย community screening 9 ด้าน โดยให้ อสม. เป็นผู้ให้ความคิดเห็นในการเลือกใช้เครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (AMT หรือ Mini-Cog) ซึ่งส่วนใหญ่ อสม. จะเลือกใช้เครื่องมือการคัดกรองด้วย AMT ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติพร้อมกัน โดยกำหนดให้ใช้เครื่องมือการคัดกรองด้วย Mini-Cog + 2Q และหากเป็นพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจะใช้เครื่องมือคัดกรอง 14 ข้อคำถาม คู่ขนานเพิ่มด้วย เนื่องจากยังมั่นใจในการใช้เครื่องมือ และผลการคัดกรองด้วย Mini-Cog ของหมอ1 ยกเว้นผู้สูงอายุบางรายที่ได้รับการคัดกรองด้วย Mini-Cog โดยบุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง จะมีการคัดกรองโดยให้บุคลากรทางสาธารณสุขทำกี่ประเมิน Mini-Cog เพิ่มอีกแบบการประเมิน อาจจะทำให้เพิ่มภาระ และซ้ำซ้อน โดยเฉพาะพื้นที่นำร่อง รพ.สต.ตะลุง และ รพ.สต.ท่าศาลา ที่ต้องใช้เครื่องมือ 2 แบบ ทั้ง 14Q และ Mini-Cog)

2. นโยบายของเขตสุขภาพเน้นเรื่อง พลัดตกหกล้ม สุขภาพช่องปาก และโภชนาการ

3. ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมืองตำบลท่าศาลา ทำ TEAM V กลุ่มละประมาณ 15 คน ซึ่งผู้สูงอายุมักทำกิจกรรมหรือเขียนไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากและไม่ได้เขียนหนังสือมานานเมื่อ อสม.ไปเยี่ยมติดตามที่บ้าน บางครั้งเกิดความกดดันผู้สูงอายุมากเกินไป และด้วยสถานการณ์ระบาด COVID 19 ญาติก็ไม่อยากให้ใครไปที่บ้าน

4. ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมืองตำบลท่าศาลา ทำการประเมินแบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 และ MoCA ในผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการเอง (walk in) เข้ามา (บางรายอาจมีผลคัดกรอง 14 ข้อคำถามปกติ) และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ไม่ได้ติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุมารับบริการด้วยตนเองจึงเป็นช่องทางในการประเมินสภาพสมองซ้ำ

และจำนวนและร้อยละผู้ป่วยสมองเสื่อมตาม F00-F03 (ICD-10) ที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แบ่งตามปี พบว่า

ปีงบประมาณ	คัดกรอง (คน)	เสี่ยง (คน)	เข้ารับการวินิจฉัย (คน)	วินิจฉัย Dementia (คน)	ร้อยละ
2562	68,521	1,670	1,240	175	10.48
2563	76,829	1,335	951	75	5.62
2564	77,858	1,225	878	85	6.93
2565	89,042	4,280	588	122	2.85

หมายเหตุ : มีผู้สูงอายุที่มาจากหลายพื้นที่ ไม่ได้แยกรายอำเภอ

ระยะติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปการตรวจเยี่ยมและเสริมพลัง พื้นที่นำร่องจังหวัดลพบุรี ในวันที่ 25-6 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

รูปแบบการพัฒนาระบบ CDC System: ลพบุรีโมเดล

1. พื้นที่นำร่อง: อำเภอเมือง : ศูนย์แพทย์ท่าศาลา (PCC) , รพ.สต.ท่าศาลา , ตำบลตะลุง (รพ.สต.ตะลุง), สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี มีแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องวางแผน/ขยายผลพื้นที่นำร่องรพสต.ท่าแคและรพ.สต.โก่งธนู)

2. มีปัจจัยเอื้อ:

-จังหวัดมีนโยบายนำร่อง Big Rock ด้านผู้สูงอายุ คัดกรอง 9 ด้าน เน้นบูรณาการ 3 ด้าน คือ 1) การเคลื่อนไหว 2) การขาดสารอาหาร 3) ช่องปาก (ที่มี Intervention ก่อนในพื้นที่และติดตามประเมินซ้ำก่อนส่งเข้ารักษาในคลินิกผู้สูงอายุ)

-มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัด / โรงพยาบาล /และระดับพื้นที่

-วิสัยทัศน์ผู้บริหาร สร้างกลไกขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วม (ภาคีเครือข่าย: ท้องถิ่น) ที่มีการพัฒนาศักยภาพ+ทำงานครบวงจร > ต่อยอดเป็นการพัฒนาระบบ CDC System (คน+งาน/นวัตกรรม+หลักสูตร) ได้

CDC System ที่พัฒนาขึ้น มี

1. รูปแบบ Geriatric clinic basedคลินิกผู้สูงอายุ(ความจำ)ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

2. คลินิกผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางการคัดแยก/คัดกลุ่ม(วินิจฉัย)/ดูแลแบบครบวงจร

3 .Community based มี พื้นที่นำร่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอเมือง (2 รพ.สต./1PCC/ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี)

4. ทีมแกนนำ (SM?/PM?/DT-CC?/DT-CM?/อสม) รับผิดชอบระดับพื้นที่

SM =System manager: ผอ.รพ.พระนารายณ์มหาราช/พญ.ภัทราภรณ์ เวียงหก

PM = Project manager: พญ.ชิดชนก ศิริวิบุลยกิติ

DTCC= coordinator: ระดับจังหวัด น.ส.ณรษา เรืองวิลัย สสจ.ลพบุรี

DTCC= coordinator: ระดับอำเภอ น.ส.จิตรลัดดา กุลสุทธิชัย สสอ.เมืองลพบุรี

Nurse coordinator: ในโรงพยาบาล นางวัชราภรณ์ บัตรเจริญ กลุ่มงานส่งเสริม รพ.พระนารายณ์มหาราช

DT care manager: คลินิกผู้สูงอายุ น.ส.ศิริรัตน์ สุวรรณเวช คลินิกสูงอายุ รพ.พระนารายณ์มหาราช

DT-CM ครบทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (1PCC/ทุก รพสต) ในโรงพยาบาล(คลินิกจิตเวช/คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกอายุรกรรมประสาทวิทยา/งานเยี่ยมบ้าน เวชกรรมสังคม)

อสม เชี่ยวชาญ ตำบลตะลุง (การคัดกรองภาวะสมอง/การดูแลสภาพสมองตามบริบทพื้นที่)

5. มีการวางระบบครบวงจร (ต่อยอดนวัตกรรม)

คัดกรอง ในชุมชน ใช้ 2Q+/14Q/AMT คู่ขนานเพิ่ม (อสม)

คัดแยก ในคลินิกผู้สูงอายุ(TGDS>TMSE>MoCA)

walk-in/refer จากชุมชน โดย บุคลากรวิชาชีพ (DT-CM ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM)

คัดกลุ่ม เชิงรับในคลินิกผู้สูงอายุ โดย จิตแพทย์/ อายุรกรรมประสาทวิทยา โดย NeuroMed

ดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม (ใช้ LTC ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนส่งข้อมูลผ่านSmart COC)

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรม จีบแอลประกอบเพลงลอยกระทง : ตำบลตะลุง รพ.สต.ตะลุง กิจกรรมเคลื่อนไหวป้องกันสมองเสื่อม:ศสม ท่าศาลา/รพ.สต. ท่า

ศาลา) (สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี : กิจกรรมกระตุ้นสมอง โดย เกมคอมพิวเตอร์ กิจกรรมศิลปะบำบัด โดย นักศิลปะบำบัด ส่งเสริมด้านอาชีพ (ทอผ้าซาโอริเปเปอร์มาเช่) เพิ่มเติม สอนผู้สูงอายุใช้เทบเลท)

กลุ่ม MCI (Brain Training) (โปรแกรม TEAMV : ศูนย์แพทย์ท่าศาลา (PCC) / รพ.สต. ท่าศาลา) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี.(อบจ.)ประสานขอบุคลากรพี่เลี้ยงคลินิกผู้สูงอายุสัญจร

กลุ่ม Dementia (Mild/Moderate/Severe) (การประเมินและติดตามการดูแล ตำบลตะลุง รพ.สต.ตะลุง 4 ราย พบว่าดีขึ้น ไม่สะดวกเข้ารับการรักษา 5 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมวางแผนการรักษาร่วมกับญาติผู้ดูแลหลัก) (สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี : คัดแยกเรือนผู้ป่วย โภชนบำบัด/ฝึกการกลืน โดย นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด และนักเวชศาสตร์การกีฬา)

โอกาสในการพัฒนา (นวัตกรรมใหม่ Service/Intervention/ COC)

-ชุดความรู้/เครื่องมือคัดกรอง/คัดแยก/การดูแลต่อเนื่อง

QR Code/คู่มือ/CPG คลิปวิดีโอการคัดกลุ่ม/Tele-Med

-การสนับสนุนกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย หมอคนที่1 (อสม.) และหมอคนที่ 2 (รพ.สต.)

-พัฒนาระบบการรับส่งต่อผ่านจองคิวคลินิกผู้สูงอายุการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) ในเขตอ.เมือง และรพช.จ.ลพบุรี

-นำใช้กิจกรรมการฝึกบริหารสมองเพื่อเสริมสมรรถภาพสมองและการทรงตัวต่อเนื่องในพื้นที่

-วางแผนดำเนินการ โครงการ:วิจัยความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อมในบุคคลากรก่อนวัยเกษียณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

-โปรแกรม **TEAMV** และโปรแกรมป้องกันการหกล้ม คลินิกผู้สูงอายุสัญจร สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี และพื้นที่นำร่องอื่นๆ

เขตสุขภาพที่ 6 พื้นที่นำร่อง จังหวัดฉะเชิงเทรา

สถานการณ์ด้านประชากร

พื้นที่อำเภอเมือง

ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ในเขต อ.เมืองฉะเชิงเทรา มีทั้งหมด 24,788 คน จากประชากรทั้งหมด 158,722 คน คิดเป็นร้อยละ 15.62 คนได้รับการคัดกรอง ADL 14,934 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ติดบ้าน จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 1.01 ติดเตียง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 มี Healthy Ageing ในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 97.72 (ผ่านเกณฑ์) มีตำบลในเขตเมือง 19 ตำบล มี CM จำนวน 32 คน มี CG จำนวน 139 คน มี อสค.จำนวน 210 คน (ผ่านการอบรมแล้ว)

พบผู้ป่วยสมองเสื่อมในเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ที่มารักษาในรพ.จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 1.098 ของประชากรผู้สูงอายุ เมื่อได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบ CDC โดยเลือกพื้นที่ต้นแบบจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หนามแดง, รพ.สต.คลองเปรง, รพ.สต.บ้านสมอเซ, รพ.สต.คลองอุดมชลจร, รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง, ศสม.วัดจีนประชาสโมสร, ศสม.วัดโสธรวราราม โดยมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 10,673 คน นำร่อง ในการคัดกรอง เป้าหมายทั้งหมด 30 % คิดเป็น 3,200 คน

สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่

บริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการ เกี่ยวกับสมองเสื่อม ในด้านสุขภาพ จะมีคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ และคลินิกจิตเวช ในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อม ยังยังไม่มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกสมองเสื่อม ส่วนในด้านสังคม จะมีการดำเนินงานโดยทีมเทศบาลและท้องถิ่นดูแล มีการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุของเขตเทศบาล ดูแลผู้สูงอายุติดสังคม และมีตำบล LTC ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และทุกพื้นที่มีชมรมผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย

พื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

เป็นอำเภอ 1 ใน 11 ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเข้าสู้สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.25 (7,950 คน) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2563 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.57 (14,635 คน) จากการคัดภาวะสมองเสื่อม 3,679 คน ปกติ 3,644 คน ร้อยละ 99.04 มีภาวะ MCI จำนวน 12 คน ร้อยละ 0.32 เป็น Dementia จำนวน 23 คน ร้อยละ 0.62 สำหรับผู้ที่เป็น MCI เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำกับญาติและตัวผู้ป่วยเองในการทำกิจกรรมกระตุ้นให้รับรู้ วัน เวลาสถานที่ ตัวบุคคล กิจวัตรประจำ และนำดูแลรักษาโรคประจำตัวให้สามารถคุมโรคได้

โครงสร้างประชากรอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 89,019 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15,991 คน คิดเป็นร้อยละ 17.96 อัตราประชากรวัยสูงอายุ ปี พ.ศ.2565 อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ดังตารางนี้

ปี พ.ศ. 2565	อายุ (ปี)	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
วัยต้น	60 - 69	3,957	4,394	8,351	9.38
วัยกลาง	70-79	2,140	2,618	4,758	5.34
วัยปลาย	80 ขึ้นไป	1,178	1,704	2,882	3.24

หมายเหตุ : ที่มาจากทะเบียนราษฎร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

พื้นที่จังหวัดเชิงเทรา ได้สมัครใจและเข้าร่วมการพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสอมงเสื่อมครบวงจร มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2562 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดเชิงเทรา



ลงนาม ณ วันจันทร์ที่ ๒๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

(นายแพทย์มณเฑียร คณาสวัสดิ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร อันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

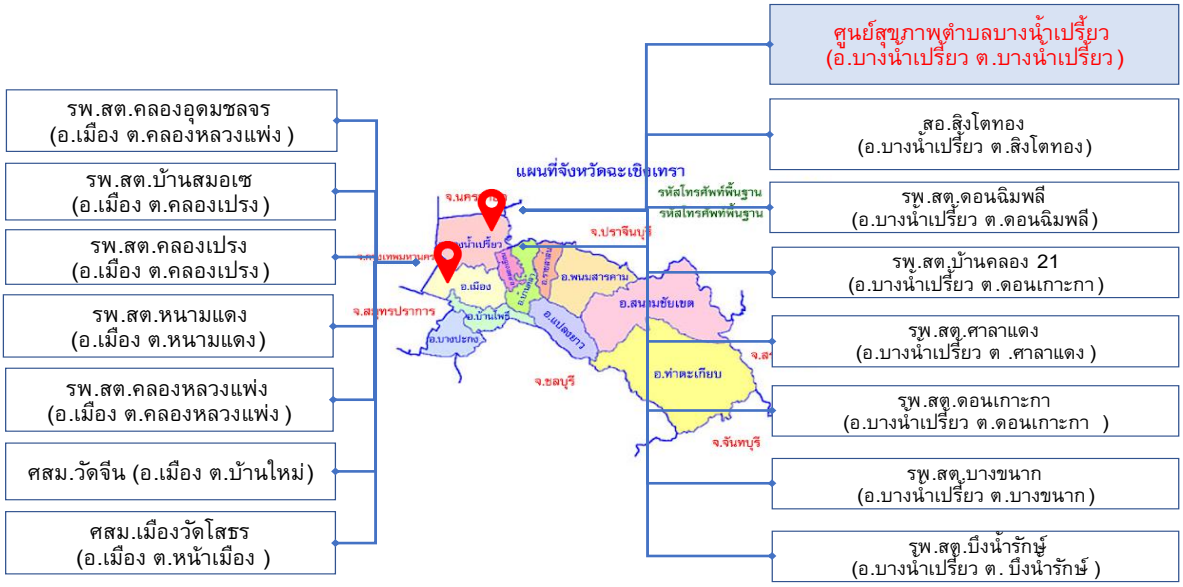
(แพทย์หญิงสมบัติ ชุติมานุกูล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

(นายสิงหราช วงษ์เสรี่ยม)
นายอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

(นายแพทย์สรลักษณ์ มิ่งไทยสงค์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

(นายกฤษดา พรหมสุวรรณ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน
สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ



การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นำร่องอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ระยะที่ 1

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

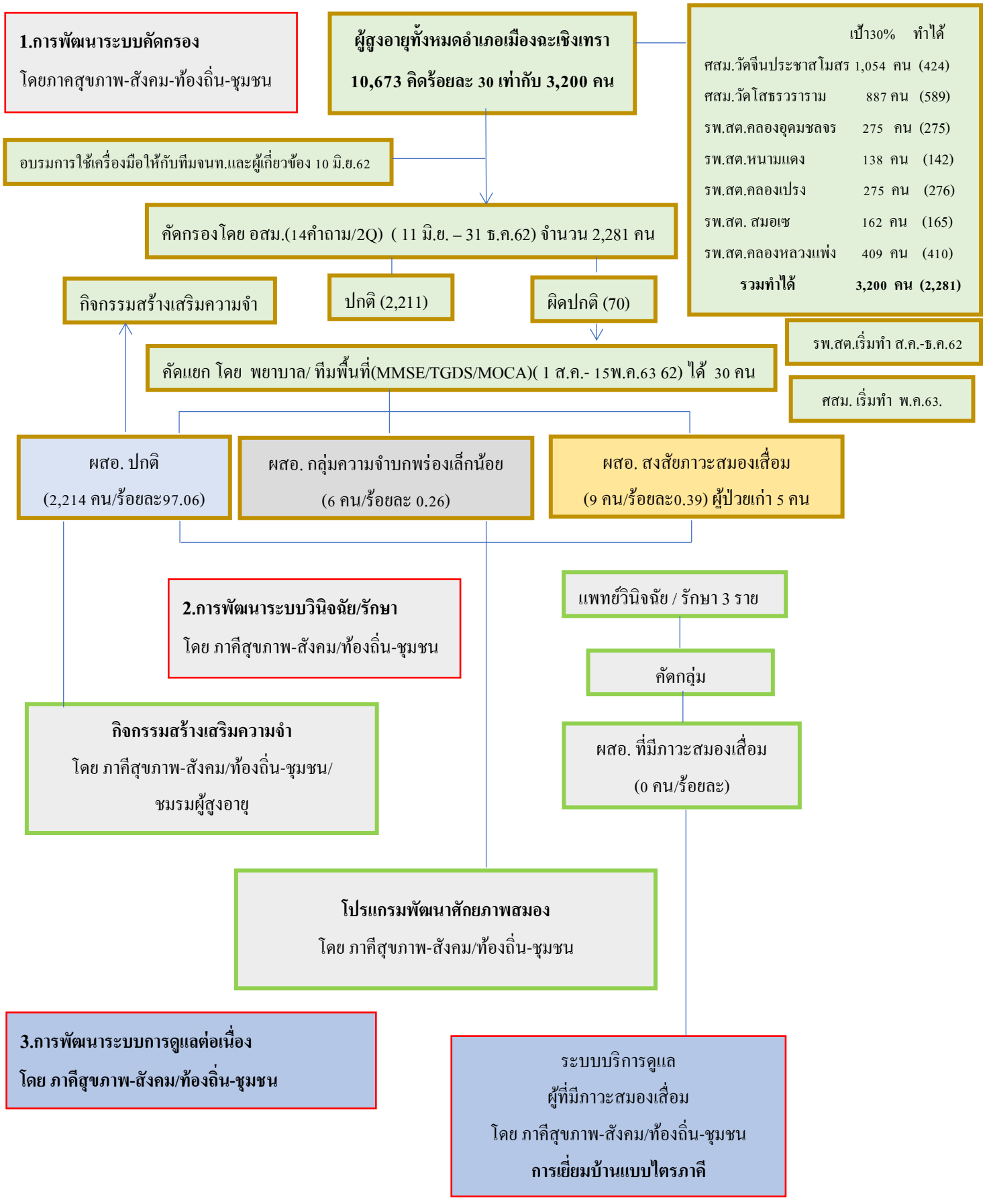
ในบริบทของพื้นที่เขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีประชากรผู้สูงอายุ ทั้งหมด 23,409 คน โดยมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ระดับการดูแล	การดำเนินงาน
ระดับ Primary care	- ไม่มีการคัดกรองสมองเสื่อมที่ชัดเจนเมื่อพบผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ประสานทีมพยาบาลจิตเวชเพื่อประเมินอาการและ ส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาล - ใช้ระบบการคัดกรอง ADL ในผู้สูงอายุในระบบ Long term care - พบผู้ป่วยสมองเสื่อมใน Case เยี่ยมบ้านที่มีภาวะอื่นร่วมด้วย - พบสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากรพ.แล้วและส่งต่อสู่ชุมชนใน HHC
ระดับ Secondary care	- พบผู้ป่วยมาหาที่รพ.และมีโรคอื่นร่วม - พบในชุมชนส่งมารักษาที่รพ.เพื่อพบมีปัญหาในการดำรงชีวิต
ระดับ Tertiary care	ผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อมีอาการ ญาติพามารพ.

ระยะการพัฒนาระบบ

โดยเริ่มมีการดำเนินการพัฒนางานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นำร่องพื้นที่อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 7 แห่ง ใน PPC 3 แห่ง ได้แก่ 1) PPC วัดโสธรวราราม วรวิหาร 2) PPC วัดจีนประชาสโมสร และ 3) PPC คลองอุดมชลจร ประกอบด้วย รพ.สต.คลองเปรง รพ.สต.หนามแดง รพ.สต.บ้านสมอเซ รพ.สต.คลองอุดมชลจร รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง ศสม.วัดโสธรวราราม และศสม.วัดจีนประชาสโมสร ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 10,673 คน โดยมีเป้าหมายในการคัดกรองทั้งหมดร้อยละ 30 คิดเป็นผู้สูงอายุ จำนว น3,200 คน ตามผังไหล ดังนี้

ผังไหล การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา



หมายเหตุ มีผู้สูงอายุบางรายยังไม่ได้รับการคัดแยก ทำให้ยอดผู้สูงอายุไม่ตรงตามเป้าหมาย

การดำเนินงาน CDC system

1. การประชุมเพื่อชี้แจงให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นทีนำร่อง 7 แห่ง ดำเนินการคัดกรองประชากรผู้สูงอายุ 30% คิดเป็น จำนวน 3,200 คน

2. เครื่องมือในการดำเนินงาน ได้แก่

- การคัดกรองโดย 14 ข้อคำถาม
- การคัดแยกโดยใช้เครื่องมือ TGDS/MMSE Thai-2002/MoCA

1. ระบบการคัดกรอง/คัดแยก

- ใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคาถาม โดยอบรมอสม.ช่วยในการคัดกรอง
- คัดกรองได้ จำนวน 2,281 คน จาก จำนวน 3,200 คน คิดเป็นร้อยละ 71.28
- ผิดปกติจาก 14 ข้อคาถาม จำนวน 70 คน
- และทำการคัดแยก โดยพยาบาล/ทีมพื้นที่ โดยใช้ MMSE/TGDS/MoCA ได้จำนวน 35 คน อีก จำนวน 35 คน ไม่ได้คัดแยก เนื่องจาก พยาบาลในพื้นที่ไม่ได้นำการคัดแยกส่งมาให้ เนื่องจากจะมาอบรมเครื่องมือการคัดแยก

จากผลการคัดกรองทั้งหมด จำนวน 2,281 คน พบ ผู้สูงอายุ :

-กลุ่มปกติ จำนวน 2,221 คน

-กลุ่มความจาบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 8 คน

-กลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด จำนวน 16 คน และส่งต่อเพื่อการคัดกลุ่ม จำนวน 3 ราย

2. ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย)

- พยาบาลในพื้นที่เมื่อมีการคัดแยกจากเครื่องมือ พบผิดปกติและสงสัย ก็จะประสานเขียนใบส่งต่อมาวินิจฉัย ที่รพ.พุทธโสธร แผนกจิตเวช
- รูปแบบการวินิจฉัย ทางแผนกจิตเวช จะนัดเจาะเลือด และให้ยา Folic acid กลับไปรับประทานต่อ
- การส่งต่อจากระดับ Primary ที่มีการคัดแยกจาก รพ.สต./ศสม. พบผิดปกติและสงสัย จะส่งต่อเข้าพบแพทย์ ในโรงพยาบาล

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. กลุ่มปกติ : มีชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน และมีชมรมลีลาส ดนตรีในการเข้าร่วมกลุ่ม

2. กลุ่ม MCI : ยังไม่มีโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองเต็มรูปแบบและใช้รูปแบบให้ผู้สูงอายุเข้าชมรมต่างๆให้มีกิจกรรมต่างๆ

3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแล : ใช้ระบบการดูแลแบบ Long term care มีการประสานกับแผนกจิตเวชลงเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการและส่งต่อมาโรงพยาบาล เพื่อรับยา

นอกจากนี้ มีการจัดกิจกรรมการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อค้นหาภาวะสมองเสื่อม





และจัดกิจกรรมอบรม อสม.เพื่อให้คัดกรองผู้สูงอายุเพื่อค้นหาภาวะสมองเสื่อมในชุมชน




ปฏิทินทินการดำเนินงานพัฒนาระบบ

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
22-23 พ.ค. 2562	ประชุมอมรมแนวทางจัดการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร	คณะทำงาน
4 มิ.ย. 2562	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	คณะกรรมการอำนวยการ
สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมิ.ย.2562	ประชุมคณะกรรมการทำงานในพื้นที่	PCCแต่ละพื้นที่
สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนก.ค.2562	ประชุมการอบรม อสม. เพื่อชี้แจงโครงการ / อบรมแบบคัดกรอง	คณะทำงานแต่ละพื้นที่
ก.ค. 2562-กลางเดือนส.ค.2562	ดำเนินการคัดกรอง	จนท.ประจำพื้นที่ / อสม.
กลาง-ปลายเดือนส.ค. 2562	แยกกลุ่มผู้สูงอายุ / คืนข้อมูลให้พื้นที่ / วางแผนเงานโครงการเพื่อดูแลกลุ่มผู้สูงอายุปกติ/ผิดปกติ	คณะทำงานแต่ละพื้นที่
ก.ย. 2562	คัดแยกสมองเสื่อม/ความจำบกพร่อง	คณะทำงานพื้นที่/ทีมวิจัย/ทีมแพทย์
ต.ค. 2562	คัดกลุ่ม	คณะทำงานพื้นที่/ทีมวิจัย/ทีมแพทย์
พ.ย. 2562-ก.ย. 2563	ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมความจำ / โปรแกรมพัฒนาสมองMCI ติดตามสมองเสื่อม	คณะทำงานพื้นที่/ทีมวิจัย

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. อสม.ไม่เข้าใจในข้อคำถามคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

2. อสม.ในเขตเมืองเป็นอสม.ที่สูงอายุ ทำให้ไม่เข้าใจในข้อคำถาม จึงทำให้ทำการคัดกรองได้ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ต้องกลับมาทบทวนซ้ำ

3. ในการคัดแยกของแต่ละพื้นที่เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความชำนาญในการใช้แบบประเมิน TGDS, MMSE Thai-2002, MoCA

4. ภาระงานของแต่ละพื้นที่มีมาก และแบบประเมินเพื่อคัดแยกต้องใช้เวลาในการทำ ทำให้การคัดแยกยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย

5. จากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้การทำงานทั้งการคัดกรองและคัดแยก และโครงการประชุมอบรมต้องเลื่อน ทำให้ระยะเวลาในการดำเนินงานล่าช้าออกไป

6. การดูแลในกลุ่มปกติ กลุ่มMCI กลุ่มสมองเสื่อม เตรียมเข้ารับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม

แนวทางการแก้ไข

1. อยากให้คำถามในการคัดกรองแบบสั้นๆ และกระชับ สามารถนำมาใช้ในงานประจำในรพ.สต.และ ศสม.ได้

2. อยากให้เครื่องมือในการคัดกรองบรรจุลงใน Program การคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิกเรื้อรังของ รพ. เพื่อให้สามารถดำเนินการได้สะดวก/ง่ายในการคัดกรองและค้นหา

การประสานความร่วมมือ

นำเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร เข้าวาระการประชุม พชอ. และการประชุมตำบล LTC ของแต่ละพื้นที่ เพื่อขยายพื้นที่การคัดกรองจาก จำนวน 7 แห่ง ให้ดำเนินการครบทุกตำบลในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

การจัดการดูแลให้เป็นงานประจำ

-การอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแก่อสม. ในการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม (เนื่องจาก 14 ข้อคำถามเป็นข้อคำถามที่มีจำนวนมาก และอสม.บางคนยังขาดความเข้าใจในข้อคำถาม)

-การอบรมเจ้าหน้าที่ทุกตำบลในอำเภอเมือง ในการใช้เครื่องมือแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และฝึกการใช้เครื่องมือ TGDS/MMSE Thai-2002/MoCA ในการคัดแยก

กรณีศึกษา...จากพื้นที่

จากการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยอสม. และทำการคัดแยกโดยใช้เครื่องมือ TGDS/MMSE Thai-2002 และMoCA ในรพ.สต.และ ศสม. 2 แห่ง ทำให้มีการสื่อสารและประสานส่งต่อ Case ที่มีปัญหามาพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา : Case รพ.สต.คลองเปรง หญิงไทยอายุ 87 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโรคประจำตัวเป็น HT รับยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

- Amlodipine 5mg. 2 x 1 ⊙ pc
- Enarapril 5mg ½ x 2 ⊙ pc

} รับยาที่ รพ.สต.คลองเปรง

เมื่อทำการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ผิดปกติ และทำการคัดแยกด้วยเครื่องมือ MMSE Thai-200 ได้ 16 คะแนน และ MoCA ได้ 16 คะแนน ได้ส่งต่อผู้ป่วยมาวินิจฉัยเพิ่มเติมที่แผนกจิตเวช รพ.พุทธโสธร แพทย์ได้ส่งประเมิน TMSE เพิ่มได้ 16 คะแนน แพทย์ได้ให้ ยา Folic a 5 mg 1 x 1 pc เช้า และให้คำแนะนำเรื่องการบริหารสมองและการปฏิบัติตัวการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และนัดติดตามต่ออีก 3 เดือน จากกรณีศึกษานี้ พบว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม และมีการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่จะมีอาการรุนแรงและไม่สามารถดูแลตนเองได้

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถมาพบแพทย์ (แต่ได้ประสานกับทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลต่อในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน)

แนวทางการบูรณาการเป็นงานประจำในระดับพื้นที่

-ระบบการคัดกรอง โดยใช้ 14 ข้อคาถาม มาใช้ในงานประจำ โดยอสม. ใช้แบบคัดกรองในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ รพ.สต./ศสม. และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยคัดกรองปีละ 1 ครั้ง

- การคัดแยก ถ้าจะบูรณาการเป็นงานประจำจะต้องเตรียมคนที่จะทำการคัดแยก บางแห่งมีคนย้ายงาน/ย้ายสถานที่ทำงาน ก็จะขาดคนซึ่งค่อยข้างยากที่จะพัฒนาเป็นงานประจำ และตัวชี้วัดหลักหลายตัวที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่มีเวลาในการคัดแยกซึ่งซับซ้อน และต้องอาศัยความชำนาญ

- ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) มีการเชื่อมโยงลงไปในระบบเยี่ยมบ้านและทีมหมอครอบครัว

- ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใน Primary care, อสม. มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในระบบ Long term care แต่การฝึกพัฒนาการสมองสาหรับกลุ่ม MCI คงต้องปรับและพัฒนาต่อไป เนื่องจากมีภาระงานหลายด้าน

แนวทางการบูรณาการดำเนินงานในระดับพื้นที่

1. ทีมการดำเนินงานในพื้นที่ ให้พื้นที่ทั้ง CUP เมืองร่วมกันคัดกรองทั้งหมด
2. งบประมาณโดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทั้ง CUP เมือง ให้เข้าใจแบบคัดกรองกรองทั้งหมด

3. กระบวนการบูรณาการ ให้ใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ลงในแบบประเมินคัดกรองสมองเสื่อม และเป็นตัวชี้วัดกระทรวง

4. ปฏิทินการดูแลผู้สูงอายุใช้เป็นแบบคัดกรองโรคสมองเสื่อม 14 ข้อคาถาม ในโรคเรื้อรังและการคัดกรองโรค NCD ด้วยกัน

5. การคัดกรอง/การคัดแยก

6. การคัดกลุ่ม/การวินิจฉัยรักษาส่งต่อ ยังทำได้ไม่สมบูรณ์

7. การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มในชุมชน

ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานของพื้นที่

- ภาระงานของแต่ละพื้นที่มีมาก และแบบประเมินเพื่อคัดแยกต้องใช้เวลาในการประเมิน ทำให้การคัดแยกยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย

- อสม.เขตเทศเมืองไม่ได้มาช่วยประจำที่ศูนย์ศสม.ในการคัดกรอง และส่วนใหญ่เป็นอสม. ที่มีอายุค่อนข้างมากแล้ว ทำให้ไม่เข้าใจในแบบคัดกรอง ถึงแม้จะมีการประชุมชี้แจงไปแล้ว

- อสม.ไม่เข้าใจในข้อคำถามคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

- อสม.ในเขตเมืองเป็นอสม.ที่อายุมาก ทำให้ไม่เข้าใจในข้อคำถาม ส่งผลให้การคัดกรองได้ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ต้องมาทบทวนซ้ำ

- การใช้แบบการคัดแยกโดยใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002, TGDS, MoCA เป็นแบบประเมินการคัดแยกที่ซับซ้อน ต้องใช้เวลา ในการทำความเข้าใจ จึงเป็นอุปสรรคของผู้ปฏิบัติงาน แบบประเมินควรจะสั้นกระชับและเข้าใจง่าย

- ผู้ทำแบบคัดแยกไม่มีความชำนาญในการทำ เพราะเครื่องมือการคัดแยกต้องอาศัยความชำนาญและความเข้าใจ รวมทั้งการแปรผลคะแนนที่ถูกต้อง ทั้ง TGDS, MMSE Thai-2002 และ MoCA

- ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 เกิดการระบาดของโรค Covid-19 ทำให้ไม่ได้ดำเนินการคัดกรองและจัดอบรมเจ้าหน้าที่ ได้ตามแผนงานโครงการ

บทเรียนรู้จากการดาเนินงานพัฒนาระบบครบวงจรของทีมพื้นที่

- จากการพัฒนาระบบการดูแลครบวงจร ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุ MCI ก็จะได้รับการดูแลฝึกสมองและฟื้นฟูสมอง

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล

- มีการพัฒนาจำนวน 7 แห่ง ได้ดำเนินการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ใน CUP เมือง ให้ครบทุกแห่ง เพื่อใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมทั้งอำเภอเมือง

- มีสื่อการประชาสัมพันธ์ ประเด็น“ภาวะสมองเสื่อม” ในระดับประเทศ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น

และทีมจากส่วนกลาง ได้ลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานและการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ในวันที่ 3 ธันวาคม 2563 ณ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2566)

กิจกรรม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
การประชุมและวางแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566	←	→										
การอบรมฟื้นฟูแกนนำในพื้นที่อ.เมืองฉะเชิงเทรา			←	→								
ลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ (2Qและ14ข้อคำถาม) และคัดแยกผู้สูงอายุด้วยบุคลากรทางสุขภาพ				←	—	→						
การคัดกลุ่มวินิจฉัยโดยแพทย์							←	—	→			
การติดตามผลการดำเนินงาน										←	→	
ทบทวนและสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา												↔

ผลการดำเนินงาน CDC system

1. กิจกรรมโครงการฝึกจิตพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลคลองหลวงแพ่ง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

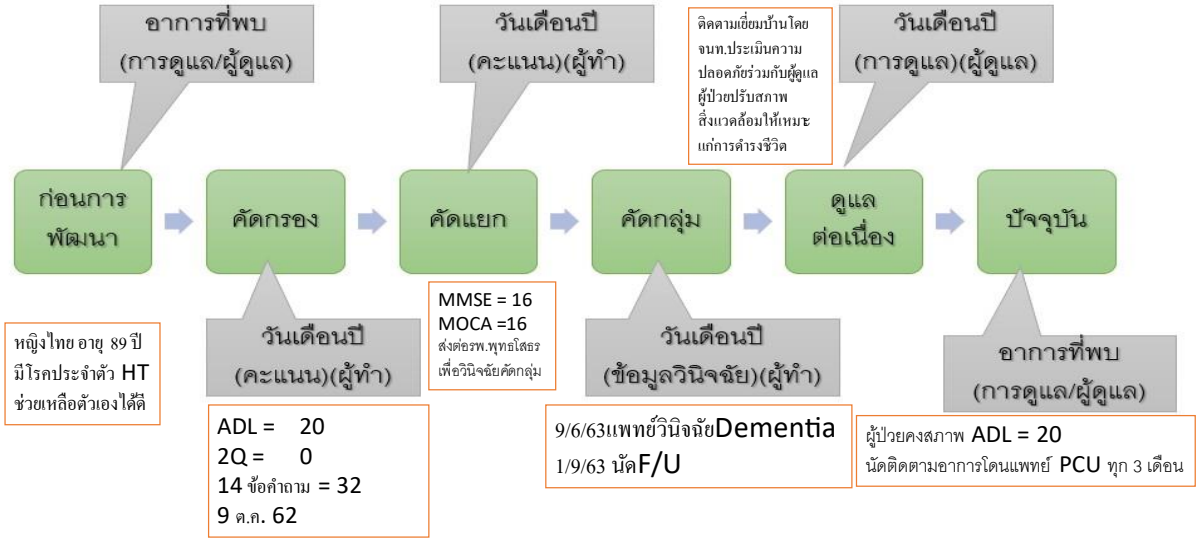
2. แนวทางการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

-คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL/AMT และแอปMental Health Check-in เพื่อคัดกลุ่มผู้สูงอายุ

-คัดกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL/AMT และแอปMental Health Check-in เพื่อคัดกลุ่มผู้สูงอายุ

-คัดแยกเพื่อส่งต่อรักษาและเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง

เรื่องเล่า... case study สะท้อนการพัฒนาระบบ



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของพื้นที่

- จากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ภาระงานของแต่ละพื้นที่มีมาก

- ในพื้นที่มีอสม.กลุ่มผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพจำนวนมาก มีผลต่อความเข้าใจในการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ทำให้ต้องเป็นภาระงานเพิ่มสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประเมินซ้ำ

- การคัดแยก ใช้เครื่องมือ แบบประเมิน MMSE Thai-2002,TGDS,MoCA ซึ่งมีความซับซ้อนในการใช้และต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ จึงเป็นอุปสรรคของผู้ปฏิบัติงาน

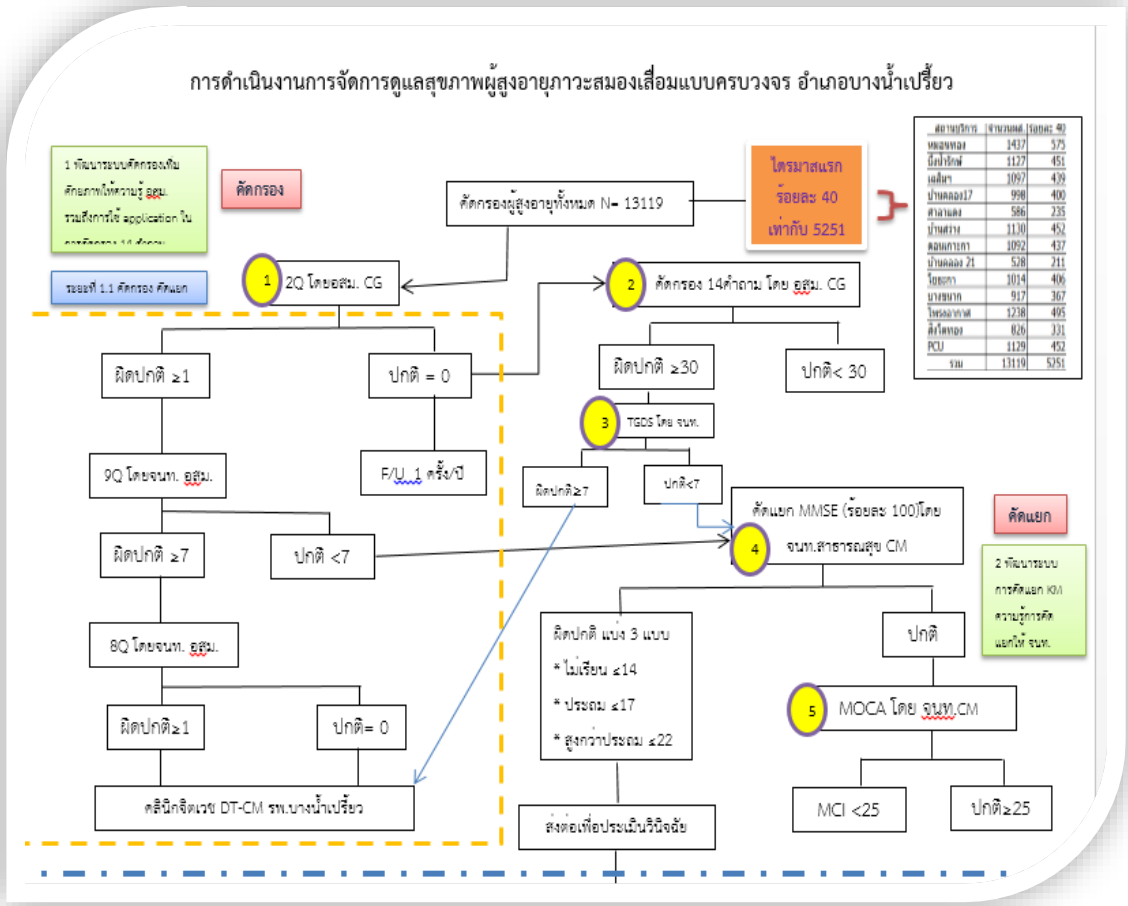
- บุคลากรที่จะดำเนินการคัดแยก ยังไม่มีความชำนาญในการทำใช้เครื่องมือ เพราะต้องอาศัยความชำนาญและความเข้าใจ รวมทั้งการแปรผลคะแนนที่ถูกต้อง

โอกาสในการพัฒนา

1. รพ.มีการคืนข้อมูลผู้สูงอายุที่ตะรับการคัดกลุ่มวินิจฉัยรักษาจากแพทย์
2. มีการทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อเนื่องในชุมชน
3. มีการใช้เทคโนโลยีในการติดตามดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำร่องอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผังไหล การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะที่ 1



ขั้นตอนการดำเนินงาน

หลักจากที่ทีมงานวิจัยลงพื้นที่ครบตามระยะที่กำหนด ทีมงานคณะกรรมการได้ประชุมและกำหนด แนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบได้นำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม การคัดกรองด้วยคำถาม 2Q การใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน TGDS จำนวน 15 ข้อ เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น โดยมีการกำหนดเป้าหมายอย่างร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุในพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายที่เน้น คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทุกคนที่มารับบริการในสถานพยาบาล

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้จัดสรรงบประมาณให้กับอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ในการจัดจัดการอบรม เพื่อทบทวนความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแห่งละ 1 คน จำนวน 13 คน และการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขสถานบริการละ 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 คน

3. กำหนดแผนการคัดกรองให้แล้วเสร็จ สิ้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยทำควบคู่กับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ คือ การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดัน ประจำทุกปี

4. แผนการดำเนินงานเรื่องการคัดแยก ได้กำหนดหลังจากการคัดกรองแล้วช่วงที่ดำเนินงาน เดือน มกราคม 2563 - มีนาคม 2563 ส่วนการวินิจฉัยจะใช้ระบบการส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ ทุกศุกร์ที่ 3 ของเดือน

5. สำหรับกลุ่มเป้าหมาย MCI ได้ดำเนินการเขียนแผนงานโครงการ เพื่อดำเนินการจัดการอบรมการดูแลสมอง ตามกระบวนการ TEAM V จำนวน 6 ครั้ง โดยของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

6. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบ

อุปสรรค	โอกาสในการพัฒนา
1. การประเมิน MMSE Thai-2002, MoCA ต้องใช้เวลาการประเมินค่อนข้างนาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคน ยังขาดทักษะในการใช้	1. ต้องกำหนดให้มีการใช้อย่างสม่ำเสมอในกลุ่มงาน NCD ที่มารับบริการใน รพ.สต.
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดกระบวนการดูแลกลุ่ม MCI ตามมาตรฐานและอุปกรณ์ในการใช้หายาก	2. ประสานงานกับส่วนกลางที่รับผิดชอบให้จัดการเพิ่มทักษะให้สอดคล้องกับการดูแลกลุ่มMCI
3. ระบบการพบจิตแพทย์ เดือนละ 1 ครั้ง รอนานเพราะมีผู้ป่วยรับบริการหนาแน่น	3. ประงานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการจัดระบบการนำเข้าคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) ให้มีจำนวนวันที่เพิ่มขึ้น
4. ญาติบางคนไม่สะดวกพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ รพ.	4. ประสานทีมสหวิชาชีพ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการลงเยี่ยมบ้าน และวางแผนการดูแลตามมาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง/คัดแยก ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าด้วย 2 ข้อคำถาม

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15ข้อ (TGDS-15)
4. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยMMSE-Thai 2002
5. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MoCA

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอบางน้ำเปรี้ยว (ปี พ.ศ. 2562-2563)

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
พ.ค. 2562	แต่งตั้งคณะกรรมการ	สสจ.	
พ.ค. 2562	จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ	รพ.สต. / อปท.	ฐานข้อมูล Hosxp
มิ.ย. 2562	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	คณะกรรมการอำนวยการ	คปสอ.-สนับสนุนอาหารเบรค
มิ.ย. 2562	ประชุมคณะทำงานปฏิบัติการในพื้นที่	คณะทำงานระดับอำเภอ-ตำบล	คปสอ.-สนับสนุนอาหารเบรค
มิ.ย. 2562	จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ	รพ.สต. / อปท.	ไฟล์ฐานข้อมูล Hosxp
ก.ค.-ส.ค. 2562	คัดกรอง 2Q/14คำถาม	อสม./ CG	อปท.- คปสอ. สนับสนุนแบบประเมิน
ก.ย. 2562	ทำ TDGS คัดแยก MMSE Thai-2002, MoCA	รพ.สต.	นัดรวมกลุ่มทำร่วมกัน
ต.ค.-ธ.ค. 2562	คัดกลุ่ม 3 กลุ่ม -กลุ่มปกติ -กลุ่ม MCI -กลุ่มสงสัย ส่งต่อวินิจฉัย บำบัดรักษา	คณะทำงานระดับตำบล	อปท. –กรณีรายสงสัยยากไร้ จัดรถพามารพ.
ม.ค.-ก.ค. 2563	ทำกิจกรรมกับเป้าหมายตามโปรแกรม -กลุ่มปกติ ทำกิจกรรมสร้างเสริมความจำ ในชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง -กลุ่ม MCI ทำ กิจกรรมกระตุ้นสมอง ในพื้นที่ 6 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง	คณะทำงานระดับตำบล	อปท.– คน สถานที่ อาหาร
ส.ค. 2563	ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน	คณะทำงานระดับอำเภอ-ตำบล	คปสอ.-สนับสนุนอาหาร

การประสานงานความร่วมมือกับภาคี ในการดำเนินงานทั้งระบบ

1. การเตรียมชุมชน มี อสม. ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชน

2. การคัดกรอง มี อสม. หรือ Care giver หรือนักพัฒนาชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน อปท.

3 .การคัดแยกและการวินิจฉัย มีนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ นักสุขภาพจิต แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์จิตเวช

4. จัดกิจกรรมการพัฒนาระบบความจำในชมรมผู้สูงอายุ มีภาคีเครือข่ายแกนนำผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิสิฐกมลวณิช โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบึงน้ำรักษ์

การจัดการดูแลให้เข้าเป็นงานประจำ

ได้มีการปรึกษาหารือในระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขอให้มีการบูรณาการกับการคัดกรองผู้สูงอายุในระบบปกติที่มีการดำเนินงานประจำปี เพราะเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะ MCI หรือภาวะสมองเสื่อม จะมีผลกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จนอาจส่งผลกับการคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

ผลลัพธ์ของการมี CDC system

1. ระบบมีการดำเนินงานผสมผสานกับการคัดกรองปกติของกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องการคัดกรอง คัดแยกส่วนการวินิจฉัย ระบบส่งต่อยังไม่สามารถดำเนินการได้ลื่นไหล เนื่องจากใน 1 เดือน สามารถส่งเพื่อการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ได้เฉพาะศุกร์ที่ 3 ของเดือน เท่านั้น

2. มีการปรึกษาหารือ และทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้ที่รับผิดชอบให้มีการดำเนินการคัดกรองร่วมกับการคัดกรองปกติของ อสม. และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ (คัดกรองประจำปี)

ผลลัพธ์ในภาพรวมตามดัชนีชี้วัดของระบบ

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลการดำเนินงาน
ครบวงจร (Comprehensive)	-มีผังไหลการดำเนินการครบวงจร แต่กระบวนการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นภาวะ MCI ยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาวนใหญ่ขาดทักษะในการกระตุ้นกิจกรรมครบ 6 ครั้ง และที่สำคัญไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม
ความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ	ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามผังไหลที่กำหนดไว้เนื่องจากมีสถานการณ์ของโรคไวรัส 2019 ในพื้นที่
ความครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ	ปี พ.ศ. 2563 กำหนดไว้ ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย
ความสะดวกในการเข้าถึงเข้าถึงของประชาชน (Access)	มีอสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชน ซึ่งสามารถจะคัดกรองประชาชนในชุมชนได้

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลการดำเนินงาน
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งการเตรียมชุมชนการคัดกรอง การคัดแยก และการวินิจของแพทย์ ส่วนงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก อปท. หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
การบูรณาการเข้ากับงานประจำ (Integration)	มีการบูรณาการทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองผู้สูงอายุกับงานปกติ (งานประจำ)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. นโยบายชัดเจน/ผู้บริหารสนับสนุนการทำงาน
2. มีแนวทางในการปฏิบัติงาน
3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มั่งมั่น ให้ความสำคัญและบูรณาการกับงานอื่นๆ
4. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน เป็นที่ปรึกษา

ปัญหาและอุปสรรค

1. ปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีโครงการที่ต้องดำเนินการจึงทำให้การคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ล่าช้าไม่เป็นไปตามปฏิทินการดำเนินงาน

2. อสม.ยังขาดความชำนาญนานในการใช้แบบสอบถาม จึงทำให้ข้อมูลส่งกลับมาล่าช้า

3. จิตแพทย์ รพ.พุทธโสธร มาตรวจที่รพ.บางน้ำเปรี้ยว เดือนละ 1 ครั้ง มีผู้ป่วยด้านจิตเวชรับบริการจำนวนมาก ทำให้ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยภาวะสมองเสื่อมได้จำนวนน้อย

4.บุคลากรยังขาดแนวทางการดูแลกลุ่ม MCI ตามแนวทางโปรแกรม TEAM V จำนวน 6 ครั้ง และยังขาดทักษะในการดูแลกลุ่มป่วย และการสนับสนุนญาติ

แนวทางการแก้ไข

1. ให้อสม. มาคัดกรอง 14 คำถาม ในหน่วยลดความแออัด หรือ มีการคัดกรองในคลินิกบริการผู้สูงอายุหรือคลินิกบริการของ รพ.

2. ให้ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วย/ญาติและควรมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

ผลการการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตาม CDC system

1. การประชุมทีมงานในช่วงระหว่างที่มีการพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ปีพ.ศ. 2562-2564) ประกอบด้วย จนท.สธ./อปท./อสม.

-การสร้างเครือข่ายทีมสุขภาพ คปสอ.บางน้ำเปรี้ยว ในการดูแลงานสมองเสื่อม ประกอบด้วย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยลดความแออัด
จิตแพทย์	ดูแลรับปรึกษาและระบบการส่งต่อผู้ป่วย
พยาบาลCM	ประสานงานในรพ.
นักจิตวิทยาคลินิก	รับดูแลส่งต่อ
พยาบาลCM	ประสานติดตามเยี่ยมบ้าน
ทีมสุขภาพในพื้นที่	

-ปี พ.ศ. 2564 ร่วมประชุมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บูรณาการเรื่องการคัดกรอง Mini-Cog ในผู้ป่วย NCD ที่คุมโรคไม่ได้ มีข้อสรุปในที่ประชุม และวางแผนดำเนินการใน ปี พ.ศ. 2565 ในการประชุมตั้งเป้าหมายให้ จนท.สธ ร้อยละ 100 สามารถใช้เครื่องมือการประเมิน TGDS, MMSE Thai-2002, MoCA, Mini-Cog ได้ และสามารถช่วยประเมินได้ตามมาตรฐานเมื่อมีผู้สูงอายุ เข้ามารับบริการที่ รพ.สต.

-ปี พ.ศ. 2565 ร่วมประชุมร่วมกับจิตแพทย์/นักจิตวิทยา/กลุ่มงานเวชศาสตร์ฯ เพื่อวางแนวทางในการรับ-ส่งผู้ป่วย กลุ่ม 8Q/TGDS/MMSE Thai-2002 ผิดปกติ

-ปี พ.ศ. 2565 โปรแกรม (Package) ผู้สูงอายุห่างไกลสมองเสื่อม ด้วยศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และร่วมประชุมชี้แจง จนท.สธ ให้ทราบการนำใช้โปรแกรมและอุปกรณ์กระตุ้นสมรรถภาพสมองในกลุ่ม MCI และวางแผนในการจัดการอบรมจนท.สธ/แกนนำ/อสม. และมอบชุดสาธิตโปรแกรมกระตุ้นสมอง (TEAM V) ให้ รพ.สต.ละ 1 ชุด

2. จัดทำทะเบียนเป้าหมายผู้สูงอายุ

-สรุปจำนวนผู้สูงอายุ เป้าหมายและคัดกรองได้ ปี พ.ศ. 2562-2564

แผนการคัดกรอง	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
	2562	2563	2564
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	13,119	13,119	13,780
เป้าหมาย	5,251	6,559	11,024
จำนวนที่คัดกรองได้	5,250	6,618	3,151
ร้อยละ	40.02	50.9	28.58

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบูรณาการจากงานประจำ ในปี พ.ศ. 2564

ระยะเวลา	แผนงาน
ต.ค. 2563	ประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงและวางแผนการดำเนินงาน
1 - 15 พ.ย. 2563	สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการคัดกรอง
15 พ.ย. 2563 - 15 ม.ค. 2564	คัดกรอง 2 Q และ 14 ข้อคำถาม
16 ม.ค. 2564 - 31 ม.ค. 2564	ทำ TGDS เพื่อคัดแยก MMSE /MOCA
1 - 28 ก.พ. 2564	คัดกลุ่ม 3 กลุ่ม 1 กลุ่มปกติ กลุ่ม 2 MCI กลุ่ม 3 กลุ่มสงสัย ส่งต่อ วินิจฉัยการรักษา
1 มี.ค. - 30 ส.ค. 2564	ทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ ทำกิจกรรมสร้างเสริมความจำ กลุ่ม MCIทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง กลุ่มสงสัย ส่งต่อ วินิจฉัยการรักษา
ก.ย. 2564	สรุปงาน

3. ขั้นตอนการคัดกรองผู้สูงอายุด้วย 2Q และ 14 คำถาม

-ปี พ.ศ. 2564 ปรับแบบประเมิน 2Q และ14 ข้อคำถาม ให้อยู่แผนเดียวกัน เพิ่มขนาดตัวอักษรให้มองชัดเจน อ่านง่าย/เพิ่มเป็นผลงานรายงานประจำเดือนของ อสม.

4. ขั้นตอนการคัดแยก ด้วยแบบประเมิน MMSE Thai-2002/MoCA

-ดำเนินการออกคัดแยกเชิงรุกในชุมชน โดย จนท.สธ. ประเมินด้วย TGDS และนักจิตวิทยา ประเมิน TGDS ที่ผิดปกติ และประเมิน MoCA

-Care manager ประเมิน MMSE Thai-2002 ผิดปกติ เปิดช่องทาง green channel พบจิตแพทย์ทุกศุกร์ช่วงบ่าย

ระบบการคัดกรอง คัดแยก : มีการดำเนินงานทั้งในสถานบริการ (คลินิกผู้สูงอายุ) และนอกสถานบริการ (ออกเชิงรุกในชุมชน) เมื่อพบความผิดปกติหรือสงสัย ส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์

5. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้การดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุ	การดำเนินงาน
กลุ่มปกติ	เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กิจกรรมฝึกสมอง/ออกกำลังกาย
กลุ่มความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	มีแนวทางการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAM V) ใน ปีพ.ศ. 2564 – 2565 ยังไม่มีกิจกรรมดำเนินงาน
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (ช่วงโควิด)	การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ ดังนี้ -ให้มีความรู้ความเข้าเกี่ยวกับอาการของโรค

ผู้สูงอายุ	การดำเนินงาน
	-ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจ ไม่ดุผู้สูงอายุ -ใหฝึกสมอง ฝึกสมาธิ -ให้ทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้ -ให้พบแพทย์ตามระยะเวลาที่กำหนด -รับประทานยาสม่ำเสมอ

นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ นำร่องพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว (ปี พ.ศ. 2562-2564)

ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนา

ข้อจำกัด	โอกาสในการพัฒนา
1. บุคลากรยังขาดความชำนาญดูแลกลุ่ม MCI ตามแนวทาง 6 ครั้ง และขาดทักษะในการดูแลกลุ่มป่วย/การsupport ญาติ ขาดอุปกรณ์ที่ใช้ใน 6 ครั้ง/	* กำหนดแผนในการพัฒนาบุคลากร ปี 2564 ทั้ง MCI /การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (อบรม on line) * กำหนดกลุ่ม MCI แห่งละ 10-15 คน ใช้วิทยากรเวียนเป็น Zone *** อุปกรณ์มี 1 ชุด ของ รพ.สต.โพรงอากาศ ใช้หมุนเวียนในการทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง**
2. แบบ TGDS/MMSE /MoCA ใช้งานยาก ทำเวลานาน จนท.อื่นไม่สามารถช่วยทำได้	* อบรมการใช้แบบประเมินให้กับจนท.ในรพ.สต. เพิ่มเติม เพื่อรองรับการให้บริการคัดกรองในอนาคต (ปีงบ พ.ศ. 2564) โดย พญ.ณัฏฐา ได้วางแผนร่วมกับทีมและ เป็นวิทยากรให้ แต่ในปี พ.ศ. 2564 โควิดมาไม่สามารถดำเนินการ ได้ปรับเปลี่ยนแผนดำเนินการในปี พ.ศ. 2565 (โดยพญ.นัดดา เป็นวิทยากรแทน)
3. กลุ่ม MCI ทำกิจกรรม TEAM V ครบ 6 ครั้ง ต้องติดตาม 6 เดือน - 1 ปี ถ้าจำเป็นต้องทำกิจกรรมต่อ ยังไม่มีเครื่องมือ	-

ปัจจัยความสำเร็จ

1. คณะทำงานครบองค์ประกอบ และภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
2. เจ้าหน้าที่บูรณาการงานสมองเสื่อมไปกับงานประจำที่ต้องทำ และสร้างให้ทุกคนทำได้

เรื่องเล่า...การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สถานการณ์โควิดกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่

เป็นเคสได้รับย้ายจากรพ.สนาม PCU โดยผู้ป่วยมีอาการหยิบของใช้ผู้อื่น และสร้างความเดือดร้อนในกับผู้ป่วยอื่น จึงย้ายมาอยู่ที่ตึก cohort และ consult จิตแพทย์ การติดตาม เคสนี้ ญาติพามารับยาต่อเนื่อง ในวันที่ 22 เมษายน 2565โดยมีการให้คำปรึกษาเรื่องของการรับยาต่อเนื่องและการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งเรื่องยา และมารับยาตามนัด ญาติเข้าใจและรับทราบดี

รพ.สต.บึงน้ำรักษ์ : มีการวางแผนการดูแล

	แผนการดูแล (มี/ไม่มี)	วันที่เวลาในการเยี่ยม	จำนวนผู้เยี่ยมผู้ดูแล (ระบุจำนวน สุขภาพ สังคม/ชุมชน)	กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านสมอง (กิจกรรมอะไรโดยใคร)	กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพอื่นๆ (กิจกรรมอะไร/โดยใคร)	กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ (ระบุกิจกรรมการดูแล/ผู้ดูแลคือใคร สุขภาพ สังคม/ชุมชน)	การดูแลผู้ดูแล (ระบุด้านใด โดยใคร)
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1	มี	20 มค.64 (09.00-10.00น.)	2	ประเมินภาวะสุขภาพทำแบบประเมินสมอง	วัดความดันโดยอสม.	ไม่มี	ทุกด้านดูแลโดยภรรยา
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2	มี	2 มีค.65 (10.00-11.00น.)	1	ฝึกสมอง2ชุด	ไม่มี	ไม่มี	ทุกด้านดูแลโดยภรรยา
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3	มี	12 พ.ค.64 (09.00-10.00น.)	2	ติดตามการทานยา	อบต.ตรวจสภาพบ้าน	ไม่มี	ทุกด้านดูแลโดยภรรยา
การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4	มี	14 กค.64 (09.00-10.00น.)	2	เยี่ยมสอบถามผู้ดูแล	ไม่มี	ไม่มี	ทุกด้านดูแลโดยภรรยา
การส่งต่อ การดูแลระยะยาว	มี						
ผลลัพธ์การดำเนินงาน	ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน อาการคงสภาพ บางวันทรุดลง เดินวุ่นวาย ชอบเสียงดังใส่ภรรยาชอบให้ตามใจ						
ปัญหาอุปสรรค	ผู้ป่วยหลงลืมมากขึ้น หงุดหงิดง่าย ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า						
แนวทางการพัฒนา	แนะนำญาติไปรพ.ตามนัด ดูแลรับประทานยา ฝึกกิจกรรมกระตุ้นสมอง						

รพ.สต. บางขนาก :

ผู้ป่วยชายไทยวัย 82 ปี โรคประจำตัว DM+HT+ไขมัน ปี 2562 มีอาการหลงลืม เช่น เคยซื้อกับข้าวมาทำกินแต่ไม่สามารถทำได้และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต.บางขนาก มีโอกาสได้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.บางน้ำเปรี้ยว มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ในปี 2564 ผู้ป่วยหกล้มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (ต่อเนื่อง พ.ศ. 2565)

การติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในวันที่ 9-10 พฤษภาคม 2565 ณ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พื้นที่ได้วางแผนเป้าหมายของการดำเนินงาน ในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 ดังนี้

แผนการคัดกรอง	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	14,452
เป้าหมาย	11,562
จำนวนที่คัดกรองได้	1,148
ร้อยละ	9.92

สรุปผลการดำเนินงานการคัดกรอง/คัดแยก (พ.ศ. 2563-2565)

การคัดกรองผู้สูงอายุ	จำนวน	ปกติ (คน)	ร้อยละ	ผิดปกติ (คน)	ร้อยละ
ปี พ.ศ. 2563					
2Q	6,618	6,618	100	0	0
14 ข้อคำถาม	6,618	6,342	95.82	276	4.17
TGDS	276	276	100	0	0
MMSE	184	161	87.50	23	12.50
MoCA	46	34	73.91	12	26.08
ปี พ.ศ. 2564					
2Q	3,852	3,746	2.75	106	2.75
14 ข้อคำถาม	3,746	3,444	91.93	302	8.06
TGDS	50	50	100	-	-
MMSE	-	-	-	-	-
MoCA	-	-	-	-	-
ปี พ.ศ. 2565					

การคัดกรองผู้สูงอายุ	จำนวน	ปกติ (คน)	ร้อยละ	ผิดปกติ (คน)	ร้อยละ
2Q	1,615	14,83	91.82	132	8.17
14 ข้อคำถาม	831	750	90.25	81	9.74
TGDS	14	11	78.57	3	21.42
MMSE	11	11	100	0	0
MoCA	11	1	9.09	10	90.90

นอกจากนี้ มีการปรับปรุงรูปแบบระบบการการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม และกิจกรรม TEAM V (ปี พ.ศ. 2565-2566)

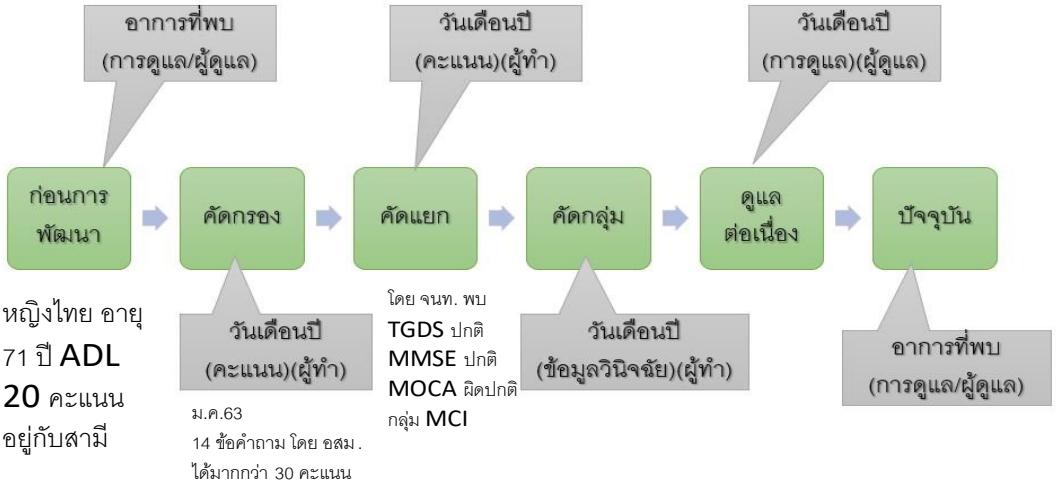
ระบบการคัดกรอง คัดแยก	แนวทางการดำเนินงาน
คัดกรองในชุมชน	เครื่องมือ 2Q +14 ข้อคำถามหรือ 2Q+ Mini cog - คัดกรองโดย อสม /แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง - ส่งให้ จนท.สธ ทุกเดือน เพื่อวางแผนประเมิน TGDS - อสม/ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ ประเมิน TGDS ห่างจากการประเมิน 2Q +14 ข้อคำถามหรือ 2Q+ Mini cog อย่างน้อย 1 เดือน ส่งผลให้ จนท.สธ เพื่อ นัดจุดลงประเมิน MMSE ถ้าผิดปกติ จนท. รพ.สต. ประสานกับฝ่ายเวชปฏิบัติ รพ. นำเข้าคลินิกสมองเสื่อม บ่ายทุกศุกร์ เพื่อพบจิตแพทย์ในการวางแผนการดูแล กลุ่ม MMSE ปกตินัด ประเมินด้วย MoCA เพื่อแยกกลุ่ม (คนปกติ /MCI) ในครั้งต่อไป
คัดกรอง คัดแยก ในสถานบริการ	เครื่องมือ 2Q + Mini-cog เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - คัดกรองในหน่วยลดความแออัดกรณีที่คุมโรคไม่ได้ (ทุกรายมอบให้ จพ.สธ หรือ นวก.สธ เป็นผู้ช่วยประเมิน) - ผู้สูงอายุที่ walk in มาใน รพ.สต. ควรได้รับการประเมินด้วย Mini-cog อย่างน้อยวันละ 2-3 คน ต่อวัน เมื่อประเมินผิดปกติ ส่งรายชื่อให้ผู้รับผิดชอบงานหลัก วางแผนประเมิน TGDS / MMSE /MoCA ตามระยะเวลาที่เหมาะสม เมื่อผิดปกติ ส่งพบแพทย์จิตเวชตามแนวทางที่กำหนด

เรื่องเล่าจากเคส...สะท้อนผลลัพธ์การพัฒนาระบบ...ที่ผ่านมา

1. ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ

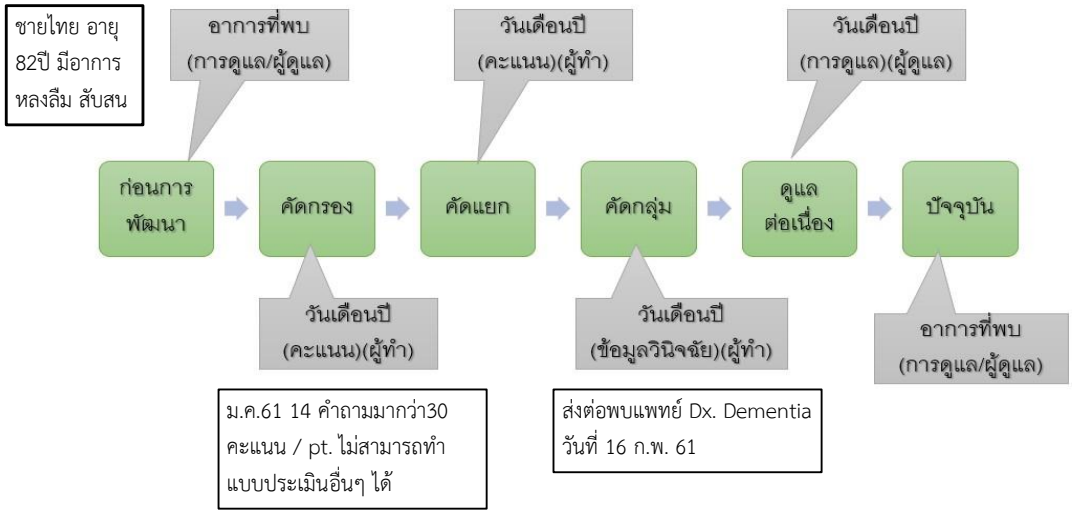
ผลการคัดกรอง คัดแยก	**การดูแลต่อเนื่องในชุมชน**
ชายไทย อายุ 61 1. คัดกรอง เมื่อ ม.ค.64 - 2Q พบว่า ปกติ -9Q พบว่า ปกติ -14 ข้อคำถาม ได้ 14คะแนน พบว่า ปกติ 2. คัดแยกข้อมูล ม.ค.64 3. คัดกลุ่ม ก.พ. 64 พบว่าเป็นกลุ่มที่ปกติติดสังคม	ผู้ดูแล CM/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลลูกชาย อาสาสมัครครอบครัว เน้นการสร้างเสริม /ป้องกัน โดยกิจกรรม 3อ. 1. อาหาร ดูแลควบคุมอาหาร ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม 2. อารมณ์ ฟังเพลง ฝึกสมาธิ พบปะสังคม มีกิจกรรมร่วมในสังคมและชุมชน 3. ออกกำลังกาย โดย 3.1 การเคลื่อนไหวแบบสลับข้าง เช่น จีบL จับหูจมูก 3.2 การยืดส่วนต่างๆ ของร่างกาย 3.3 การเคลื่อนไหวเพื่อการกระตุ้น เช่นการนวดเฉพาะจุดต่างๆ 3.4 การบริหารร่างกายแบบง่ายๆ 4. ติดตาม F/U ปีละ 1 ครั้ง อาการปัจจุบัน ปกติยังไม่พบภาวะสมองเสื่อม

2. กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)



แผนการดูแล : ใช้กิจกรรม TEAM V ดำเนินการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 และติดตามไป 1 ปี และ 6 เดือน และทำการประเมินสภาพสมองด้วย MoCA ได้ 19 คะแนน โดยมี VISUOSPATIAL/EXECUTIVE 4 คะแนน ผิดเข็มชี้ 12.15 NAMING ถูกคำเดียว MEMORY ถูกทั้ง 2 ครั้ง แต่ DELAYED RECALL ไม่ได้ LANGUAGE ช่วง Repeat คำที่ 2 ไม่ได้ ช่วงบอกคำที่ขึ้นต้นด้วย ก ไม่ได้ จากการสอบถามสิ่งที่ทำเมื่ออยู่บ้าน เพื่อไม่ให้ลืมมากขึ้นที่นำไปใช้ คือก่อนมาอบรมจะลืมมีดประจำหาไม่เจอ แต่ตอนนี้ ใช้เทคนิค คือ วางในที่โล่ง วางแล้วจะมอง และจำไม่รีบเหมือนเมื่อก่อนที่วางแล้วรีบไป สิ่งที่ผู้ประเมินจำได้คือ เป็นคนเดียวที่ลากเส้นเชื่อมโยงได้ถูก

3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม



แผนการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อม :

หลังการพบแพทย์ได้รับยา

Vit Bco 1*2 ac

Sertraline(50mg.)0.5*1เย็น

Folic(5mg.) 1*1 pc

Lolazepam (1mg.) 1*1 hs

อาการปัจจุบัน กลางปี 2564 หกล้ม ไม่รักษามีภาวะ ติดเตียง ADL 0

-มีการกระตุ้น Orientation

-ติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ

-ญาติมารับยาตามนัดทุกครั้ง

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (พ.ศ. 2565-2566)

ระยะเวลา	แผนการดำเนินงาน
ต.ค.-ธ.ค. 2565	เชิงรุก : คัดกรอง 14 ข้อคำถามโดย อสม. /แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เชิงรับ : ในสถานพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุจากคนที่ walk in เข้ามารับบริการ **แบ่งระยะเวลาในการคัดกรองให้ห่างอย่างน้อย 1 เดือน**
ม.ค.-เม.ย. 2566	-คัดแยกกลุ่ม TGDS /MMSE/MoCA โดย จนท.หมุนเวียนตามโซนในเข้าร่วมคัดกรองผู้ป่วย **แบ่งระยะเวลาในการคัดแยกให้ห่างอย่างน้อย 1 เดือน **แบ่งการคัดกลุ่มโดยใช้ ADL แบ่งเป็น mild /moderate/severe
พ.ค.-ก.ย. 2566	-กิจกรรมในชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมกระตุ้นตามระบบของพื้นที่ - มีภาวะ MCI ให้ใช้ TEAM V -ติดบ้าน/ติดเตียง พัฒนา/จัดทำเครื่องมือการกระตุ้นตาม domain ที่คนไข้บกพร่อง โดยใช้ทีม CG และครอบครัวของคนไข้ -MMSE Thai-2002 ผิดปกติ ส่งพบแพทย์ Refer รพ.บางน้ำเปรี้ยว

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ตำบลดอนดอนดอนฉิมพลี : Brain Exercise พหุวัฒนธรรมประจำถิ่น และกิจกรรมลิเกฮูลู-เข้าจังหวะ (ชี้นิ้วสลับมือซ้ายขวา แตงโมลูกใหญ่ผ่าครึ่ง ท่าประกอบเพลงดอกไม้บาน กรรไกร ไข่ ผ้าไหม)

ตำบลหมอนทอง : ผ้าขาวม้าบำบัด ดนตรีบำบัด Brain yim

ชมรมดอกลำดวน ดารุ้ลคอยร๊อต

กลุ่มปกติ ภาษาอาหรับพาเพลิน/ออกกำลังกาย Oh Oh my love

กลุ่ม MCI โดยวิธีการศาสนบำบัด (อ่านอัลกุรอาน/อ่านบทขอพรต่างๆ)

ตำบลบางขนาก : การแสดงรำกลองยาวในผู้สูงอายุ **และ**อังกะลุงประกอบเพลง

ตำบลสิงโตทอง : กะลายืดเหยียดประกอบเพลง

ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนา

ข้อจำกัด	โอกาสในการพัฒนา
1.ต้นปี พ.ศ. 2563 งานยุ่งทำให้การคัดกรองยังไม่ได้ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย เจ้าหน้าที่มีน้อย ดูแลไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ	* สร้างภาคีเครือข่ายมาช่วยคัดกรอง

ข้อจำกัด	โอกาสในการพัฒนา
2. อสม. ส่วนใหญ่ ยังใช้เครื่องมือไม่คล่องจึงทำให้การคัดกรองส่งมาให้ จนท.สธ ช้า	* CUP /โซนสถานบริการ ลงช่วยคัดกรอง
3. จนท.สธ คัดแยก กลุ่มเป้าหมาย ญาติและหรือผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง	* ประสานหมอเวชศาสตร์ครอบครัวลงติดตามเยี่ยมบ้าน/ร่วมกับนักจิตวิทยา * ประสาน รพ.บางน้ำเปรี้ยว เพื่อการจัดคิวให้พบแพทย์อย่างเร่งด่วน เพื่อลดการรอค่อย
4. บุคลากรยังขาดความชำนาญดูแลกลุ่ม MCI ตามแนวทาง 6 ครั้ง และขาดทักษะในการดูแลกลุ่มป่วย/การsupport ญาติ	* กำหนดแผนในการพัฒนาบุคลากร ปี พ.ศ. 2564 ทั้ง MCI /การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม * ใช้วิทยากรเป็นทีมที่มีการฝึกอบรมแล้ว

ปัญหาอุปสรรค-แนวทางแก้ไข

1. อุปกรณ์ (TEAM V) ขาดสื่อที่เหมาะสม เช่น ไฟล์เสียง การรับรู้และเลือกสนใจ
2. สื่อการจัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น ไฟล์เสียง ขอสนับสนุนจากแหล่งที่ดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว

ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปรูปแบบการพัฒนาระบบฯ: โมเดลจังหวัดฉะเชิงเทรา พื้นที่นำร่อง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา และ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

ระบบ CDC System ของพื้นที่นำร่องครอบคลุมระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ

ระบบคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรอง (14Q; Mini-Cog) (โดย อสม/ชมรม-โรงเรียนผู้สูงอายุ)

การคัดแยก (TGDS/8Q) (MMSE/MoCA) (โดยวิชาชีพ CM/นักจิตวิทยาคลินิก/FM)

ระบบคัดกลุ่ม (ทีมวินิจฉัยแพทย์ FM/Psych) (รูปแบบ/แนวทางส่งต่อ/วันที่กำหนด)

ระบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม (มีการดำเนินการทั้งสามกลุ่ม) (โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่) (ทีมดูแลมีประสบการณ์ทำงานในระบบ/มีศักยภาพที่เพิ่มขึ้น)

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (อำเภอบางน้ำเปรี้ยวโดยชมรมดอกลำดวนฯ)

กลุ่ม MCI (Brain Training) (ทั้งสองอำเภอ โดยทีม CM และภาคีเครือข่ายฯ)

กลุ่มที่มีภาวะสมอเสื่อม (Brain Care) (อำเภอเมืองในกลุ่มติดเตียงโดยทีมการเยี่ยมบ้านโดย สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย?)

ประเด็นแลกเปลี่ยน (การดำเนินการ)

การคัดกรองซ้ำ ในผู้สูงอายุรายเก่า/และผู้สูงอายุรายใหม่ (ในชุมชน/ในคลินิก NCD) ในแต่ละปี โดยใช้เครื่องมือเดิมอย่างต่อเนื่อง

การใช้ (14Q & Mini-Cog) จะส่งผลต่อการได้มาของกลุ่ม (MCI & Dementia) ที่แตกต่างกัน

การคัดแยก มีเครื่องมือมาตรฐาน (ทีมงานมีศึกยภาพ) TGDS (8Q) > MMSE (TMSE) > MoCA

การคัดกลุ่ม (มีทีมแพทย์ครบทีม)

การจัดทำแนวทางการส่งต่อ/ส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ที่สะดวกรวดเร็ว/ลดขั้นตอน/ใช้Telehealth) เพื่อให้เป็นแนวทางดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลกรณีตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม ที่สะท้อนการมีระบบ CDC System ในพื้นที่นำร่อง

จุดเด่นของพื้นที่

ทีมนำ/ทีมดำเนินการพัฒนาระบบฯ+ภาคีเครือข่ายพันธมิตรในพื้นที่ส่วนกลาง+นำร่อง

ทีม สสจ. (นโยบาย/แผนการดำเนินงาน/ระบบสนับสนุน)

ทีมนำของพื้นที่นำร่องที่ครบทีมและชัดเจนของทั้งสองอำเภอ(อำเภอเมือง/อำเภอบางน้ำเปรี้ยว)

ทีมภาคีเครือข่ายพันธมิตรในพื้นที่ (ภาคีสุขภาพ/ภาคีสังคม/ภาคีชุมชน/ท้องที่ท้องถิ่น/NGO)

จุดเด่นของพื้นที่นำร่องอำเภอบางน้ำเปรี้ยว

มีการดูแลในชุมชนและมีนวัตกรรมที่สะท้อนบริบทวัฒนธรรมใช้ภูมิปัญญาของท้องถิ่น (เช่น นวัตกรรมการออกกำลังสมอง/กิจกรรมของชมรมดอกลำดวนฯ..) ของท้องถิ่น

จุดเด่นของพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง

มีการดูแลกลุ่มติดเตียง/พึ่งพิง มีการนำแผนการดูแลด้านการกระตุ้นสมอง/การรับรู้/กิจกรรมการเคลื่อนไหว โดยทีมการเยี่ยมบ้าน

โอกาสพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง

โมเดลฯ มีครบระบบครบวงจร แล้ว สามารถต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผลระบบฯ

โมเดลฉะเชิงเทรา และพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้การพัฒนาระบบฯ ให้แก่พื้นที่อื่นที่สนใจได้ (มีทีมวิทยากร/มีคู่มือ/สื่อการเรียนรู้/อื่นๆ) (เช่น ศูนย์เรียนรู้เรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรอง-คัดแยก และอื่นๆ)

พื้นที่อำเภอเมือง มีโอกาสพัฒนาชุดนวัตตกรรม brain care ที่บ้าน ชุดกระตุ้นสมอง ให้ผู้ดูแล/ครอบครัวร่วมดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และให้คำปรึกษาติดตามทาง Tele-health เป็นจุดเด่นของพื้นที่ได้

พื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีโอกาสพัฒนาต่อยอดเป็น ชุดนวัตกรรมรายกลุ่ม/รายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/ชมรม/กลุ่ม ประกวดการนำใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น หรือคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ใช้หลักการสมาธิ เคลื่อนไหว ฝึกความจำการใช้สมองสองซีก เป็นต้น

การพัฒนานวัตกรรมบริการ (เช่น Day care) การนำเทคโนโลยี (เช่น Tele-health) มาร่วมใช้ในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลทั้งสามระบบย่อย

ผู้ประสาน อ.บางน้ำเปรี้ยวจ.ฉะเชิงเทรา (Update 12/05/65)

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ครอบคลุมทุกตำบล				
SM	นางสำราญ ศุภพิชน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.บางน้ำเปรี้ยว	0984659950
DTCC	นางสาวมิรา พุคยาภรณ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.บางน้ำเปรี้ยว	0876048117
DTCM	นางสุนีย์ มะเล็ก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ	0917277275
DTCM	นางจุฬารัตน์ สิทธิการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ	0917751054
DTCM	นางสาวสมสมัย ทัพนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ดอนเกาะกา	0831219816
DTCM	นางน้ำทิพย์ อบนวล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.โยธะกา	0819152923
DTCM	นางนาถนภา วงษ์ศีล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บึงน้ำรักษ์	0830443876
DTCM	นางสาวภคินี รัตนบวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บึงน้ำรักษ์	0801013959
DTCM	นางโสลัดดา ศฤงชัยธวัช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.โพรงอากาศ	0851515916
DTCM	นางสาวพรพิมล จำปาชัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สต.สิงโตทอง	0852461227
DTCM	นางสุรัสวดี หมัดรอด	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	รพ.สต.หมอนทอง	0850911073
DTCM	นางสาวอริศรา ทรัพย์ภัคดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หมอนทอง	0852566352
DTCM	นางสาวดวงใจ ปลั่งกมล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ศาลาแดง	0817925483
DTCM	นางจันทร์ทิราพรรณ เพาะบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านคลอง 17	0892480573
DTCM	นางนาตยา จรัลพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านสว่างอารมณ์	0989429453
DTCM	นางสาวปภาวดี ช้างผ่อง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สต.บ้านคลอง 21	0928279609
DTCM	นางมัณฑนา ขอนดอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บางขนาก	0874122851
DTCM	นางสาวกนกอร เตมะเมี๊ยะ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางน้ำเปรี้ยว	0901312431

ผู้ประสาน อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา (Update 12/05/65)

อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา 7 พื้นที่บริการ : รพ.สต.คลองเปรง, รพ.สต.บ้านสมอเซ, รพ.สต.หนามแดง, รพ.สต.คลองอุดมชลจร, รพ.สต.คลองพลวงแพ่ง, ศสม.วัดจีนประชาสโมสร, ศสม.วัดโสธรวราราม				
SM	นางยุพาพร บำรุงยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร	083 0408613
DTCC	นางพจนารถ เสริมสุขสัมฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร	089 4954556
DTCM	นายไพโรจน์ มะกล่ำดำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.คลองอุดมชลจร	081 0012740

อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา 7 พื้นที่บริการ : รพ.สต.คลองเปรง, รพ.สต.บ้านสมอเซ, รพ.สต.หนามแดง, รพ.สต.คลองอุดมชลจร, รพ.สต.คลองพลวงแพ่ง, ศสม.วัดจีนประชาสโมสร, ศสม.วัดโสธรวราราม				
DTCM	นางสาวนันทนา พลที	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.สต.คลองเปรง	081 6523894
DTCM	นางสาวพนิดา เกิดผักแว่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.หนามแดง	089 9369647
DTCM	นางสาวจันทร์จิรา ชุ่มชูจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านสมอเซ	095 5455548
DTCM	นางสาววรรณรัตน์ ภาคตอน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง	065 5047493
DTCM	นางสาวจารุนุช สุวประดับ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศสมวัดจีนฯ	081 3550819
DTCM	นางณัชฌารีย์ ศิริประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศสม.วัดโสธรฯ	064 9461564

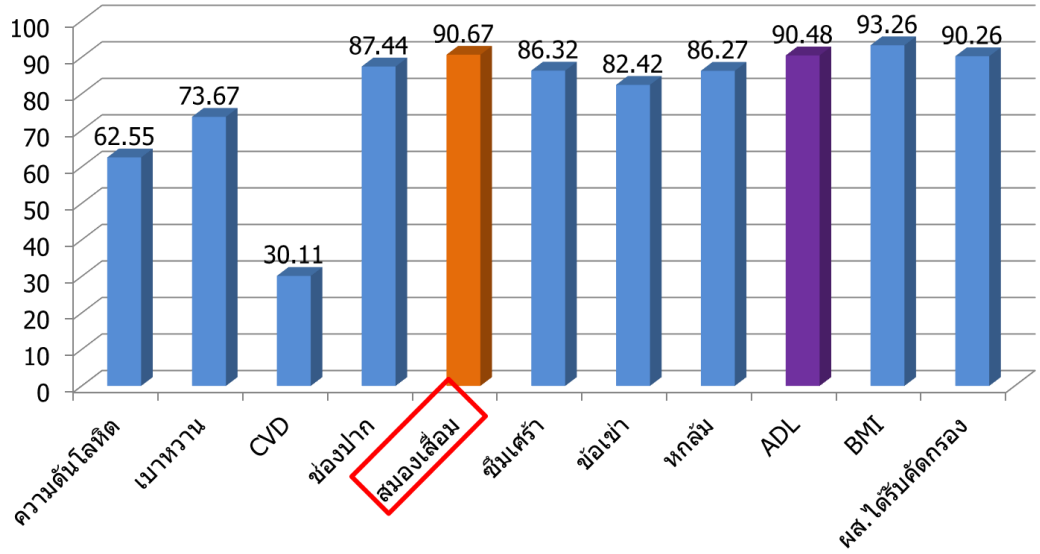
เขตสุขภาพที่ 8 พื้นที่นำร่อง จังหวัดอุดรธานี

พื้นที่นำร่อง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุดรธานี ใน ศสม.1-3 รพ. อุดรธานี และ โรงพยาบาลหนองหาน ใน PCU รพ.หนองหาน และ รพ.สต.หนองบัวแดง

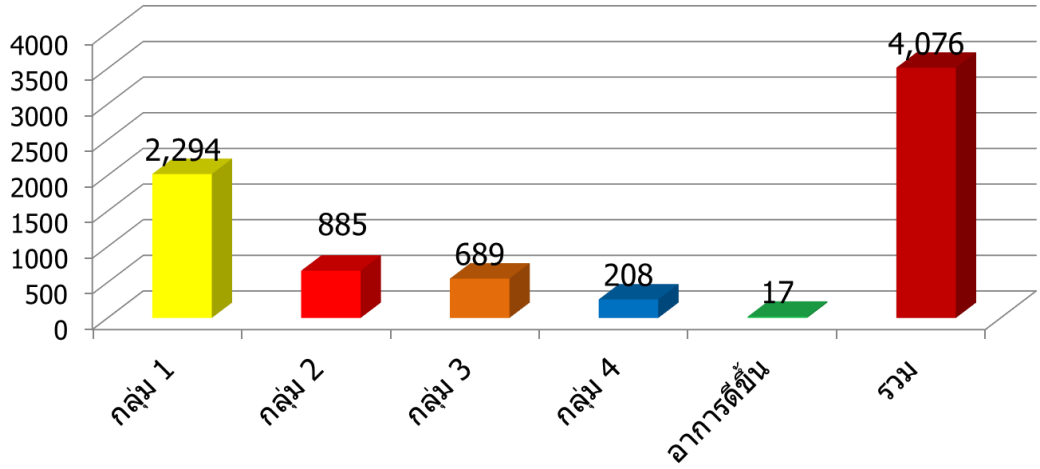
สถานการณ์ด้านประชากร

ประชากรทั้งหมดจำนวน 1,579,818 คน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 235,198 คน คิดเป็นร้อยละ 14.89 และผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป 135,514 คน คิดเป็นร้อยละ 8.58

การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ปี 2563



จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามTAI ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมTAI =กลุ่ม2 เข้าสู่ระบบ LTC



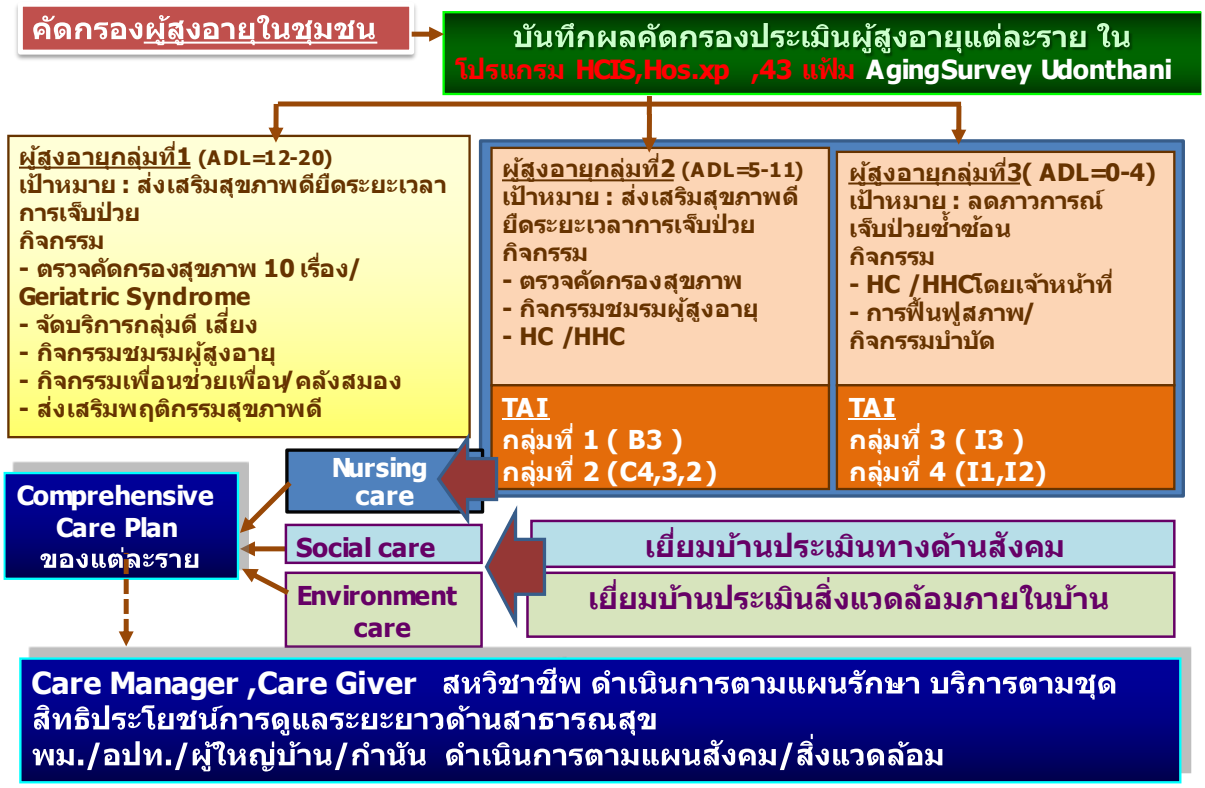
การคัดกรอง ADL ในผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2563

กลุ่มติดสังคม 172,845 คน คิดเป็นร้อยละ 97.69

กลุ่มติดบ้าน 3,511 คน คิดเป็นร้อยละ 1.98

กลุ่มติดเตียง 580 คน คิดเป็นร้อยละ 0.99

ระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี



ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

บริบทของพื้นที่ก่อนการดำเนินการ

จังหวัดอุดรธานีเป็นสังคมผู้สูงอายุและเป็นศูนย์กลางของความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจ/สังคมและเป็นเมืองท่องเที่ยวและกีฬาในเขตอีสานตอนบน การคมนาคมสะดวกหลากหลาย มีสายการบินมากกว่า 40เที่ยวบินต่อวัน/มีระบบLogisticที่ดีมีประชากรทั้งหมด 1,583,092คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 229,802 คนคิดเป็นร้อยละ 14.52 เพศชายจำนวน 99,386 คน คิดเป็นร้อยละ 43.25 เพศหญิงจำนวน 130,416 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.7 แบ่งตามช่วงอายุ อายุ60-69ปีจำนวน 138,518คน คิดเป็นร้อยละ 60.28 อายุ70-79 ปีจำนวน 65,346คนคิดเป็นร้อยละ28.44 อายุ80ปีขึ้นไปจำนวน 25,938คนคิดเป็นร้อยละ 11.29 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 22,9802 คน คิดเป็นร้อยละ 14.52 อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 135,514คน คิดเป็นร้อยละ 8.56จังหวัดอุดรธานี ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2552– ปัจจุบัน ดังภาพนี้



อำเภอเมืองเป็น “สังคมสูงอายุ” (Aged society) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (18.41%) และ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป (12.50%) คปสอ.เมืองอุดรธานี ได้ตระหนักในปัญหาที่อาจส่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2561 จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณสมบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร อำเภอเมืองอุดรธานี โดยผ่านกระบวนการหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ และปัญหาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตชาวอำเมืองอุดรธานี ได้แก่ 1)อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ในปี พ.ศ. 2560-2562) 33.8, 31.6, 27.3 ต่อแสนประชากร สูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ (เกณฑ์16ต่อแสนประชากร) 2) ปัญหาขยะล้นเมืองทั้งเขตชุมชนเมือง เขตชนบท 3) ปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วยด้วยอุจจาระร่วง/อาหารเป็นพิษ 879.8/186.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 พชอ. มีมติขับเคลื่อนการพัฒนาอีก 2ประเด็น รวมเป็น 4 ประเด็น การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน, อาหารปลอดภัย, การจัดการขยะในชุมชน, **การดูแลสุขภาพผู้สูงวัย** ดังนี้

Building Blocks	**รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)**	**รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)**
Service Delivery (structure)	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองอุดรธานี (พชอ.) ที่พัฒนาคุณภาพชีวิต ใน 5 ประเด็น RTI, อาหารปลอดภัย, การดูแลผู้สูงวัย, การจัดการขยะในชุมชน, ไข้เลือดออก	มีคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 5 ประเด็น RTI, อาหารปลอดภัย,**การดูแลผู้สูงอายุ** , การจัดการขยะ,ไข้เลือดออก

Building Blocks	**รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)**	**รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)**
	คกก.พชอ./คกก.พัฒนาคุณภาพรพ.สต.5ดาว คกก.บริหารคปสอ.เมืองอุดรธานี,ทีมหมอครอบครัวอำเภอเมืองอุดรธานี	
Health Workforce (Staff)	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณสมบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 21 คน	คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล5ประเด็น RTI,อาหารปลอดภัย, **การดูแลผู้สูงวัย**,จัดการขยะในชุมชน ,ไข้เลือดออก
Medicine and Technology	-RTI ตำบลต้นแบบความปลอดภัยทางอุบัติเหตุทางถนน SRRT Triage/ERคุณภาพ -อาหารปลอดภัย CF/GT ตลาดสดน่าซื้อ/ชุดตรวจอาหาร วิสาหกิจชุมชนพืช ผักปลอดภัยมุ่งสู่เกษตรอินทรีย์ **–การดูแลผู้สูงวัย ตำบลต้นแบบ Long Term Care ศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** -จัดการขยะในชุมชน การจัดการขยะต้นทางระดับครัวเรือนและสถานประกอบการณ์ -ไข้เลือดออก SRRT,รายงานรายงานสถานการณ์ไข้เลือดออก/การควบคุมให้สงบ/การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ทันเวลา ผ่านระบบ DASH Board	-RTI ด่านครอบครัว/ด่านชุมชนหมู่บ้าน/ตำบลต้นแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ตำบล SRRT Triage/ER คุณภาพใน รพ.สต./ศสม. -อาหารปลอด อย.น้อย CF/GT/ตลาดประชารัฐ/ชุดตรวจอาหาร กลุ่มวิสาหกิจชุมชน พืชผักปลอดภัยมุ่งสู่เกษตรอินทรีย์ **–การดูแลผู้สูงวัย หมู่บ้าน/ตำบลต้นแบบ Long Term Care** -จัดการขยะในชุมชน การจัดการขยะต้นทางระดับครัวเรือนและสถานประกอบการณ์
Information	-แบบรายงานSRRT/รายงานอุบัติเหตุ -ทะเบียนกลุ่มเกษตรอินทรีย์/ร้านค้าแผงลอยขายอาหารสด,อาหารสำเร็จ/ตลาดนัด/ตลาดเคลื่อนที่/ตลาดสด -แบบรายงานสุขภาพผู้สูงอายุ/ตำบลต้นแบบ Long Term Care -ทะเบียนครัวเรือน/ สถานประกอบการณ์ ทีจัดการขยะต้นทาง -แบบรายงานSRRT/รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกรายงาน 506 รายตำบล 21 ตำบล	แบบรายงานSRRT/รายงานอุบัติเหตุจัดทำระเบียนผู้ป่วย ทะเบียนเครือข่าย สปถ. ทะเบียนกลุ่มเกษตรอินทรีย์/ร้านค้าแผงลอยขายอาหารสด,อาหารปรุงสำเร็จ/ตลาดนัด/ตลาดเคลื่อนที่/ตลาดสด **-แบบรายงานสุขภาพผู้สูงอายุ/ตำบลต้นแบบLong Term Care** **-**ทะเบียนครัวเรือน/ สถานประกอบการณ์ ทีจัดการขยะต้นทาง -รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกรายตำบล 21 ตำบล

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	-มาตรฐานระบบยาและเวชภัณฑ์/ระบบ Lab/IC/CPG/CNPG/QA/รพ..สต.ติดดาว/ COC & LTC, Palliative Care -ระบบรายงาน HDC 43 แฟ้ม	
Financial	งบ PP /งบกองทุนพื้นที่	งบ PP งบกองทุนพื้นที่
Governance	-สนับสนุน บุคลากร และ งบ PP CUP ในการดำเนินงาน RTI ,อาหารปลอดภัย การจัดการขยะในชุมชน ,การดูแลผู้สูงอายุ ,ไข้เลือดออก -อปท.สนับสนุนงบบริหารการจัดอย่างเพียงพอ -คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพ DHSA	หมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ RTI อาหารปลอดภัย การดูแลผู้สูงวัย, การจัดการขยะในชุมชน,ไข้เลือดออก
Network	อปท. 26 แห่ง/เจ้าคณะอำเภอเมือง สถานศึกษา/ตำรวจ/รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล /เขตพื้นที่ประถมศึกษา เขต 1 อุดรธานี/ เขตพื้นที่มัธยมศึกษา เขต20 อุดรธานี/ อาชีวศึกษา/กศน. /เกษตรอำเภอ	อสม./องค์การชุน/ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/รพ.สต./คลินิกหมอครอบครัว./ศูนย์บริการเทศบาล /โรงเรียนทุกแห่ง/กศน. /เกษตรตำบล/ตำรวจชุมชน

สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่

พื้นที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จำนวน 3 แห่ง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งหมด จำนวน 8,341 คน แบ่งเป็นประชากร กลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 4,810 (ร้อยละ 10.42) อายุ 70-79 ปี จำนวน 2,516คน (ร้อยละ5.45) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,015 คน (ร้อยละ2.19) โดยเป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน 3 ศสม. ดังนี้

ศสม.	เพศ	ประชากรแยกเพศ (คน)	ประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)			ผู้สูงอายุแยกเพศ (รวม)	รวมผู้สูงอายุทั้งหมด (รอยละ)
				60-69ปี	70-79ปี	80 ปี ขึ้นไป		
ศสม.1	ช	6,259	11,649	482	263	59	804	1,976
	ญ	5,390		686	333	153	1,172	16.96%
ศสม.2	ช	9,064	19,892	915	476	187	1,578	3,713
	ญ	10,828		1,264	648	223	2,135	18.69
ศสม.วัดป่า	ช	7,011	14,599	613	364	156	1,133	2,652
	ญ	7,588		850	432	237	1,519	18.16%
	ช	22334	46,140	2,010	1,103	402	3,515	8,341

ศสม.	เพศ	ประชากรแยกเพศ (คน)	ประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)			ผู้สูงอายุแยกเพศ (รวม)	รวมผู้สูงอายุทั้งหมด (รอยละ)
				60-69ปี	70-79ปี	80 ปี ขึ้นไป		
ประชากรรวม 3 แห่งที่ศึกษา	ญ	23806		2,800	1,413	613	4,826	18.07%

หมายเหตุ:จำนวนประชากรและผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ ศสม. อำเภอเมืองอุดรธานี

ข้อมูลการคัดกรองด้านสมอง

ผู้สูงอายุอำเภอเมือง มีจำนวน 44,066 คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน 41,264 คน คิดเป็นร้อยละ93.64 คัดกรองภาวะสมอง จำนวน 29,758 คน คิดเป็นร้อยละ 72.11 พบปัญหาด้านสมองไม่ผ่าน จำนวน 2,575 คน คิดเป็นร้อยละ 8.65 พื้นที่เข้าร่วมพัฒนาระบบมี 3 แห่ง รวมมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 8,375 คนได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 6,915 คน คิดเป็นร้อยละ 82.56 ไม่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 1,460 คน ได้รับการคัดแยก จำนวน 218 คน คัดแยกไม่ได้ จำนวน 4,146 คน

การดำเนินการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนการพัฒนา (ด้านสุขภาพและด้านสังคม)

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ระยะก่อนการพัฒนา)
ระบบการดูแล/การเข้าถึงบริการ	1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่ -ยังไม่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในและในชุมชน -มีการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนแต่ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการดูแลและส่งต่อรักษาและดูแลต่อเนื่อง 2. ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในพื้นที่ -มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลอุดรธานี -มีการเชื่อมต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้ระบบส่งต่อเข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุใน รพ. 3. การเข้าถึงบริการ -ผู้ใช้บริการมีความยากลำบากด้านระยะทางในการพาผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพ.อุดรธานีตามสิทธิบัตร -บริการตติยภูมิเน้นการรักษาด้วยยามากกว่าการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม -มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องด้วยระบบ COC
การคัดกรองและวินิจฉัย	-การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ระยะก่อนการพัฒนา)
	-มีการคัดกรองผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรอง AMT ในชุมชนและ ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE Thai 2002 (เอสารกรมการแพทย์) ในคลินิกผู้สูงอายุ และนำข้อมูลบันทึกลงในโปรแกรม Aging Survey (โปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรองของจังหวัดอุดรธานี) -แพทย์ ในศสม. (ทุติยภูมิ) ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ -แพทย์เฉพาะทางในรพ.อุดรธานี (ตติยภูมิ) ขาดข้อมูลแบบองค์รวมทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในครั้งแรก -แพทย์เฉพาะทางในรพ.อุดรธานี (ตติยภูมิ) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับทุกระดับบริการ (ทุติยภูมิและปฐมภูมิ)
องค์ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ	-บุคลากรทีมสุขภาพ ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะ สมองเสื่อม
องค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	-ประชาชนและผู้ดูแลไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่คิดว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ และถ้ามีอาการผิดปกติก็จะคิดเป็นเรื่องทางไสยศาสตร์และไปรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น รดน้ำมนต์
ค่าใช้จ่าย	-มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าจ้างผู้ดูแลหรือผู้ดูแลในครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลทำให้ขาดรายได้ -ถ้าไม่มีสิทธิ์บัตรทองหรือข้ามเขตการรักษาก็จะมีค่ายา
ด้านมุมมองของผู้ให้บริการ/ผู้เกี่ยวข้องครอบครัว/ผู้ดูแล/ชุมชน	-ยังไม่เป็นปัญหา
ปัญหาอุปสรรค	-บุคลากรไม่เพียงพอ -ระดับปฐมภูมิเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลายหน้าที่ -เอกสารการคัดกรองมีมากและจากหลายสถาบัน -ด้านผู้สูงอายุและผู้ดูแลเองมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ไม่รับการรักษา ไม่มาตามนัด ขาดผู้ดูแล ย้ายที่อยู่

สรุปการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2559-2561 นโยบายจังหวัดอุดรธานี ได้ให้สถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.) ระดับทุติยภูมิ (รพช/รพท.) และระดับตติยภูมิ (รพศ.) จัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน 3 ระดับ คณะกรรมการพัฒนางานผู้สูงอายุระดับจังหวัด

ได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองในชุมชนและแบบประเมินในคลินิกผู้สูงอายุ จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (Aging Survey) การคัดกรองประกอบด้วย การคัดกรอง ADL โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มอาการในผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes)

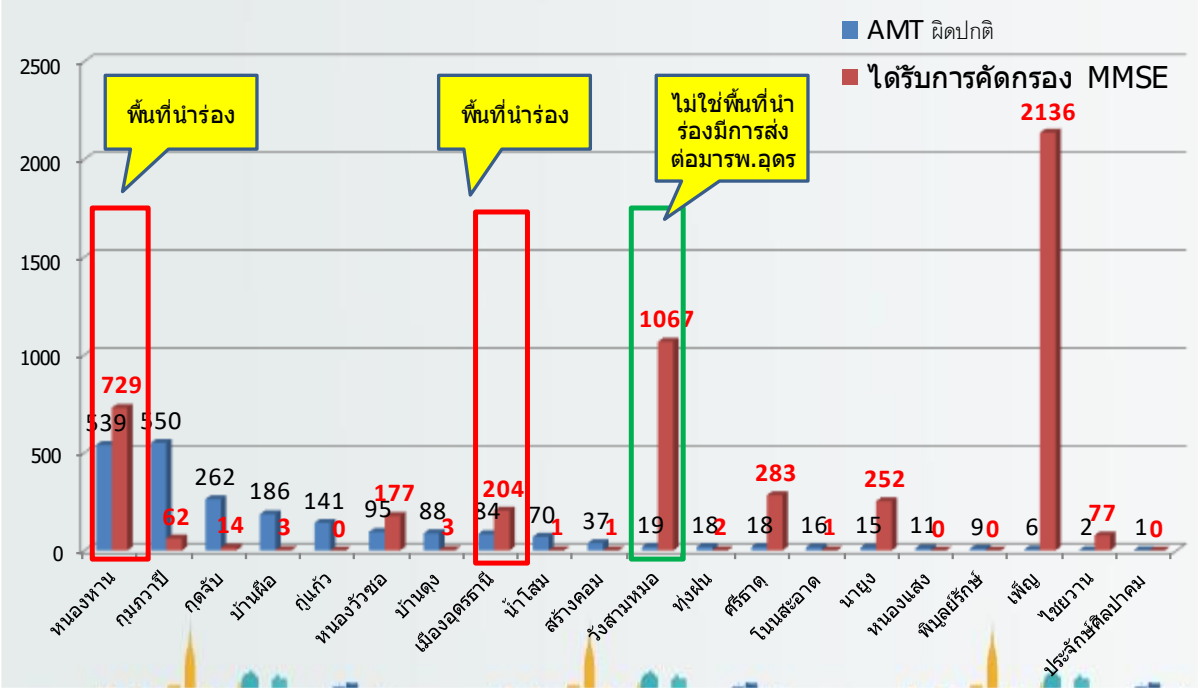
การดำเนินงานคัดกรองและส่งต่อ CUP อำเภอเมืองอุดรธานีแบบเดิม

ในระดับสถานบริการปฐมภูมิเริ่มจากการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองในชุมชน โดยใช้แบบคัดกรอง AMT ผู้คัดกรองได้แก่ เจ้าหน้าที่ อสม.ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรอง จิตอาสาในชุมชน จะเริ่มคัดกรองในไตรมาสแรก(เดือน ตุลาคม-ธันวาคม) ของทุกปีและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Aging Survey ผู้สูงอายุที่คัดกรองภาวะสมองในชุมชนผิดปกติก็จะนำเข้ามาประเมินในคลินิกผู้สูงอายุโดยพยาบาลประจำคลินิกโดยใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002 (ฉบับภาษาไทย) ถ้าปกติก็ให้คำแนะนำดูแลโดยพยาบาลประจำคลินิก *ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอุดรธานี ในวันจันทร์และวันศุกร์ โดยมีอายุรแพทย์ให้การดูแลและมีพยาบาลประจำคลินิกดูแล ถ้าไม่มีอาการผิดปกติส่งกลับพื้นที่โดยประสานกับจนท.ใน รพ.สต. หรือ ศสม. หรือนัดพบแพทย์คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรธานี ครั้งต่อไป* แต่ถ้าผิดปกติหรือแพทย์จากคลินิกผู้สูงอายุพิจารณาแล้วควรส่งพบจิตแพทย์หรือแพทย์ระบบประสาทสมอง ก็จะมีการประสานส่งต่อจากคลินิกผู้สูงอายุ และดำเนินตามแนวทางการดูแลของแต่ละคลินิก เมื่ออาการดีขึ้นอาจส่งกลับมาดูแลต่อที่คลินิกผู้สูงอายุ

การดำเนินงานคัดกรองและส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

ในระดับสถานบริการปฐมภูมิเริ่มจากการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองในชุมชน โดยใช้แบบคัดกรอง AMT ผู้คัดกรอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อสม.ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรอง จิตอาสาในชุมชน จะเริ่มคัดกรองในไตรมาสแรก (เดือน ตุลาคม-ธันวาคม) ของทุกปีและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Aging Survey ผู้สูงอายุที่คัดกรองภาวะสมองในชุมชนผิดปกติก็จะนำเข้ามาประเมินในคลินิกผู้สูงอายุ โดยพยาบาลประจำคลินิกโดยใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002 (ฉบับภาษาไทย) ถ้าปกติก็ให้คำแนะนำดูแลโดยพยาบาลประจำคลินิก *ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน (ระดับทุติยภูมิ) และดูแลรักษาโดยแพทย์ประจำคลินิก* ถ้ามีปัญหาซับซ้อน (ผิดปกติ) ก็ส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรธานี (ระดับตติยภูมิ) ในวันจันทร์และวันศุกร์ โดยมีอายุรแพทย์ให้การดูแลและมีพยาบาลประจำคลินิกดูแล ถ้าไม่มีอาการผิดปกติส่งกลับพื้นที่โดยประสานกับจนท.ในโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าผิดปกติหรือแพทย์จากคลินิกผู้สูงอายุ พิจารณาแล้วควรส่งพบจิตแพทย์หรือแพทย์ระบบประสาทสมอง ก็จะมีการประสานส่งต่อจากคลินิกผู้สูงอายุ และดำเนินตามแนวทางการดูแลของคลินิกระบบประสาทสมอง เมื่ออาการดีขึ้นส่งกลับพื้นที่โดยมีระบบการประสานงาน

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) จังหวัดอุดรธานี



การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครวงจร : โรงพยาบาลอุดรธานี

โรงพยาบาลอุดรธานี เริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับ primary care ภายใต้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เริ่มดำเนินการจากการคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชนและนำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานีโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำการวินิจฉัยเบื้องต้นร่วมกับพยาบาล นสค.และทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองจะถูกส่งต่อไปที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานกรณีมีผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม (BPSD) ก็ใช้ระบบการปรึกษาไปที่คลินิกความจำของกลุ่มงานจิตเวชเป็นการบูรณาการระบบการทำงานภายในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาและเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยการรักษาและวางแผนการรักษาก็จะส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีการพัฒนารูปแบบการดูแลจัดทำCare plan รายบุคคลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกรายเพื่อให้ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมสุขภาพในพื้นที่สามารถดูแลได้ต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ศสม. ดำเนินการอยู่การดูแลระยะยาวในศสม.ที่ดำเนินการอยู่ในการพัฒนาเป็นพื้นที่เพื่อรองรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นได้มีการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพโดยให้ได้รับการอบรมในเรื่อง Dementia care manager และ cognitive stimulationซึ่งได้รับความร่วมมือจากกรมการแพทย์ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ระยะการพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โรงพยาบาลอุดรธานี รับผิดชอบโดยศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองจังหวัดอุดรธานีจำนวน 3 แห่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลอุดรธานี 2และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์หลักเกณฑ์การเลือกพื้นที่ทั้ง 3 แห่งคือเป็นพื้นที่ที่เป็น PCC มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจทุกวันและเป็นพื้นที่มีการดำเนินการพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆในรูปแบบของตำบลต้นแบบการดูแลระยะยาวของกรมอนามัยและมีแกนนำขององค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาคีสุขภาพ ภาคีสังคม และภาคีท้องถิ่น/ชุมชน(พื้นที่บางส่วนอยู่ในการบริหารงานของเทศบาลนครอุดรธานี) มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ และบุคลากรได้รับการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพสมองของกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือกับกรมการแพทย์เพื่อพัฒนาเป็นอำเภอต้นแบบของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจังหวัดอุดรธานีในวันที่ 28 มกราคม 2562

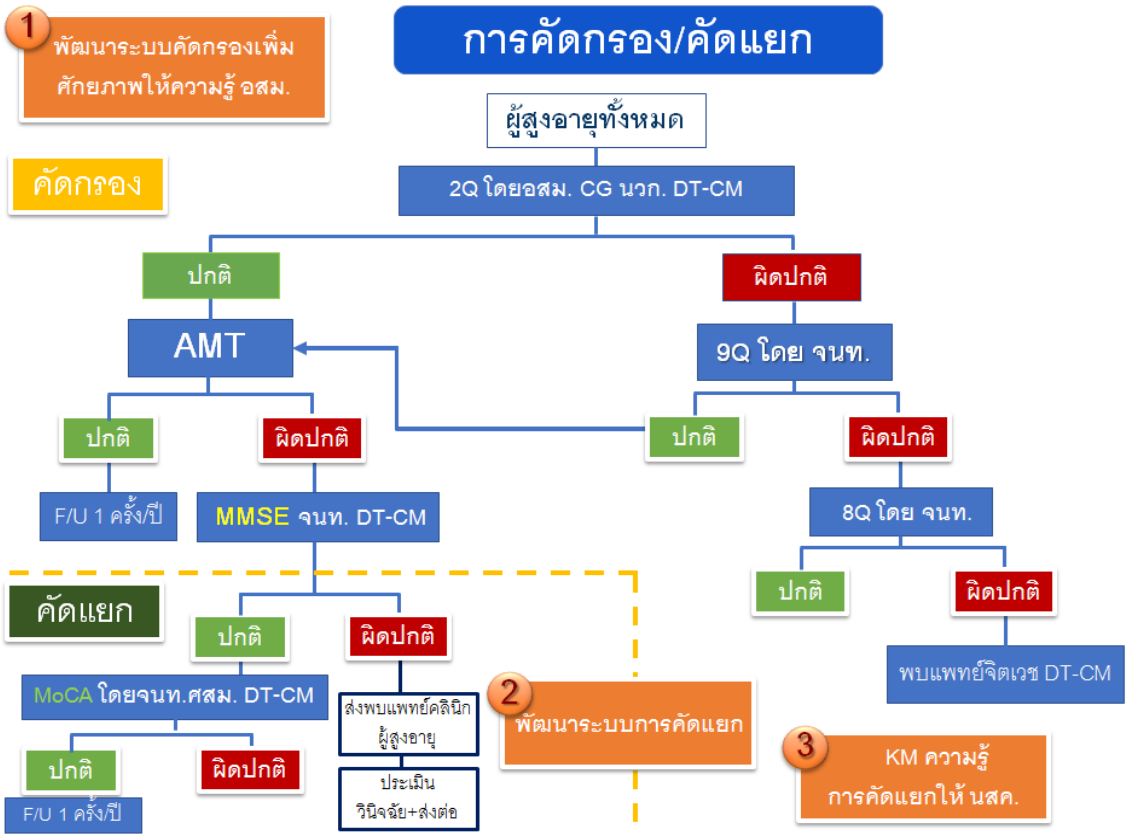
Time line การดำเนินการพัฒนาระบบ CDC โรงพยาบาลอุดรธานี ในพื้นที่นำร่อง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 3 แห่ง



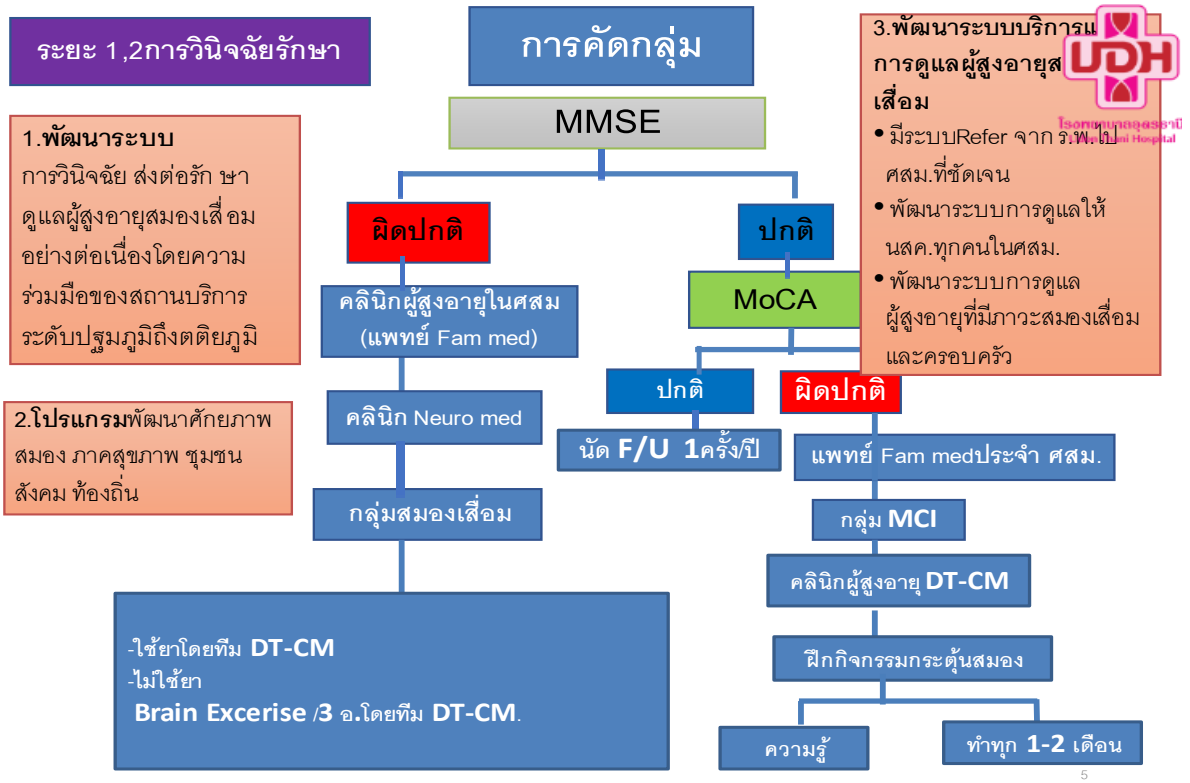
การดำเนินการใน 3 ระบบย่อย คือ คัดกรอง คัดแยกวินิจฉัย คัดกลุ่มการดูแลต่อเนื่อง) ในพื้นที่ 3 ศสม. มีรายละเอียดดังนี้ การดำเนินการในระดับสถานบริการปฐมภูมิศสม. ทั้ง 3 แห่ง เริ่มจากการคัดกรองโดยใช้

แบบคัดกรองในชุมชน ผู้คัดกรองได้แก่ พยาบาล นสค. อสม.ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรอง AMT พยาบาลคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องและนำเข้าสู่ขบวนการวินิจฉัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำศสม.นั้นๆวางแผนการดูแลรักษาและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่บ้านและเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นหลักแบ่งการจัดบริการสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีให้สามารถคงศักยภาพสมอง (Maintain function) กลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก (Mild cognitive impairment) มีการจัดโปรแกรม cognitive stimulation และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้ายจัดบริการดูแลสุขภาพแบบ long Term care ซึ่งมีนสค.เป็นตัวประสานและทำงานเชื่อมระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลกับทีมหมอครอบครัวกลุ่มการพยาบาลชุมชน และ FCT เกิดระบบการดูแลสนับสนุนขึ้นที่บ้านในพื้นที่ต้นแบบ

ผังไหลการคัดกรอง คัดแยก



ผังไหลการคัดกลุ่ม



การดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ใน 3 ระบบย่อย คือ ระบบคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) และระบบการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

ระบบการคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรอง โดย ผู้สูงอายุทั้งหมดใน ศสม.จะได้รับการคัดกรองโดย อสม. นวก. นสค. CG และ DCM ใน ศสม. มีการพัฒนาระบบการคัดกรองโดยเพิ่มศักยภาพให้กับทีมคัดกรองในเรื่องแบบคัดกรองและแบบประเมินต่างๆ (2Q,9Q,8Q, AMT, MMSE Thai-2002, MoCA)

การคัดกรองเริ่มด้วยการใช้แบบคัดกรอง 2Q ผลปกติ (ตอบไม่มีทั้ง 2 ข้อ) คัดกรองด้วยแบบคัดกรองซึมเศร้า ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง 9Q ถ้าผลปกติ (คะแนนน้อยกว่า 7คะแนน) ก็ใช้แบบคัดกรอง AMT ถ้าผล 9Q ผิดปกติ (คะแนนมากกว่า 7) คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง 8Q ผลผิดปกติ (คะแนนมากกว่า17 คะแนนมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง) ส่งพบจิตแพทย์ และถ้าผลการคัดกรอง AMT ผิดปกติ (คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนให้ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai 2002

การคัดแยก โดยทำการประเมินด้วย แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ผลปกติ ประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ผลปกติ(คะแนนมากกว่า 25 คะแนน) ติดตามปีละ 1 ครั้ง ถ้า MMSE Thai-2002 ผลผิดปกติ (ไม่ได้เรียนหนังสือคะแนน≤14คะแนน, ระดับประถมศึกษา≤14คะแนน, สูงกว่าประถมศึกษา≤22คะแนน) ส่งพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในศสม. (คลินิกผู้สูงอายุ) เพื่อประเมินและวินิจฉัยรักษา ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกอายุรกรรมประสาท ในการคัดแยกจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (KM) เรื่องการคัดแยกให้แก่ นสค. โดย DCM ในศสม.

ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE Thai-2002 ผลปกติประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ผลปกติ(คะแนนมากกว่า 25 คะแนน) ติดตามปีละ 1 ครั้ง ถ้าผลประเมิน MoCA ผิดปกติ (คะแนนน้อยกว่า25 คะแนน)เป็นกลุ่ม MCI ฝึกกิจกรรมกระตุ้นสมองโดยใช้โปรแกรม TEAM V ในคลินิกผู้สูงอายุ ในศสม. โดย DCM

ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE2002 ผลผิดปกติ (ไม่ได้เรียนหนังสือคะแนน≤14คะแนน, ระดับประถมศึกษา≤14คะแนน, สูงกว่าประถมศึกษา≤22คะแนน) ส่งพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในศสม. (คลินิกผู้สูงอายุ) เพื่อประเมิน วินิจฉัยรักษาและส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกอายุรกรรมประสาทโรงพยาบาลอุดรธานี *ถ้าได้รับการวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อมดูแล โดย DCM คลินิกอายุรกรรมประสาท*

การดำเนินการ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก/คัดกลุ่ม

เครื่องมือ	คัดกรอง	คัดแยก	คัดกลุ่ม
AMT	/		ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ
2Q ,9Q	/		
MMSE-Thai 2002		**/**	
MoCA		**/**	

2. การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ DCM จะใช้ FLODER รายบุคคล

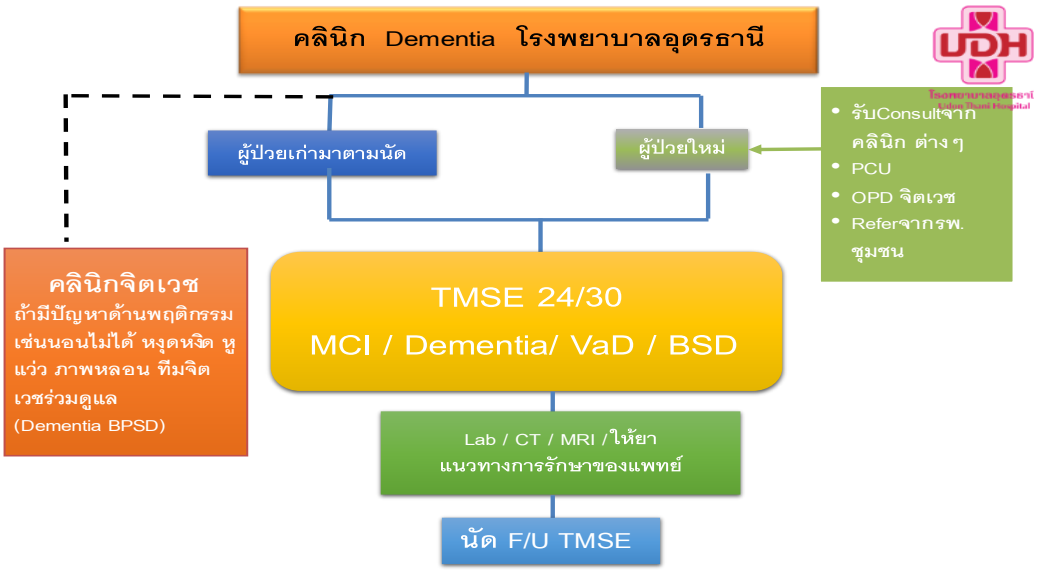
3. การคัดกรองในศสม. และที่บ้านผู้สูงอายุโดย ใช้แบบคัดกรองผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี โดยดำเนินการจัดกิจกรรมคัดกรอง/คัดแยกใน ศสม. มีการคัดกรองเป็นกลุ่มในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุในศสม. และที่บ้านผู้สูงอายุ **ผู้ทำการคัดกรองได้แก่ อสม. CG จิตอาสา นสค.ประจำชุมชน**

ระบบการคัดกลุ่ม

การคัดกลุ่มใน ศสม.โดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ DCM ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ในศสม. และ ส่งการวินิจฉัยรักษา *โดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในคลินิกผู้สูงอายุ ในศสม.*

ขั้นตอนการวินิจฉัย	DCM: Dementia care manager	DCC: Dementia care Coordinator	แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ขั้นเตรียมการรักษา	-ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมข้อมูล ด้านสุขภาพ สังคม ข้อมูลบ่งชี้ว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม (จาก MMSE, MoCA) -ส่งรายชื่อและแบบบันทึกให้ Dementia Care Coordinator เพื่อนัดกลุ่มเป้าหมาย -DCM นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ -ตรวจสอบสิทธิการรักษา	-ลงทะเบียนผู้สูงอายุ -จัดทำประวัติ 9 ข้อมูล -จัดลำดับและตารางเข้าพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัย -ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท OPD) -ประสาน DCM ใน ศสม. เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุ และญาติ	ประสาน DCM
ขั้นดำเนินการวินิจฉัยรักษา	-ติดตามผู้สูงอายุและญาติให้มาตามวันที่นัดหมายของแพทย์(หลายช่องทาง) เช่น ติดตามโดยอสม. ทางโทรศัพท์	-ประสานการเข้ารับการวินิจฉัย -ส่งบันทึกผลการตรวจและแนวทางการรักษาเพื่อส่งต่อกลับพื้นที่	ทำการตรวจวินิจฉัยและตัดสินการเป็นผู้พิการสมอง(กรณีมีภาวะสมองเสื่อม
ขั้นประมวลผลวินิจฉัยรักษา	-สรุปการวินิจฉัย (แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (ปกติ, MCI, สมองเสื่อม) -ปกติ F/Uปีละ 1 ครั้ง -MCI จัดกิจกรรมกระตุ้นสมองด้วยโปรแกรม TEAM-V -สมองเสื่อม ใช้ยาและไม่ใช้ยา ให้ความรู้ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชน	-สรุปจำนวนและผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม -ประสาน DCM เพื่อส่งสรุปข้อมูลการวินิจฉัยให้ ศสม. -นัดหมาย F/U ครั้งต่อไปเพื่อพบแพทย์ตามนัด	แพทย์ Fam Med/Neuro Med

นอกจากนี้มีการนำการใช้โปรแกรม TEAM V กับผู้สูงอายุที่มีภาวะMCI ใน ศสม. ใช้ระบบนัดทำกิจกรรม 6 ครั้ง หรือ จัดทำโครงการ และการเชื่อมระบบการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ รพ.อุดรธานี ซึ่งดำเนินการการวินิจฉัยรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในคลินิกผู้สูงอายุ ในรพ.อุดรธานี และคลินิก dementia ตามผังไหล ดังนี้



แนวทางการดำเนินงานคลินิก Dementia โรงพยาบาลอุดรธานี

1. ผู้ป่วยรับใหม่ โดยรับ Consult จากคลินิกต่างๆในรพ. PCU, OPD และ Refer จาก รพช. โดย DCM ทำการประเมิน ด้วยแบบประเมิน TMSE (24/30) และถูกวินิจฉัย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และนัด F/U

2. ผู้ป่วยเก่า กรณีมาตามนัดประเมินด้วยแบบประเมิน TMSE (24-30) และเข้าระบบการดูแลรักษา นัด F/U ถ้ามีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น นอนไม่ได้ หงุดหงิด หูแว่ว ภาพหลอน ก็จะมีทีมจิตเวชร่วมดูแล

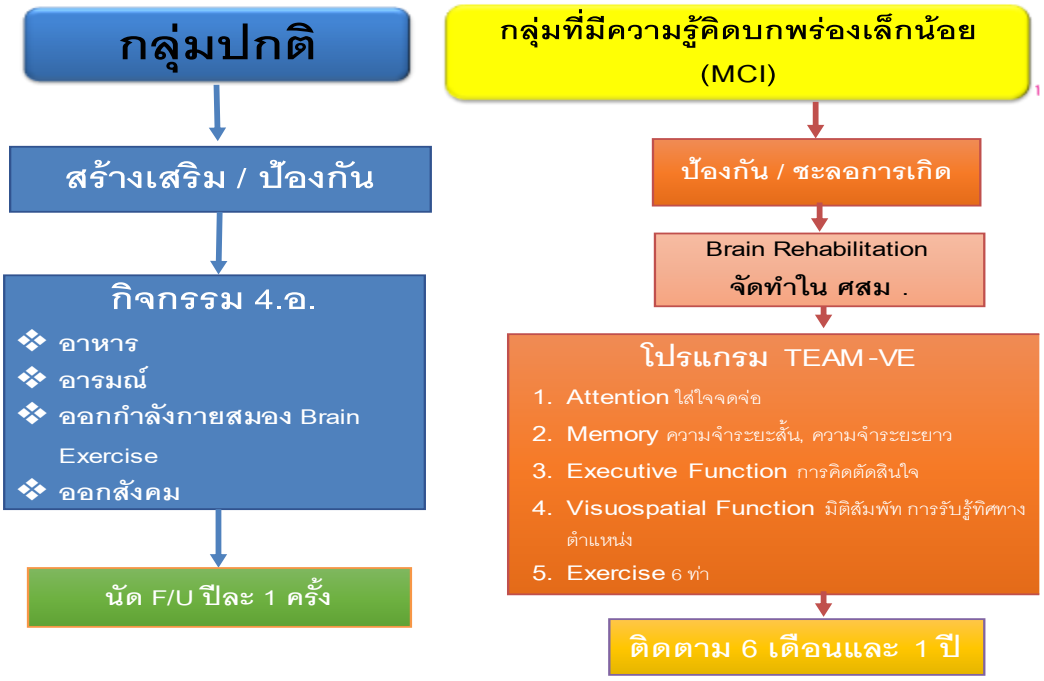
ระบบการดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มปกติ ให้การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน เน้นกิจกรรม 4 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ออกสังคม และกิจกรรม Brain Exercise)

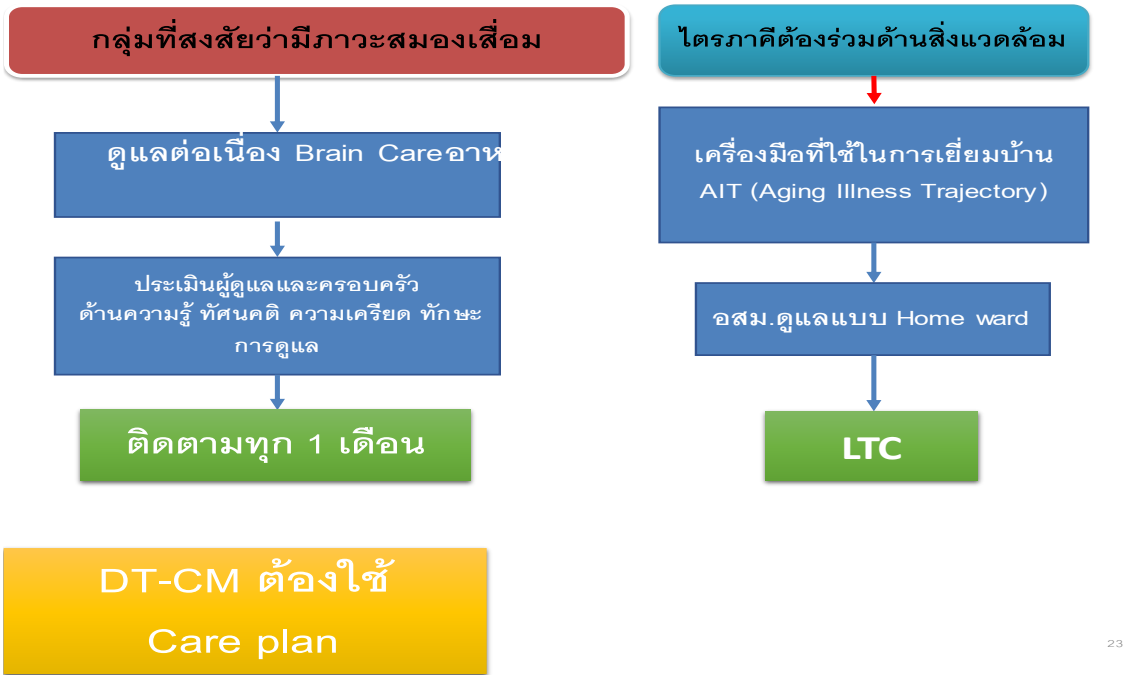
กลุ่ม MCI กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยให้การป้องกัน/ชะลอการเกิดโดยทำกิจกรรม Brain Rehabilitation โดยใช้โปรแกรม TEAM V และติดตามทุก 6 เดือน และ 1 ปี

กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ดูแลBrain care อาหาร สิ่งแวดล้อมและการใช้ยา ประเมินผู้ดูแลและครอบครัวด้านความรู้ ทัศนคติ ความเครียด ทักษะการดูแลติดตามทุก 6 เดือนและต้องมีภาคีเครือข่ายร่วมดูแลแบบ LTC Home ward

แนวทางการดูแลกลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย



แนวทางการดูแลกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม และการทำงานแบบไตรภาคร่วมกันด้านสิ่งแวดล้อม



การดำเนินการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. โดยการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อสม.สหวิชาชีพ และผู้นำชุมชน
2. มีการจัดกิจกรรมร่วมกับไตรภาคี คือ ชมรมผู้สูงอายุ การอบรมเพิ่มศักยภาพทีมอสม.
3. จัดกิจกรรม Brain Exercise ในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มปกติ (ไม่มีปัญหาความจำ)
4. จัดกิจกรรม Brain Exercise ในการเยี่ยมบ้าน โดยทีมอสม.

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ปี	เดือน	วันที่	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน
2562	มกราคม	28-29	พยาบาลประจำ ศสม.3 แห่งได้รับความรู้เรื่องสมองเสื่อม การวินิจฉัยและการดูแลรักษาและดำเนิน -การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง AMTบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Aging Survey -การคัดแยกโดยใช้แบบประเมิน MMSE Thai 2002/MoCA พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ ศสม.เพื่อวินิจฉัยรักษาร่วมกับ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ นสค. ครอบครัว ชุมชน	โครงการกรมการแพทย์ พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ นสค./สหวิชาชีพ/ อสม.
		30	การฝึกหัดการทำ group support	โครงการกรมการแพทย์
		31	การวางแผนการพัฒนาระบบ	โครงการกรมการแพทย์
	กุมภาพันธ์	1	การวางแผนการพัฒนาระบบ	โครงการกรมการแพทย์
	เมษายน	1-4	อบรม cognitive training	โครงการกรมการแพทย์
	มีนาคม-กันยายน		-จัดกิจกรรม Brain Exercise /Brain Rehabilitation โปรแกรม TEAM-V -ถอดบทเรียนสรุปการดำเนินงานโครงการ ศสม.	ศสม.จัดทำโครงการของบประมาณจากท้องถิ่น CUPจัดทำโครงการโดยใช้งบประมาณ PP&P
2563	มีนาคม-กันยายน		-ขยายโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรใน 18 อำเภอโดยความรู้เรื่องสมองเสื่อม การวินิจฉัยและการดูแลรักษา ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม การดูแลต่อเนื่อง อบรม cognitive training -วางแผนการนำเข้าสู่งานประจำในสถานบริการร่วมกับงานในคลินิกผู้สูงอายุ	จังหวัดจัดทำโครงการร่วมกับโรงพยาบาลอุดรธานี

ปี	เดือน	วันที่	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน
2564			-บูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรเข้ากับระบบป้องกันการหกล้มจังหวัดอุรธานี	ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขยายกิจกรรม Brain Exercise/Brain training ในกลุ่ม Pre Agingและกลุ่ม Healthy Aging

การพัฒนาบุคลากรในระดับพื้นที่ทั้งภายใน-ภายนอก

แผนการพัฒนา	ศสม.1	ศสม.2	ศสม.วัดป่า	รพ.	เทศบาล	รวม
อสม.ได้รับการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง	15	51	84	0		
ทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาในการคัดแยก	2	2	1	10 แพทย์ 3 คน พยาบาล=6 คน นักจิต =1 คน		
ทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาในการคัดกลุ่ม (การประเมินสุขภาพกาย สมอง BADL/IADL)สังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อการวินิจฉัย	1	1	1	9	1	13
ทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพสมอง	2	2	1	9	1	15
ทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	1	1	1	9	1	13
ทีมสังคม ท้องถิ่น ท้องที่และชุมชนได้รับการพัฒนาทักษะในการร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	8	17	11	0	0	36

ผลการดำเนินงาน CDC system (พ.ศ. 2562)

ผลการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม

สถานบริการ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดแยก	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดแยก	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกลุ่ม
ศสม.1	1,976	1,805	171	34	1,771	2
ศสม.2	3,763	2,547	1,216	140	2,207	2
ศสม.วัดป่า	2,631	2,563	73	44	168	212
รวม	8,375	6,915	1,460	218	4,146	216

ผลการดำเนินการคัดแยก คัดกลุ่ม

สถานบริการ	ประชากรผู้สูงอายุ	ได้รับการคัดกรอง (AMT)	ความจำผิดปกติจากการคัดกรอง(AMT)	การคัดแยก(MoCA)		การคัดกลุ่ม (Dx)	ครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
				สงสัยสมองเสื่อม (MMSE	MCI		
ศสม.1	1,914	1,721 (89.91%)	0	3	18	3	3
ศสม.2	3,851	2,573 (66.01%)	44	6	36	6	6
ศสม.วัดป่า	2,439	1,913 (78.43%)	11	8	33	8	4
รวม	**8,204**	**6,207 (75.65%)**	**55**	**17**	**87**	**17**	**13**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ระยะที่ 2 : ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี ปี พ.ศ. 2563

ดำเนินการใน ศสม. 3 แห่ง ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 8,122 คน แบ่งเป็น

ศสม 1 ผู้สูงอายุ 1,930 คน

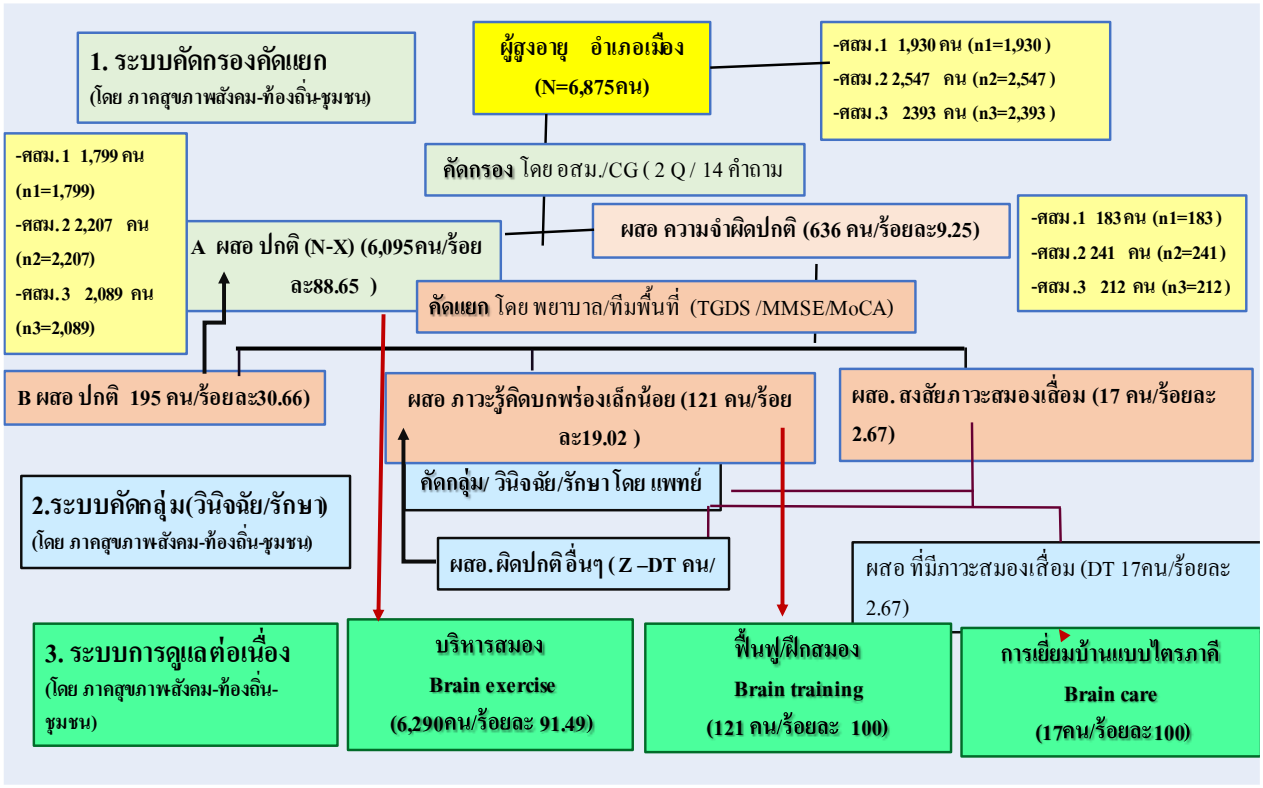
ศสม 2 ผู้สูงอายุ 3,767 คน

ศสม 3 ผู้สูงอายุ 2,425 คน

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร



ผังไหลระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี ปี พ.ศ. 2563



ผลการดำเนินงาน CDC system พ.ศ. 2563

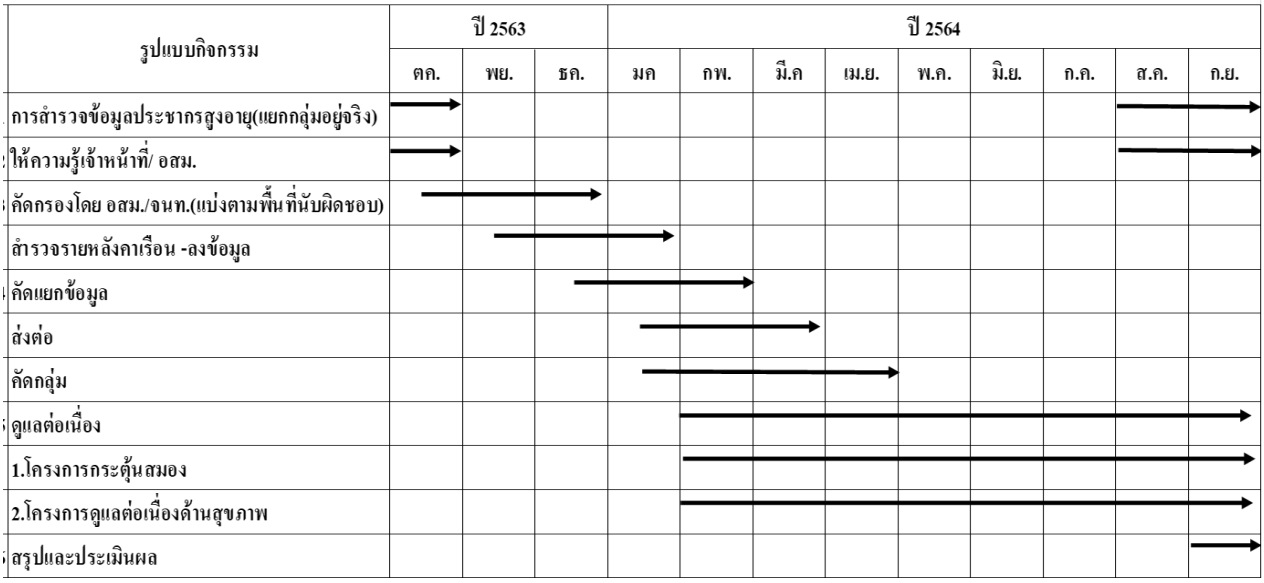
ผลลัพธ์การคัดกรอง

พื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	การคัดกรอง					
		จำนวนที่ได้คัดกรอง (คน)	ร้อยละของประชากรทั้งหมด	ความจำปกติ (คน)	ร้อยละ	ความจำผิดปกติ (คน)	ร้อยละ
ศสม.1	1,930	1,826	94.61	1,799	98.52	183	10.02
ศสม.2	2,547	2,347	92.14	2,207	94.03	241	10.26
ศสม.3	2,425	2,393	98.68	2,089	87.29	212	8.85

ผลลัพธ์การคัดแยก

พื้นที่	การคัดแยก								
	จำนวนที่ต้องคัดแยก (คน)	จำนวนคัดแยก (คน)	ร้อยละการคัดแยก	ปกติ (คน)	ร้อยละ	MCI (คน)	ร้อยละ	R/O Dementia (คน)	ร้อยละ
ศสม.1	183	183	100	109	59.56	34	18.57	5	2.73
ศสม.2	241	241	100	75	31.12	62	25.72	3	1.24
ศสม.3	212	212	100	11	5.18	25	11.79	9	4.24

ปฏิทินการดำเนินงาน หรือแผนในการดำเนินงานระบบ



เรื่องเล่า...จาก case กรณีศึกษา Refer จาก โรงพยาบาลวังสามหมอ

ประวัติการเจ็บป่วย : ชายไทยอายุ 73 ปี Refer จาก รพ.วังสามหมอ อาชีพทำนา จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

CC. มีอาการหลงๆลืมๆเป็นมา 1 เดือน

HPI. 1 เดือนก่อนมา รพ.ผู้ป่วยมีอาการหลงๆลืมๆ ยังไม่ได้รับการรักษา จึงมา รพ.

ประวัติการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว เบาหวาน ปี 2546 รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต

ประเมิน MMSE (รพช.) ได้ 16 คะแนน (cut point ≤17 คะแนน)

Dx Mild cognitive impairment in elderly

คลินิกผู้สูงอายุ : แพทย์ประจำคลินิกซักประวัติตรวจร่างกาย 1 เดือน หนักลด 2-3 kg มึงงๆ อายลูกอารมณ์ยังปกติดีช่วยเหลือตัวเองได้ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืม วางของไว้แล้วลืม เดินไปตลาดแล้วหลงทาง

การรักษา : แพทย์สงสัย Dementia ส่ง CT brain wite contrast ผลเป็น vascular cause

Lab : CBC, BS,BUN ,Cr, E'lyte ,LFT, TSH ,FT3, FT4, VIT D Level, B12 Level Folic Level, Anti HIV,VDRL Uric â,lipid profile

CXR, EKG,

CT brain with contrast ผลเป็น vascular cause

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ : โครงการการพัฒนาศักยภาพสมอง สำหรับผู้ที่มีความจำบกพร่องระยะเริ่มแรก MCI โปรแกรม TEAM-VE กิจกรรมกระตุ้นและฝึกสมองอย่างเป็นระบบ 6 ครั้ง ได้แก่ Training of Executive function ความคิดการตัดสินใจ/การจัดการ Attention มีสมาธิใส่ใจ Memory ความจำ ระยะสั้น, ระยะยาว Visuospatial function การรับรู้ ทิศทาง & Exercise การออกกำลังกาย (กันลืม, กันล้ม)





การนำเสนอผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิชาการ



ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (seamless)	-การดำเนินงานครบวงจรทั้ง คัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่มผู้สูงอายุที่คัดแยกแล้วพบว่าผิดปกติ(MCI) ได้รับ-การอบรมชะลอสมองเสื่อม โดยใช้โปรแกรม TEAM-V -ผู้สูงอายุที่คัดกลุ่มแล้วผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและพบแพทย์ ร้อยละ ๑๐๐ -ผู้สูงอายุใน ติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ได้รับการส่งเสริมความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยจัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คลินิกหมอครอบครัว ในศสม.
ครบวงจร (comprehensive)	-การดำเนินงานครบวงจรทั้ง คัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม -ผู้สูงอายุที่คัดแยกแล้วพบว่าผิดปกติ(MCI) ได้รับการอบรมชะลอสมองเสื่อม โดยใช้โปรแกรม TEAM-V -ผู้สูงอายุที่คัดกลุ่มแล้วผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและพบแพทย์ ร้อยละ ๑๐๐ -ผู้สูงอายุใน ติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ได้รับการส่งเสริมความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยจัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คลินิกหมอครอบครัว ในศสม.

6 คุณลักษณะ ของ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
ครอบคลุม (coverage)	ยังไม่ครอบคลุมทั้งสถานบริการและผู้สูงอายุ อ.เมืองมี 20 ตำบล ทำได้ 1 ตำบล
เข้าถึงง่าย สะดวก (access)	-ศสม.ทั้ง 3 แห่งมีแพทย์ Fam Med ทำให้มีการคัดกลุ่มและวินิจฉัยใน ศสม.เองผู้สูงอายุเข้ารับบริการได้ง่ายโดย -ผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกสิทธิการรักษาสามารถรับบริการคลินิกผู้สูงอายุใน ศสม. -ผู้สูงอายุที่ป่วยเข้าถึงบริการตรวจรักษาโดยแพทย์ประจำศสม.ในราย ผิดปกติด้านgeriatricส่งเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ -มีการให้บริการเชิงรุก คัดกรอง การเยี่ยมบ้านในชุมชน -มีบริการติดตามดูแลที่บ้านในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง
การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (participation)	-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายต่างๆในชุมชนให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงาน -มีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ อสม. CG -มีแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยของบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น -มีแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยได้รับการสนับสนุนCUP -มีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานภายใน ในการดูแลผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักวิชาการ แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย) -มีระบบการทำงานแบบภาคีเครือข่าย จากหน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาลนครอุดรธานี ชมรมผู้สูงอายุชมรมกีฬาผู้สูงอายุ
การบูรณาการงานร่วมกัน (Integrated care)	-ใน ศสม.มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุและมี สหวิชาชีพร่วมดูแลเช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เภสัชกร เป็นต้น

การขยายผลการพัฒนาระบบการดูแล

ปี พ.ศ. 2560 ครั้งที่ 2 ดำเนินการอีก 2 รุ่น รุ่นละ 20 คน (รวมผู้สูงอายุ MCI ใน PCC รพ.อุดรธานี ได้เข้าร่วมโปรแกรม TEAM-V ทั้งหมด 85 คน) ติดตามผู้สูงอายุที่ผ่านโปรแกรมต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2562

ปี พ.ศ. 2562 PCC/ศสม.1 จัดอบรมผู้สูงอายุ จำนวน 22 คน (มิ.ย.-ก.ย.62)

ปี พ.ศ. 2562 อบรมผู้สูงอายุ รพ.สต.ละ 3 คน จำนวน 96 คน และฝึก Care managers เป็นวิทยากรร่วม (สร้างครู ข.) จำนวน 40 คน (พ.ค.-ก.ค.62)

ปี พ.ศ. 2563 อบรม Care managers ผู้สูงอายุ 7 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 44 คน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระบบ	แกนนำ	ทีมสนับสนุน
ระบบคัดกรอง/คัดแยก	1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณ 2. TEAM WORK เข้มแข็งและเสียสละ 3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจในระบบคัดกรอง คัดแยก	1. ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ 2. อสม./CGช่วยติดตามให้ผู้สูงอายุในชุมชนมารับการคัดกรอง 3. ได้รับความร่วมมือจากรพ.ทีมสหวิชาชีพ 4. กรมการแพทย์สนับสนุนวิชาการและประมาณ
ระบบบริการและการดูแล	1. เจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุในระดับพื้นที่เข้มแข็งและเป็นผู้ประสานงานที่ดีมีความรู้ความเข้าใจในระบบการดูแลสามารถแก้ปัญหาได้ 2. มีแพทย์ประจำ ศสม.สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ	1. ผู้นำชุมชน /สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. อสม./CG ประสานงานกับทีมสุขภาพ แก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อและกระตุ้นสมอง 3. อปท.ให้การสนับสนุนในการจัดกิจกรรม 4. กรมการแพทย์สนับสนุนวิชาการและงบประมาณ

ปัญหาอุปสรรค

ระบบ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
คัดกรอง	-ปัญหาความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ เช่น ตา หู -ผู้สูงอายุและครอบครัวยังขาดความตระหนักถึงประโยชน์ของการคัดกรอง	-เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และความเข้าและใช้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
	-เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมีปริมาณเยอะและใช้เวลานาน -เจ้าหน้าที่ในการคัดกรองยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	-เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวให้เข้าใจและเห็นประโยชน์ของการคัดกรอง จัดอบรม/KM
คัดแยก	-เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องมือ -ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีผลต่อการใช้เครื่องมือ	-ให้มีพี่เลี้ยง/KM -มีเครื่องมือที่สามารถจำแนกความผิดปกติตามการศึกษาได้
คัดกลุ่ม/บริการดูแล	-กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมขาดข้อมูลส่งกลับไปยังพื้นที่ -OPD Neuro Med ในโรงพยาบาลเน้นด้านการรักษาและส่งกลับชุมชนโดยระบบ F/Uยังไม่เข้าระบบ COC	-DCMและ DCC มีการประสานงานกัน DCC ทำหน้าที่ประสานกับ DCM ระดับตติ -มีระบบการ Refer–out จากโรงพยาบาลไปศสม.ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนด้านนโยบาย

1.บุคลากรทุกระดับที่มีส่วนร่วมในการดูแลควรได้รับการอบรม

2. มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้มาตรฐาน และปฏิบัติได้ในพื้นที่

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี : โรงพยาบาลหนองหาน

อำเภอหนองหานมีประชากรจำนวน 117,590 คน เป็นผู้สูงอายุ 15,517 คน คิดเป็นร้อยละ 13.19 ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอพิบูลย์รักษ์และอำเภอทุ่งฝน

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอสว่างแดนดิน (จังหวัดสกลนคร)

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอไชยวาน อำเภอกู่แก้ว และอำเภอประจักษ์ศิลปาคม

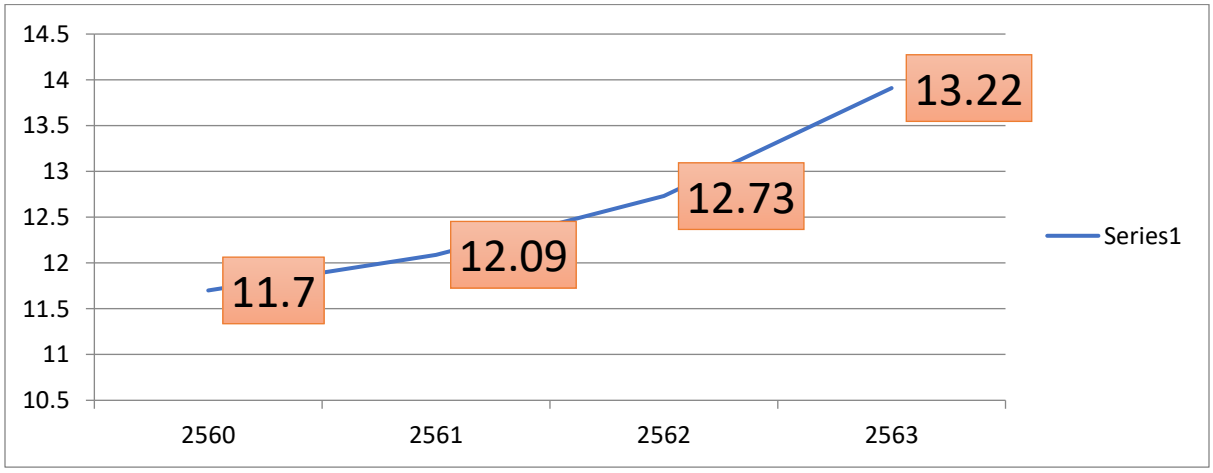
ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอเมืองอุดรธานี

สถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุพื้นที่

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง					ยังไม่ได้รับการคัดกรอง
		ติดสังคม (ADL 12-20)	ติดบ้าน (ADL 5-11)	ติดเตียง (ADL 0-4)	รวม	ร้อยละ	
หนองหาน	2,641	2,386	8	6	2,400	90.87	241
หนองเม็ก	2,011	1,981	0	0	1,981	98.51	30
พังงู	1,419	1,348	7	8	1,363	96.05	56
สะแบง	1,035	987	34	2	1,023	98.84	12
สร้อยพร้าว	685	624	15	7	646	94.31	39
บ้านเชียง	1,702	1,564	12	0	1,576	92.60	126
บ้านยา	670	641	0	1	642	95.82	28
โพนงาม	1,660	1,369	129	6	1,504	90.60	156
ผักตบ	1,069	755	11	3	769	71.94	300
หนองไผ่	1,197	1,124	19	10	1,153	96.32	44
ดอนหายโศก	732	642	21	3	666	90.98	66
รวม	**15,550**	**14,124**	**259**	**47**	**14,430**	**92.80**	**1,120**

หมายเหตุ: ข้อมูล HDC วันที่ 12/11/2563

ร้อยละสัดส่วนของผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี



ข้อมูล	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้สูงอายุ	13,509	14,006	14,880	15,517
ประชากรทั้งหมด	115,385	115,775	116,822	117,590

ระยะการพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือกับกรมการแพทย์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรจังหวัดอุดรธานี ในวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2562 โดยดำเนินการในพื้นที่อำเภอหนองหาน พื้นที่นำร่อง ได้แก่ PCU โรงพยาบาลหนองหาน และ รพ.สต.หนองบัวแดง



ลงนาม ณ วันจันทร์ ที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ.2562

(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

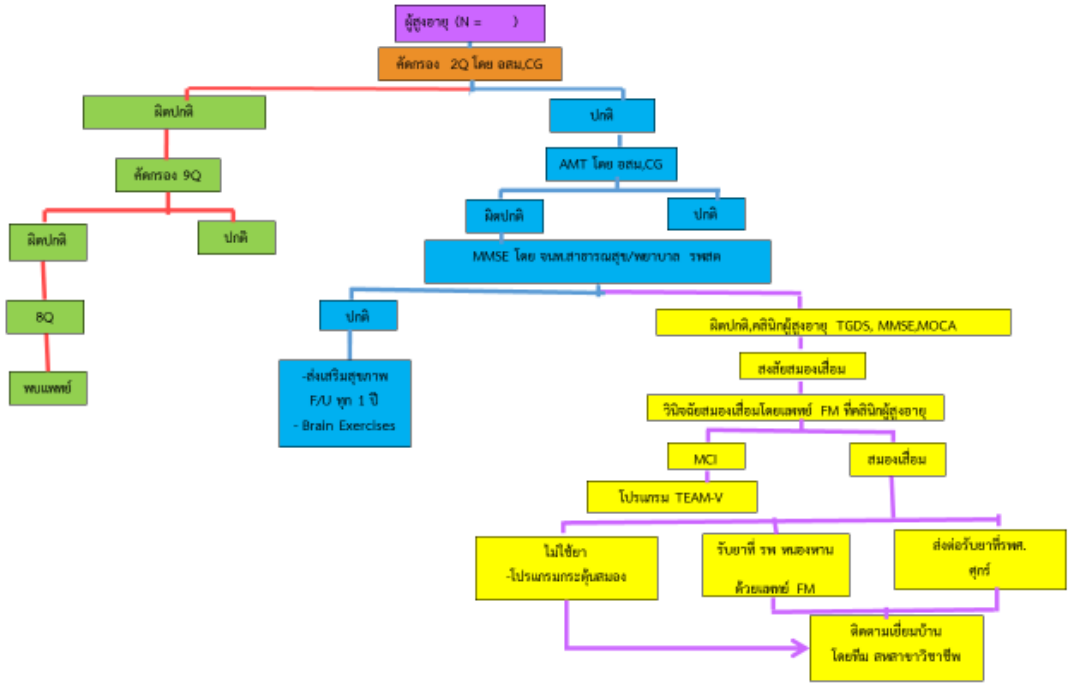
(นายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งโก้)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน)
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(นายแพทย์ณรงค์ ธาดาเดช)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

(นายแพทย์ธงภักดิ์ มีเพียร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน

ผังไหลการดำเนินงานการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร อำเภอหนองหาน



การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นำร่อง PCU โรงพยาบาลหนองหาน

ระบบการคัดกรอง คัดแยก

ผลการคัดกรอง AMT อำเภอหนองหาน

ผลการคัดกรอง	การดำเนินงาน (ปี พ.ศ.)			
	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	13,509	14,006	14,880	15,517
จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง	26,893	11,922	11,363	12,979
คัดกรอง AMTผิดปกติ	NA	346	398	502

การคัดกรอง คัดแยก







การวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) ที่คลินิกผู้สูงอายุ



การเยี่ยมบ้านทีมสหสาขาวิชาชีพ



ระบบการคัดกลุ่ม

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแล : คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรัง หรืออาจมีหลายโรคในผู้สูงอายุคนเดียวกัน การดูแลแบบรายโรคไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพได้เร็วขึ้น ทำให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นก้าวแรกของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อจำกัดหลายอย่างทั้งจำนวนบุคลากร ซึ่งแต่ละคนต้องทำหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ยังไม่มีองค์ความรู้เพียงพอของผู้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุทั้งพยาบาลและแพทย์ ทำให้เกิดปัญหาการดูแลปัญหาของผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง ทั้งสถานที่ที่ใช้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมต้องใช้

ร่วมกับคลินิกต่างๆในแผนกผู้ป่วยนอก แต่ก็ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่จะก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาล ระบบการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ มีผู้รับผิดชอบประจำ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน ส่วนพยาบาลเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 ท่าน แล้วเรียนรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจากหนังสือและจากพยาบาลผู้รับผิดชอบก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นความยากในการทำความเข้าใจในแบบประเมิน Geriatric assessment tools และใช้เวลานานในการประเมินต่อ 1 คนผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการรอนานเพื่อรับการตรวจกับแพทย์ การให้บริการทุกวันศุกร์ ยังพบปัญหาการส่งเข้ามาไม่ตรงวันที่จัดให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุทำให้การประเมินคัดกรองเป็นไปด้วยความลำบากเนื่องจากพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกต้องทำงานหน้าที่อื่นๆด้วยในแผนกผู้ป่วยนอก นอกจากนั้นแพทย์ที่รับผิดชอบไม่ได้ออกตรวจในวันนั้นๆ

การรับผู้สูงอายุเข้าคลินิก ประสานงานกับทุก รพ.สต. ในเขตอำเภอหนองหาน ประสานงาน โดยใช้ระบบกลุ่มไลน์ เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ส่งเข้ามาในคลินิกผู้สูงอายุโดยบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุตามแบบฟอร์มการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ยังพบบาง รพ.สต.ไม่ได้ส่งแบบบันทึกกาส่งต่อตามแบบฟอร์ม เมื่อเข้ามาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมรวมทั้งประเมิน/คัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุซ้ำ โดยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric syndromes) โดยใช้ Geriatric assessment tools มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปีขึ้นไป ส่งเข้าพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งข้อมูลกลับ รพ.สต. เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ยังพบผู้สูงอายุไม่ได้มาตามนัดเพื่อรักษาต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานการประเมินภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน ปี พ.ศ. 2563 (ต.ค. 2562- ก.ย.2563)

จำนวนผู้สูงอายุ	เพศ		ช่วงอายุ			แบบประเมินMMSE-Thai2002		
	ชาย	หญิง	60-69	70-79	80ปีขึ้นไป	≤14	≤17	≤22
ภาวะสมองเสื่อม	5	13	7	9	2	10	2	6
						2Q		9Q
						ปกติ	ผิดปกติ	เสี่ยง
ภาวะซึมเศร้า	8	29	19	15	3	36	1	1

หมายเหตุ : จำนวนผู้สูงอายุ 18 คน *ประเมินไม่ได้ 2คน : Hearing loss both ears /Right he miplegia with cognitive impairment

ผลการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาระบบ : โรงพยาบาลหนองหาน (ปี พ.ศ. 2563)

CDC system	ผลการดำเนินงาน	โอกาสพัฒนา
การคัดกรอง	-ปี พ.ศ. 2561: อสม. CG ใช้แบบประเมิน AMT ยังค้นพบกลุ่มเสี่ยงได้น้อย พบความผิดปกติ ร้อยละ 1.2 -ปี พ.ศ. 2562 : MOU นวก.,พยาบาล คัดกรองแบบลงแขกเพิ่ม ค้นพบได้มากขึ้น พบร้อยละ 25.4 (แบบประเมิน AMT) -ปี พ.ศ. 2563 อสม. CG ใช้แบบประเมิน AMT, พยาบาลคัดกรอง ส่งคลินิกผู้สูงอายุ (สถานการณ์ covid- 19) AMT ≤ 7 จำนวน 502 คน	-พัฒนาความรู้และทักษะการคัดกรอง -ปี 2563 นวก.,พยาบาล คัดกรองทุก รพ.สต.
การคัดแยก	-เจ้าหน้าที่คัดกรองได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น -เจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย	-พัฒนาทักษะการใช้แบบประเมิน - ทบทวน Flow
การวินิจฉัย	-แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน ไม่มียาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อม เพียงกลุ่ม Antipsychotic ได้แก่ haloperidol และ Risperidone เพื่อรักษาภาวะ BPSD	- ทบทวน Flow - พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องทั้ง 3 กลุ่ม (ปกติ, MCI, DT)
	-ในรายที่จะส่งต่อไป รพศ. ญาติ ติดปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อยากรักษาใกล้บ้าน	- การพัฒนาการวางแผนการดูแลหลังการวินิจฉัย: การเยี่ยมบ้าน - พัฒนาโปรแกรมบันทึกสำหรับคลินิก dementia ผ่านระบบ Thai care cloud

ปัญหาการดำเนินงาน CDC system พ.ศ. 2563

เจ้าหน้าที่	อสม.ประจำหมู่บ้าน	ผู้สูงอายุสมองเสื่อม	ผู้ดูแล
1.ด้านความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน องค์ความรู้ 2.เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบเปลี่ยนงานบ่อย 3.ภาระงานเจ้าหน้าที่มีมาก 4.บุคลากรมีน้อย	1.ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือประเมิน 2.ขาดความตระหนักการคัดกรอง	1.ด้านความเสื่อมตามอายุของร่างกาย ทำให้กระบวนการคัดกรองมีความคาดเคลื่อนได้ 2.ขาดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลตัวเอง Cease DT	-ภาระผู้ดูแลยังขาดความตระหนัก ขาดความใส่ใจในการที่จะเฝ้าระวังภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

เจ้าหน้าที่	อสม.ประจำหมู่บ้าน	ผู้สูงอายุสมองเสื่อม	ผู้ดูแล
		ปฏิเสธการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	

ปฏิทินการดำเนินงานปี พ.ศ. 2564

กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ.2564											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค	ก.ย.
คัดกรองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	←	—	→									
คัดแยกเจ้าหน้าที่				←	—	→						
คัดกลุ่มคลินิกผู้สูงอายุ							←	→				
Investgale/Dx/Rx/Refer							←	→				
การดูแลต่อเนื่อง									←	—	→	
สรุปผลงาน												↔

โอกาสการพัฒนา

1. พัฒนาความรู้ในงาน Comprehensive Dementia Care system
2. พัฒนาการใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรอง ประเมิน (เจ้าหน้าที่, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน , CG)
3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องทั้ง 3กลุ่ม (ปกติ, MCT, DT)
4. พัฒนาระบบดูแลหลังการวินิจฉัย (การติดตามเยี่ยมบ้าน)
5. พัฒนาโปรแกรมบันทึกสำหรับคลินิก Dementia ผ่านระบบ Thai care cloud

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ความตระหนัก
2. ความร่วมมือ
3. การสนับสนุน: สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ/ผู้บริหารทุกระดับ/พื้นที่/เครือข่ายและที่ปรึกษา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นำร่องในพื้นที่ รพ.สต.หนองบัวแดง ต.หนองไผ่ อำเภอหนองหาน จังหวัด อุดรธานี (ระดับ primary care)

เริ่มต้นดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคนบวงจร ในเดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก

การดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่นั้นมีการคัดกรองผู้สูงอายุอยู่แล้วในทุกปี ตามนโยบายการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นการคัดกรองในหลายระบบ แล้วรวบรวมบันทึกข้อมูลเพื่อการทำรายงาน และในส่วนที่พบปัญหา ก็มีการคัดแยกโดยจัดให้บริการตรวจประเมินซ้ำในคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. การดำเนินงานคัดแยกต่อเนื่องต่อจากการคัดกรองเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรมได้แก่งานด้านการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แยกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง การตรวจคัดกรองแยกโรคต้อกระจกเพื่อส่งตรวจรักษาต่อไป ส่วนการดำเนินงานด้านสมองเสื่อมนั้น ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนประกอบกับไม่ได้นำข้อมูลไปดำเนินการคัดแยก ,คัดกลุ่ม อย่างต่อเนื่อง

2. ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)

ในการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจง เป็นการส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยในภาพรวม และไม่มีความต่อเนื่อง

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้านสมองเสื่อม ก็เป็นระบบดูแลในภาพรวมยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ส่วนใหญ่ จะมีผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งก็ได้รับการดูแลในภาพรวม ไม่ได้เน้นดูแลเฉพาะด้านกระตุ้นสมอง จากทีมสุขภาพและ อสม.ประจำบ้านอยู่แล้ว โดยดูแลตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC พึ่งพิง) ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ.2560

ระยะการพัฒนาระบบ

ระบบการคัดกรอง คัดแยก

ในปี 2562 การดำเนินการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวแดง ตำบลหนองไผ่ ได้ทำการคัดกรองภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT) คัดกรองโดย อสม. จำนวนทั้งหมด 661 คน พบผู้มีภาวะรู้คิดผิดปกติจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.83 และได้ทำการคัดแยกโดยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแบบสุ่มตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)ในผู้สูงอายุจำนวน 85 รายพบสงสัยต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.76

ในปี 2563 นี้ การคัดกรองโดย อสม.ใช้แบบประเมิน AMT ทั้งหมด 721 ราย พบมีภาวะการรู้คิดผิดปกติ 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.87 ยังไม่ได้ดำเนินการคัดแยก เนื่องจากในช่วงต้นปี มีสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาด ประกอบกับภาระงานที่มีมาก ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้วางแผนงานในเดือน ธันวาคม 2563 จะดำเนินการคัดแยก

ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม)

ในปี 2562 ได้ส่งต่อเพื่อคัดกลุ่มตรวจวินิจฉัยในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน ซึ่งเปิดให้บริการในทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ จำนวน 10 รายที่ประเมินจากแบบประเมิน MMSE พบสงสัยสมองเสื่อม

ในปี 2563 วางแผนการคัดแยก โดยใช้แบบประเมิน MMSE ในช่วงเดือน ธันวาคม 2563

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

-ร่วมกับ อสม.ในพื้นที่ดูแลเฝ้าระวังในชุมชน หากพบผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติก็ให้รายงานพร้อมดูแลให้คำแนะนำให้รีบพบแพทย์โดยเร็ว ซึ่งก็ไม่พบมีผู้มีอาการผิดปกติเร่งด่วนใด

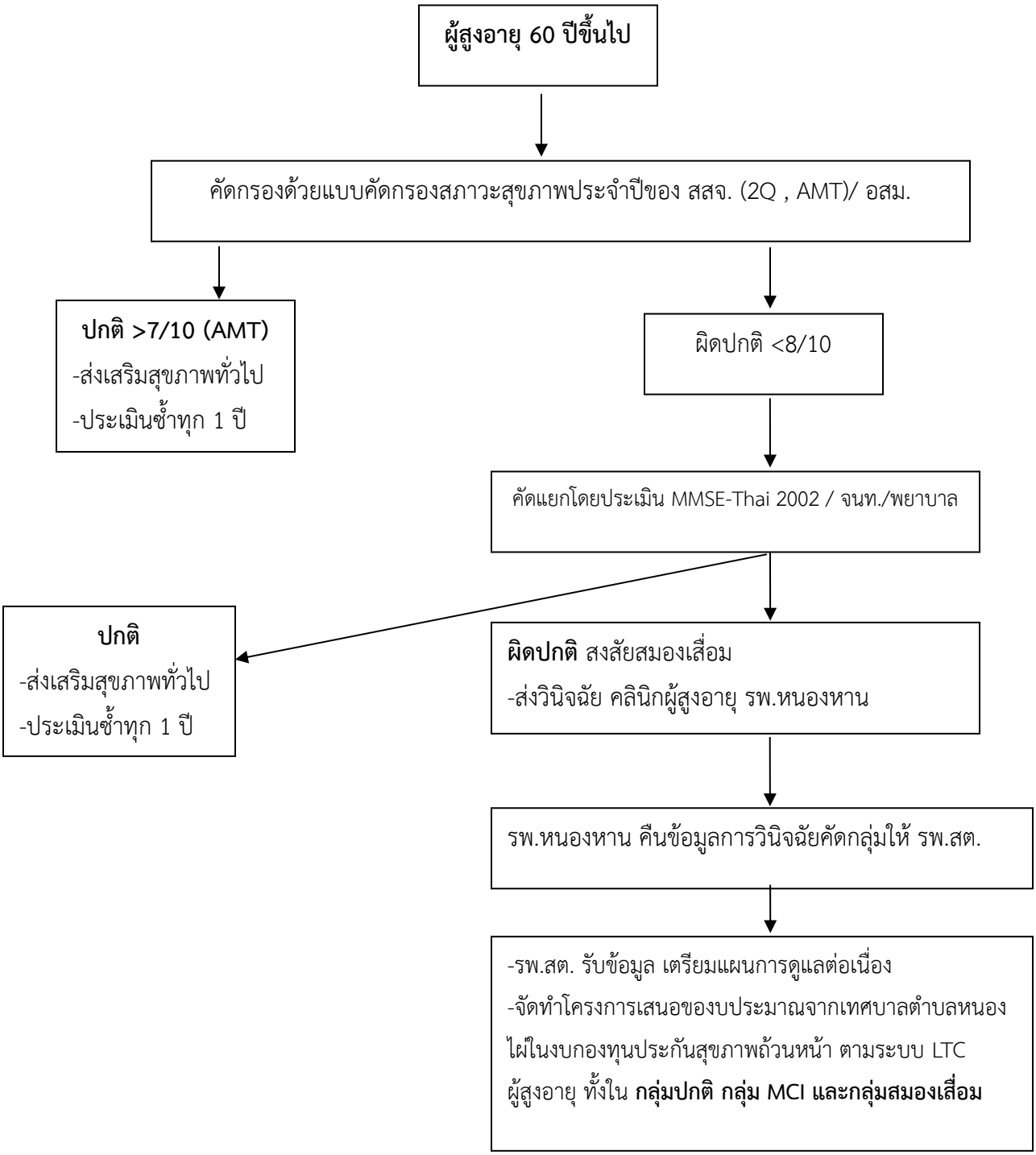
-กลุ่มปกติ ส่งเสริมสุขภาพ เชิญชวนร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหมู่ 1 หมู่2 (การดำเนินงานชมรมไม่ต่อเนื่อง) โรงเรียนผู้สูงอายุ หมู่ 4 หมู่5 (โดย กศน.)

-กลุ่ม MCI ติดตามเยี่ยมส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาสมอง ตรวจคัดกรองประเมินซ้ำ (ยังไม่มีการจัดโปรแกรม TEAMV)

-กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรคทางสมองอยู่แล้ว เช่น อัลไซเมอร์ ได้มีการนำเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว Long term care โดยท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล

ผังไหล ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรที่เป็นไปได้ (การบูรณาการในงานประจำ)

แนวทางการบูรณาการเป็นงานประจำของพื้นที่ ในระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระยะแรก ปี พ.ศ. 2562 -2563

บุคลากร	ปัญหาที่พบ
เจ้าหน้าที่	-เนื่องจากเป็นงานใหม่ (เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562) ยังไม่ใช่งานประจำ ทำให้พบปัญหาด้านความเชี่ยวชาญและชำนาญในด้านการปฏิบัติงาน องค์ความรู้ และลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ โดยเฉพาะในด้านการคัดแยก และการดูแลต่อเนื่อง -ภาระงานเจ้าหน้าที่มีมาก บุคลากรมีน้อย (จนท. 1 คน รับหลายงาน)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือประเมิน
ผู้สูงอายุ	-ด้านความเสื่อมตามอายุของร่างกาย ทำให้กระบวนการคัดกรองมีความคาดเคลื่อนได้ -ขาดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลตัวเอง
ผู้ดูแล	ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ขาดความใส่ใจในการที่จะเฝ้าระวังภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวทางแก้ไขและโอกาสการพัฒนา

1. พัฒนาความรู้ในงาน CDC system (Comprehensive Dementia Care system) และศึกษาทำความเข้าใจในระบบ CDC system จัดระบบ/ระเบียบ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ครบและครอบคลุมขึ้น

2. พัฒนาการใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรองและประเมิน (เจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/CG/อาสาสมัครนักบริบาล)

3. พัฒนารูปแบบการบริการให้มีความคล่องตัว สะดวกต่อการให้บริการผู้สูงอายุ

4. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องทั้ง 3กลุ่ม (ปกติ/MCI/Dementia)

5. พัฒนาระบบดูแลหลังการวินิจฉัย (การติดตามเยี่ยมบ้าน)

6. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ เพื่อเสริมสร้างความรู้และส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพด้านสมองเสื่อม ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

7. บูรณาการประสานความร่วมมือในไตรภาคี (ภาคสุขภาพ/ภาคสังคมท้องถิ่นโดยเทศบาลตำบลหนองไผ่/ภาคชุมชนท้องที่โดยผู้นำชุมชน ประชาชน มีส่วนร่วมด้วยกัน)

แผนการดำเนินงาน CDC system ในปี พ.ศ. 2564

เป้าหมาย : เน้นครอบคลุม 3 ระบบย่อย คือ 1.คัดกรอง/คัดแยก 2.คัดกลุ่ม 3. ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. คัดกรอง 2Q, AMT ได้อย่างน้อยร้อยละ 95

2. คัดแยก โดยใช้ TGDS, MMSE ร้อยละ 100

3. การประเมิน MoCA ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผลแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 โดยผลการประเมินปกติ ร้อยละ 100 จะต้องได้รับการคัดแยกเพื่อให้ได้ผู้สูงอายุกลุ่ม MCI

4. ส่งต่อคัดกลุ่ม ส่งไปที่คลินิกผู้สูงอายุ รพ.หนองหาน ร้อยละ 100

5. จัดทำแผนงาน/โครงการ ในการดูแลต่อเนื่อง ใน 3 กลุ่ม (ปกติ/MCI/Dementia) 1 แผนงาน/โครงการ จากงบกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลตำบลหนองไผ่

6. ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

<u>กลุ่มปกติ</u> : ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ ความตระหนัก ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน /อสม.ประจำครอบครัว/หมอประจำบ้าน/บอร์ดประชาสัมพันธ์ใน รพ.สต. ศูนย์ ศสมช. ทุกหมู่บ้าน ร้อยละ 100 และ การฟื้นฟูชมรมผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมชัดเจน ส่งเสริมกิจกรรม Brain exercise ในชมรมผู้สูงอายุ

<u>กลุ่ม MCI</u> : จัดเข้าโปรแกรม TEAM V อย่างน้อยร้อยละ 60 และการติดตามเยี่ยมบ้าน ทุก 6 เดือน

<u>กลุ่มป่วยสองเสื่อม (Dementia)</u> : ติดตามนำเข้าสู่ระบบการดูแล LTC ผู้สูงอายุพึ่งพิง เพื่อการดูแลเยี่ยมบ้าน ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100

แผน/ปฏิทิน การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร Comprehensive Dementia Care system ปี พ.ศ. 2564

กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
คัดกรอง/อสม/CG/อาสา นักบริบาล		←	—	→								
คัดแยก/เจ้าหน้าที่ รพ.สต.					←	—	→					
ส่งต่อคัดกลุ่ม/คลินิก ผู้สูงอายุ รพ.หนองหาน							↔					
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน/ สหวิชาชีพ,ไตรภาคี									←	—	—	→
สรุปผลงาน /รพ./รพ.สต./ไตรภาคี												↔

ผลการดำเนินงาน CDC system

ระยะเวลาในการดำเนินการคัดกรอง 3 เดือน

ปี พ.ศ.	จำนวนสูงอายุเป้าหมาย	คัดกรอง	2Q		AMT			คัดแยก		ส่งคัดกลุม
			ปกติ	ผิดปกติ	จำนวน	ปกติ	ผิดปกติส่งคัดแยก	ปกติ	ผิดปกติ	
2562	729	661	636	25	82	576	85	75	10	10
2563	712	712	687	25	82	619	93	Covid-19		-

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

พิจารณาตามการดำเนินงานตามโมเดลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพื้นที่ใน หนองหานโมเดล ใน 6 คุณลักษณะ ของ CDC system

คุณลักษณะ CDC system	ผลการดำเนินงาน
ครบวงจร (Comprehensive)	เกิดรูปแบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจนขึ้น 3 ระบบย่อยคือ 1)คัดกรองคัดแยก 2) วินิจฉัย รักษา 3) การดูแลต่อเนื่อง แต่ในด้านการคัดแยกการวินิจฉัย และยังขาความครอบคลุมและต่อเนื่อง
ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless)	มีการดูแลได้ต่อเนื่องจากระบบ LTC, COC
ครอบคลุม (Coverage)	ในด้านการคัดกรองมีความครอบคลุมในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ขาดแต่บุคคลที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ แต่ยังมีชื่ออยู่ในพื้นที่) แต่ด้านคัดแยก ,วินิจฉัย ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยหลายด้านเช่น สถานการณ์โรคระบาด, ภาระงานเจ้าหน้าที่
เข้าถึงง่าย สะดวก (Access)	มีช่องทางในการบริการโดยในสถานบริการมีคลินิกผู้สูงอายุ ในชุมชนมีระบบให้ อสม. ติดต่อประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง
การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (Participation)	มีความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างภาคสุขภาพ /ภาคสังคมท้องถิ่นโดยเทศบาลตำบลหนองไผ่ /ภาคชุมชนท้องที่โดยผู้นำชุมชนประชาชน มีส่วนร่วมทั้งสิ้น
การบูรณาการงานร่วมกัน (Integration care)	เกิดความร่วมมือในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ โดยเทศบาลตำบลหนองไผ่ เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงาน LTC

แนวทางการทำงานการบูรณาการ

ทีมการดำเนินงานในพื้นที่

-ควรขอเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคลากรใน รพ.สต. มีจำนวนมาเพียงพอ และ 1 คน รับภาระงานหลายงาน

งบประมาณ แหล่งทุน/สนับสนุน

-ควรมีค่าตอบแทน แก่ DCM และ Care manager ในงาน LTC ผู้สูงอายุ ใน รพ.สต. เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและเพิ่มแรงขับเคลื่อนในการปฏิบัติงาน

-ด้านงบประมาณการดำเนินงาน ไม่พบปัญหา เนื่องจากก็ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว แต่พบปัญหาในงาน LTC ผู้สูงอายุพึ่งพิงคือด้านความล่าช้าไม่ต่อเนื่องของงบประมาณที่มาจาก สปสช. ไปยังท้องถิ่น

กระบวนการบูรณาการ

-ปฏิทินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ในงานประจำ)

-การคัดกรอง (อสม.) และคีย์ในโปรแกรมระบบออนไลน์ ออฟไลน์ (จนท.) : ต.ค. – ธ.ค. 2563

-การคัดแยก : เริ่มดำเนินการ ม.ค.2564

-การคัดกลุ่ม/การวินิจฉัยรักษาส่งต่อ : กพ.- มีค. 2564

-การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ในชุมชน

-กลุ่มผู้สูงอายุปกติ : จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ

-กลุ่มผู้สูงอายุ MCI : จัดทำโครงการฟื้นฟูตามโปรแกรมพัฒนาสมอง TEAMV

-กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม : ติดตามเยี่ยมบ้าน/ดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ

ปัญหา/อุปสรรค ปัจจัย/เงื่อนไขความสำเร็จ ในการดำเนินงานของพื้นที่

1. ภาระงานใน รพ.สต. 1 คนรับผิดขอบหลายงาน ทั้งงานบริการ งานเอกสาร งานคีย์ข้อมูลจากการคัดกรองงานต่างๆ ทำให้การดำเนินงานสมองเสื่อมซึ่งถือเป็นงานใหม่ยังไม่มีความสมบูรณ์พอ

2. งานสมองเสื่อมเป็นงานย่อยในงานผู้สูงอายุ ซึ่งในระบบงานผู้สูงอายุ มีงานย่อยหลายงานเกินไป เริ่มตั้งแต่ งานการคัดกรอง (เจ้าหน้าที่ต้องคีย์งานคัดกรองลงในโปรแกรมผู้สูงอายุ 1 คน ต้องคีย์ประมาณ 5-6 หน้า และคีย์ในหลายโปรแกรมได้แก่ โปรแกรม Hosxp. PCU, โปรแกรม Aging survey ของ สสจ. โปรแกรม ตา VISION) งานระบบพึ่งพิง งานต้อกระจก งานจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ งานวัดส่งเสริมสุขภาพ และงานชมรมผู้สูงอายุ จากงานย่อยที่มีจำนวนหลานงาน ทำให้ผู้รับผิดชอบเกิดความท้อในการปฏิบัติงาน

3. ปัญหาด้านการคัดแยกกลุ่มผิดปกติ ซึ่งมีหลายด้าน เกินไป

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานพัฒนาระบบครบวงจรของทีมพื้นที่

การดูแลสมองเสื่อมแบบครบวงจรหากปฏิบัติได้ ก็จะเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้โปรแกรมพัฒนาสมอง การกระตุ้นสมอง ซึ่งจะเป็นการชะลอความเสื่อมของสมองได้ แต่จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการให้บริการที่ไม่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล

1. หากเป็นไปได้ ควรจะมีการแยกหน่วยที่เป็นเอกเทศน์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง มีเจ้าหน้าที่แยกออกจาก รพสต. ปฏิบัติงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุ โดยเน้นไปที่การดำเนินงานด้านคัดแยก (การคัดกรอง ก็ยังต้องอาศัย อสม. ช่วยคัดกรอง) สงต่อคัดกลุ่ม และ การติดตามต่อเนื่องในชุมชน หากปฏิบัติได้ดังนี้ คิดว่างานผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดูแลด้านสมองเสื่อมจะมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมขึ้น

2. ควรมีการเพิ่มตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานด้านสมองเสื่อม เพื่อความชัดเจนและเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนที่จะต้องเร่งปฏิบัติให้ต่อเนื่อง

ประสบการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงานเดิมที่มีอยู่กับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่จากการดำเนินงานระยะที่ 1

การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
แผนการพัฒนา	แต่เมื่อมีการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มาใช้ใน การคัดกรอง/คัดแยก รักษา ส่งต่อ และระบบนี้ ยังมีการเชื่อมต่อบริการสุขภาพใน 3 ระดับ คือ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยมีระดับทุติยภูมิเป็นศูนย์กลางระบบการดูแล มีระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานการดูแลแบบองค์รวม ระบบบริการตติยภูมิ เป็นผู้สนับสนุน ระบบการดูแลระดับทุติยภูมิและ ระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District health) และเป็นรูปแบบบริการใหม่ ที่แตกต่างไปจากระบบบริการเดิม อีกทั้งยังมีการนำทุนศักยภาพของพื้นที่เป็นหลักในชุมชนและโดยชุมชน สำหรับ ระดับปฐมภูมิ ที่หมายถึง รพ.สต และ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยรักษา เป็นบทบาทสถานบริการระดับทุติยภูมิโดยความร่วมมือของสถานบริการทั้งสามระดับ ด้วยการประสานงานของพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ทำหน้าที่ Dementia care coordinator การดูแลต่อเนื่อง เป็นบทบาทของพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ Dementia care manager โดยบูรณาการ ทำงานร่วมกันของภาคีสุขภาพ สังคม ทองถิ่นและชุมชน
แผนการดำเนินงาน	
ข้อเสนอแนะ	1. การมีรูปแบบระบบการดูแลที่ชัดเจนกระทัดรัดและต่อเนื่องครบทุกกระบวนการดูแล 2.การจัดทำปฏิทินการดำเนินงาน

การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
	3. การพัฒนาบุคลากร เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานระบบนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ควรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 4. การกำหนด บทบาท หนาที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรในระบบการดูแลให้ชัดเจน

ระยะการติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) พื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในวันที่ 25-26 พฤศจิกายน 2563 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปแบบ CDC System จังหวัดอุดรธานี

- บริบทระดับอำเภอเมือง เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี
- พื้นที่นำร่อง (3 ศสม/รพ.สต.) มีแพทย์ประจำ (รวมรับส่งต่อจาก รพสต ในโซนด้วย)
- มีคลินิกผู้สูงอายุ เป็นจุดประสานส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม (DTCC)
- ทีม CDC system ชัดเจน: SM/PM/FM/DT-CC/DT-CM/อสม/CG/ทีมไตรภาคีสนับสนุน
- ทีมคัดกรอง เป็น อสม/CG (AMT/14Q?)
- ทีมคัดแยก เป็น DT-CM (พยาบาลวิชาชีพ/นวก/นักจิตวิทยา?)
- ทีมคัดกลุ่ม เป็น แบบระบบส่งต่อ? มีแพทย์ FM>Neuro Med/Psychiatrist (+ DTCC)
- มีทีมการดูแล 3 กลุ่ม (Brain Exercise/ Brain Training/ Brain Care)
- ใช้ฐานข้อมูล Aging Survey/HDC (สสจ)/HosXP /Smart COC (รพ+ศสม)/JHCIS (รพสต)?

การพัฒนา: ระบบการคัดกรอง

การคัดกรอง ประชากรสูงอายุ...คน เป้าหมาย/ดำเนินการ..คน (ร้อยละ.....)

1. ก่อนคัดกรองให้ตัดผู้ที่มี delirium, dementia, depression, psychosis, พิการสมอง EOL (terminal) ออกจากคนที่จะทำการคัดกรอง แต่ยังรวมเป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

2. เพื่อผลลัพธ์ที่มีมาตรฐานและครอบคลุม ควรทบทวนการเข้าถึง (access) และความครอบคลุม (coverage) ประชากรสูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม คือทั้งกลุ่มติดสังคม; ติดบ้าน ติดเตียง (กลุ่มพึ่งพิง) ซึ่งอาจจะทำให้ตัวเลขคนที่มีความจำผิดปกติแตกต่างกันได้

3. ควรทบทวนการใช้เครื่องมือ และผู้ใช้เครื่องมือคัดกรอง (เพิ่มศักยภาพเพื่อคุณภาพมาตรฐาน)

4. ควรเพิ่มพื้นที่ดำเนินการ? หรือความครอบคลุมประชากรในพื้นที่นำร่องที่เป็นจริงมากขึ้น

การพัฒนา: ระบบการคัดแยก

- การคัดแยก ข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยก...คน ดำเนินการ....คน (ร้อยละ.....)
- ควรเพิ่มการคัดแยกปี 64 ให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเพิ่มขึ้น (กลุ่มพึ่งพิง >> กลุ่มติดสังคม)

- แสวงหารูปแบบ/วิธีทำงาน/นวัตกรรมให้มีความครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น
- เพิ่มการคัดแยกในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการและใช้ TGDS ด้วย
- ทำการคัดแยกให้ถูกขั้นตอน โดยใช้ TGDS > MMSE/TMSE > MoCA
- ต้องพัฒนาศักยภาพและระดมพล เชิงรุก/ลงแขก/ลงขัน???
- เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในทีมและระหว่างทีมพื้นที่/ทีมกลาง
- ควรกำหนดเวลา/ปฏิทินการคัดแยกให้ชัดเจน

การพัฒนา: ระบบการคัดกลุ่ม

- การคัดกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ต้องคัดกลุ่ม....คน ดำเนินการ.....คน (ร้อยละ..)
- พื้นที่เลือกรูปแบบการส่งต่อ specialist ที่เป็น Neuro Med โดยมี DTCC ประสานการส่งเข้าคัดกลุ่มและการส่งกลับ (COC/รพสต)
- ควรมีการประสานทีมการคัดกลุ่ม ทั้ง Neuro Med/Psychiatrist/Fam Med/ DTCC/ DTCM
- ควรทำผังไหลการคัดกลุ่ม (กรณีปกติและกรณีเร่งด่วน) ใน CDC system
- ในการคัดกลุ่ม ควรจัดทำแบบการส่งต่อ ประกอบด้วยประวัติวิถีโคจรความเจ็บป่วย (AIT) และ Cognitive Domain 6 ด้าน (One page) (โดย FM/DTCM)
- ควรมีแบบบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการคัดกลุ่มผู้สูงอายุในโครงการอย่างเป็นระบบ
- ควรจัดทำแบบการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- สร้างศักยภาพการคัดกลุ่มของทีม (แลกเปลี่ยนเรียนรู้/แบบสภาลูกขุน/Tele Conference/อื่นๆ)

การพัฒนา: การดูแลต่อเนื่อง

1. กลุ่มปกติ ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล (Brain Exercise) ที่ชัดเจนและเป็นไปได้ (ทีมท้องที่-ท้องถิ่น/จิตอาสา/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ)

2. กลุ่ม MCI ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล โดยใช้โปรแกรม TEAMV ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

3. กลุ่ม Dementia ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล ของ DTCM และของ CG และการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี (ทีมสุขภาพ/สังคม-ท้องถิ่น/ชุมชน)

4. ควรมีการจัดทำ บันทึกข้อมูล ผลการดำเนินการ จำนวน ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และผลลัพธ์การดำเนินการ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System

1. ทีม CDC System ประชุมปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพการทำงาน ในแนวราบ (ในระหว่างพื้นที่นำร่องอำเภอเมือง/หนองหาน) (การแลกเปลี่ยนร่วมคิดร่วมทำร่วมแก้ปัญหา) และในแนวดิ่ง (การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย/การดูแลต่อเนื่อง) และสรุปข้อตกลงการพัฒนาฯ (ทิศทาง/เป้าหมาย/ปฏิทินงาน) ยกระดับพื้นที่นำร่องและทบทวนข้อมูลเป็นระยะๆ

2. Capacity Building ทบทวนความรู้ CDC System ทีมพื้นที่และทีมส่วนกลาง (CDC) (การคัดกรอง/ตัดแยก; การคัดกลุ่ม; การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม) (พัฒนาคน/การใช้เครื่องมือ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้)

3. ทบทวนข้อมูลผลลัพธ์ การคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม ทำให้ครอบคลุมในพื้นที่นำร่อง เพื่อสามารถค้นหาผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (สภาพสมองปกติ/MCI/DT) เพิ่มความแม่นตรงในการใช้เครื่องมือคัดกรอง-คัดแยก (เพื่อผลลัพธ์ที่ถูกต้องและมีมาตรฐาน)

4. พัฒนาฐานข้อมูล CDC System ที่เชื่อมโยงกัน/สื่อการเรียนรู้การใช้เครื่องมือใน 3 ระบบย่อย (การวิจัย/นวัตกรรม?)

5. เพิ่มการสื่อสาร/การประชาสัมพันธ์/การคืนข้อมูลทางการ คืนข้อมูลแต่ละโซนและภาพรวมให้ทุกโซน/ผู้บริหาร/ไตรภาคี/พชอ./อื่นๆ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System ในปีต่อไป (2564)

- พัฒนาผังไหล ผู้รับผิดชอบ ผู้ร่วม และแผนการดำเนินงานให้ชัดเจน (พื้นที่นำร่อง)
- พัฒนาผู้ดำเนินการ (ทีม CDC กลาง/ทีมพื้นที่) ให้ได้มาตรฐาน
- พัฒนาผังไหลการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยที่ดำเนินการที่เป็นไปได้จริง ให้เห็นชัดว่า primary doctor/ specialist
- ทำสถิติให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำเนินการให้ชัดเจน
- ทีมงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ประชุมกันเพิ่มขึ้น
- ประชาสัมพันธ์งาน/ ให้ความรู้สมองเสื่อม เครือข่าย/สร้างความตระหนักรู้สังคม
- การทำงานต้องคืนข้อมูลให้ไตรภาคี เพื่อบูรณาการการทำงานและแหล่งประโยชน์
- ทำปฏิทินการทำงาน/ปฏิทินชุมชน
- พื้นที่ขยายต้องการการเรียนรู้จากพื้นที่นำร่อง ยกระดับการพัฒนา เป็นศูนย์เรียนรู้

สรุปผลการติดตามเยี่ยมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System)พื้นที่อำเภอหนองหาน ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 ณ โรงพยาบาลหนองหาน

รูปแบบ CDC System หนองหาน

พื้นที่นำร่อง : พื้นที่รับผิดชอบ ของ PCU รพ.หนองหาน และ รพ.สต. หนองบัว

FAM med 1 คน

คลินิกผู้สูงอายุ ?? (120)

ทีม CDC system ความชัดเจน ?? :

SM /PM/ FM/ DCC/DCM/อสม/CG/ทีมไตรภาคีสนับสนุน

ทีมคัดกรอง เป็น อสม/CG (AMT/14Q?) และนักวิชาการภายนอก

ทีมคัดแยก ????

ทีมคัดกลุ่ม ? มีแพทย์ FM ทำ primary diagnosis > DCC รพ. อุดร >>> Neuro Med/Psychiatrist (+DCC)

ทีมการดูแล 3 กลุ่ม ??? (Brain Exercise/ Brain Training/ Brain Care)

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System

Clear Concept :

-CDC System กระบวนการดำเนินงาน เป้าหมาย และการจะทำให้สำเร็จ

-สร้างทีม แกนนำ CDC system SM/PM/ FM/ DT- CC/DT-CM/อสม/CG/ทีมไตรภาคีสนับสนุน (formal/Informal)

-ประชุมปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพการทำงาน ในแนวราบ (ในระหว่างพื้นที่หนองหาน) (การแลกเปลี่ยนร่วมคิดร่วมทำร่วมแก้ปัญหา) และในแนวดิ่ง (การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย/การดูแลต่อเนื่อง)

Correct process : Capacity Building concept การดำเนินการใน CDC System เครื่องมือ การคัดกรอง/ตัดแยก การคัดกลุ่ม การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม (พัฒนาคน การวางแผน /การใช้เครื่องมือ การจัดการผลลัพธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทีมพื้นที่ และทีมส่วนกลาง)

Cover goal : ของพื้นที่ ตาม CDC system

Cooperation : เพิ่มการสื่อสาร/การประชาสัมพันธ์/การเชิญชวนเข้าร่วมทีม ร่วมทำ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา CDC System ในปี พ.ศ. 2564

1. พัฒนาผังไหลทั้งชุดให้ชัดเจน ทั้งกระบวนการ ผู้รับผิดชอบ ผู้ร่วม และแผนการดำเนินงานให้ชัดเจน

2. พัฒนาผังไหลการคัดกรองคัดแยก การคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยที่ดำเนินการที่เป็นไปได้จริง ให้เห็นชัดว่า primary doctor ทำอะไร ก่อนเข้า specialist หรือส่งต่ออย่างไรพัฒนาผู้ดำเนินการ (ทีม CDC กลาง/ทีมพื้นที่) ให้ได้มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม

3. ทำแผนการเก็บข้อมูล และการทำสถิติให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำเนินการให้ชัดเจน

4. ทำปฏิทินการทำงาน/ปฏิทินชุมชน ประชาสัมพันธ์งาน/ให้ความรู้สมองเสื่อม เครือข่าย/สร้างความตระหนักรู้สังคม

5. แสวงหาความร่วมมือ การคืนข้อมูลให้ไตรภาคี เพื่อบูรณาการการทำงานและแหล่งประโยชน์

เขตสุขภาพที่ 8 พื้นที่นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู

สถานการณ์ด้านประชากร

ปีพ.ศ. 2567 จังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรทั้งสิ้น 508,325 คน เป็นชาย 263,748 คน และหญิง 244,577 คน วัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.31 ของประชากรทั้งหมด การกระจายตัวของประชากรอำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีประชากรมากที่สุดคือ 136,642 คน คิดเป็นร้อยละ 26.88 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาคืออำเภอศรีบุญเรืองคือ 109,317 คน คิดเป็นร้อยละ 21.51ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปี 2565 – 2567 เป็นร้อยละ 16.56 (68,586 คน), 16.99 (72,988 คน), 16.59 (84,426) ตามลำดับ (ข้อมูล : จากกลุ่มงานยุทธศาสตร์ สสจ.หนองบัวลำภู)

การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2567 พบกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม 1.22% เสี่ยงสมองเสื่อม 0.33% ได้รับการดูแลส่งต่อ 99.58% (ข้อมูล HDC 22 มิถุนายน 2567) จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ 6 อำเภอ ของจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 2,800 คน พบว่า ร้อยละ 90 มีปัญหาความยากจน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 34 ผู้พิการ ร้อยละ 21 และบุคคลทั่วไปร้อยละ 45 (แหล่งข้อมูล : จากการสำรวจข้อมูลจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2566) การดำเนินงานผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ได้บูรณาการดำเนินงาน ร่วมกับภาคประชาสังคม เช่น สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีหน่วยงานภาครัฐประกอบด้วย ท้องถิ่นจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด, หน่วยงานด้านศึกษา(กศน.), การกีฬาและการท่องเที่ยวจังหวัด, ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ร่วมมือกันในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้ง 4 มิติ โดยมิติด้านสุขภาพ ต้องดำเนินการทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ มิติด้านสังคม ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวน 225 ชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ 49 แห่ง และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ 14 ศูนย์ ผ่านแผนงานโครงการซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ร่วมกับสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ประจำจังหวัดหนองบัวลำภู จัดทำแผนงานโครงการขอรับ การสนับสนุนจากแหล่งงบประมาณต่าง ๆ ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน จากกองทุนผู้สูงอายุ กองทุนจัดสวัสดิการสังคม กองทุนฟื้นฟู และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สสส.(กองทุนร่วม) เพื่อรองรับความต้องการทั้ง 4 มิติ โดยเฉพาะมิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานได้โดยสะดวก และมีศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อยืดระยะเวลาอาการเจ็บป่วยไม่ให้เป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง และเมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายอย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียม

ผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภู ที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ และสังคม ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้ แต่อาจจะมีความลำบากหรือติดขัดในการเคลื่อนไหว หรือมีปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน อสม.ประจำหมู่บ้าน ติดตามดูแลขึ้นอยู่กับแต่ละราย โดยปกติเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ และระหว่างนั้นพยายามติดตามหาญาติผู้สูงอายุ และประสานผู้นำชุมชน พมจ. อปท. ในการติดตามหาญาติพี่น้อง หากพบว่าติดต่อญาติไม่ได้ ไม่มีที่อยู่ ประธานอสม.นำเรื่องเข้าประชุมกรรมการหมู่บ้านจัดเวรอสม.ดูแล ช่วยเหลืองานวัด หาที่อยู่ให้อาทิ ศาลากลางบ้าน หากขาดอาหาร ประสานเจ้าอาวาสวัดให้ได้ทานข้าวทุกวัน อยู่ศาลากลางบ้านหรือที่ชุมชนจัดไว้ให้ และไปทานอาหารที่วัด ถ้าติดบ้าน ดูแลโดยอสม. ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อนทุกชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน/ร่วมกับชุมชน อปท., กองทุนฟื้นฟู มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น การติดราวจับในห้องน้ำ หรือพื้นที่มีความ ลาดชัน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่อยู่อาศัย การจัดเตรียมยาที่ถูกต้องเหมาะสม อย่างการติดฉลากยาให้ละเอียด ตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์มือถือเพื่อเตือนเวลารับประทานอาหาร เป็นต้น ความมั่นคงในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ต้องการบริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ และการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะเมื่ออาศัยอยู่คนเดียวนาน ๆ ส่งผลต่อภาวะทางจิตใจในเรื่องความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว กังวล ซึมเศร้ามากขึ้น ความมั่นคงด้านรายได้ รวมถึงความยุ่งยาก ไม่มีทักษะ และไม่รู้ว่าตัวเองมีสิทธิได้

ข้อมูลภาวะสุขภาพที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี2567

5 อันดับโรคในผู้สูงอายุ

ลำดับ	โรค	จำนวน
1	Essential (primary) hypertension	3754
2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	3676
3	Unspecified diabetes mellitus	2548
4	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	981
5	Chronic renal failure	735

ผู้สูงอายุเข้ารับบริการรักษาด้านสุขภาพหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน

บริการ	2565	2566	2567
OPD(หอผู้ป่วยนอก)	ราย	ราย	ราย
เฉลี่ย/วัน	81	91	89
เฉลี่ย/ปี	23,275	26,031	25,382

IPD(หอผู้ป่วยใน)	ราย	ราย	ราย
เฉลี่ย/วัน	15	18	18
เฉลี่ย/ปี	5,358	6,526	6,555

ข้อมูลปีงบประมาณ 2564-2566 (รายงานจาก Hos-xp อัพเดตข้อมูล 25 มีนาคม 2567)

ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และเข้าถึงระบบการรักษารพ.หนองบัวลำภู

Depression	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)	ปี 2567 (ราย)
OPD			
เฉลี่ย/วัน	81	91	89
เฉลี่ย/ปี	282	298	281
IPD			
เฉลี่ย/วัน	15	18	18
เฉลี่ยปี	5,358	6,526	6,555

จังหวัดหนองบัวลำภู พื้นที่อำเภอเมือง นำร่องพัฒนาบริการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2554 และมีการดำเนินงานด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคีสุขภาพ มีผลงานชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศมาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.58 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปไม่มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 13.51 และอายุเกิน 100 ปีอยู่ 14 คน โดยอายุมากที่สุดคือ 114 ปี ยังเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ในบ้าน (กลุ่มติดบ้าน) จำลูกหลานได้ ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (ใช้เกณฑ์ค่าคะแนน ADL<12) จำนวน 597 คนคิดเป็นร้อยละ 2.71 มีระบบดูแลระยะยาวคุณภาพร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้ Care Plan กำกับครอบคลุมทุกพื้นที่ นอกจากนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 8 มีตัวชี้วัดคุณภาพประเด็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลโดยรวมคือ กลุ่มเสี่ยงหกล้มและสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 100 โดยพบว่า

<u>ระยะก่อนการพัฒนา</u>

บริบทของพื้นที่ก่อนการดำเนินการ

จังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ มีประชากรทั้งสิ้น 526,472 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน (15-59 ปี) จำนวน 360,970 คิดเป็นร้อยละ 68.56 มีวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 72,243 คน คิดเป็นร้อยละ 13.72 ซึ่งอำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีการแบ่งการปกครองออกเป็น 15 ตำบล ภายใต้การดูแลสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ประกอบด้วย 1 CMU 20 รพ.สต. โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยรวม ปัจจุบันอำเภอเมืองมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 18,987 คน คิดเป็นร้อยละ 12.23 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลการจัดบริการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมร้อยละ 95.01 ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2563 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 95.96, 96.00, 96.02, 96.58 และ 97.38 ตามลำดับ ปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ 15,841 คน (ร้อยละ 91.59) ซึ่งบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 23.33 รองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 14.03 ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 7.65 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.77 และพบความเสี่ยงสุขภาพสำคัญที่เป็นนโยบายในการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูของเขตสุขภาพที่ 8 คือ ภาวะเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 3.50 และภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 2.10 สงสัยมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมและสงสัยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.39 (ที่มา : รายงานตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จังหวัดหนองบัวลำภู รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2563) ซึ่งทุกรายที่พบความเสี่ยงจะต้องได้รับการดูแลป้องกัน แก้ไข ส่งต่อทุกราย ซึ่งผลการดำเนินงานภาพรวมเพื่อบรรลุเป้าหมายความสำเร็จ ร้อยละ 100

อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้นำองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ คุณภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2554 และมีการดำเนินงานบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มวัยผู้สูงอายุร่วมกับภาคีสุขภาพโดยเน้นชุมชนเป็นฐาน มีผลงานเชิงประจักษ์มาอย่างต่อเนื่อง ได้รับรางวัลชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุอำเภอเมืองปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มและสมองเสื่อม จัดเป็นกลุ่มเฝ้าระวัง ต้องได้รับบริการดูแลระยะยาว ต่อเนื่อง แม้การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจะไม่อยู่ในเกณฑ์กำหนดภาวะพึ่งพิงของระบบLTC สป.สช. แต่ในภาพรวมของจังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลหนองบัวลำภูและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด และดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมีบริการ 3 รูปแบบ ทั้งหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้านในชุมชน รวมทั้งได้สำรวจความพร้อมในการเปิดให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/Home ward) ทุกโรงพยาบาล ในส่วนอำเภอเมือง

หนองบัวลำภูท้องถิ่นเริ่มดำเนินการก่อตั้ง ศพ.อส. 1 แห่ง อยู่ในระหว่างวางโครงสร้างระบบ บทบาทดูแลจัดระบบกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหลักจึงเป็นสาธารณสุข ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง ได้บูรณาการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค และสังคมสงเคราะห์บูรณาการประสานงานร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Care Plan กำกับ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยมีการจัดบริการแบบเดี่ยวและเชิงสนับสนุนในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว แบ่งเป็น 5 เครือข่าย ดังนี้

โซน 1 ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, รพ.สต.บ้านหนองบัวเหนือ, รพ.สต.บ้านห้วยลึก, รพ.สต.บ้านหมากเลื่อม

โซน 2 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านโนนคูณ, รพ.สต.บ้านข้องโป้, รพ.สต.บ้านนามะเฟือง

โซน 3 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านหัวนา, รพ.สต.บ้านโคกกลาง, รพ.สต.บ้านป่าไม้งาม, รพ.สต.บ้านบก และ รพ.สต.บ้านพร้าว

โซน 4 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านหนองหว้าน้อย, รพ.สต.บ้านหนองบัวโซม, รพ.สต.บ้านนาเลิง, รพ.สต.บ้านห้วยโจด

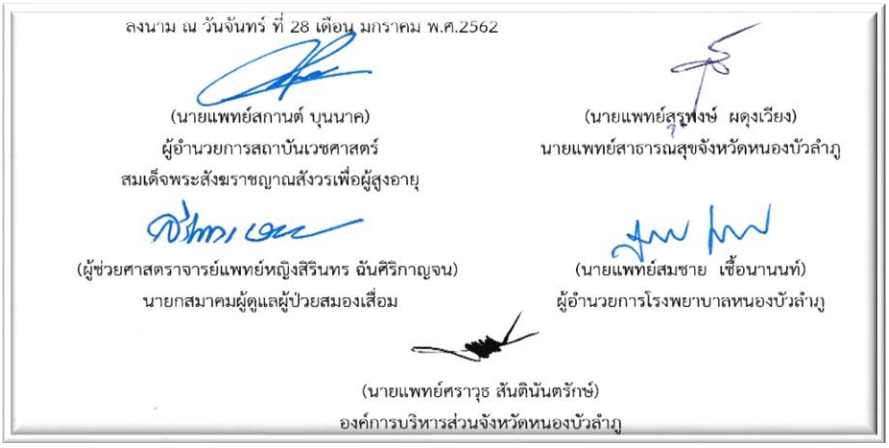
โซน 5 ประกอบด้วย สอน.เฉลิมพระเกียรติฯ ทุ่งโปร่ง, รพ.สต.นาคำไฮ, รพ.สต.ยางหลวงเหนือ, รพ.สต.บ้านดอนยานาง และ รพ.สต.โนนสมบูรณ์

นอกจากนี้ อำเภอเมืองหนองบัวลำภูมีโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ (S) มีแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกสาขายกเว้น Neuro med, Neuro Sx, สุขภาพจิตชุมชน โดยมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ณ แผนกผู้ป่วยนอกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เพื่อรองรับบริการรับส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง และปี พ.ศ.2561 ขยายบริการรับการส่งต่อ ดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ร่วมกับโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ภายในจังหวัดหนองบัวลำภู ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น จะได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี (แม่ข่าย) ระดับถัดไป

ระยะการพัฒนาระบบ

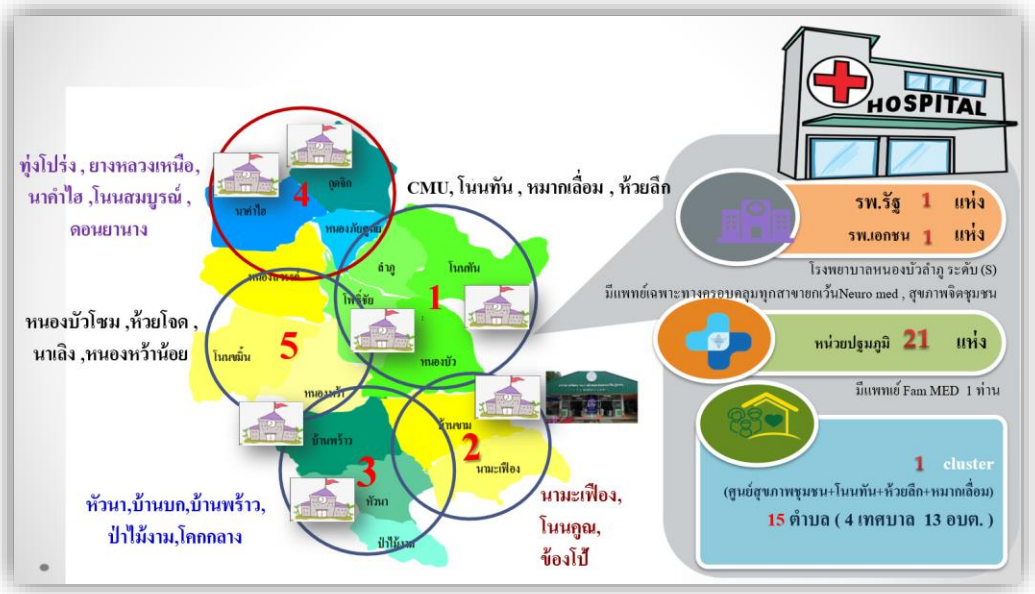
ในปี พ.ศ. 2561 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างครบวงจร และมองเห็นศักยภาพของบริบทการดำเนินงานโดยภาพรวมของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน ภาคีมีส่วนร่วม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จึงได้ร่วมทำบันทึกตกลงความร่วมมือ กับกรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และเครือข่าย ภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร เมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2562





การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร นำร่องในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองบัว ตำบลนามะเฟือง และตำบลข้องโป้ ดังภาพ

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ



โซน 1 ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, รพ.สต.บ้านหนองบัวเหนือ, รพ.สต.บ้านห้วยลึก, รพ.สต.บ้านหมากเลื่อม

โซน 2 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านโนนคูณ, รพ.สต.บ้านข้องโป้, รพ.สต.บ้านนามะเฟือง

โซน 3 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านหัวนา, รพ.สต.บ้านโคกกลาง, รพ.สต.บ้านป่าไม้งาม, รพ.สต.บ้านบก และ รพ.สต.บ้านพร้าว

โซน 4 ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านหนองหว้าน้อย, รพ.สต.บ้านหนองบัวโซม, รพ.สต.บ้านนาเลิง, รพ.สต.บ้านห้วยโจด

โซน 5 ประกอบด้วย สอน.เฉลิมพระเกียรติฯ ทุ่งโปร่ง, รพ.สต.นาคำไฮ, รพ.สต.ยางหลวงเหนือ, รพ.สต.บ้านดอนยานาง และ รพ.สต.โนนสมบูรณ์

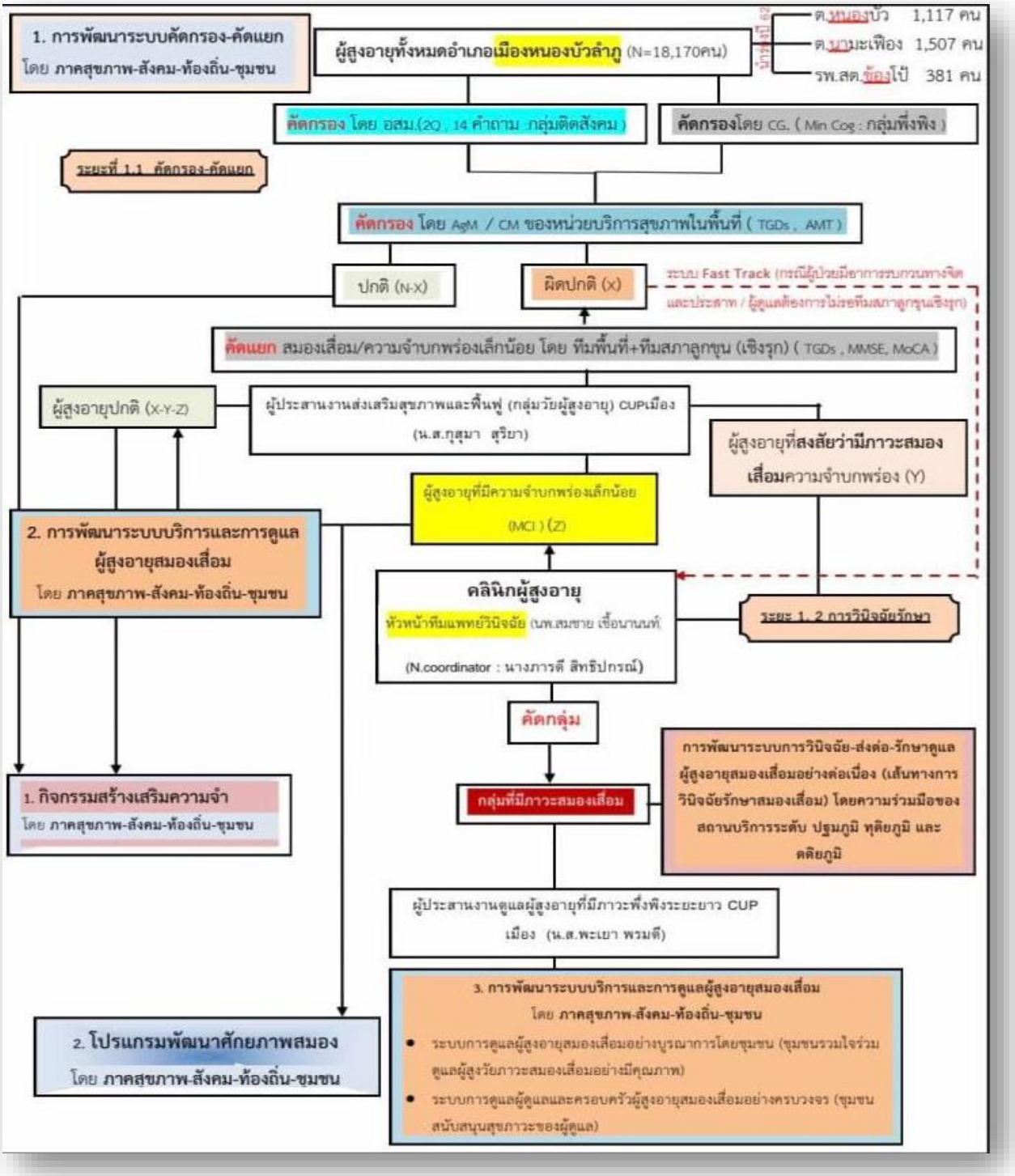
บทบาทของทีมแกนนำของระบบ CDC system อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีดังนี้

ทีมแกนนำ	ผู้รับผิดชอบ	บทบาท
ผู้จัดการระบบ (System manager)	น.ส.กุสุมา สุริยา	จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ติดตามประสานงาน กระตุ้น สนับสนุนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงบริการ ขับเคลื่อนระบบบริการให้ครบวงจร
ผู้จัดการโครงการ (Project manager)	พญ.ไอรดา สายปัญญา	หัวหน้าทีมวางแผน ติดตาม ควบคุมกำกับ และให้คำปรึกษา อำนวยการพัฒนาระบบครบวงจร พร้อมทั้งเป็นผู้นำในการวินิจฉัย โดยทีมสภาลูกขุนเชิงรุก
ผู้จัดการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager : DCM)	น.ส.พะเยา พรมดี	สรุปทะเบียนผู้สูงอายุ ที่ต้องติดตามดำเนินการคัดแยก (อาจมีปัญหาติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่อยู่ในพื้นที่ในวันคัดแยก) ประสานส่งต่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร่วมวางแผนเยี่ยมบ้าน นำข้อมูลไปวางแผนสนับสนุนประสานหน่วยงานอื่นจัดกิจกรรม ดำเนินงานคุณภาพการดูแลต่อเนื่องร่วมกันในพื้นที่
ผู้ประสานการคัดแยก การคัดกลุ่ม และประสานส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง (Dementia Coordinator : DCC)	นางภารตี สิทธิปกรณ์	สรุปทะเบียนผู้สูงอายุ ประสานงานเพื่อนัดหมายผู้สูงอายุเข้าวินิจฉัย รักษาและส่งกลับพื้นที่ ติดตามการคัดกลุ่ม ส่งต่อข้อมูล-คืนข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้องประสาน/ติดตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการวินิจฉัยรักษา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดหนองบัวลำภู ระยะที่1

การดำเนินงานขับเคลื่อน CDC System อ.เมืองหนองบัวลำภู โดยใช้ผังไหลแม่บทในการดำเนินงาน ดังนี้

ผังไหล ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดหนองบัวลำภู



การดำเนินงาน CDC system

1.ระบบคัดกรอง-คัดแยก

ขั้นตอนการดำเนินงานการคัดกรอง





1. รวบรวมและตรวจสอบรายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดของพื้นที่ให้เป็นปัจจุบัน





2. จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ
3. จัดเตรียมแบบประเมิน และวางแผนการดำเนินการ





4. อบรม อสม.ในพื้นที่ (ความสำคัญ/เป้าหมายของการทำการคัดกรอง)

5. คัดเลือก อสม.ที่มีทักษะเหมาะสมทำการคัดกรอง และมอบหมาย อสม.ทำการคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด





ถ่ายทอดเทคนิค วิธีการเข้าถึง/วิธีถามเพื่อให้ได้คำตอบตามเป้าหมาย /การพิจารณาคำตอบ /การให้คะแนนอย่างถูกต้อง / การบอกผล และการบันทึก

6. ตรวจสอบผลการคัดกรอง
7. รวบรวมรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง



ระบบคัดแยก











8. ตรวจสอบจำนวนทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง
9. มอบหมาย อสม.ที่รับผิดชอบติดตามผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง ตามมูลเหตุของปัญหา

10. จัดทำทะเบียนผู้ทำการคัดกรองจริงตามรายชื่อผู้สูงอายุ
11. ตรวจสอบความถูกต้องของผลการคัดกรอง

12. จำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีความสงสัยว่ามีความบกพร่องด้านความจำ)
13. จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มที่มีความสงสัยฯ ไว้เพื่อเตรียมเข้าระบบคัดแยก
14. บันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประมวลผลความครอบคลุม (เป้าหมายร้อยละ 80)

ขั้นตอนการดำเนินงานการคัดแยก





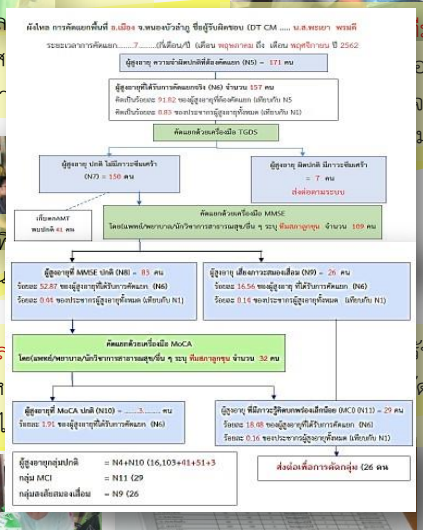








DT CM (ส่วนกลาง) รับต่อผล
DT CM พื้นที่ จัดตาราง/ประส
ชุมชนเข้าร่วม อำนวยคว



มสหสาขาวิชาชีพ / ผู้ดำเนินการคัดแยก (การใช้แบบ
MMSE MoCA วิธีการประเมิน การบันทึก แปลผล
กระบวนการในวันที่จะดำเนินการคัดแยก) จัดเตรียม
ใช้





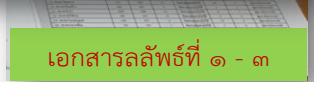
จัดบริการคัดแยกเชิงรุก บูรณาการรูปแบบที่
(COC)ทุกวันศุกร์ งบLTCแม่ข่าย และประสาน



บันทึกข้อมู
คัดแยกทั้งห
เช่น กรณีที่







เอกสารลัพธ์ที่ ๑ - ๓

กลุ่มปกติ



กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย





กลุ่มที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม



ผลการดำเนินงาน

นำร่องเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู เริ่มต้นพัฒนาระบบบริการ 3 พื้นที่หน่วยบริการ และในปี 2563 ครอบคลุมทั้งอำเภอเมือง (20 รพ.สต. 1 CMU) โดยผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 85.87 และจัดบริการคัดแยกเชิงรุกโดยทีมสภาลูกขุนครอบคลุมร้อยละ 78.50 (เนื่องจากผู้สูงอายุไม่อยู่ในพื้นที่/ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่สะดวกไม่สมัครใจรับบริการคัดแยกจึงไม่ครอบคลุมผู้ที่สงสัยครบทุกราย) โดยรายที่ผลปกติ 95 คน ได้ส่งคืนหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายเพื่อจัดบริการบริหารสมองบูรณาการในกิจกรรมชมรม/ โรงเรียนผู้สูงอายุ **“ส่งเสริมสูงวัย ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า (นอนหลับ) กินข้าวแซ่บ”** ด้วยงบ อปท. ตามแผนปกติ ส่วนที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น 29 ราย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม(เชิงรุก) กระตุ้นศักยภาพสมองต่อเนื่องตามโปรแกรม TEAM-V (นำร่องร่วมกับเทศบาลตำบลนามะเฟืองจำนวน 17 ราย ส่วนจำนวน 12 ราย สะดวกเข้านัดระบบบริการปกติที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภูคือ ที่คลินิกกิจกรรมบำบัด(บริการทุกวันจันทร์) และคลินิกผู้สูงอายุ (บริการทุกวันศุกร์) แต่ไม่สามารถติดตามให้เข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง ส่วนในรายที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมส่งเข้ารับดูแลการวินิจฉัยรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุร่วมกับคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภูพบว่า มีภาวะสมองเสื่อม(รายใหม่) 20 ราย, เป็นผู้ป่วยเดิมของคลินิกจิตเวช จำนวน 40 ราย และอีก จำนวน 14 ราย ผู้สูงอายุและครอบครัวยังไม่สะดวกรับการยืนยันผลการคัดแยก โดยส่งคืนข้อมูลต่อเนื่องประจำทุกเดือน ให้แก่คลินิกหมอครอบครัว(COC) ประสาน CM ในพื้นที่ร่วมกับ CG ลงเยี่ยมติดตามต่อไป (ที่มา : ทะเบียนบริการคลินิกผู้สูงอายุ รพ.หนองบัวลำภู)

2.ระบบการกลุ่ม (วินิจฉัย บำบัดรักษา)

คลินิกผู้สูงอายุ ดำเนินการเปิดบริการเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552 เพิ่มศักยภาพการดำเนินงานคลินิกเริ่มเมษายน 2561 เป็นศูนย์ประสานงาน เชื่อมต่อ ร่วมวางรูปแบบ ทบทวนและพัฒนาระบบบริการ ร่วมกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้ได้รับบริการ คุณภาพ ที่ครอบคลุม ครบวงจร (One Stop Service) เหมาะสมกับวิถีองค์กร ภายใต้ทรัพยากรที่มี ผสมผสานนโยบายอย่างต่อเนื่อง ดังนี้



นอกจากนี้ได้พัฒนาระบบบริการ คัดแยก คัดกลุ่ม รูปแบบลงแขก โดย มีสภาลูกขุน (เชิงรุก) บูรณาการงบ LTC แม่ข่าย ดังนี้

✲ กลุ่มติดสังคม ใช้แบบประเมิน MMSE, แบบประเมิน MoCA

✲ กลุ่มพึ่งพิง ใช้แบบประเมิน MMSE, แบบประเมิน MoCA และเพิ่มแบบประเมิน IQ code 8 ข้อคำถาม

ในรายที่ MMSE Thai-2002 อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง/สงสัย ผู้สูงอายุได้รับใบส่งตัว เพื่อเข้ามารับบริการคัดกลุ่มด้วยความสมัครใจ ที่คลินิกผู้สูงอายุ รพ.หนองบัวลำภู รูปแบบ (One Stop Service)

การพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่อง จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบูรณาการเข้าในระบบบริการ LTC คุณภาพ ดังนี้

-ติดตามการเข้าถึงสิทธิ (ออกใบรับรองผู้พิการ)

-บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม LTC Program เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

-ทีมสหสาขาวิชาชีพออกดูแลปัญหาสุขภาพตาม Care Plan

ขั้นตอนการดำเนินงานการคัดกลุ่ม



เอกสารลลัพธ์ที่ ๓



ทะเบียนผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (มีบางรายทีมสภาลูกขุนเชิงรุกลงความเห็นแล้วเข้าระบบดูแลต่อเนื่องของ COC)



DT CM เตรียมแบบบันทึกผลการประเมิน/ หรือแบบบันทึก AIT ตามทะเบียนเตรียมส่งคัดกลุ่ม ให้ DT CC นัดหมาย เพื่อ DT CM พื้นที่จะทำการประสาน เตรียมผู้สูงอายุและญาติ (เดินทางมา รพ. /FM ทีมสภาลูกขุนเชิงรุก เยี่ยมบ้าน)



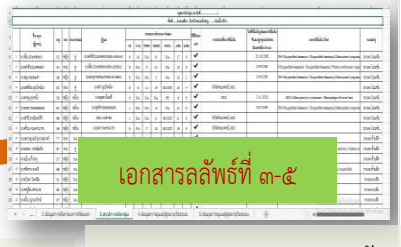
DT CC ส่งบันทึกการวินิจฉัย ข้อมูล และแนวทางการดูแลรักษา ใบรับรองการได้รับสิทธิฯ ให้กับ DT CM



DT CM ร่วมทีมลูกขุนในการคัดกลุ่ม บำบดรักษา ดูแล และส่งต่อ (ที่คลินิกผู้สูงอายุ /เยี่ยมบ้านเชิรุก)



DT CM รวบรวมจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแผนการรักษาและการดูแลในแฟ้มประวัติ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



เอกสารลลัพธ์ที่ ๓-๕



DT CC สรุปกระบวนการคัดกลุ่ม ผลลัพธ์การคัดกลุ่ม และร่วมกับ DT CM ติดตาม ประเมินการดูแลต่อเนื่อง

3.ระบบการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง

จัดการส่งเสริมสุขภาพสมอง (Brain exercise)

การพัฒนาการบริการ
ฝึกผู้นำ/ค้นหาผู้นำ
เครื่องมือในการดูแล คือ กันล้ม-กันลืม
Note Book ส่งเสริมสูงวัย ไกลโรค



การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Brain training)

พัฒนาศักยภาพทีม เป็นผู้นำจัดกิจกรรม ค้นหากลวิธีฝึกต่อเนื่อง
เครื่องมือในการดูแล คือ โปรแกรม TEAMV (เขตชนบท)



การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (Brain care)

การจัดการระบบ
บูรณาการร่วมกับงาน COC
เครื่องมือในการดูแล คือ การเยี่ยมบ้าน



เพิ่มคุณภาพชีวิต
เพิ่มศักยภาพในการ
ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
โดยชุมชนเป็นฐาน

กระบวนการดำเนินงาน **การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือ โดยทีมคลินิกหมอครอบครัว** ลงเยี่ยมโดยใช้ปัญหาและความต้องการตาม Care Plan กำกับ ติดตามผ่านโปรแกรม 3C และผลการเยี่ยมคุณภาพในโปรแกรม LTC Program เขตสุขภาพที่ 8

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ข้อมูลรอบด้าน โดยทีมหมอครอบครัวเป็นหลัก ร่วมกับ CM และ CG ประจำครอบครัว

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 การดูแลที่ครอบคลุม โดย CM เป็นหลัก ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเฉพาะราย CG ประจำครอบครัว

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 ไตรภาคีให้มติการดูแล โดย CM เป็นหลัก ร่วมกับ CG ประจำครอบครัว และ อปท./พมจ./สังคมสงเคราะห์/จิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน/ผู้แทนสาขาสภาผู้สูงอายุ จ.หนองบัวลำภู เป็นต้น

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 ติดตามประเมินข้อมูลรอบด้าน โดย CM เป็นหลัก ร่วมกับผู้ดูแลหลัก และ CG ประจำครอบครัว เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้าน ครั้งสุดท้าย การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว และดูแลระยะสุดท้าย

ผลการดำเนินงาน CDC system (พ.ศ. 2562)

ผลการคัดกรอง เดือน พฤษภาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

จำนวนผสอ. ทั้งหมด	คัดกรอง	แยกกลุ่มผสอ.			จำนวนคัดกรอง 2Q			คัดกรอง 14 ข้อคำถาม/ Mimi-cog/ AMT/ IQ code-8	
		ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ
18,419	14,736	14,284	398	54	16,303	16,274	29	16,117	157

ผลการคัดแยก เดือน พฤษภาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

จำนวน		TGDS		MMSE Thai-2002			MoCA			คัดกลุ่ม			ดูแลต่อเนื่อง		
ทั้งหมด	คัดแยก	ปกติ	ผิดปกติ	คัดแยก	ปกติ	ผิดปกติ	คัดแยก	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกลุ่ม	ปกติ	ผิดปกติ	Brain exercise	Brain training	Brain care
200	157	150	7	109	32	77	29	0	29	-	-	-	16,256	29	18

ผลการดำเนินงาน CDC system ปีที่ 2 (พ.ศ. 2563)

ผลการคัดกรอง-คัดแยก

จำนวน ผสอ. ทั้งหมด	คัดกรอง 2Q			คัดแยก				คัดกลุ่ม		การดูแลต่อเนื่องในชุมชน		
	จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ	จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ	สงสัย	Dementia	etc.	Brain exercise	Brain training	Brain care
18,419	16,303	16,146	157	139	102	29	26	20	6	16,248	17	18

เรื่องเล่า

เข้าถึง เข้าใจ ร่วมมือ ร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูล ต่อเนื่อง เป็นระบบ ครบวงจร

เล่าจาก....ทีมพื้นที่หนองบัวลำภู

จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นจังหวัดเล็ก ๆ มีประชากรทั้งหมด 413,000 คน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 16.65 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่ประชากรมีอาชีพทำเกษตรและรับจ้างทั่วไป ลือชื่อชมรมระบำคองก้าของผู้สูงอายุ และฝีมือทอผ้ามัดหมี่ระดับประเทศมีวิถีชนบทเมืองพุทธที่เรียบง่าย อารมณ์ดี ถ้อยทีถ้อยอาศัย แม้กระทั่งด้านสุขภาพ มักมีคำพูดติดหูติดปากเสมอว่า...แล้วแต่หมอ ยาย/ตาจั๋งได๋กะได้...หมอว่าจั๋งได๋ ยาย/ตากะว่าจั๋งซั่นล่ะจ้า...และเมื่อถึงเทศกาลรณรงค์คัดกรองประเมินความเสี่ยงสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีของแต่ละชุมชนโดย รพ.สต. ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน นโยบายการดำเนินงานได้แนะแนวไว้ว่า หากเห็นว่าผู้สูงอายุยังทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เลี้ยงหลาน หรือรับจ้างทั่วไปได้ ก็ไม่จำเป็นต้องประเมินภาวะสมองเสื่อมก็ได้ หากผู้สูงอายุคนไหนบ่นว่าความจำไม่ดีหลงลืมบ่อย อสม.จะทำการรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่(ต้อง)สงสัย แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบคัดกรอง AMT เผื่อคะแนนไม่ถึง 8 คะแนนจะได้แนะนำไห้ไปขอรับใบรับรองแพทย์ยื่นขอเบี้ยผู้พิการด้านความจำเพิ่มจากเบี้ยผู้สูงอายุรายเดือน พอให้ได้มีเงินจุนเจือช่วยผู้สูงอายุและครอบครัวเพิ่มเติมบ้าง

เมื่อเมษายน 2562 ในงานศพของคุณตา วัย 63 ปี ภรรยา และคนในชุมชนต่างลงความเห็นว่า คุณตาเป็นผู้ป่วยจิตเวชขาดยาจิตเวช หรือไม่ก็คงเป็นหลอดเลือดสมอง เพราะแกเป็นคนไข้เบาหวานความดันโลหิตมาตั้งแต่ ปี 2548 แล้วค่อยๆติดเตียงจนเสียชีวิต ภรรยาของคุณตา ซึ่งเป็น อสม. เล่าว่า ปกติสามีเป็นคนขี้หลงขี้ลืมประจำ พูดไม่อยู่กับร่องกับรอยอยู่แล้วตั้งแต่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิต แต่ก็ยังสามารถทำนา เลี้ยงหลานอยู่บ้าน แต่พักหลังสามีมีอาการมากขึ้น ถามตอบมีอารมณ์หงุดหงิด พูดเรื่อยเปื่อย เดินเรื่อยเปื่อยกลับบ้านไม่ถูก เพราะบ้านไม่มีรั้วรอบขอบชิด ไปแล้วกลับมาไม่ถูก ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำส่งกลับบ้าน ภรรยาจึงคิดว่าน่าจะไปหาหมอจิตเวชเพราะสังเกตอาการคล้ายกับคุณตาคนไข้จิตเวชที่อยู่ในคุ้มเดียวกัน จะได้กินยาเหมือนกัน และก็จะได้เบี้ยผู้พิการด้านความจำเพิ่มด้วย ซึ่งพาไปโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เมื่อเดือน พฤษภาคม 2557 เจ้าหน้าที่ได้ส่งตรวจที่คลินิกจิตเวช จิตแพทย์ได้ทำการวินิจฉัย Unspecified Dementia และบำบัด Psychotherapy พร้อมให้ Perphenazine และ B.co กลับไปกินควบคู่ไปกับยาโรคประจำตัวเดิม และติดตามอาการต่อเนื่องโดยใช้สิทธิบุคคลในครอบครัวอาสาสมัครฯ ในการรักษา โดยมีภรรยาดูแลหลัก เป็นทั้ง อสม. พร้อมกับทำหน้าที่เลี้ยงหลาน 3 คนเพียงลำพัง จึงได้ให้ลูกสาวออกจากงานกลับมาอยู่บ้านเพื่อช่วยกันดูแล แบ่งเบาภาระในบ้าน คุณตาอาการมีแต่ทรงกับทรุด จนเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2559 เริ่มขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระราด ญาติต้องจัดหาแผ่นรองซับใส่ไว้ตลอดเวลา เดินบ่อย พูดไม่รู้เรื่อง จิตแพทย์ได้ส่ง CT Scan และเพิ่มยา ได้รับ Folic Acid(5), Haloperidol(0.5) และ Lorazepam (0.5) สงบลง นอนพักได้ อาการทั่วไปทรุดลงเรื่อย ๆ ปี 2560 เริ่มแขนขาอ่อนแรงเดินลำบาก CM รพ.สต.ลงเยี่ยมประเมินและ ADL เข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าระบบดูแลกองทุน LTC ท้องถิ่น ได้รับการบริการเยี่ยมประเมินที่บ้านโดยแพทย์ทีมหมอครอบครัว ให้ความเห็นและประเมินรับรองความ

พิการด้านการเคลื่อนไหวและได้รับสิทธิบุคคลพิการ และบริการเยี่ยมบ้านผู้พิการทางสติปัญญา ครอบครัวได้ย้ายคุณตาและของใช้ประจำจากชั้น 2 ลงมานอนพักชั้นล่างตามคำแนะนำเพื่อความสะดวกในการช่วยดูแลของ CG และเพื่อนบ้านแวะมาเยี่ยมเยียน โดยลูกสาวเป็นผู้เข้าไปติดต่อแทนที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเพื่อขอรับยาต่อเนื่อง เมื่อต้นปี 2561 คุณตาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอนติดเตียง เริ่มมีปัญหาพูดไม่ได้ มีกลืนลำบาก ญาติจึงหยุดยาผู้ป่วยเองมานานกว่า 11 เดือน กระทั่งเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2561 CM รพ.สต.จึงได้ปรึกษาทีมหมอครอบครัวลงเยี่ยมบ้านพร้อมด้วยนักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมวางแผนดูแล จัดการปัญหาร่วมกันกับครอบครัว และดำเนินการยื่นประกันสังคมขอรับเงินสงเคราะห์เพิ่มเติม โดยมี CG เข้าช่วยดูแลกระตุ้นกายภาพบำบัดประจำสัปดาห์ ดูแลตาม Care Plan จนคุณตาเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านเมื่อเดือนเมษายน 2562 ที่ผ่านมา

จากการที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์ โดยมีตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพที่ 8 สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายประเด็นการดูแลป้องกัน จัดการแก้ไขและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมร้อยละ 100 เริ่มไปพร้อมกัน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2562 เริ่มตั้งแต่การประชุมชี้แจง สร้างความเข้าใจ และร่วมเห็นตรงกันในการแยกผู้ป่วยจิตเวชกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งมีเวทีพูดคุย ทบทวนระบบร่วมกันวางแผนพัฒนาเสริมส่วนเด่น เติมส่วนด้อยร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ แกนนำอาสาสมัคร ภาคีท้องถิ่น ทั้งในเชิงส่งเสริมป้องกัน แก้ไขดูแล วินิจฉัยรักษา เฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องครบวงจร ครอบคลุมเพิ่มการเข้าถึง ทบทวนตามบทบาทหน้าที่ การบูรณาการเข้าสู่หน้างานประจำ บนพื้นฐานบริบทของวิถีชาวจังหวัดหนองบัวลำภูเอง ด้านกำลังพลเรามีผู้นำชุมชน อปท. จิตอาสาผู้สูงอายุ อสม. CG นสค. CM ที่ทำงานเพื่อชุมชนอยู่ทุกพื้นที่ แม้โรงพยาบาลประจำจังหวัดไม่มี Neuro Med เรามีต้นทุนคือ มีจิตแพทย์ที่ประสานและช่วยคงไว้ซึ่งระบบวินิจฉัยรักษา-ส่งต่อ มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้มแข็ง พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ทีมคลินิกหมอครอบครัวที่รวมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ที่พร้อมเชื่อมประสานดูแลต่อเนื่อง แม้นไม่มี Day Care แต่พื้นที่มีกลุ่ม/องค์กรชุมชนชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกตำบล มีคลินิกกิจกรรมบัด, มีทีมกายภาพบำบัดเยี่ยมบ้านเชิงรุก, มี ศพ.อส. 1 แห่ง ที่เพิ่งเริ่มก่อตั้งจากชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งร่วมกับ อบต. และสาขาสภาผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภู และมีท้องถิ่นเข้มแข็งร่วมด้วยช่วยกัน... “หมอว่าจั๋งได๋...ไทบ้านว่านำ”...ประกอบกับเราเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว LTC ของ สป.สช.มาตั้งแต่ปี 2559 ทำให้เรามีพื้นฐานได้การจัดระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว เป็นทีมที่มีทรัพยากรและความเข้มแข็งพร้อมเชื่อมโยงและเสริมศักยภาพทีมด้านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่องในระดับพื้นที่อย่างเข้มแข็งได้ แม้ตามเกณฑ์ LTC ของ สป.สช.จะเน้นกลุ่ม ADL ต่ำกว่า 12 แต่ในกลุ่มที่ความจำหลงลืมก็เป็นกลุ่มที่เราให้ความสำคัญ ลงความเห็นและเข้าใจตรงกันว่า กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในทางปฏิบัติแล้วเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวโน้มที่ภาวะพึ่งพิงจะต้องการดูแลใกล้ชิดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ดังนั้นอำเภอเมืองหนองบัวลำภู โดยเริ่ม 3 หน่วยบริการสุขภาพ (พื้นที่หนองบัว+นามะเฟือง+ข้องโป้) สมัครใจเข้าร่วมนำร่องตามแนวทางพัฒนาในโครงการฯร่วมกับโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งบุคลากรสุขภาพและแกนนำชุมชนเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู ได้รับการพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือคัดกรองโดยชุมชนร่วมมือ คัดแยกโดยสภาลูกขุน (ชุมชน+รพ.สต.+รพ.+อปท.) เชิงรุก เสริมทักษะการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลแบบ Group Support และทบทวนระบบเส้นทาง การคัดกลุ่ม โดยทีมจิตแพทย์ร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนาวางระบบวินิจฉัยรักษา-ส่งต่อ และจัดประชุมประจำเดือน เพื่อถอดบทเรียน Conference Case คืนข้อมูลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลควบคู่กันไป โดยการใช้ผังไหลที่ร่วมกันออกแบบที่ผสมผสานทั้งรูปแบบการลงแขกลงขัน และแยกทำ กำกับเส้นทาง และกำหนดเป็นแผนปฏิทิน การดำเนินงานระดับพื้นที่ และพัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูเพื่อป้องกัน/ชะลอการเกิดผู้ป่วย สมองเสื่อมรายใหม่ตามความพร้อมร่วมกับพื้นที่ โดยทีมบุคลากรสุขภาพที่เป็นกำลังสำคัญในด้านคุณภาพบริการวิชาการให้กับพื้นที่ได้รับการอบรมฝึกทักษะการจัดกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ด้วยโปรแกรม TEAM-V รูปแบบลงแขกลงขัน บุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมร่วมเป็นทีมนำจัดกิจกรรมเชิงรุก ในพื้นที่ตำบลนามะเฟืองโดยมีฐานที่มั่นคือห้องประชุม รพ.สต.นามะเฟือง ซึ่งมีผู้สูงอายุคัดแยกพบว่ามีภาวะ MCI 18 ราย และเทศบาลตำบลนามะเฟืองมีความสนใจอาสานำร่องโปรแกรมเป็นแห่งแรก และ Copay งบประมาณในการร่วมจัดกิจกรรมในพื้นที่ต่อเนื่อง 6 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นสิ่งแปลกใหม่สำหรับชุมชนและได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุในชุมชนเพราะมีการพูดคุยกันเวลาไปทำบุญที่วัด มาขอสมัครเข้าร่วมกิจกรรมด้วย แต่ทำได้เพียงให้ร่วมสังเกตการได้แต่ไม่ได้วัดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ในการกระตุ้นศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ด้วยโปรแกรม TEAM-V วัดผลครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนน MoCA คงที่-ดีขึ้น ร้อยละ 66.67 และจะติดตามประเมินหลังครบ 9 เดือน ครั้งที่ 2 วันที่ 7 กันยายน 2563 และได้ร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ออกแบบกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมองต่อเนื่อง สำหรับรายที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม TEAM-V แล้วยังคงมีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) หลงเหลืออยู่ ซึ่งกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมองเกิดการสร้างกระแสกิจกรรมบริหารความจำในชุมชนเป็นวงกว้างระดับอำเภอ เพราะ อปท.หลายแห่ง แจ้งความประสงค์เชิญจัดกิจกรรมบริหารสมองที่ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่ผ่านการอบรมทั้งจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูและจากในพื้นที่เอง เป็นวิทยากรออกแบบจัดกิจกรรมบางส่วนขยายผลในพื้นที่ตนเองได้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านสนใจเข้าร่วมกิจกรรมบริหารสมอง ป้องกันสมองเสื่อมในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในบุคลากรที่เข้าร่วมการประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรจากโครงการฯ ได้เห็นความสำคัญในการบูรณาการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแลระยะยาว โดยตกลงร่วมกันกับพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู (20 รพ.สต. และ 1 CMU) ดำเนินการตามผังไหลไปพร้อมกับพื้นที่นำร่อง 3 แห่ง โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าระบบกองทุน LTC ของ อปท. ทุกราย และผู้สูงอายุที่สนใจเข้าสู่ระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพื่อเรียนรู้ไปพร้อมกันเพื่อที่ปี

2563 สามารถบูรณาการเข้าสู่หน้างานประจำ เพื่อระบบจะได้ขับเคลื่อนก้าวไปพร้อมกันโดยชุมชนเป็นฐานท้องถิ่นมีส่วนร่วม ได้อย่างต่อเนื่อง

จากการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่องสู่ปีที่ 2 เขตอำเภอเมืองหนองบัวลำภู

ณ พื้นที่เดิมที่คุณตารายข้างต้นเสียชีวิตไปก่อนหน้า รพ.สต.ในพื้นที่ร่วมกับทีมสุขภาพชุมชนรณรงค์ คัดกรองค้นหาในพื้นที่ (แยกทำ) เมื่อเดือน พฤษภาคม 2562 อสม.ประจำครอบครัว แจ้งว่ามีคุณยาย อายุ 84 ปี อยู่บ้านข้างเคียงของตน ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีโรคประจำตัว สายตาพร่า-มั่วเล็กน้อย หูตึงเล็กน้อย เคยไปรักษาโรคกระเพาะอาหารและมีภาวะทุพโภชนาการและภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง แล้วแต่หลานสาวสะดวก ถ้าหลานสาวแวะมาเยี่ยมก็จะพาไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู อาศัยอยู่บ้านคนเดียว ลำพัง เป็นบ้านปูนชั้นเดียว อบต. สร้างบ้านให้ด้วยงบโครงการเทิดไท้องค์ราชันย์ ค่าน้ำประปาและไฟฟ้ากองทุนช่วยเหลือของชุมชนจ่ายให้ เนื่องจากคุณยายการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 19 คะแนน จึงไม่เข้าเกณฑ์ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงเข้าระบบกองทุน LTC (ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน) อสม.ประจำครอบครัวได้พูดคุยและสงสาร ได้นำกับข้าวไปฝากคุณยายทุกวัน คุณยายบ่นว่าหลงลืมบ่อยอาการคล้ายกับที่ทีมพื้นที่กำลังรณรงค์กันอยู่ จึงประสานกับ CM รพ.สต.ในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมจากโครงการฯ ร่วมลงพื้นที่ไปกับ CG และ อสม.ประจำครอบครัว ได้ใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดย อสม.คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ก่อนพบว่าผลปกติ จึงใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม คัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ 33 คะแนน แปลผลว่า สมรรถภาพสมองอยู่ในระดับค่อนต่ำ และ CM จึงให้ อสม.ลองใช้ Mini Cog ที่ปริ๊นเป็นภาพ รถยนต์ เสือ เก้าอี้ ที่มีสีคมชัดให้ คุณยายดู และบอกให้จำไว้อีกสักครู่จะทวนความจำซ้ำ แล้วให้คุณยายลบเลขสมมติว่ามีเงิน 20 บาท หักออกครั้งละ 3 บาทไป เรื่อย ๆ ได้เท่ากับเท่าไหร่บ้าง คุณยายไม่สามารถตอบได้เลย คุณยายเล่าว่า...จบ ป.1 ก็จริงแต่ยายไม่ได้หนังสือนะ ไม่ได้เรียนต่อเนื่องเพราะต้องทำงานทำนารับจ้าง....แล้ว อสม.ก็ให้คุณยายทวนรูปภาพที่ให้จำไว้ คุณยายสามารถตอบได้ถูกต้องทั้งหมด, CM จึงคัดกรองเพิ่มเติมด้วย AMT ซึ่งพบว่าคุณยายบอกได้เพียง สถานที่ที่อยู่ตอนนี้ กับ ชื่อ อสม.ประจำครอบครัว และ CM คะแนนรวม 2 คะแนน จึงขึ้นทะเบียนคุณยายเพื่อเตรียมรับบริการคัดแยกจากทีมสภาลูกขุนเชิงรุก ซึ่งระยะเวลาตารางบริการห่างไปเกือบ 5 เดือน โดยในระหว่างนี้คุณยายมีอาการสงบดี ในวันนัดที่ 25 ตุลาคม 2563 อสม.ประจำครอบครัวพร้อมด้วยรถของ อบต. รับคุณยายไปรับบริการคัดแยกเชิงรุกที่ รพ.สต.ในพื้นที่ โดยพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุได้บูรณาการงานประจำ โดยทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Basic Geriatric Assessment และใช้เครื่องมือ TGDs ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบผลปกติ พร้อมพูดคุยสัมภาษณ์สร้างบรรยากาศและความคุ้นเคย จึงทำการคัดแยกภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือ MMSE-T 2002 ได้ 10 คะแนน พร้อมใช้ IQ code แบบ 8 ข้อคำถาม สัมภาษณ์หลานสาวไม่สามารถให้ข้อสังเกตได้เพราะไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุประจำแยกกันอยู่มากกว่า 20 ปีแล้ว คุณยายเคยเลี้ยงลูกช่วยจึงผูกพันสงสารยินดีช่วยเหลือดูแลคุณยายตามกำลังเท่าที่ทำได้ เห็นว่าคุณยายไม่มีญาติ จึงให้คุณยายอาศัยอยู่บนที่ดินของตนที่ตั้งบ้านเทิดไท้ปัจจุบัน จึงสัมภาษณ์ อสม. ที่ใกล้ชิดคุณยายทุกวันพบว่า ผลรวมได้ 4.6 คะแนน ซึ่งในระหว่างผู้ประเมินหลักทำการคัดแยก ทีมร่วมสภาลูกขุนประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, CM

และ อสม.พื้นที่ ร่วมรับฟังเรียนรู้ไปด้วยกันและให้ความคิดเห็นร่วมกันว่า คุณยายนอกจากจะมี Geriatric Syndrome และยังเข้าเกณฑ์สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยควรได้รับการวินิจฉัยดูแลรักษาที่ถูกต้องเพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องระยะยาวต่อไป จึงได้ร่วมวางแผนตกลงบทบาทหน้าที่กัน...โดยเริ่มด้วยให้ อสม.ประจำครอบครัวโทรศัพท์พูดคุยสื่อสารกับหลานสาวคุณยายเพื่อเข้าใจแนวทางก่อน ซึ่งหลานสาวยินยอมและนัดหมายตกลงกัน โดยมีรถอบต. บริการรับ-ส่งให้ CM พื้นที่ประสานนัดคิวบริการล่วงหน้ากับคลินิกผู้สูงอายุเพื่อความสะดวกในการเตรียมพร้อมทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ One Stop Service โดยมี ใบส่งตัวระบุตรงที่คลินิกผู้สูงอายุ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ประสานงานกับพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ หากต้องการเลื่อนนัดหรือผู้สูงอายุมีอาการอื่นรบกวนทางจิตและประสาทต้องการเข้าระบบ Fast Track เมื่อถึงโรงพยาบาลหนองบัวลำภูตามนัดหมาย วันที่ 17 ธันวาคม 2562 พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุได้ทำประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q พบมีอารมณ์ท้อแท้ เบื่อหน่าย 1 ข้อ จึงประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน 9Q ได้ 12 คะแนนจึงส่งปรึกษาคลินิกจิตเวช จิตแพทย์ให้ทำการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย MMSE-Thai-2002 ซ้ำได้ 7 คะแนน แพทย์วินิจฉัย organic brain syndrome, due to brain damage and dysfunction and to physical disease เดิมมีประวัติ head injury ให้ยา Trazodone(50) และ Sertraline(50) แล้วนัดติดตามผลการรักษาอีก 1 เดือน พร้อมส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนประสานสงเคราะห์เพิ่มเติม กลับบ้านคุณยายกินยาต่อเนื่องโดยมี อสม.ประจำครอบครัวกำกับดูแล, CM ประชุมปรึกษากับคณะอนุกรรมการกองทุน LTC อบต.ในพื้นที่เห็นร่วมกันว่าคุณยายมีภาวะพึ่งพิง เห็นควรได้รับการวางแผนดูแลระยะยาวให้จัดทำ Care Plan ในโปรแกรม 3C ได้แม้ ADL จะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ สป.สช.กำหนด โดยมี CG ดูแล เฝ้าระวังภาวะหลงลืมและเสี่ยงหกล้มประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และหลานสาวเป็นผู้พาคุณยายเดินทางมาติดตามผลการรักษาต่อเนื่องตามนัด วันที่ 14 มกราคม 2563 มาตามนัด อาการดีขึ้น สดชื่นขึ้น บ่นกินยาแล้วรู้สึกเบลอจึงกินยาไม่ต่อเนื่อง จิตแพทย์ให้คำแนะนำกินยาต่อเนื่อง คลินิกผู้สูงอายุจัดทำทะเบียน พร้อมบันทึกและ Scan ผลการคัดกรอง คัดแยกและวินิจฉัยรักษาเข้าในโปรแกรม Hos-Xp และส่งต่อข้อมูลทะเบียนดูแลต่อเนื่องให้กับทีมหมอครอบครัวนำเข้าโปรแกรม LTC Program ของเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อใช้ติดตามรายงานข้อมูลบริการเยี่ยมดูแลต่อเนื่องคุณภาพของพื้นที่ ซึ่ง CM พื้นที่รายงานผลการติดตามเยี่ยมดูแลเดือนพฤษภาคม 2563 พบว่าคุณยายสดชื่นขึ้น มีนอนไม่ค่อยหลับบ้าง บ่นไม่อยากกินยาเพราะรู้สึกเบลอ ไม่มีหกล้ม จำลูกหลานเพื่อนบ้านและจิตอาสาผู้สูงอายุที่แวะเวียนไปเยี่ยมบ้านได้ดีขึ้น ผู้นำชุมชนยื่นเรื่องขอรับเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมให้อยู่ในระหว่างดำเนินการ และได้เข้าทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ควรได้รับการสงเคราะห์ของชุมชน เมื่อมีการสงเคราะห์ต่าง ๆ อาทิ รับบริจาคอาหารนมและเครื่องนุ่งห่ม เงินสงเคราะห์จาก พมจ.

จากการเรียนรู้พัฒนา 1 ปีที่ผ่านมา เรามองเห็นเส้นทางการเดินชัดขึ้น และบูรณาการเข้าสู่งานประจำประสานร่วมมือกันของหลายภาคส่วน ได้อย่างเรียบเนียน ภายใต้ข้อจำกัดและบริบทวิถีพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ความต่อเนื่องจะช่วยให้สั่งสมความเชี่ยวชาญ รอบครอบ ครบถ้วน ครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อำเภอเมืองหนองบัวลำภู มีเป้าหมายในการคัดกรองประชากรผู้สูงอายุให้

ได้มากกว่าร้อยละ 80 โดยรูปแบบลงแขกของภาคีสุขภาพในระดับพื้นที่ ใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมคงเดิม เพิ่มเติมคือคุณภาพและความเชี่ยวชาญ สำหรับ อสม.ใช้ 2Q และ 14 ข้อคำถาม, ในรายที่ผิดปกติ/สงสัย นสค.ประจำชุมชนร่วมกับ อสม ในพื้นที่เรียนรู้ฝึกใช้เครื่องมือคัดกรอง AMT ไปพร้อมกัน ส่วนกลุ่มติดบ้านติดเตียง CG ใช้แบบคัดกรอง 2Q , Mini Cog และAMT ไปพร้อมกันร่วมกับ IQ code 8 ข้อ ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมี CM ในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาเมื่อพบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยง/สงสัย CM/นสค. (ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดแยก) จะใช้ TGDs 15 ข้อคำถาม ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อน ผลปกติจึงใช้ MMSE Thai-2002 และ MoCA โดยมีทีมหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและประสานผ่าน Tele-Health เพิ่มเติมได้ เพื่อวางแผนส่งต่อเข้าระบบคัดกลุ่มวินิจฉัยรักษาดูแลต่อเนื่องตามระบบที่วางไว้ที่คลินิกผู้สูงอายุ (ทุกวันศุกร์) หรือหากมีอาการรบกวนทางจิตและประสาท มีอารมณ์แปรปรวนสามารถประสานงานผ่านระบบ Fast Track รับบริการ One Stop Service นัดหมายประสานล่วงหน้าได้ ในกลุ่มปกติได้รับความสนใจจาก อปท.บูรณาการกิจกรรมบริหารสมองป้องกันสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น หากมีโปรแกรม/กิจกรรมที่วัดผลลัพธ์ได้ชัดเจน และสามารถปรับสอดแทรกในหลักสูตรชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มเติมจะช่วยให้เป็นรูปธรรมนำไปใช้ขยายผลวงกว้างยิ่งขึ้น ดังเช่นโปรแกรม TEAM-V ที่วัดผลลัพธ์ได้ชัดเจนได้รับความสนใจจาก อบจ.หนองบัวลำภู ในการนำเข้าแผนพัฒนาปี 2564 เพื่อขยายผลนำร่องจัด TEAM-V บริการเชิงรุกลงแขก Copay งบร่วมกับ อบต. 15 แห่ง ครอบคลุมจังหวัดหนองบัวลำภู โดยทีมลูกขุนร่วมเป็นผู้จัดกิจกรรมและวัดประเมินผล หากผลลัพธ์บรรลุวัตถุประสงค์เชิงประจักษ์จะขยายให้ครอบคลุมและสร้างทีมภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนระบบระดับจังหวัด สมดั่งที่เป็นจังหวัดที่เข้าร่วมและมีการดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ LTC สป.สช. ร้อยละ 100 และยังได้รับรางวัลจังหวัดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีเด่นระดับประเทศประจำปี พ.ศ. 2562 อีกด้วย

สรุปข้อสังเกตและประเด็นสำคัญเพื่อแสวงหาโอกาสในการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (CDC System)

1. การทบทวนรายชื่อ/ทะเบียน เป็นปัจจุบัน
2. การเลือกแบบประเมิน/เครื่องมือและถ่ายทอดเทคนิคการใช้
3. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ เพื่อเป้าหมายเดียวกัน
4. สร้างความตระหนักร่วมกันของไตรภาคี

การเรียนรู้มีการจัดการข้อมูล /สารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

ขั้นเตรียมการ	ขั้นตอนดำเนินการ	ขั้นวิเคราะห์สรุปผลวางแผนต่อเนื่อง
-ใช้ทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่เพิ่มภาระ -JHCIS/LTC/3C เทียบทะเบียนเยี่ยมบ้าน อสม. (อยู่จริง) -ทบทวนประวัติการรักษาเดิมที่เกี่ยวข้อง (DT/จิตเวช) HosXp ทะเบียนทีมหมอครอบครัวของศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน	-ยืดหยุ่นได้ อิงมาตรฐานวิชาการ ร่วมใจกันเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ -Coaching รายบุคคลก่อนลงจริง ทั้งการคัดกรอง (2Q/14 ข้อคำถาม/Mini-Cog /IQ code 8 ข้อ/TGDs 15 ข้อ /AMT การคัดแยก (TGDs 15 ข้อ/9Q/MMSE Thai-2002 /MoCA) -ตรวจทานผลก่อนลงข้อมูลรายบุคคลที่ได้อิงตามเอกสารผลลัพธ์ 1-5 (ข้อมูลคุณภาพและมีเครือข่าย Coaching ในพื้นที่) ติดตามให้ครอบคลุม พร้อมมูลเหตุจริงที่ไม่ได้ทำการคัดกรอง	-เปิดใจ เปิดเผย เรียนรู้ไม่สิ้นสุด -วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับเอกสารผลลัพธ์ -วางแผนบริการ ส่งต่อ ติดตาม ดูแลต่อเนื่อง (กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยงสงสัย/กลุ่มผิดปกติ) -เรียนรู้/ทบทวนระบบบริการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิด CDC System

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานพัฒนาระบบครบวงจรของทีมพื้นที่

จากที่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร โรงพยาบาลหนองบัวลำภูและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองได้ดำเนินการพัฒนา ทบทวน ปรับปรุงระบบต่อเนื่องเข้าสู่ปีที่ 2 โดยอิงตามกรอบแนวทางมาตรฐานระบบบริการของโครงการฯ มีผังไหลที่ปรับให้เหมาะกับบริบท และมีทีมจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะตลอดการเดินทาง ตั้งแต่การทำพันธะสัญญาร่วมกันประกาศ MOU ระดับนโยบายของผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด และเขตสุขภาพรับทราบร่วมกัน ช่วยปลดล็อกให้เกิดการเชื่อมประสานทั้งภายใน ภายนอกที่เกี่ยวข้อง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้ได้ความสะดวกและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น หันหน้ามาพูดคุยด้วยบรรยากาศกัลยาณมิตร และจับมือร่วมกันของไตรภาคี ในการทบทวน/พัฒนาระบบบริการ โดยไม่ได้คำนึงเพียงผลลัพธ์เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่เปิดใจเพิ่มความใส่ใจ เข้าใจ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติในระบบบริการแต่ละระดับ แต่ละบริการย่อยในวงจร ภายใต้ข้อจำกัดและบริบทของแต่ละส่วนควบคู่กันไปด้วย

แม้นการเริ่มต้นจะมีขั้นตอน รายละเอียดวิชาการ เครื่องมือ แนวทางบริการมาตรฐาน ระบบงานคุณภาพให้เรียนรู้และพัฒนามากมาย แต่เรามองว่านั่นเป็นส่วนสำคัญของการวางรากฐานที่มั่นคงให้กับการพัฒนาระบบช่วยประกอบการตัดสินใจปรับประยุกต์ใช้ โดยยังคงไว้ซึ่งมาตรฐาน และคุณภาพบริการที่อิงวิชาการและ

ข้อตกลงร่วมกันของทั้งทีม เมื่อเริ่มลงพื้นที่ดำเนินงานหน้างานฝึกทักษะจริง เราจะค้นพบเครื่องมือ แนวทางบริการที่มีความเหมาะสม ลงตัวกับบริบทหน้างานประจำของแต่ละส่วนย่อยของระบบเรา ซึ่งในปีแรกเป็นช่วงเวลาที่เรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มเติมทักษะ ทบทวนความรู้วิชาการไปตลอดการลงพื้นที่ ทุกขั้นตอนของระบบบริการ เรามีทีมสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์เป็นที่ปรึกษา และชี้แนะ เสนอแนวทางแก้ไขให้เราเลือกปรับตามบริบทของเรา เข้าสู่ปีที่ 2 ที่เราเริ่มขยายระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดหนองบัวลำภู เรียนรู้ที่จะเริ่มปรับระบบให้ลงตัว และทดลองลดขั้นตอนบริการคัดกรอง-คัดแยกลงสู่ระดับปฐมภูมิ โดยมีทีมสภาลูกขุน (ปีแรก) เป็นพี่เลี้ยง และบูรณาการตกลงร่วมกัน ในการใช้โปรแกรมบริการที่มีในระบบบริการปกติ ไม่ว่าจะเป็น JHCIS, HosXp, LTC Program, 3C ระบบรายงานผ่าน DATA Center , HDC กระทรวง และรายงานผู้ป่วยนอก รพ.หนองบัวลำภู ทบทวนข้อมูลคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพเชื่อมโยงข้อมูลบริการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่มและดูแลต่อเนื่อง เข้าถึง ถูกต้อง ครบถ้วน เกิดประโยชน์ตอบสนองความต้องการทั้งผู้รับผู้ให้บริการครอบคลุมมากที่สุด โดยไม่เพิ่มภาระงาน แต่เพิ่มคุณภาพ เชื่อมโยง-ส่งต่อ ด้วยระบบงานที่ตอบสนองสอดคล้องไปกับการประกาศ MOU ระดับนโยบาย ที่เชื่อมโยงมาตั้งแต่ระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอที่มองภาพเดียวกัน แม้จะมีความเข้มข้นและชัดเจนแตกต่างกันไปแต่ละหน้างาน แต่ภาพที่มองและเข้าใจของระบบคือภาพเดียวกัน ตัวชี้วัดติดตามกำกับเดียวกัน ช่วยให้เอื้อต่อการบูรณาการระบบบริการในวงจรหน้างานปกติ กำกับใน Time Line ระบบงานประจำได้ของพื้นที่นำร่องหากผู้บริหารและในระดับนโยบายให้ความสำคัญ ชัดเจน ต่อเนื่อง และขับเคลื่อนให้เกิดการขยายพื้นที่ดำเนินงาน พูดภาษาเดียวกันมองภาพระบบภาพเดียวกันเป็นวงกว้าง จะช่วยให้เกิดความยั่งยืน คงอยู่ในระดับรากหญ้าได้อย่างมั่นคง ฝากไว้ในแผ่นดินสืบไป

ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง/ต่อยอด/ขยายผล

1. การคัดกรองพื้นที่ อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู

การคัดกรอง	ประชากรทั้งหมด	คัดกรอง	ร้อยละครอบคลุมประชากรทั้งหมด
กลุ่มติดสังคม	18,535	15,927	86.93
กลุ่มติดบ้าน	398	339	85.18
กลุ่มติดเตียง	54	37	68.52

บทเรียนรู้เพื่อพัฒนางาน การคัดกรอง ในพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
✲พื้นที่มีพัฒนาคุณภาพงานพร้อมกันหลายระบบ ✲มีเครื่องมือหลากหลาย ทำให้พื้นที่สับสน ขาดความชำนาญในการใช้เครื่องมือ ไม่มั่นใจ	✲บูรณาการทบทวนการใช้เครื่องมือ ตกลงร่วมกัน เลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทภาพรวม แนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
✲ บุคลากรมีงานรับผิดชอบหลายหน้างาน เปลี่ยนงาน โยกย้ายบ่อย	✲ จัดทำคู่มือมาตรฐานไว้ประจำหน่วยบริการ ทำการทบทวนการใช้/เทคนิคฟื้น เพิ่มพูนทักษะให้อยู่เสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และจัดทำคลิปตัวอย่างแบบง่ายในการสอบถามเป็นภาษาพื้นถิ่น แชร์ไว้ให้ทบทวน ฝึกทักษะเพิ่มเติมมาตรฐานเดียวกัน และปรึกษาผ่านระบบ online, Tele-Medicine มีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ✲ ขยายศักยภาพชุมชนพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุและครอบครัวมี Health Literacy ที่ถูกต้อง ภาคีมีส่วนร่วม
✲ ผู้สูงอายุไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงรณรงค์ในพื้นที่	✲ ติดตามประเมินเพิ่มเติมรายครอบครัวให้ครบถ้วนมากที่สุดเพื่อให้เข้าถึงบริการคัดกรอง สอดคล้องกับนโยบายในการดำเนินงานระดับเขต

2. การคัดแยก

การคัดแยก	ประชากรทั้งหมด	คัดแยก	ร้อยละครอบคลุมประชากรทั้งหมด
กลุ่มติดสังคม	134	120	89.56
กลุ่มติดบ้าน	23	23	100.00
กลุ่มติดเตียง	14	14	100.00

บทเรียนรู้เพื่อพัฒนางานในพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
✲ ทีมสภาลูกขุนและบุคลากรในพื้นที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือมาตรฐานแล้ว แต่ยังไม่ชำนาญในการใช้เครื่องมือ และไม่ได้ใช้ประจำ ✲ มีการเปลี่ยนงาน/โยกย้าย	✲ ทีมสภาลูกขุน บูรณาการในการลงเยี่ยมบ้าน เมื่อลงพื้นที่ทำการคัดแยกเชิงรุก ให้พื้นที่ได้เรียนรู้ไปด้วยกัน ✲ จัดประชุมสรุปบทเรียนที่ได้จากการลงจัดบริการแล้วและร่วมหาแนวทางพัฒนาคุณภาพร่วมกัน ✲ จัดทำคู่มือมาตรฐานไว้ประจำหน่วยบริการ ✲ จัด mini Class (MMSE, MoCA) และให้คำปรึกษาผ่านระบบ Online โดยรพ.แม่ข่าย Coaching พร้อมสามารถบริการทางโทรศัพท์ประสานงานโดยตรงกับคลินิกผู้สูงอายุ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
	✲เตรียมจัดบริการรูปแบบ One Stop Service หรือส่งระบบ Fast Track ได้ทันที หากผู้สูงอายุมีอาการรบกวนทางจิตและประสาท
✲ใช้เวลาต่อรายนาน ผู้สูงอายุอ่อนล้า เพราะในการลงพื้นที่มีการให้บูรณาการการประเมิน/คัดแยกหลายปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายควบคู่ไปด้วย ✲ประเมินผู้สูงอายุให้ครบองค์รวมตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ	✲ควรคำนึงและสังเกตหากผู้สูงอายุจะอ่อนล้าเพราะต้องประเมินหลายด้านมาก เพราะใช้เวลานานต่อราย ✲จัดสถานที่ไม่ให้เสียงรบกวน(กรณีลงแขก/รณรงค์) ควรพัฒนาวางแผนจัดสรรให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลการคัดแยกที่ถูกต้อง แม่นยำ
✲พัฒนาคุณภาพลงพื้นที่พร้อมกันหลายระบบ ทำให้พื้นที่สับสน ขาดความมั่นใจ ✲บุคลากรมีงานรับผิดชอบหลายหน้างาน	✲ควรเริ่มในพื้นที่ที่มีความพร้อม/มีความสนใจ อาสาสมัครหรือผู้บริหารระดับสูงมีนโยบายมุ่งเน้นเฉพาะด้านชัดเจน ค่อยๆ พัฒนาขยายต่อเนื่องต่อไป และต้องมีการจัดเรียงลำดับความสำคัญให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

3. การคัดกลุ่ม (นำข้อมูล นับรวมบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นปัจจุบัน)

การคัดกลุ่ม	ประชากรทั้งหมด	คัดกลุ่ม	ร้อยละครอบคลุมประชากรทั้งหมด
กลุ่มติดสังคม	35	34	97.14
กลุ่มติดบ้าน	26	24	92.31
กลุ่มติดเตียง	14	12	85.71

บทเรียนรู้เพื่อพัฒนางานในพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
✲บุคลากร หลากหลายสหสาขาวิชาชีพ ขาดความชำนาญการซักประวัติ ✲การสื่อสาร การเข้าถึงและการได้มาซึ่งข้อมูลผู้ป่วยแตกต่างกัน ✲ขาดแคลนแพทย์ประจำPCC/ คลินิกผู้สูงอายุ/เฉพาะทาง (Nuero Med)	✲ทีมสภาลูกขุนคุณภาพ ทำการทบทวนเป้าหมาย กระบวนการ เทคนิคการบริการทีมสภาลูกขุน อาทิ การซักประวัติ ควรเริ่มจากปัญหาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (chief complaint) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (present illness) และการเจ็บป่วยในอดีต (past history) ประวัติส่วนตัว (personal history) ประวัติครอบครัว (family history) การตรวจร่างกายอย่างละเอียด (complete

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขในพื้นที่
	physical examination) รวมทั้งตรวจระบบประสาทอย่างละเอียดก่อนที่จะถึงการตรวจสภาพจิต ในบางกรณีอาจต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น ตรวจเลือด หรือประเมินศักยภาพสมอง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรค ควรจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนที่จะสัมภาษณ์ญาติและควรแยกกัน แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากพูดไม่รู้เรื่อง ต้องสัมภาษณ์ญาติก่อน บางครั้งถ้าจำเป็นก็สัมภาษณ์พร้อมกัน ได้เพื่อสังเกตปฏิกิริยาระหว่างผู้ป่วย และญาติ ✲ผู้สัมภาษณ์ควรแสดงท่าทีเป็นมิตรสนใจ ตั้งใจ รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย มีความเห็นใจ (empathy) แต่ไม่ควรมีอารมณ์คล้อยตามไปกับผู้ป่วย (sympathy) ✲ผู้สัมภาษณ์ควรจะมีสีหน้าสงบ ท่าทีน่าเชื่อถือ มีความมั่นใจในตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยลดความตื่นเต้นวิตกกังวล ไม่ควรวิจารณ์หรือ ตัดสินโดยนำความคิดเห็นของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับของตัวเอง ไม่นำความลับของผู้ป่วยมาเปิดเผย
✲การวินิจฉัยรักษามีความเฉพาะ ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่สามารถให้คำแนะนำปรึกษา หรือร่วมดูแลรักษาต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกันได้	✲คลินิกผู้สูงอายุ ร่วมกับจิตแพทย์ในการวาง Protocol guideline
✲ไม่มีฐานข้อมูลสนับสนุนให้การบริหารจัดการข้อมูลง่ายขึ้น อาทิ ทะเบียนผู้ป่วยเก่า/ใหม่/ขาดนัด/ขาดยา/กระตุ้นบริหารยังไม่ครบโปรแกรม/ยังเข้าไม่ถึงสิทธิผู้พิการ เป็นต้น	✲ประสานเวชระเบียนและ IT ในการจัดระบบและพัฒนาโปรแกรม HosXp เพิ่มเติม โดยอยู่ภายใต้สิทธิผู้ป่วยร่วมด้วย

แนวทางการดำเนินงาน CDC system (5 Zone) จากการระดมสมองร่วมกันให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง และใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ รายละเอียดดังนี้					
หน่วยบริการในโซน	**Zone 1** **(พื้นที่นำร่องขยาย)** **CMU, โนนทัน, หมากเลื่อม, ห้วยลึก**	**Zone 2** **(พื้นที่นำร่อง)** **นามะเฟือง, โนนคูณ, ข้องโป้**	**Zone 3** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หัวนา, บ้านบก, บ้านพร้าว, ป่าไม้งาม, โคกกลาง**	**Zone 4** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **สอน.ทุ่งโปร่ง, นาคำไฮ, ยางหลวงเหนือ, โนนสมบูรณ์, ดอนยานาง**	**Zone 5** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หนองบัวโซม, ห้วยโจด, นาเลิง, หนองหว้าน้อย**
คัดกรอง ต.ค.-มี.ค.	ชุมชนรณรงค์โดย อสม.ครอบครัว (เฉลี่ย 1 : ผส.5) ทีละชุมชน บูรณาการการคัดกรองสุขภาพประจำปี รูปแบบแบ่งฐานได้ทุกงานที่เกี่ยวข้องใช้งบ สปสช.ท้องถิ่น	อสม./ CG/ นักบริบาลที่มีประสบการณ์แล้วเพิ่มการครอบคลุมการคัดกรอง และรายเก่าจะทำการคัดแยกไปพร้อมรณรงค์คัดกรอง อปท. ให้การสนับสนุนขับเคลื่อนดี	CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCsพื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่) บูรณาการในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อสม. ครอบครัว (เฉลี่ย 1:ผส.5)	มีการทำงานแบบพี่น้องเกื้อกูลภายในโซน แบบวิถีชุมชน บูรณาการงบกองทุน สปสช. และLTC ท้องถิ่น กำลังพลแบบลงแขก รณรงค์เวียนช่วยกันเป็นเจ้าภาพ	CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCsพื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่) บูรณาการในการคัดกรองสุขภาพประจำปี
คัดแยก เม.ย-กค.	ให้ CDCs ส่วนกลางลงเชิงรุก เพราะใกล้ รพ.แม่ข่าย และให้ช่วย Coachingให้	CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCsพื้นที่เพราะไม่ได้ใช้ประจำและขาดความมั่นใจ	ให้ CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCs พื้นที่เข้มแข็ง เพื่อดำเนินการในพื้นที่ เชิงรุกที่บ้านด้วย	ให้ CDCs ส่วนกลางช่วย Coaching ให้CDCs พื้นที่เข้มแข็ง เพื่อดำเนินการเองชุมชนเป็นฐาน หมุนเวียน	ให้ CDCs ส่วนกลางลงเชิงรุกช่วย พร้อมกับ Coachingให้ CDCsพื้นที่ (รับงานใหม่)

แนวทางการดำเนินงาน CDC system (5 Zone) จากการระดมสมองร่วมกันให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง และใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ รายละเอียดดังนี้					
หน่วยบริการในโซน	**Zone 1** **(พื้นที่นำร่องขยาย)** **CMU, โนนทัน, หมากเลื่อม, ห้วยลึก**	**Zone 2** **(พื้นที่นำร่อง)** **นามะเฟือง, โนนคูณ, ข้องโป้**	**Zone 3** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หัวนา, บ้านบก, บ้านพร้าว, ป่าไม้งาม, โคกกลาง**	**Zone 4** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **สอน.ทุ่งโปร่ง, นาคำไฮ, ยางหลวงเหนือ, โนนสมบูรณ์, ดอนยานาง**	**Zone 5** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หนองบัวโซม, ห้วยโจด, นาเลิง, หนองหว้าน้อย**
	CDCsพื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่)			เจ้าภาพในโซน เพื่อเอื้อผู้สูงอายุให้ได้รับบริการในชุมชน	
ดูแลต่อเนื่อง เม.ย-กย.	กลุ่มปกติ ติดตามปีละครั้ง เสริม Brain Exs. ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน กลุ่มMCI จัดTEAM-Vรวมกันในโซน ยังไม่วางแผนประเมินความพร้อมก่อน	กลุ่มปกติ ติดตามปีละครั้ง เสริม Brain Exs. ผู้สูงอายุประจำเดือนร่วมกับไตรภาคี กลุ่มMCI จัดTEAM-V รายใหม่ CDCs ส่วนกลางช่วย Coaching กลุ่มสมองเสื่อม	กลุ่มปกติ ติดตามปีละครั้ง เสริม Brain Exs.ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน กลุ่มMCI นัดจัดTEAM-Vในโซนลงแขก กลุ่มสมองเสื่อม LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ	กลุ่มปกติ ติดตามคัดกรองปีละครั้ง นโยบาย 3หมอ ช่วย Brain Exs.ในกิจกรรมชมรม/ร.ร.ผู้สูงอายุประจำเดือน คนที่ไม่มาเข้าเชิงรุกเพิ่ม กลุ่มMCI นำโปรแกรมTEAM-Vมาขยายผลในพื้นที่ CDCs ส่วนกลางช่วยCoaching	กลุ่มปกติ ติดตามปีละครั้ง เสริมBrain Exs. ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน กลุ่มMCI นัดจัดTEAM-Vรายเก่า ปีที่ผ่านมาในโซน แต่ยังไม่วางแผน กลุ่มสมองเสื่อม

แนวทางการดำเนินงาน CDC system (5 Zone) จากการระดมสมองร่วมกันให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง และใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ รายละเอียดดังนี้					
หน่วยบริการในโซน	**Zone 1** **(พื้นที่นำร่องขยาย)** **CMU, โนนทัน, หมากเลื่อม, ห้วยลึก**	**Zone 2** **(พื้นที่นำร่อง)** **นามะเฟือง, โนนคูณ, ข้องโป้**	**Zone 3** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หัวนา, บ้านบก, บ้านพร้าว, ป่าไม้งาม, โคกกลาง**	**Zone 4** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **สอน.ทุ่งโปร่ง, นาคำไฮ, ยางหลวงเหนือ, โนนสมบูรณ์, ดอนยานาง**	**Zone 5** **(พื้นที่นำร่อง ขยาย)** **หนองบัวโซม, ห้วยโจด, นาเลิง, หนองหว้าน้อย**
	กลุ่มสมองเสื่อม LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ	จัดทำCare Plan CM ไตรภาคีร่วมดูแล		แบบ รพ.สต.เวียนเจ้าภาพจัดค่าย อปท.ขับรถพาผู้สูงอายุไปร่วมพบปะสังคมใหม่ๆ ในโซน กลุ่มสมองเสื่อม LTC บูรณาการไตรภาคี	LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ปีที่ 2 พ.ศ. 2563

จากการประชุมร่วมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการพัฒนาระบบ 2 ปีต่อเนื่อง (พ.ศ. 2562-2563) ของทีมพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ตามกรอบแนวคิดที่เริ่มดำเนินการพัฒนา เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2562 ได้รับข้อเสนอแนะพัฒนาปรับปรุงเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ และทีมส่วนกลาง ในวันที่ 6 มกราคม 2563 สรุปรายละเอียด 6 คุณลักษณะ ได้ดังนี้

6 คุณลักษณะ	ผลการดำเนินงาน	แผนพัฒนาระบบปีที่ 2
ครบวงจร (Comprehensive)	พื้นที่มีต้นแบบที่ครบวงจรแล้ว และจะคงไว้ซึ่งบริการคัดแยก/คัดกลุ่มโดย สภาลูกขุนเชิงรุก และ มี Clinic ผู้สูงอายุ จัดบริการรูปแบบ One Stop Service ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนแล้ว	✲ระบบคัดกรอง : ผู้ดูแลและชุมชนใช้ 14 ข้อคำถามได้ ในการเพิ่มศักยภาพ อสม ร่วมกับ นสค. ให้ใช้ AMT 2Q ✲ระบบคัดแยก : ฟื้นฟู/เสริมเทคนิค Aging Manager/CM (ใช้ MMSE, MoCA, TGDs, IQ-code) โดยทีมลูกขุน Coaching ✲ระบบคัดกลุ่ม : มีcenter คือ คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพระบบ Fast Track ส่วนบริการเชิงรุก จะมุ่งเน้นบูรณาการผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพโดยภาคีมีส่วนร่วม ✲ระบบบริการดูแล : ออกแบบกิจกรรมกลุ่มปกติ และ MCI(รายเก่า) กระตุ้นซ้ำ/ติดตามผลลัพธ์หลังผ่านTEAM-V เตรียมแผน TEAM V Mobile รวมทั้งการร่วมจ่าย (Copay) งบประมาณในเครือข่ายท้องถิ่นส่วนการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อม (ทีมจะเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Specialize LTC และบริการระดับทุติ - ตติยภูมิของกรมแพทย์ ในระยะต่อไป)
มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless	ปี พ.ศ. 2562 ระยะแรกในพื้นที่หมุนระบบครบวงจรโดยมีคณะกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (ไม่ได้ตั้งขึ้นใหม่) ที่ร่วมมือกันเป็น	✲ระบบคัดกรอง-คัดแยก : มุ่งเน้นบูรณาการบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อย่างเต็มรูปแบบ และเน้น Copay งบท้องถิ่น

6 คุณลักษณะ	ผลการดำเนินงาน	แผนพัฒนาระบบปีที่ 2
	รูปธรรม ชัดเจนแล้ว และมี Clinic ผู้สูงอายุ เป็น Center เชื่อมประสานทั้งระบบ	โดยเสริมพลังด้วยรูปแบบจากต้นแบบปีแรก พร้อมมีทีมลูกขุนเป็น Coaching ✲ระบบคัดกลุ่ม-บริการดูแล : พัฒนาการเชื่อมมือกันทั้งส่วน Fast Track และรับบริการ One Stop Service ระหว่างแผนกและสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน–ท้องถิ่นร่วมบริการ/รับส่งต่อ
ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	✲ปีแรกพื้นที่นำร่อง 3 แห่ง หมุนระบบครบวงจร เป็นรูปธรรม ชัดเจนแล้วโดย Clinic ผู้สูงอายุ เป็น Center ระบบ ✲บริการ คัดกรองได้ ร้อยละ 72 โดยท้องถิ่น/ชุมชนสนับสนุนงบและช่วยประสานงาน, คัดแยก/คัดกลุ่มทีมลูกขุนลงเชิงรุกได้ ร้อยละ 100 ส่งต่อรับการคัดกลุ่มทุกราย (แต่ผู้สูงอายุและครอบครัวไม่สมัครใจมา 5 ราย) MCI เข้าถึงบริการเชิงรุก Copay งบท้องถิ่น ได้ร้อยละ 85.7 (ไม่สะดวกเข้าร่วม 3 ราย) กลุ่มที่เข้าระบบคัดแยก/กลุ่ม คลินิกผู้สูงอายุ ได้ทำการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 92.3 (เคส Fast Track 2 ราย หายจากทะเบียนบริการปกติ)	เป้าหมายบริการทั้ง อ.เมือง คัดกรอง-คัดแยก ครอบคลุม ร้อยละ 80 ✲เผยแพร่เสริมพลัง รูปแบบการมีส่วนร่วมของพื้นที่นำร่อง เป็นต้นแบบในการขยายผลเต็มพื้นที่อำเภอเมือง ใช้ชุมชนเป็นฐาน มีทีมลูกขุนเป็น Coaching สสอ.เมือง การติดตามกำกับข้อมูลในระบบ HDC ให้แล้วเสร็จก่อน 15 มี.ค. พ.ศ. 2563 ✲ร่างตุ๊กตาแผนงาน/โครงการ Copay งบ (คัดกรอง, คัดแยก, TEAM-V, Brain Exercise, Brain Care) ใช้ในพื้นที่ ✲พัฒนาระบบ IT เอื้อต่อการระบบบริการไม่ต้องสร้างโปรแกรมใหม่, (HosXp. LTC, Data Center)
เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Access)	✲ระยะแรกของการพัฒนา (ปี พ.ศ. 2562) พื้นที่จะพัฒนาระบบเชื่อมประสาน ไตรภาคีมีส่วนร่วม เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยมี Clinic	✲Model จะขับเคลื่อนขยายบริการคัดกรอง-คัดแยก และการเข้าถึงบริการคัดกลุ่ม-ดูแลต่อเนื่อง One Stop Service ให้เต็มพื้นที่ 15 ตำบล พัฒนาคุณภาพระบบ Fast Track

6 คุณลักษณะ	ผลการดำเนินงาน	แผนพัฒนาระบบปีที่ 2
	ผู้สูงอายุ เป็น Center เปิดระบบFast Track	
เป็นความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	ในระยะแรกการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง มีการเชื่อมประสาน ไตรภาคีมีส่วนร่วมเป็นรูปธรรม ชัดเจนทุกระบบ	✲ทีมพัฒนาจะคืนข้อมูล และนำเสนอขยายรูปแบบระบบบริการพื้นที่นำร่องในเวทีระดับจังหวัด (สสจ. อบจ. พมจ. แรงงาน สังคมสงเคราะห์ ชมรม แกนนำ ร.ร.ผส. สมาคมสาขาสภาผู้สูงอายุฯ) โดยแปลงภาษาสื่อสารให้ภาคส่วนอื่น ๆ เข้าใจง่ายมองภาพไปในทิศทางเดียวกัน ✲แม่ข่าย : จัดทำคู่มือ/หลักสูตร/คลิปวีดีโอ แบบง่าย ภาษาพื้นถิ่น บูรณาการสร้างความตระหนัก/ร่วมกับค้นหาภาวะหลงลืม (คล้ายสื่อของ STROKE, STEMI) เผยแพร่ พร้อมทั้งเป็นพี่เลี้ยงในการขยายระบบร่วมกัน (รพช. อปท. ชมรม ร.ร.ผส. พมจ.) ✲รพ.สต.คืนข้อมูล เผยแพร่ หาแนวร่วมและเสนอแผนงาน Copay งบในระดับท้องถิ่น
เป็นการบูรณาการ (Integration)	✲ปีแรก พื้นที่นำร่อง บูรณาการครบทุกระบบ ส่วนกลุ่มพึ่งพิงบูรณาการร่วมเรียนรู้ไปด้วยกันครอบคลุม (คงเหลืออีก 4 รพ.สต.) ส่วนระบบบริการดูแลบูรณาการหน้างานประจำครบทุก มีเพียงกลุ่ม MCI ที่เริ่มนำร่องเชิงรุก 1 แห่ง (ทุกรายเข้าระบบตั้งรับที่ รพ.แม่ข่าย) อยู่ในระหว่างติดตามผลลัพธ์ ส่วนกลุ่มติดบ้านติดเตียง และกลุ่มสมองเสื่อม ยังไม่มีรูปแบบเฉพาะ	✲ระบบคัดกรอง,คัดแยก : บูรณาการในบริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีระดับพื้นที่ และนำเข้าหลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. พร้อมทั้งบูรณาการฟื้นฟูองค์ความรู้ นิเทศติดตามกำกับคุณภาพบริการในแผนงาน “บูรณาการปฐมภูมิสู่รากหญ้า” พร้อมเสนอแผนCopay งบท้องถิ่นให้ทันเวลาปฏิทินท้องถิ่น ✲ระบบคัดกลุ่ม : คงไว้ซึ่งสภาลูกขุนเชิงรุก เน้นบทบาทCoachingและบูรณาการ

6 คุณลักษณะ	ผลการดำเนินงาน	แผนพัฒนาระบบปีที่ 2
	ทางที่วัดผลได้ แต่ทุกรายได้รับบริการติดตามเยี่ยมบ้าน LTC Link / ติดตามให้เข้าถึงสิทธิผู้พิการ	บริการเยี่ยมบ้าน และจะทำการพัฒนาต่อยอดใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HosXp JHCIS LTC Link HDC Data Center (ไม่สร้างระบบหรือโปรแกรมใหม่) ให้ครอบคลุม มีคุณภาพยิ่งขึ้น ✵ระบบบริการดูแล : คงไว้ซึ่ง TEAM-V เชิงรุก (ในพื้นที่ที่มีความพร้อม) รวมกับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพทุกแห่ง (เริ่มจาก 4 แห่ง ที่ยังไม่ได้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2562) คลินิกผู้สูงอายุเป็นแกนหลัก ในการเชื่อมระบบ/การทบทวนระบบบริการตั้งรับคุณภาพภายใน รพ.แม่ข่าย และเข้าร่วมแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับทุติ-ตติยภูมิ (เน้นหนักโดยเฉพาะแผนกที่เกี่ยวข้องใน Flow บริการ)

สรุปผลการระดมสมอง ร่วมกันร่างแนวทางขับเคลื่อน CDC System (ระยะที่ 3) อำเภอเมืองหนองบัวลำภู ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู



ปัญหาและอุปสรรค และโอกาสพัฒนาบริการคัดกลุ่ม คลินิกผู้สูงอายุ (DCC)

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
สถานที่	จัดหาสถานที่ ปรับสถานที่ จัดมุมทำกิจกรรมให้กว้างมากขึ้น ทำป้ายจุดสังเกต/แนะนำ ปรับห้องน้ำตึกX-rayให้ผ่านเกณฑ์
มีการปรับเปลี่ยนบุคลากร และไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิกผู้สูงอายุ/ไม่มี Neuro MED	-ทบทวนระบบปรับลด/กำหนดวันบริการคลินิกชัดเจน บริหารจัดการภายใต้รูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (ทีมสหวิชาชีพ) -ส่ง GP เพื่อพิจารณาประสาน/ปรึกษาระหว่างแผนกเป็นรายๆ ไป และเสนอผู้บริหารพิจารณาตามลำดับ
ใช้เวลานาน ในการประเมิน/จัดบริการต่อราย	ทบทวนแนวทางการคัดกรอง คัดแยกแก่พื้นที่/หน่วยเชิงรุก (ทีมหมอครอบครัว) และส่งต่อระดับทุติ-ตติยภูมิเฉพาะรายที่เข้าเกณฑ์
ไม่สามารถคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุที่มารับบริการได้ทุกราย	คัดเลือกผู้ที่มีความเปราะบาง เข้ารับบริการรายบุคคลก่อน และใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริม แล้วนัดรับบริการรายที่สมัครใจ พัฒนาITช่วยแต่ไม่เพิ่มงาน, ร่วมขยายเครือข่ายตระหนักรู้

ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไข/พัฒนาต่อเนื่อง

CDC system	ปัญหาและแนวทางแก้ไข
การคัดกรอง	การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสม โดยทบทวน ชี้แจงและส่งแบบคัดกรองมาตรฐานให้ทันเวลา เข้าถึง ครอบคลุม พื้นที่นำประเด็นคัดกรองสมองเสื่อม บูรณาการเข้าในหลักสูตรการประชุม อสม. และให้ตระหนักถึงความสำคัญ
การคัดแยก	เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับพื้นที่ระยะที่ 1 จัดบริการสภาลูกขุนเชิงรุก จะบูรณาการร่วมกับแผนงาน LTC แม่ข่ายต่อเนื่อง ในรายไม่เร่งด่วน แต่มีเคสหลุดจากระบบติดตาม เมื่อใช้ช่องทาง Fast Track ซึ่งทีมจะทำการทบทวนระบบควบคู่ไปกับพัฒนาระบบ IT ใน HosXp เพื่อพัฒนาคุณภาพทะเบียน วินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อที่มีคุณภาพ
การคัดกลุ่ม	ระบบ One Stop Service ทุกวันจันทร์-วันพุธ (ตามตารางจิตแพทย์) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพแล้ว ปีที่2 พัฒนาระบบ Fast Track เพื่อให้

CDC system	ปัญหาและแนวทางแก้ไข
	เข้าระบบวินิจฉัยมาตรฐานเดียวกัน (วินิจฉัยล่าช้า/เคสหายจากทะเบียนส่งต่อ) โดยทำ GAP Analysis ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในทีมวินิจฉัยส่งต่อ
การดูแลต่อเนื่อง	กิจกรรมสร้างเสริมความจำ : มีหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซ่บ (นอนหลับ) และบุคลากรและภาคีได้รับการถ่ายทอดหลักสูตรในการบูรณาจัดในชมรม/รร.ผส./ศพด. ระดับพื้นที่ได้ แต่ยังขาดการติดตาม ประเมินผล และควรชี้แจงหลักสูตรก่อนแผนงบท้องถิ่นจะพิจารณาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง : ในชุมชนเข้าถึงบริการ แต่ในระยะพัฒนาเพื่อคุณภาพต้องใช้ทีมหลักคือ รพ.แม่ข่าย ร่วมกับพื้นที่จัดรูปแบบ Mobile โดยปี 2 จะขยายพื้นที่บริการอีก 2 แห่ง โดยร่วมกับท้องถิ่น และจัดทำแผนงานโครงการมาตรฐานเผยแพร่ให้ พื้นที่ง่ายต่อการเตรียมแผนจัดการให้พร้อมรองรับต่อไป ระบบวินิจฉัย ส่งต่อ รักษาดูแล (รพ.แม่ข่าย) : รูปแบบสภาลูกขุนเชิงรุกสามารถจัดระบบตอบโจทย์ผลลัพธ์ได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนระบบบริการตั้งรับ ปีที่ 2 จะต้องมีการตกลงร่วมกันในฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดระบบให้สอดคล้องกับวิถีบริการองค์กร ทรัพยากรที่มีและนโยบายของผู้บริหารต่อไป ระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม : มีการบูรณาการในโปรแกรมหน้างานปกติได้ แต่ยังขาดรูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้นำร่องบริการได้เลย

ปัจจัยความสำเร็จ (ด้านแกนนำ/ทีมสนับสนุน)

ระบบ	แกนนำ	ทีมสนับสนุน
คัดกรอง-คัดแยก	✲ ร่วมแรงร่วมใจ พร้อมเรียนรู้เปิดใจ ✲ ทำงานเป็นทีมเหนื่อยแต่คุ้มค่า ✲ มีแพทย์ร่วมทีมสหฯ ที่เข้มแข็ง ✲ ผู้ปฏิบัติมีองค์ความรู้ มีส่วนร่วมในการพัฒนาต่อยอดโดยอิงมาตรฐานวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	✲ ท้องถิ่นให้ความสำคัญ ร่วมแรงร่วมใจ พร้อมเรียนรู้ และสนับสนุน ✲ CG ร่วมมือร่วมใจ โดยไม่มีค่าตอบแทน ✲ ปรึกษาทั้งรพ.แม่ข่าย และสถาบันเวชศาสตร์ฯ สนับสนุนวิชาการ ติดตามคุณภาพต่อเนื่อง

ระบบ	แกนนำ	ทีมสนับสนุน
บริการและการดูแล	✲ผู้ประสานงานภาพรวม ในแต่ละระบบ มองเห็นโอกาสในการพัฒนาระบบหน้างานประจำ (คัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม บริการดูแล) อาทิ การเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพ รูปแบบบริการดูแล MCI/ สมองเสื่อม บูรณาการโปรแกรมหน้างาน HosXp LTC Links วัดติดตาม ปรับปรุง กำกับผลลัพธ์ต่อเนื่อง ✲ทำงานเป็นทีม กัลยาณมิตร พร้อมพัฒนาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยภาคีมีส่วนร่วม	✲ท้องถิ่นให้ความสำคัญ ใส่ใจพร้อมเรียนรู้และสนับสนุน และบูรณาการแผนงาน หลักสูตร กิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบดูแลในชุมชน ✲CG ร่วมมือร่วมใจ ติดตามดูแล จริงใจ ✲มีผู้บริหารองค์กรให้การสนับสนุนแม้ไม่ใช่ตัวชี้วัด ✲สถาบันเวชศาสตร์ฯ สนับสนุน อบรมพัฒนาบุคลากร ติดตาม คุณภาพต่อเนื่อง ✲รพศ.อุดรธานีเป็นที่ปรึกษา/ผลักดันพัฒนาระดับเขต

การดำเนินงานขับเคลื่อน CDC System อ.เมืองหนองบัวลำภู

1. ภาคีร่วมแรงร่วมใจ พร้อมเรียนรู้เปิดใจ

2. สร้างโอกาสด้วยรูปแบบ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กับการแบ่ง Primary Care Cluster อ.เมืองหนองบัวลำภู (ใช้จุดแข็งบริบทแต่ละ Zone)

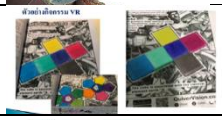
สรุปแนวทางการดำเนินงาน CDC system จากการระดมสมองร่วมกัน (5 Zone)

หน่วยบริการ	Zone 1 **CMU, โนนทัน, หมากเลื่อม, ห้วยลึก**	Zone 2 (นำร่อง ระยะที่ 1) **นามะเฟือง, โนนคูณ, ข้องโป้**	Zone 3 **หัวนา, บ้านบก, บ้านพร้าว, ป่าไม้งาม, โคกกลาง**	Zone 4 **สอน.ทุ่งโปร่ง, ยางหลวงเหนือ, นาคำไฮ,โนนสมบูรณ์, ดอนยานาง**	Zone 5 **หนองบัวโซม, ห้วยโจด, นาเลิง, หนองหว้าน้อย**
คัดกรอง	ชุมชนรณรงค์โดย อสม. ครอบครัว (เฉลี่ย 1 : ผส.5) ทีละชุมชนบูรณาการการคัดกรองสุขภาพประจำปี รูปแบบแบ่งฐานได้ทุกงานที่เกี่ยวข้อง ใช้งบสปสช.ท้องถิ่น	อสม./CG/นักบริบาลที่มีประสบการณ์แล้ว จะเพิ่มการครอบคลุมการคัดกรอง และรายเก่าจะทำการคัดแยกไปพร้อมรณรงค์คัดกรอง อปท.สนับสนุนขับเคลื่อนดี	CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCs พื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่) บูรณาการในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อสม.ครอบครัว (เฉลี่ย 1 : ผส.5)	มีการทำงานแบบพี่น้องเกื้อกูลภายในโซน แบบวิถีชุมชน บูรณาการงบกองทุน สปสช. และ LTC ท้องถิ่น กำลังพลแบบลงแขกรณรงค์เวียนช่วยกันเป็นเจ้าภาพ	CDCs ส่วนกลางช่วย Coaching ให้CDCsพื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่) บูรณาการในการคัดกรองสุขภาพประจำปี ยังไม่วางแผนเร่งรณรงค์
คัดแยก	CDCs ส่วนกลางลงพื้นที่เชิงรุกเนื่องด้วยเพราะใกล้ รพ.แม่ข่าย และให้ช่วย Coachingให้CDCsพื้นที่เข้มแข็ง (รับงานใหม่)	CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้CDCsพื้นที่เพราะไม่ได้ใช้ประจำและขาดความมั่นใจ	ให้ CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้ CDCs พื้นที่เข้มแข็ง เพื่อดำเนินการในพื้นที่ เข้าเชิงรุกที่บ้านด้วย	ให้ CDCs ส่วนกลางช่วย Coachingให้CDCsพื้นที่เข้มแข็ง เพื่อดำเนินการเองชุมชนเป็นฐาน เวียนเจ้าภาพในโซน เพื่อเอื้อผู้สูงอายุให้ได้รับบริการในชุมชน	ให้ CDCs ส่วนกลางลงเชิงรุกช่วยพร้อมกับ Coachingให้CDCsพื้นที่ (รับงานใหม่)
ดูแลต่อเนื่อง	<u>กลุ่มปกติ</u>	<u>กลุ่มปกติ</u>	<u>กลุ่มปกติ</u>	<u>กลุ่มปกติ</u> ติดตามคัดกรองปีละครั้ง นโยบาย 3หมอ ช่วย Brain	<u>กลุ่มปกติ</u> ติดตามปีละครั้ง เสริมBrain Exs.ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน

หน่วยบริการ	Zone 1 **CMU, โนนทัน, หมากเลื่อม, ห้วยลึก**	Zone 2 (นำร่อง ระยะที่ 1) **นามะเฟือง, โนนคูณ, ข้องโป้**	Zone 3 **หัวนา, บ้านบก, บ้านพร้าว, ป่าไม้งาม, โคกกลาง**	Zone 4 **สอน.ทุ่งโปร่ง, ยางหลวงเหนือ, นาคำไฮ,โนนสมบูรณ์, ดอนยานาง**	Zone 5 **หนองบัวโซม, ห้วยโจด, นาเลิง, หนองหว้าน้อย**
	ติดตามปีละครั้ง เสริมBrain Exs.ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน <u>กลุ่มMCI</u> นัดจัดTEAM-Vรวมกันในโซน ยังไม่วางแผน <u>กลุ่มสมองเสื่อม</u> LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ	ติดตามปีละครั้ง เสริมBrain Exs. ผู้สูงอายุประจำเดือนร่วมกับไตรภาคี <u>กลุ่มMCI</u> จัดทำTEAM-Vรายใหม่ CDCs ส่วนกลางช่วยCoaching <u>กลุ่มสมองเสื่อม</u> จัดทำ Care Plan CMไตรภาคีร่วมดูแล	ติดตามปีละครั้ง เสริมBrain Exs.ในกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือน <u>กลุ่มMCI</u> นัดจัดTEAM-Vในโซน แต่ยังไม่วางแผน <u>กลุ่มสมองเสื่อม</u> LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ	Exs.ในกิจกรรมชมรม/ร.ร.ผู้สูงอายุประจำเดือน คนที่ไม่มาเข้าเชิงรุกเพิ่ม <u>กลุ่มMCI</u> นำโปรแกรมTEAM-V ขยายผลในพื้นที่ CDCs ส่วนกลางช่วย Coaching แบบ รพ.สต.เวียนเจ้าภาพจัดค่าย อปท.ขับรถพาผู้สูงอายุไปร่วมพบปะสังคมใหม่ๆ ในโซน <u>กลุ่มสมองเสื่อม</u> LTC บูรณาการไตรภาคี	<u>กลุ่มMCI</u> นัดจัดTEAM-Vรายปีที่ผ่านมาในโซนแต่ยังไม่วางแผน <u>กลุ่มสมองเสื่อม</u> LTC บูรณาการไตรภาคีระบบปกติ

นวัตกรรมและผลงานเด่น : คลินิกผู้สูงอายุ

ผลงาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	พ.ศ. ระบุ	ชื่อผลงาน/ภาพประกอบ
๑	๒๕๖๒	 ได้รับตีพิมพ์วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยผลของโปรแกรมพัฒนาสมองยุค Thailand ๔.๐ ในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (Effect of Thailand ๔.๐ Cognitive Stimulation Program with Mild Cognitive Impairment)
๒	๒๕๖๒	ต้นแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร เขตสุขภาพที่๘ (เป็น ๑ ใน ๑๒ จังหวัดทั้งประเทศ) รูปแบบบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ใช้จริงในพื้นที่
๓	๒๕๖๓	 นำเสนอนวัตกรรมประเภท Oral presentation (กระติบข้าวยากันลืม) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
๔	๒๕๖๔	 นำเสนอนวัตกรรมประเภท Oral presentation (NBH Quiver Vision) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
๕	๒๕๖๕	 นำเสนอนวัตกรรมประเภท Oral presentation (NBH Virtual Reality) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
๖	๒๕๖๖	 Institute of Geriatric Medicine, DMS is inviting you to a scheduled Zoom meeting. การประชุมแลกเปลี่ยนวิชาการการจัดการความรู้และระบบ การบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร นวัตกรรมเรื่องสมองเสื่อม ระดับประเทศ/นานาชาติ (Knowledge management) Time: Feb ๑๖, ๒๐๒๓
๗	๒๕๖๖	 นำเสนอผลงาน วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ชื่อผลงานการยกระดับบริการเชิงรุกคลินิกผู้สูงอายุ “คัดแยก ลงแขก เบ็ดเสร็จต่อเนื่อง” จัดโดยกรมอนามัย
๘	๒๕๖๖	 นำเสนอผลงาน วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ประเภท Oral presentation ชื่อผลงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

๙	๒๕๖๗	Institute of Geriatric Medicine, DMS is inviting you to a scheduled Zoom meeting.Topic: การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ระยะที่ 1) Time: Feb 29, 2024 - Mar 1, 2024 08:00
ลำดับ	**พ.ศ. ระบุ**	**ชื่อผลงาน/ภาพประกอบ**
๑๐	๒๕๖๗	 บทความ Hfcus รพ.หนองบัวลำภู ให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ (Mobile Geriatric Clinic Teams) ชูกิจกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมTime: April ๑๓, ๒๐๒๔

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
ร่วมกับภาคีท้องถิ่น (พื้นที่นำร่อง) เข้าร่วมถอดบทเรียนการดำเนินงานปี 2562 ในเวที KM ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	2562												11-12	โครงการฯ กรมการแพทย์
B การบูรณาการเข้าเป็นงานประจำ	2563													
การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานและแผนการจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ จากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ณ รพ.หนองบัวลำภู โดยภาคีท้องถิ่นทุกระดับเข้าร่วม		6												โครงการฯ กรมการแพทย์
ประชุมทบทวนข้อเสนอแนะแต่ละระบบบริการเพื่อปรับตามกรอบแนวคิด CDC System พร้อมทั้งให้สอดคล้องไปกับบริบทจริงของพื้นที่		7-10												บูรณาการระบบปกติ
ร่วมประชุมปรึกษาหารือ และหาแนวทางบูรณาการดำเนินงานแผนงานเพื่อขยายระบบบริการแบบบูรณาการ ให้ครอบคลุมระดับอำเภอ			5											บูรณาการในแผนงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
														ผู้สูงอายุ ปี 2563 อบจ.นภ.
ติดตามผู้สูงอายุ(MCI)ที่ผ่านการร่วมกิจกรรม TEAM-V (พื้นที่นำร่อง) ครบ 3 เดือน และ 9 เดือน			7						7					บูรณาการระบบปกติ, เทศบาลนามะเฟืองร่วมให้กำลังใจ
A การทำตามสไตล์ของพื้นที่ (ปีที่ 2)														
1.การพัฒนาระบบคัดกรอง-คัดแยก 1.1สื่อสารชี้แจงให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งในสังกัด CUP เมืองหนองบัวลำภู (20 รพ.สต.+ 1CMU) 1.1.1 อสม./ CG ใช้เครื่องมือคัดกรองผู้สูงอายุ (ครอบคลุมร้อยละ 80) ในปี 2563 ด้วย 2Q, 14 ข้อคำถาม, Mini Cog 1.1.2 นสค. ใช้เครื่องมือคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยง/สงสัย (ร้อยละ 100) ด้วย 2Q, AMT 1.2 เสริมศักยภาพบริการคัดแยก จนท.หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง ใน CUP เมือง														มี KPI กำกับติดตามระดับเขต โดยผู้ประสานงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู CUP เมือง บูรณาการ ✲ ระบบสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มปกติ ✲ ติดตามรายงานผ่าน HDC, ทะเบียน สรุปผลลัพธ์คุณภาพ

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
หนองบัวลำภู ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือของสถาบันฯ (แห่งละ 1 คน) โดยมีทีมสภาลูกขุน เป็น Coaching 1.2.1 ใช้เครื่องมือในการคัดแยก TGDs แบบ 15 ข้อ, MMSE, MoCA และ IQ code แบบ 8 ข้อ 1.2.2 ในรายที่สงสัย/ไม่แน่ใจ ประสานงานผ่านไลน์กลุ่ม นัดหมายเพื่อรับการยืนยันผลการคัดแยก-ส่งต่อ ได้ที่ PCC อ.เมือง / OPD GP เชิงรุก, ในรายเร่งด่วน/มีอารมณ์รบกวน ส่งเข้าระบบ Fast Track 1.2.3 หน่วยบริการสุขภาพ จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่คัดกรอง/คัดแยก พบความเสี่ยง/สงสัย 1.2.4 สรุปทะเบียนผลลัพธ์คุณภาพบริการประจำหน่วยบริการ เพื่อจัดบริการดูแลติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม														บริการประจำหน่วยบริการ

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
1.2.5 บันทึกข้อมูลผลการคัดกรอง คัดแยก ดูแลส่งต่อ ใน JHCIS เพื่อส่งรายงานผ่าน HDC กระทรวงต่อไป														
2.การพัฒนาระบบคัดกลุ่ม 2.1 ประชุมหารือเพื่อปรับรูปแบบการรับส่งต่อเพื่อเข้าถึงการวินิจฉัยกับจิตแพทย์														บูรณาการระบบปกติ
2.1.1 กรณีปกติ : ผู้สูงอายุพร้อมด้วยผู้ดูแลนำใบส่งตัวมาแสดงที่จุดคัดกรอง ก. วันจันทร์-วันพุธ และศุกร์ ส่งคลินิกจิตเวชพบจิตแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยรักษา														
ข. วันศุกร์ บริการรูปแบบ One Stop Service โดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ				จัดตารางพยาบาลเข้าสู่สถานการณ์โควิด-19										
ค. แพทย์นัดรับบริการ Brain exercise/Brain training วัน จันทร์ ที่คลินิกกิจกรรมบำบัด วัน ศุกร์ ที่คลินิกผู้สูงอายุ				งดบริการเพื่อการจัดระบบบริการตามแนวทาง Social Distanced										
ง. สรุปผลการวินิจฉัยรักษา ขึ้นทะเบียน ส่งต่อข้อมูลแก่ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง														บูรณาการในระบบปกติ ของ HosXp

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
จ. ติดตาม ทบทวนผลลัพธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการวินิจฉัยรักษา ดูแล ส่งต่อ ประจำทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน														และสรุปรายงานประจำเดือน
2.1.2 กรณีรายเร่งด่วน (Fast Track) : ก. เพิ่มศักยภาพพยาบาลจุดบริการคัดกรองผู้ป่วยนอก/ER/EMS ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง-คัดแยก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ														บูรณาการพัฒนาคุณภาพบริการวิชาการ ในระบบปกติ ของกลุ่มการพยาบาล
ข. ผู้เกี่ยวข้องของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิร่วมมือกัน ติดตามทบทวนเส้นทางการวินิจฉัย ส่งต่อ รักษา ดูแล บำบัดผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง				New case covid-19	สำรวจ ป้องกัน เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ (ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว)									บริการ Brain exercise/Brain training แบบไม่มีกำหนดจนกว่าสถานการณ์โควิด-19 เข้าสู่ปกติ
3.การพัฒนาระบบบริการ Brain exercise/Brain training และดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 3.1 ประชุมพูดคุยร่วมกับ อบจ.นภ. เพื่อหาแนวทางขยายรูปแบบการจัดบริการ Brain			5											บูรณาการระบบปกติ

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
exercise / Brain training และดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ปี1 นามะเฟืองโมเดล) โดยภาคีมีส่วนร่วม ครอบคลุมพื้นที่ อ.เมืองหนองบัวลำภู														
3.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเผยแพร่แนวคิดและรูปแบบการบูรณาการโดยภาคีมีส่วนร่วม (ปี1 นามะเฟืองโมเดล) ประกอบด้วยท้องถิ่น/แกนนำชมรม-ร.ร.ผู้สูงอายุ/จนท.ผู้เกี่ยวข้อง รวม 200 คน						7 ชะลอก่อน								บูรณาการงบส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อบจ.ปี 2563 ขยายรอบคลุมเขต อ.เมือง
3.3 พัฒนาและออกแบบกิจกรรมและรูปแบบบริการ ก. Brain exercise ในกลุ่มปกติ ในชมรม-ร.ร.ผู้สูงอายุ														ผู้ประสานงานในระดับบริการปฐมภูมิ + นักกิจกรรมบำบัด บูรณาการในระบบปกติ
ข. Brain training (กลุ่มที่เคยผ่าน TEAM-V แล้วยังต้องฟื้นฟูต่อเนื่อง) พร้อมติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมระยะที่ 2														
ค. Brain exercise ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวม														

ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
3.4 สนับสนุนคุณภาพบริการ Brain exercise /Brain training (เพิ่มบริการ TEAM-V ที่ PCC อ.เมือง และTEAM-V โมบาย ในพื้นที่) ร่วมเยี่ยม ดูแลสูงอายุสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง					งดบริการแบบไม่มีกำหนดจนกว่าสถานการณ์โควิด-19 จะเข้าสู่ปกติ									บูรณาการระบบปกติ
3.5 นิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลลัพธ์อย่างมีส่วนร่วม พร้อมคืนข้อมูล พื้นที่ และนำเสนอผู้บริหารตามลำดับ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ก. ในกลุ่มปกติ ในชมรม-ร.ร. ผู้สูงอายุ ช่องทางระบบ online กลุ่มส่งเสริม CUPเมือง รายงานตรวจราชการ การประชุม คป.สอ., กวป., HDC กระทรวง		ต ก . รอบปกติ					ต ก . รอบปกติ						สรุปไตรมาสแรก	บูรณาการระบบปกติ
ข. ในกลุ่มเสี่ยง (MCI และการสนับสนุน TEAM-V Mobile, ช่องทาง ไลน์กลุ่ม CM CUP เมือง รายงานตรวจราชการ การประชุม คป.สอ., กวป. HDC กระทรวง HosXp		ต ก . รอบปกติ	7 F/U				ต ก . รอบปกติ		7 F/U				สรุปไตรมาสแรก	
ค. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทีมหมอครอบครัว, ช่องทางไลน์กลุ่ม CM, ส่งต่อเตียง3,4 ของ CUPเมือง ประชุม COC รายงานตรวจ		ต ก . รอบปกติ	โปรแกรม LTC เขตสุขภาพที่ 8				ต ก . รอบปกติ	โปรแกรม LTC เขตสุขภาพที่ 8					สรุปไตร	

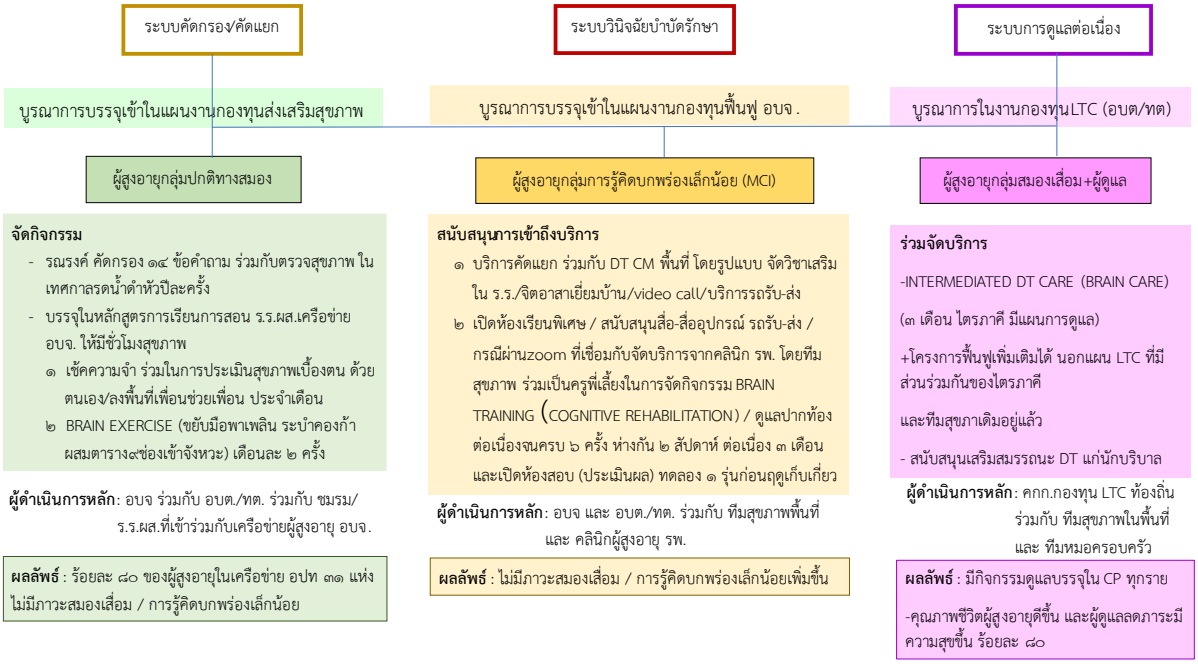
ปฏิทินการดำเนินงาน พ.ศ. 2562-2564

Input	พ.ศ.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	รายละเอียดเพิ่มเติม
ราชการ การประชุม คป.สอ., กวป., โปรแกรม LTC เขตสุขภาพที่ 8, รายงานประจำเดือนศูนย์ดูแลต่อเนื่อง, สรุปทะเบียนส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ และ จากโปรแกรม HosXp													มาสแรก	
C การจัดการผลลัพธ์	2564													
การถอดบทเรียนการดำเนินงาน														โครงการฯ กรมการแพทย์
1. implementation process (ตั้งแต่ปี 2562-64)														
2. outcome/impact management (ปี 2563)														
2564														

แผนการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม : สำนักงาน

	ปีงบประมาณ2565				รายละเอียดเพิ่มเติมอาทิ.... ใครทำ/ร่วม ที่ไหน อย่างไร ใช้งบอะไร
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
การพัฒนาระบบคัดกรอง 1. อบรมฟื้นฟูความรู้ อสม/CG การใช้เครื่องมือคัดกรอง (2Q, Mini Cog , AMT, 2 Q) 2. ทบทวนและคืนข้อมูลปี64 ทำการกำหนดเป้าคัดกรอง(ราย ใหม่) ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) ชี้เป้า(รายชื่อผู้สูงอายุ) ที่ จะทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมปี 2565 3. พื้นที่ดำเนินการคัดกรอง และสรุปผลการคัดกรอง, คีย์ข้อมูล43 แฟ้ม และส่งรายงานใน Data Center/ HDC / LTC link					
การพัฒนาระบบคัดแยก 1 จัดอบรมฟื้นฟูและเพิ่มพูนทักษะการใช้เครื่องมือคัดแยก (หลักสูตร 2 ชั่วโมง) ให้ (คลินิกผู้สูงอายุ รพช CM 6 อำเภอ.....คน) 2 พื้นที่ขยาย (อ.นากลาง/อ.โนนสัง)เตรียมลงคัดแยก(TGDs 15 ข้อ, MMSE, MoCA) สถานที่ ประสานทีมทำงาน บริหารจัดการเป้าคัดแยก(รายเก่า+ใหม่64) ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ100)					
การพัฒนาระบบวินิจฉัยรักษา 1. จัดทำทะเบียนเพื่อช่วยในการวางแผน การจัดการดูแลผู้สูงอายุ ครบวงจรต่อเนื่อง+ส่งรายผิดปกติ (TGDs/MMSE) รับการคัดกลุ่มที่ คลินิกจิตเวช รพท/นภ. 2. สรุปผลการวินิจฉัยรักษา(ส่งต่อ) จัดทำทะเบียน (ประจำสรุปผลลัพธ์การคัดกลุ่ม ประจำรอบปีงบประมาณ 2565) และคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง(AgM , DT CM ระดับอำเภอ) เพื่อ ประสานงานและจัดการดูแลต่อเนื่องร่วมกับพื้นที่ 3. ประเมินและจัดบริการดูแลผู้สูงอาย					
การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง **1. อบรมและฝึกทักษะการจัดกิจกรรม**กลุ่มปกติ : Brain Exercise กลุ่มที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) : Brain Training ผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผนการกระตุ้นต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม : Brain Rehab.**ที่คลินิกผู้สูงอายุ รพ...**					
การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง **2.** คลินิกผู้สูงอายุ รพ.....เปิดบริการทุกวัน..... ร่วมกับทีมสหสาขาฯ กลุ่มที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) : Brain Training ผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผนการกระตุ้นต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม : Brain Rehab. 3. จัด Conference case เยี่ยมบ้านร่วมกับ DT CM สรุปผลการดูแลรายเคส และคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง (AgM , DT CM ระดับอำเภอ) เพื่อประสานงานและจัดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับพื้นที่ตามบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อไป					
ระดับพื้นที่/อำเภอ/จังหวัด บูรณการในเวทีประชุมเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา แก่ผู้บริหารและชุมชน สังคม เพื่อหาแนวร่วม ขับเคลื่อนระบบเครือข่ายระหนักรู้ ขยายผลพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน					

แนวทางการสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร เครือข่ายองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ. 2565



ปฏิทินการดำเนินงานงบประมาณ พ.ศ. 2565

	ปีงบประมาณ2565				รายละเอียดเพิ่มเติมอาทิ.... .ใครทำร่วม ทีไหน อย่างไร ใช้งบอะไร
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
การพัฒนาระบบคัดกรอง 1. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือ และกระจัดการดูแล ให้ผู้จัดการ/แกนนำนักเรียน/ผู้ดูแล และครอบครัว 2. จัดทำแผนสนับสนุนการรณรงค์ คัดกรองและ BRAIN EXERCISE ในเทศกาลและเชิงรุกที่บ้าน 3. บรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน รร.ผส. เครือข่ายอบจ.ให้มีชั่วโมงสุขภาพ (ทดสอบความจำ BRAIN EXERCISE) อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง			→	→	
การพัฒนาระบบคัดแยก 1 ขึ้นทะเบียน(MC/DT) 2 จัดทำแผน เปิดห้องเรียนพิเศษ วิชาฟื้นฟูใน ร.ร./จิตอาสาเยี่ยมบ้าน/video (ผ่านมือถือ 3 สนับสนุนสื่อ-อุปกรณ์ บริการรถรับ-ส่ง เชื่อมกับจัดบริการจากคลินิก รพ โดยทีมสุขภาพ ผ่าน zoom 4 ร่วมเป็นครูพี่เลี้ยงในการจัดกิจกรรมBRAIN TRAINING / ดูแลปากท้อง ต่อเนื่องจนครบ (ประเมินผล)				→	

	ปีงบประมาณ2565				รายละเอียดเพิ่มเติมอาทิ.... .ใครทำร่วม ที่ไหน อย่างไร ใช้งบอะไร
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
การพัฒนาระบบวินิจฉัยรักษา สนับสนุน รถรับ-ส่ง (เพิ่มเติมบางราย) /กรณีติดตามรักษาผ่าน zoom /Video call เชื่อมประสานกับทีมสุขภาพ คลินิก รพ	←	—	—	→	
การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 1. จัดทำแผนงานจิตอาสา/นักบริบาล ร่วมจัดบริการ INTERMEDIATED DT CARE (BRAIN CARE) 2. จัดประชุมกองทุนพิจารณาติดตามCP ตามแผน LTC ที่มีส่วนร่วมกันของไตรภาคี และทีมสุขภาพเดิมอยู่แล้ว 3. สนับสนุนการเข้าอบรมเสริม/ฟื้นฟูสมรรถนะ DT แก่นักบริบาล/จิตอาสา/เครือข่ายผู้สูงอายุและผู้ดูแล ครอบครัว	←	—	↔	→	
ระดับพื้นที่/อำเภอ/จังหวัด บูรณการในเวทีประชุมเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา แก่ผู้บริหารและชุมชน สังคม เพื่อหาแนวร่วม ขับเคลื่อนระบบเครือข่ายระหนักรู้ ขยายผลพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน	↔	↔	↔	↔	

ปัญหาและอุปสรรค ในสถานการณ์ COVID-19 แนวทางการแก้ไข/พัฒนาต่อเนื่อง

CDC system	การดำเนินการ
คัดกรอง	การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสม (2Q 14ข้อคำถาม AMT) แต่ในสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลกระทบให้จัดบริการไม่ทันเวลา เข้าไม่ถึง ไม่ครอบคลุม สื่อสารขอความร่วมมือไตรภาคี คัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวังผ่านหมอ คนที่ 1
คัดแยก	เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับพื้นที่ 5 zone Coaching บูรณาการร่วมกับแผนงาน LTC แม่ข่ายต่อเนื่อง ในรายไม่เร่งด่วน แต่มีเคสหลุดจากระบบติดตามเมื่อใช้ One Stop Service ทุกวันจันทร์-วันพุธ (ตามตารางจิตแพทย์) ซึ่งSMจะทำการทบทวนระบบควบคู่กับ HosXp เพื่อพัฒนาคุณภาพทะเบียน วินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อที่มีคุณภาพต่อไป
คัดกลุ่ม	ระบบ One Stop Service ทุกวันจันทร์-วันพุธ (ตามตารางจิตแพทย์) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพแล้ว จะพัฒนาระบบโดยทำ GAP Analysis (วินิจฉัยล่าช้า/เคสหายจากทะเบียนส่งต่อ) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมวินิจฉัยส่งต่อในรายที่เข้ามาไม่ได้ คงไว้ซึ่ง Primary Diagnosis ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบ Tele-Medicine ต่อไป
การดูแลต่อเนื่อง	**กิจกรรมสร้างเสริมความจำ** : มีแกนนำครอบคลุมทุก รพสต. หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซ่บ (นอนหลับ) สามารถจัดกิจกรรมบูรณาการในชมรม/รร.ผู้สูงอายุ/ชุมชนระดับพื้นที่ได้ SM ได้จัดทำเอกสารตัวอย่างให้ เพื่อเอื้อในการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ และเสอนแผนงบท้องถิ่นจะพิจารณา

CDC system	การดำเนินการ
	โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง : ในชุมชนเข้าถึงบริการ DT CM พื้นที่ยังขาดความมั่นใจในการให้บริการคุณภาพยังคงไว้ซึ่งทีมหลักคือ รพ.แม่ข่าย ร่วมกับ พท. จัดรูปแบบพื้นที่ขยายอีก 4 zone โดยร่วมกับท้องถิ่น และความพร้อม และ SM จัดทำตัวอย่างโครงการเผยแพร่ให้ พื้นที่ง่ายต่อการปรับแผนเสนอบริหารจัดการต่อไป **ระบบวินิจฉัย ส่งต่อ รักษาดูแล** (ของรพ.แม่ข่าย) : รูปแบบPrimary Diagnosis เชิงรุก สามารถจัดระบบตอบโจทย์ผลลัพธ์ได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนการเข้าถึงบริการ Final Diagnosis เพื่อประสิทธิภาพการดูแลจะต้อง One Stop Service (ตามตารางจิตแพทย์) และพัฒนาระบบ Tele-Medicine เพื่อจัดระบบให้สอดคล้องกับวิถีใหม่ ทรัพยากรที่มีและนโยบายของผู้บริหารต่อไป **ระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม** : มีการบูรณาการหน้างานทีมหมอครอบครัวปกติ แต่ยังขาดรูปแบบในการดูแลต่อเนื่อง ที่สามารถวัดผลลัพธ์วัด Impact ที่ใช้นำร่องบริการที่มีประสิทธิภาพได้

ปัจจัยความสำเร็จ (ด้านแกนนำ/ทีมสนับสนุน)

ทีมแกนนำ	ผู้รับผิดชอบ	บทบาท
ผู้จัดการระบบ (System manager)	 นางสาวสุธีรา จันทร์ชมภู	**ผู้ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ติดตาม ประสานงาน** จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ และสรุปผลการติดตามผู้สูงอายุของพื้นที่ ติดตามการดำเนินงานการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม **กระตุ้น สนับสนุนการดำเนินงาน/พัฒนาศักยภาพ /ร่วมหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงบริการ ขับเคลื่อนระบบบริการให้ครบวงจร**
ผู้จัดการโครงการ (Project manager)	 พญ.ไอรดา สายปัญญา	หัวหน้าทีมวางแผน ติดตาม ควบคุมกำกับ และให้คำปรึกษา **อำนวยการพัฒนาระบบครบวงจร พร้อมทั้งเป็นผู้นำในการวินิจฉัย**
ผู้จัดการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager : DT-CM)	 นางเยาวภา สีดอกบวบ	สรุปทะเบียนผู้สูงอายุ ที่ต้องติดตามดำเนินการคัดแยก (อาจมีปัญหาติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่อยู่ในพื้นที่ในวันคัดแยก) **ประสานส่งให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร่วมวางแผนทำการเยี่ยมบ้าน นำข้อมูลวางแผนสนับสนุน/ประสานหน่วยงานอื่น/จัดกิจกรรม** ดำเนินงานคุณภาพการดูแลต่อเนื่องร่วมกันในพื้นที่
ผู้ประสานการคัดแยก การคัดกลุ่ม และส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง (Dementia Coordinator : DT-CC)	 นางภารตี สิทธิปกรณ์	สรุปทะเบียนผู้สูงอายุ ประสานงานเพื่อนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ ส่งเข้าวินิจฉัย ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพร้อมนัดหมาย และการส่งกลับพื้นที่ สรุปทะเบียนผลการติดตามผู้สูงอายุของพื้นที่ ที่ต้องติดตามดำเนินการคัดกลุ่ม **ส่งต่อข้อมูล-คืนข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้องประสาน/ติดตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการวินิจฉัยรักษา**

CDC system	แกนนำ	ทีมสนับสนุน
ระบบคัดกรอง-คัดแยก	✲ร่วมแรงร่วมใจ พร้อมเรียนรู้เปิดใจ ✲ทำงานเป็นทีม เหนื่อยแต่คุ้มค่า ✲มีทีมสหฯ ที่เข้มแข็ง ✲ผู้ปฏิบัติมีองค์ความรู้ มีส่วนร่วมในการพัฒนาต่อยอดโดยอิงมาตรฐานวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	✲ท้องถิ่นให้ความสำคัญ ร่วมแรงร่วมใจ พร้อมเรียนรู้ และพร้อมสนับสนุน ✲CG มีจิตอาสา ร่วมใจ โดยไม่มีค่าตอบแทน ✲มีที่ปรึกษาทั้ง รพ.แม่ข่าย และสถาบันเวชศาสตร์ฯ สนับสนุน วิชาการ ติดตาม คุณภาพต่อเนื่อง
ระบบบริการและการดูแล	✲มีการเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพ มีทักษะ ประสบการณ์จัดบริการดูแล MCI/Dementia ✲มีการบูรณาการโปรแกรมหน้างาน HosXp LTC Links วัดติดตาม ปรับปรุง กำกับผลลัพธ์ ✲ทำงานเป็นทีม กัลยาณมิตร พร้อมพัฒนาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยายามดึงภาคีมีส่วนร่วม	✲ท้องถิ่นให้ความสำคัญ ใส่ใจ พร้อมเรียนรู้ และสนับสนุน และบูรณาการแผนงาน หลักสูตร กิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบดูแลในชุมชน ✲แกนนำ ผส. CG นักบริบาล มีความมุ่งมั่น จริงใจ ✲มีผู้บริหารให้การสนับสนุนรับกับตัวชี้วัดระดับนโยบาย ✲สถาบันเวชศาสตร์ฯ สนับสนุน อบรมพัฒนาบุคลากร ติดตามคุณภาพต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนด้านนโยบาย

1.นโยบายที่วางไว้ควรมีการขับเคลื่อนได้จริง ต่อเนื่อง และการวัดผลสำเร็จ กับตัวชี้วัดควรสอดคล้องกัน ผลักดันให้กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม (ADL≥12 คะแนน) เข้าถึงระบบงบกองทุน LTC ท้องถิ่น

2.นำเสนอ เผยแพร่ ผลลัพธ์และความร่วมมือของไตรภาคี ในเวทีการประชุมบริหารระดับสูงเพื่อขยายแนวร่วมระดับนโยบาย

ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System) พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ระยะที่ 1 ในวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563 ณ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

รูปแบบ CDC System อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

✲พื้นที่อำเภอเมือง 1 PCC/ 5 โซน (โซน 2)

✲มีทีม CDC ส่วนกลางและพื้นที่/โดยการมีส่วนร่วมกับไตรภาคี

✲ มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์ประสานคัดกลุ่ม/การดูแลต่อเนื่อง (มีแพทย์ปฐมภูมิ/จิตแพทย์/อื่น ๆร่วมวินิจฉัย)

✲ ทีมส่วนกลางเป็นพี่เลี้ยงทีมพื้นที่ได้ (สร้างศักยภาพพื้นที่)

บริบทจังหวัดหนองบัวลำภู

✲ พื้นที่ 6 อำเภอ ประกอบด้วย

1. อำเภอเมือง พื้นที่นำร่องโซน 2/5 โซน
2. อำเภอนากลาง
3 .อำเภอนาวัง
4. อำเภอสุวรรณคูหา
5. อำเภอศรีบุญเรือง
6. อำเภอโนนสัง

✲ ทำการคัดกรองใช้ 2Q/ 14 ข้อคำถาม/AMT/Mini-Cog โดย อสม. /นสค./CG มี DTCM/ทีมส่วนกลาง (3 กลุ่ม : ติดสังคม/ติดบ้านติดเตียง)

✲ ทำการคัดแยกใช้ MMSE/ MoCA/ไม่ได้ทำ TGDS? และยังไม่ครอบคลุมประชากรที่ต้องคัดแยก

✲ มีการคัดกลุ่ม โดยใช้สภาลูกขุนเชิงรุกและระบบส่งต่อ specialist (จิตแพทย์) มี DTCC/Geriatric clinic เป็นผู้ประสาน เส้นทางการส่งต่อ/รับกลับยังปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ และมีการสรุปผลการคัดกลุ่มโดยส่วนกลาง

ระบบการดูแลต่อเนื่อง

✲ กลุ่มปกติ มีการดำเนินการผ่านชมรม/โรงเรียน ผู้สูงอายุ

✲ กลุ่ม MCI มีการนำใช้โปรแกรม TEAMV ในโซน 2

✲ กลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีการดำเนินการในระบบ LTC

✲ ผังไหลยังไม่มีข้อมูลการคัดกรอง/คัดแยกที่ชัดเจน/เป็นระบบและอย่างครอบคลุมโดยพื้นที่/ดำเนินจากทีม CDC ส่วนกลางเป็นหลัก

✲ ปฏิทินการทำงาน เริ่มจากส่วนกลางยังไม่ได้สอดคล้องกับพื้นที่และอย่างมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำร่วมรับผิดชอบ

✲ มีทีม CDC ส่วนกลาง เป็นหลัก ที่เข้มแข็ง (DSM 1 คน /Project manager/ DCC/ DCM /ทีม DCM พื้นที่ยังต้องเพิ่มความเข้มแข็ง

การพัฒนา: ระบบการคัดกรอง

1. ก่อนคัดกรองให้ตัดผู้ที่มี delirium, dementia, depression, psychosis, พิการสมอง (terminal) ออกจากคนที่จะทำการคัดกรอง แต่ยังรวมเป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

2. เพื่อผลลัพธ์ที่มีมาตรฐานและครอบคลุม ควรทบทวนการเข้าถึง (access) และความครอบคลุม (coverage) ประชากรสูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม คือทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งอาจจะทำให้ตัวเลข คนที่มีความจำผิดปกติเพิ่มขึ้น

3. ควรทบทวนการใช้เครื่องมือ และผู้ใช้เครื่องมือคัดกรอง (เพิ่มศักยภาพ)

4. ควรเพิ่มพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรที่เป็นจริงมากขึ้น

การพัฒนา: ระบบการคัดแยก

- ควรเพิ่มการคัดแยกปี 2564 - 2567 ให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเพิ่มขึ้น (กลุ่มพึ่งพิง >> กลุ่มติดสังคม)
- หารูปแบบ/วิธีการทำงานให้สามารถทำได้ครอบคลุมและถูกต้อง
- เพิ่มการคัดแยกในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการและใช้ TGDS ด้วย
- ทำการคัดแยกให้ถูกขั้นตอน โดยใช้ TGDS > MMSE > MoCA
- ต้องพัฒนาศักยภาพและระดมพล เชิงรุก/ลงแขก/ลงขัน
- ควรกำหนดเวลา/ปฏิทินการคัดแยกให้ชัดเจน

การพัฒนา: ระบบการคัดกลุ่ม

- พื้นที่เลือกรูปแบบการส่งต่อ specialist ที่เป็นจิตแพทย์ (พญ.กมลวรรณ ลักษณ์งาน และแพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ สินจัตุรัส) โดยมี DTCC 1 คน (พว. ภารตี สิทธิปกรณ์) ประสานการส่งเข้าคัดกลุ่มและประสานการส่งกลับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC ในเขตอำเภอเมือง กรณีหากต่างอำเภอ ประสานการส่งกลับ (ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับโรงพยาบาลอำเภอ)
- ควรมีการประสานทีมการคัดกลุ่ม ทั้ง Psychiatrist/ Fam.Med./ DTCC/ DTCM
- ควรทำผังไหลการคัดกลุ่ม (กรณีปกติและกรณีเร่งด่วน) ใน CDC system

ในการคัดกลุ่ม ควรจัดทำแบบการส่งต่อ ประกอบด้วยประวัติวิถีโคจรความเจ็บป่วย (AIT) และ Cognitive Domain 6 ด้าน (One page)

- ควรมีแบบบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการคัดกลุ่มผู้สูงอายุในโครงการอย่างเป็นระบบ
- ควรจัดทำแบบการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การพัฒนา: การดูแลต่อเนื่อง

- กลุ่มปกติ ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล (Brain Exercise) ที่ชัดเจนและเป็นไปได้
- กลุ่ม MCI ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล โดยใช้โปรแกรม TEAM-V ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- กลุ่มสมองเสื่อม ควรมีการจัดทำผัง/แผนการดูแล ของ DCM และของ CG และการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี

✲ควรมีการจัดทำบันทึกข้อมูล ผลการดำเนินการ จำนวน ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และผลลัพธ์การดำเนินการ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา

✲ทีมประชุมปรึกษา สรุปข้อตกลงการพัฒนาฯ ยกระดับพื้นที่นำร่อง 5 โซน และยกระดับพื้นที่นำร่องระดับอำเภอทั้ง 5 แห่ง ประชุมปรึกษา/คืนข้อมูลเป็นระยะ ๆ

✲Capacity Building ทบทวนความรู้ CDC System ทีมพื้นที่และทีมส่วนกลาง (การใช้เครื่องมือ/การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม)

✲ทบทวนข้อมูลผลลัพธ์ การคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม ทำให้ครอบคลุมในพื้นที่นำร่อง เพื่อสามารถค้นหาผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (สภาพสมองปกติ/MCI/DT) เพิ่มความแม่นตรงในการใช้เครื่องมือคัดกรอง-คัดแยก (เพื่อผลลัพธ์ที่ถูกต้องและมีมาตรฐาน)

✲เพิ่มการสื่อสาร/การประชาสัมพันธ์/การคืนข้อมูลทางการ คืนข้อมูลแต่ละโซนและภาพรวมให้ทุกโซน/ผู้บริหาร/ไตรภาคี/พชอ./อื่น ๆ

ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2564-2567

1. พัฒนาผังไหล ผู้รับผิดชอบ ผู้ร่วม และแผนการดำเนินงานให้ชัดเจน
2. พัฒนาผู้ดำเนินการ (ทีมกลาง/ทีมพื้นที่) ให้ได้มาตรฐาน
3. พัฒนาผังไหลการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยที่ดำเนินการที่เป็นไปได้จริง ให้เห็นชัดว่า primary doctor/specialist
4. ทำสถิติให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำเนินการให้ชัดเจน
5. ทีมงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ประชุมกันเพิ่มขึ้น
6. ประชาสัมพันธ์งาน/ให้ความรู้สมองเสื่อม เครือข่าย/สร้างความตระหนักรู้สังคม
7. การทำงานต้องคืนข้อมูลให้ไตรภาคี เพื่อบูรณาการการทำงานและแหล่งประโยชน์
8. ทำปฏิทินการทำงาน/ปฏิทินชุมชน
9. พื้นที่ขยายต้องการการเรียนรู้จากพื้นที่นำร่อง ยกระดับการพัฒนา เป็นศูนย์เรียนรู้

การติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่องระดับอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ระยะที่ 2 ในวันที่ 30-31 มีนาคม พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

สรุปผลการติดตาม

1. รูปแบบการพัฒนาระบบฯ: โมเดลจังหวัดหนองบัวลำภู

พื้นที่นำร่อง (อำเภอเมือง): ผู้สูงอายุ 18,790 คน (ร้อยละ 18.4 ของประชากร 155,680 คน) เป้าหมายการคัดกรอง (รวม 9,840 คน; ร้อยละ 52.37) กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 50 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 100 (8,950; 890 คน)

ครอบคลุมบริการสุขภาพ (ระดับปฐมภูมิ/ตติยภูมิ) และภาคีเครือข่าย (ไตรภาคี) ระดับปฐมภูมิ: PCC 5 โซน หน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่ง (1PCU+ รพสต 20 แห่ง) (DTCM/DTCC ครบ)
ระดับตติยภูมิ: รพ. หนองบัวลำภู (คลินิกผู้สูงอายุ: FM 2 คน) มีทีมสหวิชาชีพครบ RN/PT/เภสัช/นักกิจกรรมบำบัด) และ (คลินิกเฉพาะทาง: Psychiatrist 2 คน/ยังไม่มี Neuro Med
มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง (อบต 13 แห่ง/เทศบาล 4 แห่ง) (โรงเรียนผู้สูงอายุ 7 แห่ง/ศพอส 2 แห่ง)

ทีมนำพัฒนาระบบฯ: มี PM (พญ.ไอรดา สายปัญญา) /SM (พว.กุสุมา สุริยา)/DTCC (1-2 คน)/DTCM (21 คน) ผ่านการอบรมฯและมีความเข้าใจในระบบครบวงจร/ภาคีท้องถิ่น

MOU 2562 >CDC system >2563 ครบวงจร >2564-2567 ต่อยอด/ต่อเนื่องและขยายผล



2. มีการพัฒนาระบบครบวงจร (ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบย่อย)

ปี2563 ขยายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งจังหวัดหนองบัวลำบัวภู และจัดทำคณะกรรมการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ว่าราชการจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นรองประธาน ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้คณะกรรมการ Service Plan สาขาผู้สูงอายุ และช่วงปลายเดือนกันยายน 2563 เผชิญกับสถานการณ์แพร่

ระบาดโคโรน่าไวรัส 2019 คลินิกผู้สูงอายุจัดประชุม และมีมติให้เปิดคลินิกผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 วัน จัดให้นัดผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาโรงพยาบาลลดลง จัดส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อลดความแออัด ให้ทุกแผนกของหอผู้ป่วยนอกบูรณาการงาน บุคลากรทางสาธารณสุขทุกคนหมุนเวียนขึ้นเวรหอผู้ป่วยใน และคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ จนกระทั่งเดือนสิงหาคม ปี2565



ปี 2565 สถานการณ์แพร่ระบาดโคโรน่าไวรัส 2019 เริ่มดีขึ้น จึงเริ่มเปิดให้บริการคลินิกความจำทุกวันอังคาร สัปดาห์ละ 1 วัน ข้อมูลการการคัดกรองทั้งจังหวัดหนองบัวลำภูลดลง **(ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน รพ.สต.โอนย้ายไป อบจ.)** การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ สสจ.ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงผ่านระบบ Zoom ประสานงาน/ ติดตามข้อมูล โดยหนังสือราชการ และโทรประสาน ติดต่อผ่านช่องทางLine แต่ยังพบว่าส่วนมากดำเนินการยังไม่ครอบคลุม

ปี2566 เดือนมีนาคม เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกวัน

วันจันทร์ Tele-Health ติดตามผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการรักษาต่อเนื่อง จัดส่งยาทางไปรษณีย์ และ Health Rider

วันอังคารช่วงเช้าจัดกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมอง TEAM-V ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ และช่วงบ่ายคลินิกความจำภายในเขตอำเภอเมือง

วันพุธ Mobile Geriatric Clinic พื้นที่จังหนองบัวลำภู ตามตารางการจัดสรรของพื้นที่แต่ละอำเภอ

วันพฤหัสบดี ติดตามผู้สูงอายุจากทีมเยี่ยมบ้านประสานส่งต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดกลุ่มที่ห้องตรวจโรคทั่วไป

วันศุกร์แพทย์ออกตรวจ และวินิจฉัย รักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการดำเนินงาน CDC system ปีที่ 3 (พ.ศ. 2565-2566)

พื้นที่ระดับอำเภอ และอำเภอเมือง ส่งต่อการคัดกรอง - คัดแยก และหากพบความผิดปกติ ส่งต่อมาที่คลินิกความจำ เปิดให้บริการทุกวันอังคาร และหอผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช เปิดให้บริการทุกวัน ยกเว้นวันพฤหัสบดี

การคัดกรอง (อสม ในงานประจำ)/การคัดแยก (คลินิกผู้สูงอายุ/แบบลงแขก)

อำเภอ	ก.ย. 2565 – ต.ค. 2566				
	ผลงานคัดกรอง		รวม (คน / ร้อยละ)	พบภาวะเสี่ยง(คน)	
	PCU	รพ.สต.		PCU	รพ.สต.
เมือง	1,641/1,709 96.02	415/20,707 2.00	2,056/22,416 9.17	-	2
นากลาง	933/2,220 42.03	638/13,241 4.82	1,517/15,461 10.16	-	-
โนนสัง	756/1,483 50.98	877/9,411 9.32	1,633/10,894 14.99	2	-
ศรีบุญเรือง	778/1,504 51.73	492/16,010 3.07	1,270/17,514 7.25	1	-
สุวรรณคูหา	556/572 97.20	206/8,570 2.40	762/9,142 8.34	13	-
นาวัง	156/486 32.10	159/5,320 2.99	315/5,806 4.14	7	-
รวม	4,820/7,974 60.45	2,787/73,259 3.80	7,607/81,233 9.36	23	2

ข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

การคัดกลุ่ม (เป็นรูปแบบส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย/รักษา) โดยมีคลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางประสานการส่งต่อ จากผู้ผ่านการคัดแยกในโครงการฯและนอกโครงการฯ (walk-in)

การดูแลต่อเนื่องทั้ง 3 กลุ่ม (สมองปกติ/MCI/สมองเสื่อม)

- ✲ สมองปกติ (Brain exercise) โดยภาคีเครือข่าย/ชมรม-โรงเรียนผู้สูงอายุ
- ✲ MCI (Brain Training) โดยคลินิกผู้สูงอายุ/ปฐมภูมิ/ภาคีเครือข่าย
- ✲ Dementia (Brain care) โดยคลินิกผู้สูงอายุ/ปฐมภูมิ/ภาคีเครือข่าย

สถานการณ์โควิดทำให้การดำเนินการยังไม่ต่อยอด/ต่อเนื่อง (มีโอกาสพัฒนา)

3. โอกาสการพัฒนาต่อยอด-ต่อเนื่อง-ขยายผล



มีโอกาสการพัฒนาให้ครบวงจร อย่างต่อยอด/ต่อเนื่องในพื้นที่นำร่อง (อำเภอเมือง) และพื้นที่ขยายการดำเนินงาน

✳ การคัดกรอง (AMT/Mini-Cog)

การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2567

อำเภอ	สมองเสื่อม AMT					ซึมเศร้า 2Q			
	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ระบุ	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ
เมืองหนองบัวลำภู	18,921	75.69	18,877	44	0	19,183	76.74	19,172	11
นากลาง	13,523	82.02	12,972	551	0	14,698	89.15	14,468	230
โนนสัง	7,897	66.62	7,737	160	0	8,488	71.60	8,415	73
ศรีบุญเรือง	14,671	76.57	14,445	226	0	15,011	78.35	14,889	122
สุวรรณคูหา	7,597	73.28	7,273	324	0	7,861	75.83	7,548	313
นาวัง	5,241	82.65	5,071	170	0	5,352	84.40	5,266	86
รวม	67,850	76.06	66,375	1,475	0	70,593	79.14	69,758	835

หมายเหตุ :: เป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ จากแฟ้ม PERSON Typearea 1,3
ผลงาน แต่เรื่องละประเมินดังนี้
- คัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN
- คัดกรอง CVD จากแฟ้ม CHRONIC , CHRONICFU , LABFU , NCDSCREEN
- คัดกรองสุขภาพช่องปาก จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1260,1B1261,1B1269
- คัดกรองสมองเสื่อม AMT จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1220,1B1221,1B1223,1B1229
- คัดกรองซึมเศร้า 2Q จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B0280,1B0281
- คัดกรองข้อเข่า จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1270,1B1271,1B1272,1B1279
- คัดกรองภาวะหกล้ม จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1200,1B1201,1B1202,1B1209
- คัดกรอง ADL จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1280,1B1281,1B1282
- คัดกรอง BMI จากค่าน้ำหนักส่วนสูง ของแฟ้มแฟ้ม NCDSCREEN , CHRONICFU

วันที่ประมวลผล :: 22 มิถุนายน 2567

ข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

✯ การคัดแยก (TGDS/MMSE/MoCA)

✯ การคัดกลุ่ม พัฒนารูปแบบการส่งต่อ (สร้างรูปแบบ/แผนผังการดำเนินการที่ชัดเจน) เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ส่งผ่านระบบการคัดแยกที่อาจมีมากขึ้น

การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม

กลุ่มปกติและมีปัญหาการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) : การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ) โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองท้องถิ่น (การสร้าง ความตระหนักในภาวะสมองเสื่อม/คัดกรอง/ชะลอ/ป้องกันภาวะสมองเสื่อม)

กลุ่มภาวะสมองเสื่อม: มี FCG/CG/อาสาบริบาลท้องถิ่น ที่ต้องการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นและมีการทำงานแบบไตรภาคี)







เขตสุขภาพที่ 10 พื้นที่นำร่องจังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์พื้นที่ก่อนการพัฒนาระบบ

พื้นที่อำเภอเมือง มีโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ดำเนินการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (CDC System) ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน 20 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) จำนวน 1 แห่ง

สถานการณ์ผู้สูงอายุ (60 ขึ้นไป) จำนวน 21,004 คน ร้อยละ 19.09 (จากข้อมูลจาก HCD ณ 22 พ.ค. 2565)

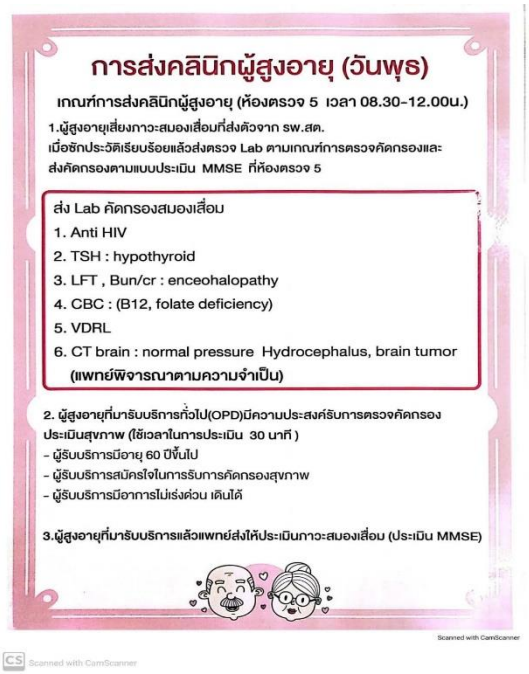
สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่

ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่เขตอำเภอเมืองได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแล้ว 14 ราย ภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เพิ่มภาระผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีอาการเครียด ซึมเศร้ามากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่รักษาไม่หายขาด เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์

บริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับสมองเสื่อม (ด้านสุขภาพและด้านสังคม)

วันที่เริ่มดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ก่อนเปิดบริการ จันทร์-ศุกร์ 08.30-12.00 บูรณาการกับคลินิก NCD ปัจจุบันเปิดบริการวันพุธรับผู้ป่วยเสี่ยงสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มเวลา 08.30-12.00 เริ่มเปิดปี พ.ศ. 2564 การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและคัดกรองปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการเปิดครั้งแรก ปี พ.ศ. 2565





พื้นที่อำเภอวารินชำราบ

ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จำนวน 20,236 คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563)

สถานการณ์สมองเสื่อมในพื้นที่

ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่เขตอำเภอวารินชำราบทั้งหมด ยังไม่ได้ข้อสรุปเป็นตัวเลขที่แน่ชัด เนื่องจากบางพื้นที่ ยังอยู่ในขั้นตอนการคัดกรอง MMSE Thai-2002 แต่บางพื้นที่ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแล้ว พบว่าภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบในหลายมิติต่อครอบครัวและสังคม เช่น เพิ่มภาระผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีอาการเครียด ซึมเศร้ามากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่รักษาไม่หายขาด เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์

บริการที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการเกี่ยวกับสมองเสื่อม (ด้านสุขภาพและด้านสังคม)

โรงพยาบาลวารินชำราบ ได้จัดตั้ง คลินิกสูงอายุ เพื่อให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง รวมไปถึงภาวะสมองเสื่อม และเทศบาลตำบลแต่ละแห่งของพื้นที่เขตอำเภอวารินชำราบ ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือวิทยาลัยผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เสริมสร้างศักยภาพ เสริมสร้างสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงส่งเสริมภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น

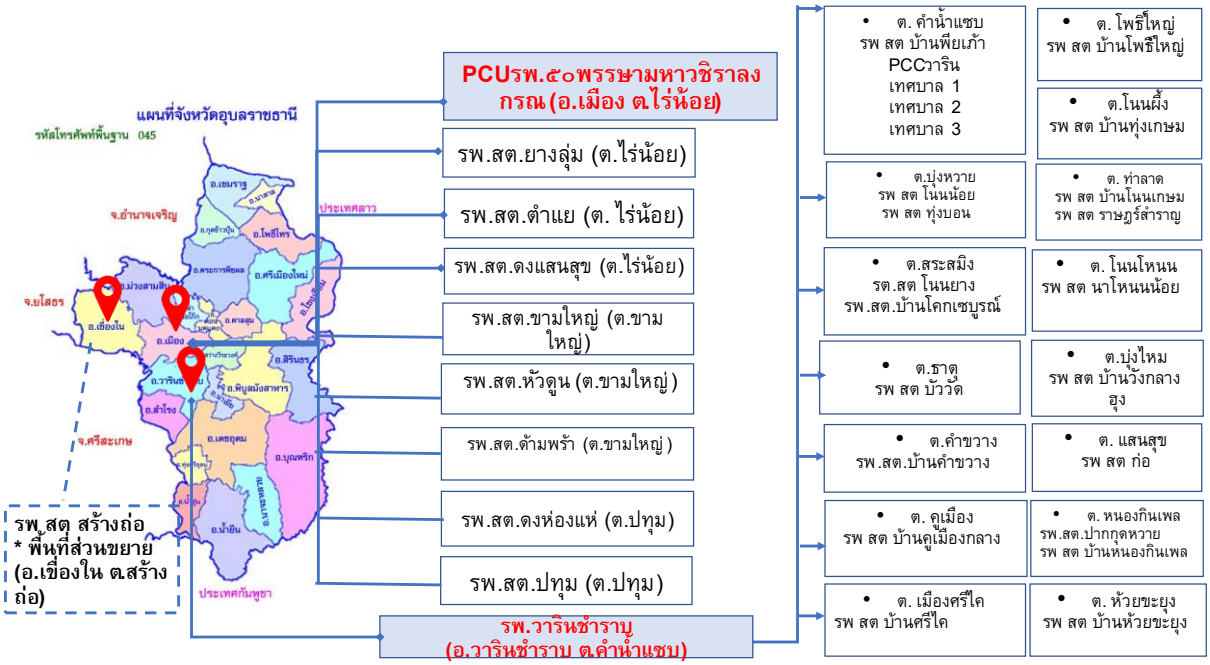
ระยะการพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการนำร่องในพื้นที่ 2 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี และอำเภอวารินชำราบ ได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนาระบบ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562 ณ ห้องประชุม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี





พื้นที่นำร่องพัฒนาระบบ



Time-line การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร อำเภอเมือง ปี พ.ศ. 2562



การพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม (ทีมวินิจฉัย บำบัด รักษา)

ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2562 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ มีการประชุมการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี นพ.บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์ ผู้อำนวยการ รพ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น (พื้นที่ต้นแบบ) และนพ.ณัฐพล เรียบเลิศหิรัญ แพทย์อายุรกรรมสาขาประสารทวิทยา รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ร่วม ให้การ coaching ทีมแพทย์จาก รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และ รพ.วารินชำราบ ในการวินิจฉัยกลุ่มภาวะสมองเสื่อม ตาม 6 domain และการจัดการ case ที่มีความซับซ้อนแพทย์ และนำเสนอรูปแบบการวินิจฉัย แบบสภาลูกขุน เพื่อจะได้พัฒนาบุคลากรในทีมในเรื่องสมองเสื่อมด้วย ซึ่ง นพ.ณัฐพล เรียบเลิศหิรัญ ยินดีที่จะเข้าร่วม โดยมีการจัดสภาลูกขุนทุก 3 เดือน โดยให้ทีมพื้นที่นำร่องจัดเตรียมเคสที่ผ่านการคัดกรองและคัดแยก เป็นผู้นัดวันเวลาในการจัดสภาลูกขุน ผ่าน nurse coordinator การวินิจฉัยในสภาลูกขุนก็จะมีความเชื่อมโยงในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วย



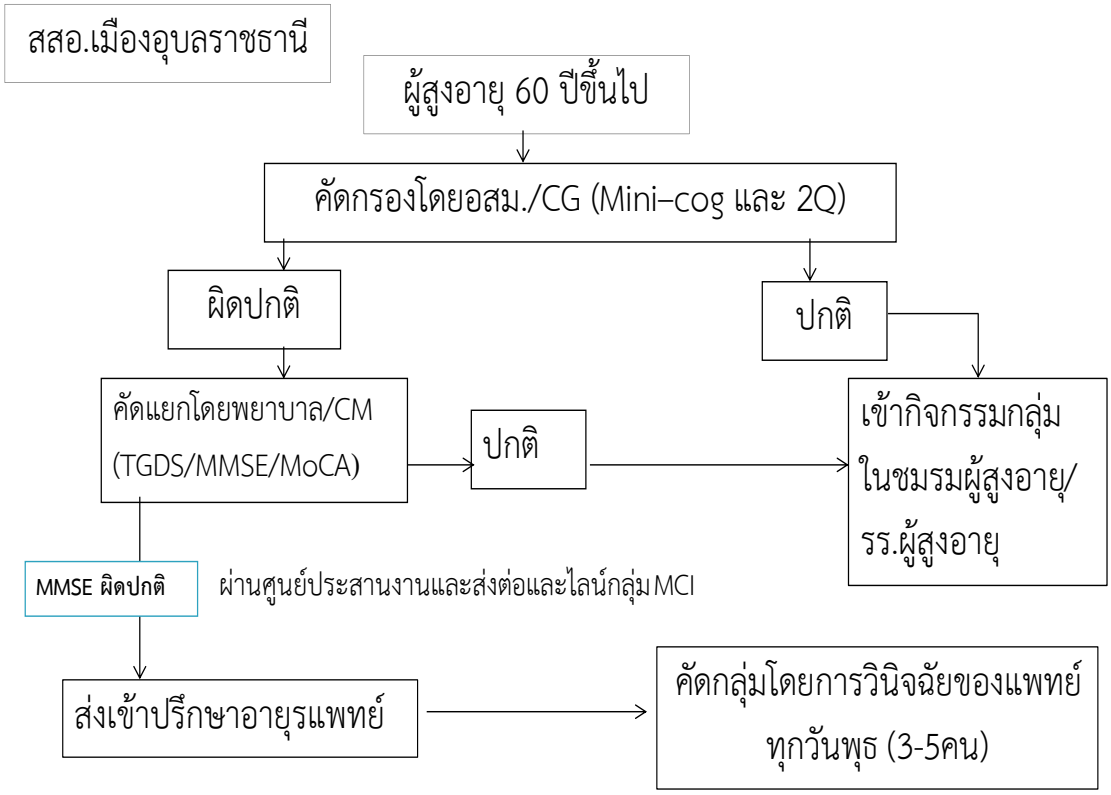



อุบลราชธานี นำทีมโดย รพ.๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ ซึ่งนำร่องใน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลไร่น้อย ตำบลปทุม ตำบลขามใหญ่ และ PCCรพ. และพื้นที่อำเภอวารินชำราบ นำการในทุก รพ.สต. เพื่อพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือการคัดกรอง คัดแยะ ร่วมทั้งฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือที่ ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ในทั้ง 2 ทีมพื้นที่ และมีการร่วมวินิจฉัยระหว่างทีมวินิจฉัยและทีมคัดแยก เพื่อเชื่อมระบบการคัดกรอง คัดแยก และระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) ในรูปแบบสภาลูกขุน โดยข้อสรุปทีมทั้ง 2 พื้นที่นำร่อง จะเริ่มดำเนินการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แบบสภาลูกขุนรวมกัน (รพ. ๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ และรพ.วารินชำราบ) ในระยะแรกก่อน โดยมีรพ.สรรพสิทธิประสงค์เป็น coaching โดยแพทย์อายุรกรรมสาขา ระบบประสาทวิทยา และเมื่อมีความมั่นใจและทีมเชี่ยวชาญก็จะดำเนินการวินิจฉัยแบบสภาลูกขุน ของพื้นที่



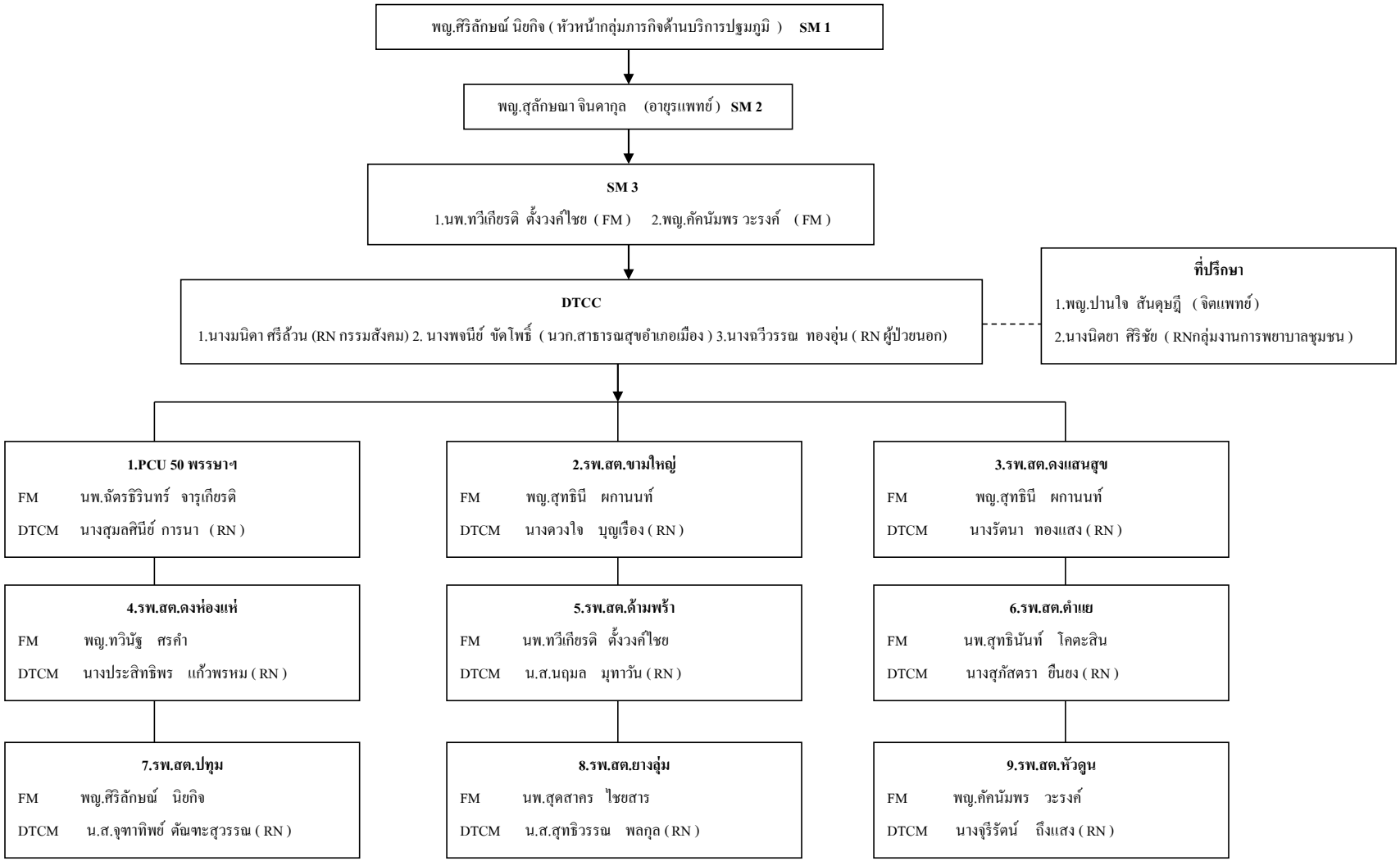

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำร่องอำเภอเมือง: เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ผังไหล การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ (Comprehensive Dementia Care Systems: CDC system)



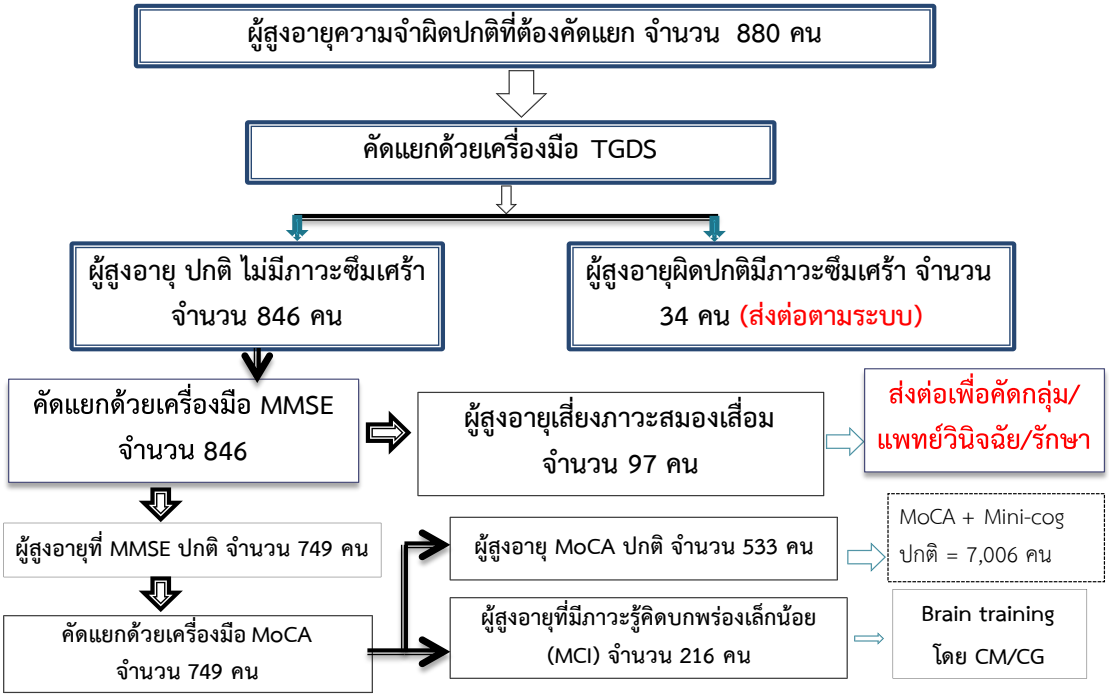
โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร

แผนผังผู้รับผิดชอบระบบงานผู้สูงอายุเครือข่าย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ Comprehensive Dementia Care Systems หรือ CDCs

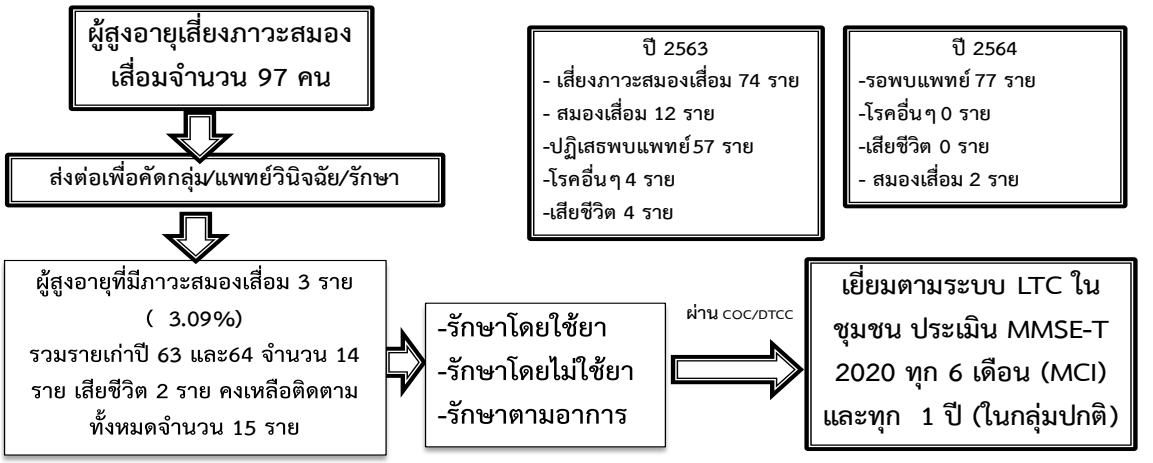


ผังไหล การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นำร่องอำเภอเมืองอุบลราชธานี ใน 3 ระบบบะย่อย

1. ระบบการคัดกรอง คัดแยก



2. ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัยและบำบัดรักษา)



พื้นที่นำร่องทุกแห่งดำเนินการคัดกรอง ได้ร้อยละ 83.08 ของปชก.กลุ่มเป้าหมาย ทุกแห่งมีการดำเนินกิจกรรม **brain exercise** ในชุมชน หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและมีการจัดโปรแกรม TEAM V สำหรับผู้สูงอายุ MCI ใน รพ.สต.ด้ามพร้าจำนวน 6 ครั้ง

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กระบวนการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

1. กลุ่มปกติ จัดกิจกรรมโปรแกรม Brain exercise

2. กลุ่ม MCI จัดกิจกรรมโปรแกรม TEAM V ที่ รพ.สต.ด้ามพร้า

3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแล มีการดำเนินการ โดย 1) การดูแลผ่านระบบ LTC 2) การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และ 3) การเยี่ยมบ้านดูแลโดย CG และคนในครอบครัว

การดำเนินงานพัฒนาระบบ CDC ในพื้นที่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

การดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง โดยมีพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล ในเครือข่ายฯ รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 8 แห่ง และ จำนวน 1 PCU ประกอบด้วย

ตำบลขามใหญ่ : รพ.สต.ด้ามพร้า / รพ.สต.ขามใหญ่ / รพ.สต.หัวดูน

ตำบลปทุม : รพ.สต.ปทุม / รพ.สต. ดงห่องแห่

ตำบลไร่น้อย : รพ.สต.ดงแสนสุข / รพ.สต. ยางลุ่ม/ รพ.สต.ตำแย / PCU รพ. ๕๐ พรรษาฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน CDC system

1. ได้มีการจัดประชุมแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในเขตเมือง โดยอายุรแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล ทีม สสอ. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อจัดระบบการส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. หลังจากการประชุมได้ทำการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนในชุมชน โดยอสม. ในชุมชนประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q หากผิดปกติ จะมีการส่งต่อพยาบาล Dementia care manager (DCM) ที่รพ.สต. เพื่อประเมิน TGDS หากประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, TGDS ปกติ ก็จะมีการใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถามและการคัดกรองAMTโดยCG/นักบริบาลผู้สูงอายุ/อสม. หากพบความผิดปกติก็จะคัดแยกโดย MMSE Thai-2002 /MoCA test โดยพยาบาล CM

โดยพื้นที่นำร่องทุกแห่งดำเนินการคัดกรอง ได้ร้อยละ 71.80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย หลังจากได้ผลการประเมินกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ขั้นต่อไปคือการส่งผู้ป่วยเข้าพบอายุรแพทย์ตามระบบของโรงพยาบาล แต่พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคคือ ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกที่จะเข้ามารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ก็จะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำรพสต. พยาบาล CM และอสม. ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

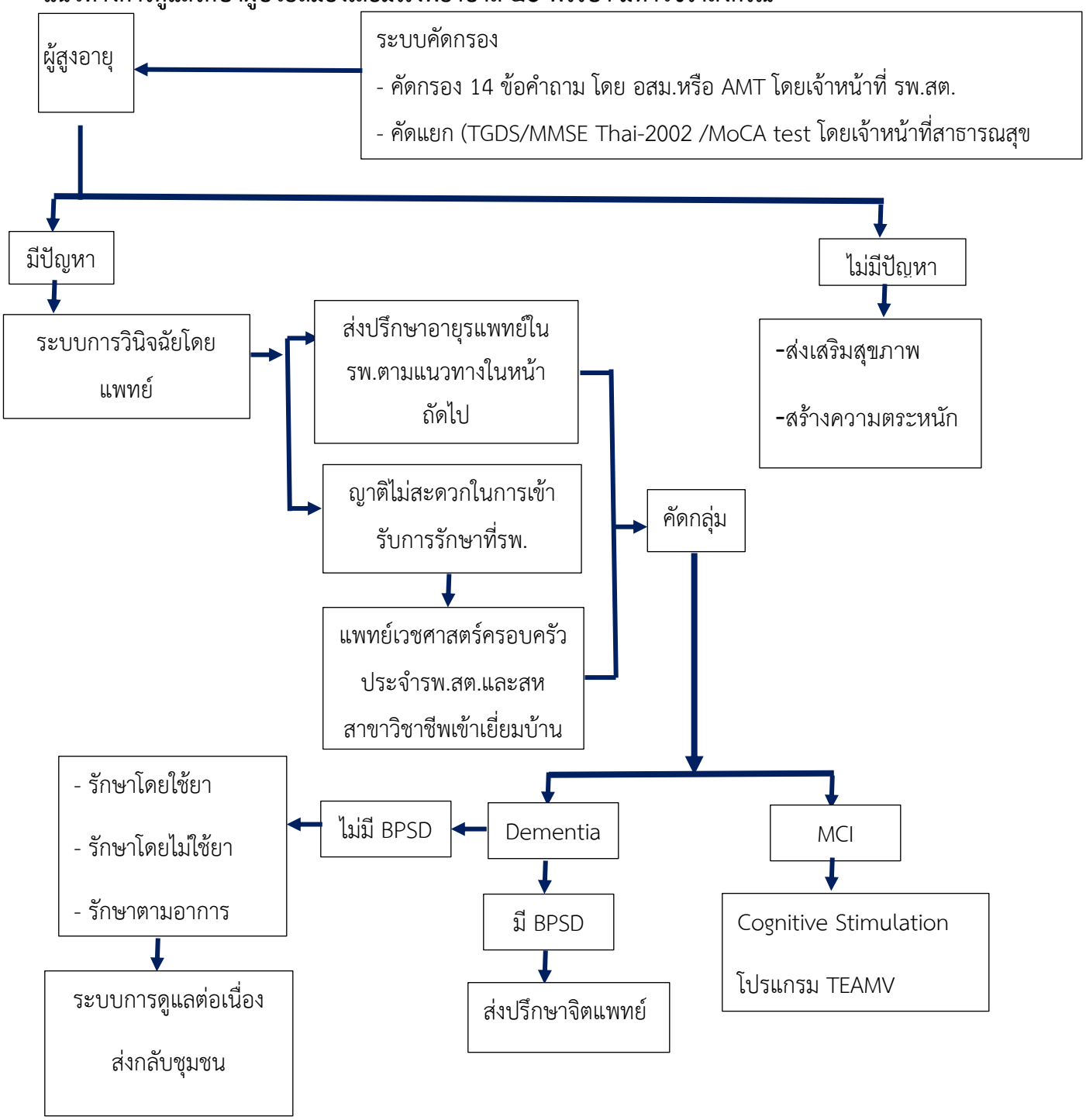
3. ส่วนผู้ป่วยที่สะดวกเข้าพบอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาล จะมีการส่งต่อผู้ป่วยให้พบอายุรแพทย์ตรวจร่างกาย และเพื่อหาสาเหตุ ดำเนินการรักษาต่อไป โดยจะมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้าพบอายุรแพทย์ทุกวันพุธ หาก

เป็นสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ (Irreversible cause) ก็จะทำการรักษา หรือพิจารณาส่งต่ออายุรแพทย์ระบบประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต่อไป แต่หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจใน ผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) จะมีการส่งปรึกษาคลินิกจิตสังคม เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ในโรงพยาบาลต่อไป หลังจากได้รับการวินิจฉัยและรักษา ก็จะมีการส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่พื้นที่ ส่งข้อมูลให้ dementia care manager และส่งต่อข้อมูลให้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในพื้นที่นั้นๆ และเจ้าหน้าที่ในรพ.สต. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและสำหรับกลุ่ม MCI จะมีการนำเข้าการจัดโปรแกรม TEAM V ต่อไป

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบ

รายละเอียด/เดือน	**ต.ค**	**พ.ย**	**ธ.ค**	**ม.ค**	**ก.พ**	**มี.ค**	**เม.ย**	**พ.ค**	**มิ.ย**	**ก.ค**	**ส.ค**	**ก.ย**
1.เสนอแผน/โครงการ												
2.พัฒนาศักยภาพ อสม./บุคลากร/แพทย์	↔	↔										
3.จัดทำแผนงานร่วมกับตรวจสุขภาพ/คัดกรอง		↔										
3. คัดแยก	↔	↔	↔									
4.คัดกลุ่ม				↔	↔	↔	↔	↔	↔			
5.ดูแลในชุมชน/ระบบ LTC				↔	↔	↔	↔	↔	↔			
6.สรุปผลการดำเนินงาน	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

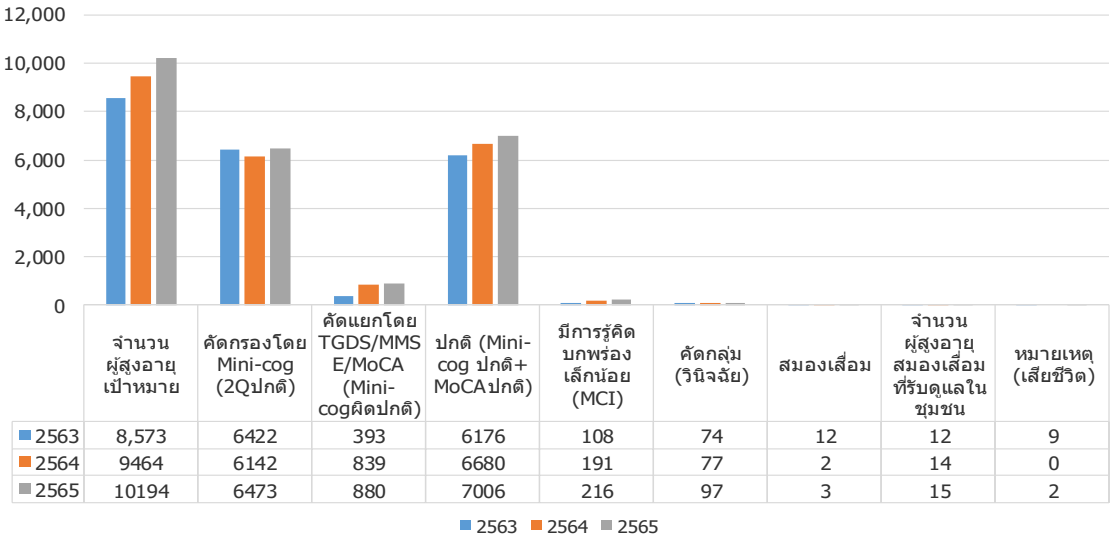
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ



ผลการดำเนินงาน CDC system ปี พ.ศ. 2565

พื้นที่	ปชก. เป้าหมาย	ชปก. 80%	คัดกรอง			คัดแยก					การดูแลต่อเนื่อง		
			จน. คัดกรอง	ปกติ	ผิดปกติ	จน. คัดแยก	ปกติ	MCI	R/O dementia	Dx. dementia	Brain exercise	Brain training	Brain care
ต.ปทุม	925	855	855	747	108	108	95	15	13	กำลังดำเนินการ	-	-	-
ต.ด้ามพร้า	2,449	1,960	1,964	1,739	172	172	140	03	2	2	90	15	2
ต.ห่องแห่	516	506	516	465	51	51	37	11	3	3	502	11	2
ต.ดงแสนสุข	884	708	708	576	65	65	16	20	4	-	502	-	-
PCU รพ. ๕๐ พรรษาฯ		526	456	456	351	55	55	8	45	2	359	45	-
ต.หัวดูน	1,285	1,028	822	722	50	50	11	9	30	-	783	-	-
ต.ตำแย	584	467	584	518	62	62	23	35	4	กำลังดำเนินการ	542	35	-
ต.ยางลุ่ม	1,148	919	974	896	80	73	19	17	37	-	-	-	-
ต.ขามใหญ่	1,287	1,030	855	649	153	153	139	12	2	-	788	-	-

ผลลัพธ์การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ปี พ.ศ. 2563-2565



	จำนวนผู้สูงอายุเป้าหมาย	คัดกรองโดย Mini-cog (2Qปกติ)	คัดแยกโดย TGDS/MMSE/MoCA (Mini-cogผิดปกติ)	ปกติ (Mini-cog ปกติ+MoCAปกติ)	มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	คัดกลุ่ม (วินิจฉัย)	สมองเสื่อม	จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่รับดูแลในชุมชน	หมายเหตุ (เสียชีวิต)
2563	8,573	6422	393	6176	108	74	12	12	9
2564	9464	6142	839	6680	191	77	2	14	0
2565	10194	6473	880	7006	216	97	3	15	2

ผลการคัดกรอง ปี พ.ศ. 2565

หน่วยงาน	จำนวนการคัดกรอง	จำนวนผิดปกติ
PCU ๕๐ พรรษา	583	2
รพ.สต.ยางลุ่ม	1,176	37
รพ.สต. ด้ามพร้า	2,740	4
รพ.รต.ดงห่องแห่	632	3
รพ.สต. หัวดูน	1,176	30
รพ.สต.ดงแสนสุข	906	4
รพ.สต.ปทุม	949	13
รพ.สต.ขามใหญ่	1,304	2

ปัญหาอุปสรรค

1. การระบาดของโควิค-19
2. การทำงานเชิงรุกในพื้นที่เนื่องจากสถานการณ์โควิด
3. ภาระงานเจ้าหน้าที่

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร

คุณลักษณะ 6 องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
ครบวงจร (comprehensive)	มีระบบการดำเนินงาน/แนวทางการคัดกรองคัดแยก วินิจฉัย ที่เหมาะกับบริบทในพื้นที่
ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (seamless)	มีระบบการส่งต่อ ผ่านศูนย์ประสาน และแจ้งกลับพื้นที่โดย COC

คุณลักษณะ 6 องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
ครอบคลุม (coverage)	อสม./CG ให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นำร่อง
เข้าถึงง่าย สะดวก (access)	มีระบบการดำเนินงานในชุมชน มีระบบการนัดพบแพทย์ที่ชัดเจน ระบบเยี่ยมบ้านและพบแพทย์ที่ รพ.สต
การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (participation)	-ชุมชนเข้าใจเมื่อเห็นความผิดปกติของผู้สูงอายุ -มี CM และ CG ให้การดูแลต่อเนื่อง -การของบประมาณจากหน่วยงานอื่น
การบูรณาการงานร่วมกัน (Integrated care)	-นำเข้าเป็นงานประจำ -การดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ LTC -การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

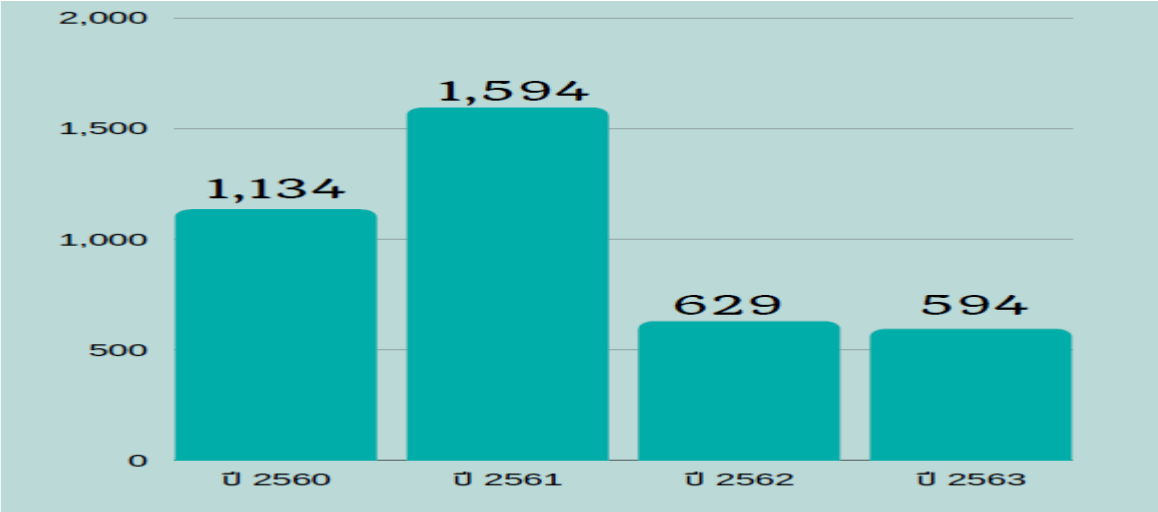
การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรพื้นที่นำร่องอำเภอวารินชำราบ :โรงพยาบาลวารินชำราบ

เครือข่ายบริการสุขภาพพื้นที่ อำเภอวารินชำราบ

โรงพยาบาลทั่วไป 210 เตียง ให้การบริการครบ 5 สาขาหลัก คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรมกุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และการบริการสุขภาพ 7 สาขารอง คือ ศัลยกรรมปัสสาวะ หูคอจมูก จักษุแพทย์ รังสีแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว วิสัญญีแพทย์ และ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

มี รพ.สต.จำนวน 19 แห่ง ศูนย์บริการสุขภาพเขตเทศบาล จำนวน 3 แห่ง และศูนย์บริการสุขภาพ PCC รพ.วารินชำราบ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ พื้นที่ทั้งหมด 9 ท่าน

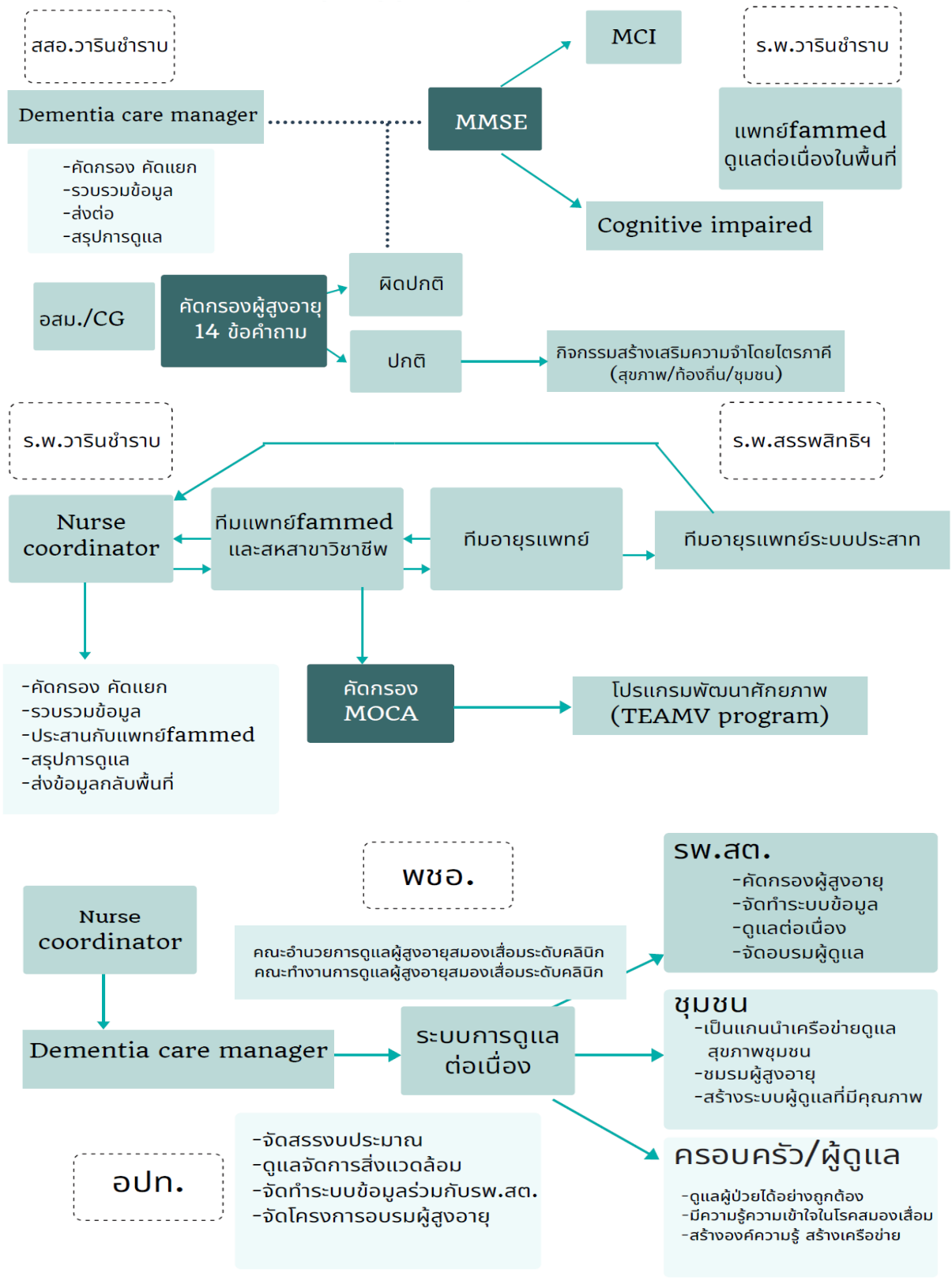
จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในช่วงปีพ.ศ. 2560-2563



การจัดบริการก่อนดำเนินการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ด้านสุขภาพ	-โครงการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในคลินิกผู้สูงอายุ -การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ -การให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
ด้านสังคม	-โครงการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในคลินิกผู้สูงอายุ -โครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผังไหล ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



ขั้นตอนการดำเนินงาน CDC system

-ทีมรพ.วารินชำราบ ร่วมกับ สสอ. จัดอบรมให้ความรู้การคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แก่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. แกนนำ นักบริบาลผู้สูงอายุ และชุมชน

-แต่ตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอ.วารินชำราบ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ลงนาม 9 เมษายน 2562

-ประชุมแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอำเภอวารินชำราบ ร่วมกับ สสอ. รพ.สต. และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

-ทีมสุขภาพ จัดอบรมวิธีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน แก่ อสม.ในพื้นที่

-อสม. ให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ โดยใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

การทบทวนบทบาทของทีมในพื้นที่

System manager	Dementia care manager
-ประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมในรพ. -ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวินิจฉัย -วางแผนบริการเป้นขั้นตอน ปฏิบัติการดูแลโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -ประเมินผลลัพธ์ และติดตาม Follow up -รวบรวมข้อมูลการดูแลรักษา -ประสานเคสกับทางพื้นที่เพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อนเองในชุมชน	-พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ -รวบรวมและตรวจสอบรายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดให้เป็นปัจจุบัน -จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ -จัดอบรม อสมในพื้นที่ตนเองเกี่ยวกับการคัดกรอง -รายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง -คัดแยกผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน MMSE Thai-2002 -ประสานกับ SM และแพทย์เจ้าของพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน

การดำเนินงานพัฒนาระบบ

โรงพยาบาลวารินชำราบได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยได้จัดตั้งคลินิกสูงอายุขึ้น ในปีพ.ศ. 2560 เพื่อดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุและโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมก็เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่ทางทีมให้ความสำคัญ นอกจากนี้ยังมีคลินิกประคับประครอง เพื่อดูแลผู้ป่วยประคับประครอง และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการชะลอความเสื่อมของสมองโดยรวม รวมถึงประเมินผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยถึงความต้องการความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแล้ว

ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกระยะ โดยมีการทำงานร่วมกันของไตรภาคี ทั้ง 3 ฝ่าย คือ ทีมสุขภาพ (พยาบาล, อสม.) ทีมชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ) และทีมท้องถิ่น (เทศบาล) ได้ร่วมกันสำรวจชุมชน ค้นหาปัญหาของชุมชน และประชุมวางแผนหาแนวทางร่วมกันกับผู้นำชุมชน ตัวแทนอสม. และเจ้าหน้าที่ เพื่อกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขในชุมชน *ได้ข้อสรุปคือ มีผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะหลงลืม และมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก ทำให้เป็นปัญหาและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล* **จึงจัดทำโครงการฝึกสมองป้องกันอัลไซเมอร์แก่ผู้สูงอายุขึ้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความคิดความจำ และสติปัญญาการรับรู้แก่ผู้สูงอายุ** โดยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม เช่น สาเหตุ อาการ การออกกำลังกาย และการบริหารสมองเพื่อส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ฝึกปฏิบัติกิจกรรมบริหารสมองด้วยเกมต่างๆ เพื่อฝึกทักษะด้านกระตุ้นกระบวนความคิดและการสั่งงานของสมอง โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน

ซึ่งโครงการนี้นำทีมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสุขภาพของรพ.สต. โดยได้เสนอโครงร่างโครงการต่อปลัดเทศบาลตำบล เพื่อขอทุนสนับสนุนในการดำเนินโครงการและประสานผู้นำอสม.และผู้นำชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการล่วงหน้า รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการและมอบหมายหน้าที่ให้ อสม.และพยาบาลคัดเลือกผู้สูงอายุที่ติดบ้านไม่ติดสังคม เข้าร่วมโครงการเพื่อฝึกทักษะ ฟื้นฟูทักษะด้านการใช้ความคิด จำนวน 30 คน เพื่อเข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนการอบรม โดยจะใช้แบบสอบถามที่เป็นคำถามแบบ เลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ ในการวัดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม จัดอบรมความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม และจัดกิจกรรมฝึกทักษะ เน้นฝึกใช้ความคิด ฝึกสมาธิ และสร้างปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมบริหารสมองด้วยเกมต่างๆเพื่อฝึกทักษะด้านกระตุ้นกระบวนความคิดและการสั่งงานของสมองด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- ชุดฝึกทักษะโดมิโน เป็นการฝึกสมองซีกขวาในด้านทักษะกระบวนการคิด การวางแผนและการตัดสินใจ
- ชุดฝึกทักษะบิงโก เป็นการฝึกสมองด้านระบบประสาทการรับรู้ การได้ยินและ ระบบประสาทสั่งการ
- ชุดเกมจัดคู่ภาพเหมือน ฝึกทักษะความจำ การสังเกต
- เกมเลขคณิตพิชิตสมองเสื่อม ฝึกทักษะการคิดคำนวณ

หลังจากนั้น ทำแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และทำแบบประเมินความพึงพอใจ ขั้นตอนสุดท้าย คือ สรุปโครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ชีวิต ความทรงจำที่ดีในชีวิต ที่ประทับใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความคิด และได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมโครงการท่านอื่นๆ

บุคลากรที่มีส่วนร่วมในโครงการได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ชุมชน อสม. เทศบาลตำบล ซึ่งโครงการดำเนินไปได้อย่างราบรื่น โดยมี เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล เป็นผู้ประสานงานและดำเนินโครงการ อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากอสม. ประชาชนผู้สูงอายุ พยาบาล เจ้าหน้าที่และหัวหน้าชุมชนเป็นอย่าง

ดี ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ การให้ความรู้ การตอบแบบสอบถามก่อนและหลังฝึกอบรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ และการให้คำแนะนำ

หลังสิ้นสุดโครงการพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม รวมถึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะ ที่เตรียมไว้ได้ ซึ่งตรงกับเป้าหมายของโครงการ การดำเนินโครงการนี้ทำให้ได้ประเมินความรู้และได้ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และใช้ข้อมูลที่ได้ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะพัฒนาความคิด ความจำ และสติปัญญาการรับรู้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นการปฏิบัติการในชุมชน โดยมีชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ รู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม และเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดี ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและพื้นที่ชุมชน ทำให้เข้าถึงกลุ่มประชากรได้มากขึ้น






ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลวารินชำราบ ยังได้ลงพื้นที่พัฒนาความรู้ อสม. อย่างต่อเนื่อง ทั้งทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การเจาะน้ำตาล การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ และยังได้จัดระบบการสืบค้นภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ผ่านกระบวนการดำเนินงานของ อสม.ในการให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมเบื้องต้น โดยการจำแนกจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนในชุมชน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่พบความผิดปกติ (Normal cognition)

2) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment)

3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องออกจากกลุ่มที่ยังไม่พบความผิดปกติ โดยมีการจัดอบรม อสม. ในพื้นที่เกี่ยวกับความสำคัญของการทำแบบคัดกรอง เป้าหมายของการทำแบบคัดกรอง ตลอดจนวิธีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ได้มีการจัดประชุมแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอำเภอวารินชำราบ กับทางทีม สสอ./รพ.สต. และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ระบบการทำงานมีความชัดเจน โดยมี dementia-coordinator ทำหน้าที่ประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลกับทาง รพ.สต.

ทางสสอ. และทางจังหวัด เพื่อให้ข้อมูลมีความเชื่อมโยง ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางการดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือการใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม โดยทีม อสม.เป็นผู้ลงทำแบบประเมิน

ขั้นต่อไปคือ ส่งแบบประเมิน แก่ Dementia care manager ของแต่ละพื้นที่ เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุ และตรวจสอบความถูกต้องของผลคัดกรอง โดยกลุ่มที่มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่สงสัยว่ามีความบกพร่องทางด้านความจำ ซึ่งกลุ่มนี้ จะถูกนำไปคัดแยกต่อด้วยแบบประเมิน MMSE Thai-2002 พบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ในการนัดผู้สูงอายุเข้ามาทำแบบประเมิน MMSE Thai-2002 ที่รพ.สต. หรือที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลนั้น เนื่องจากผู้ดูแลหรือญาติ ไม่สามารถพาผู้สูงอายุ เข้ามารับการประเมิน MMSE ในสถานบริการได้ เนื่องจากญาติและผู้ดูแล มักทำงานในช่วงเวลากลางวัน

และในบริบทพื้นที่ในชุมชนบางพื้นที่ การเดินทางค่อนข้างลำบาก ระยะทางไกลจากสถานบริการค่อนข้างมาก ทางทีมดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลวารินชำราบ จึงแบ่งการทำประเมิน MMSE Thai-2002 ออกเป็น 3 รูปแบบ โดยได้ประสานให้ อสม.ลงติดตามสอบถามผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ทำแบบประเมิน MMSE Thai-2002 ว่าสะดวกทำแบบประเมินในรูปแบบใด คือ

1. ประเมิน MMSE Thai-2002 ที่คลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลวารินชำราบ (พยาบาลประจำคลินิกสูงอายุเป็นผู้ดำเนินการ)

2. ประเมิน MMSE Thai-2002 ที่ รพ.สต. (พยาบาลประจำ รพ.สต.เป็นผู้ดำเนินการ)

3. ผู้สูงอายุไม่สะดวกเดินทาง ทางทีมจะลงเยี่ยมบ้านและดำเนินการประเมิน MMSE Thai-2002 ที่บ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มสุดท้ายนี้ จะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และอสม.ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ รวมทั้งวางแผนการดูแลรายบุคคล ประเมินสภาพแวดล้อมพื้นที่บ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมเบ็ดเสร็จในครั้งเดียว

หลังจากได้ผลการประเมิน MMSE Thai-2002 กลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะ dementia จะได้รับการหาสาเหตุและวางแผนการดูแลรายบุคคล โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะเป็นผู้ดูแลและหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น หากเป็นสาเหตุที่แก้ไขได้ (Reversible cause) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะส่งต่อเคสให้แก่อายุรแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาภาวะ dementia ต่อไป โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังคงให้การดูแลต่อเนื่องในมิติสุขภาพจิต สังคม สิ่งแวดล้อม และครอบครัว ของผู้ป่วย หากเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Irreversible cause) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งเคสต่อให้อายุรแพทย์ ทำการค้นหาสาเหตุโดยอาจตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น CT scan เพื่อทำการวินิจฉัย หรือ พิจารณาส่งต่ออายุรแพทย์ระบบประสาทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต่อไป ขณะที่ผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมิน MMSE Thai-2002 แล้วไม่เข้าเกณฑ์สงสัยภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการคัดแยกหาภาวการณ์รู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ด้วยแบบประมิน MoCA โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และหากเข้าเกณฑ์ MCI ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้เข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAM V program) ต่อไป

การส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่พื้นที่ จะถูกส่งข้อมูลจาก dementia care manager (DCM) ในพื้นที่มายัง dementia care coordinator (DCC) ซึ่งเป็นผู้ประสานงานระหว่างพยาบาลใน รพ.สต. และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบ และส่งต่อเคสให้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเจ้าของพื้นที่นั้นๆ เพื่อทำการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพให้ได้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ข้อมูลสุขภาพทั่วไป การดำเนินของอาการ การบำบัดรักษา ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผลกระทบต่อครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ *โดยมีเป้าหมาย คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร*

ผลการดำเนินงาน CDC system

จำนวนผสอ.ทั้งหมด	จำนวน ผสอ.คัดกรอง	การคัดกรอง		คัดแยก MMSE		คัดแยก MoCA
		ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ	
19,834	14,336, (72.3%)	12,817	1,519	1,072	305	อยู่ระหว่างดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
ภาระงานปริมาณมากของบุคลากรทางการแพทย์และเหตุการณ์ต่างๆ ที่แทรกเข้ามาระหว่างการดำเนินการ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง	ประชุม DCM ทุกพื้นที่สรุปปัญหาที่แตกต่างของแต่ละพื้นที่ เพื่อวางแผนระยะเวลาการดำเนินการใหม่ให้ความต่อเนื่อง
รายละเอียดของการใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002 และความรู้ความเข้าใจใช้แบบประเมิน	จัดอบรมการใช้แบบประเมินต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุไม่สะดวกทำแบบประเมิน MMSE Thai-2002 ในสถานบริการเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล	แบ่งการประเมิน MMSE Thai-2002 เป็น 3 รูปแบบ -ประเมินที่คลินิผู้สูงอายุ -ประเมิที่รพ.สต. -ประเมินที่บ้านพร้อมเยี่ยมบ้าน
ขาดตัวแทนในการเชื่อมระบบส่งต่อและส่งกลับระหว่างรพ.สรรพสิทธิประสงค์และรพ.วารินชำราบ	ประชุมหารือ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษากับรพ.สรรพสิทธิประสงค์

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบในระยะแรก

6 คุณลักษณะ CDC system	ผลการดำเนินงาน
ครบวงจร (comprehensive)	มีระบบการคัดกรอง คัดแยก วินิจฉัยและรักษาที่ชัดเจน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
ต่อเนื่องไร้รอยต่อ (seamless)	มีระบบการส่งเคสกลับชุมชนที่ชัดเจน โดยมีพยาบาลด้านศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ทำหน้าที่ประสานกับ DCM ในพื้นที่
ครอบคลุม (coverage)	อสม.ซึ่งเป็นเจ้าของพื้นที่ รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุตามหลังคาเรือนที่ได้รับมอบหมาย จึงมีความครอบคลุม 100%
เข้าถึงง่าย สะดวก (access)	ทีมสุขภาพมีการทำงานเชิงรุก ตั้งแต่ตอนคัดกรองคัดแยก และมีการลงเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล
การมีส่วนร่วมของไตรภาคี (participation)	ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทั้ง 3 ภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ
การบูรณาการงานร่วมกัน (Integrated care)	พื้นที่อ.วารินชำราบ ดูแลแบบ Family registration ดูแลทั้งครอบครัว ไม่ได้แยกรักษาเป็นรายบุคคล จึงสามารถดำเนินการรวมไปกับงานประจำที่มีอยู่และใช้ทรัพยากรร่วมกัน

กรณีศึกษา....เรื่องเล่าจากเคส

ผู้ป่วยหญิง ไทย คู่ อายุ 55 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบุตรชาย3 คน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง นิสัยส่วนตัว ชอบสังสรรค์ ดื่มสุราจนไม่ได้สติบ่อยครั้ง ทุกครั้งที่เมาสุรามาก มักจะปัสสาวะบนที่นอน และทำลายข้าวของ ต่อมาสามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจึงเลิกดื่มสุรา ทุกครั้งที่มารับยาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ผู้ป่วยจะเดินทางมาพบแพทย์เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง

จนกระทั่งปี พ.ศ.2560 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืม จากที่เคยมารับยาตรงตามนัด เริ่มผิดนัด รับประทานยาไม่ตรงเวลา ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากที่เคยเดินทางมารับยาได้ด้วยตนเอง เริ่มจำเส้นทางไม่ได้ บุตรชายคนเล็กและภรรยา จึงตัดสินใจย้ายมาอาศัยอยู่กับผู้ป่วย เพื่อมาดูแลมารดา ผู้ป่วยเริ่มสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำ ลืมวิธีการประกอบอาหาร จัดยาทานเองไม่ได้ เมื่อบุตรชายเตรียมยาไว้ให้โดยแบ่งเป็นมื้อๆ ผู้ป่วยจะทานยาทั้งหมดในครั้งเดียว เริ่มลืมชื่อสมาชิกในครอบครัว เช่น ชื่อสามี ชื่อลูกสะใภ้ ชื่อบุตรชายคนโต และบุตรชายคนกลาง จำชื่อได้เฉพาะบุตรชายคนเล็ก

ต่อมาเมื่อปลายปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาด้านพฤติกรรม ไม่นอน ทั้งเวลากลางวันและกลางคืน อุจจาระเรี่ยราด ไม่เป็นที่ ปีนรั้วบ้านเพื่อจะออกนอกบ้าน หลายครั้งที่ผู้ป่วยเดินหายออกจากบ้าน ชาวบ้านใน

ละแวกจะทราบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืม เมื่อพบเห็นจะโทรเรียกให้บุตรชายมารับกลับบ้าน อสม.ที่ดูแล ได้แจ้งปัญหาไปยังพยาบาลประจำรพ.สต. เพื่อลงเยี่ยมบ้านและประเมินอาการ เมื่อทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคแล้วทางพยาบาลประจำรพ.สต.ได้ประสานมายังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นเจ้าของพื้นที่เพื่อประเมินอาการ และส่งเข้ารักษาในคลินิกสูงอายุของโรงพยาบาลวารินชำราบ แพทย์จึงได้นัดผู้ป่วยและญาติเข้ามารับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกสูงอายุ จากการประเมินความเสื่อมของการรู้คิด (cognition) 6 ด้าน พบว่า ด้านความจำ จำได้เฉพาะชื่อตนเอง จำชื่อบุตรชาย จำที่อยู่ไม่ได้ ด้านการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ออก ไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของได้ ด้านสมาธิ ความใส่ใจ ยังคงมีสมาธิจดจ่อกับคู่สนทนาดี ด้านมิติสัมพันธ์ บกพร่อง ด้านการบริหารจัดการ บกพร่อง ด้านสังคม ไม่สามารถตอบคำถามคู่สนทนาได้ ไม่พูดคุยกับใคร และจากการประเมิน MMSE พบว่า ได้ 2 คะแนน ADL 8/20 ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์สมองเพิ่มเติม พบ diffuse brain atrophy ,mild hydrocephalus. ตรวจ investigation laboอย่างอื่นเพิ่มเติม ไม่พบความผิดปกติ ซึ่งหลักการดูแลช่วงแรกที่รับการรักษาในคลินิกสูงอายุ คือ ดูแลปัญหาด้านพฤติกรรม ป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุปกรณ์ต่างๆ ดูแลกิจวัตรประจำวันที่เป็นปัญหา

ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หงุดหงิด โมโหง่าย ทำลายข้าวของ ถีบรถจักรยานยนต์ที่จอดอยู่ในบ้านตนเอง และมักเดินเข้าไปอุ้มสุนัขที่อยู่ในละแวกบ้าน ทำให้ถูกสุนัขกัด บุตรชายต้องพามาฉีดวัคซีนบ่อยครั้ง ทางแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ปรึกษาอายุรแพทย์เรื่องปัญหา BPSD อายุรแพทย์จึงพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อกับอายุรแพทย์ระบบประสาทที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการวินิจฉัย Alcohol related dementia with BPSD และได้รักษาร่วมกับจิตแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อีกด้วย ปัญหาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย *ส่งผลกระทบมากมายหลายด้าน ผลกระทบต่อครอบครัว บุตรชายและภรรยาเกิดความเครียดหนักมาก เนื่องจากไม่ได้พักผ่อน ต้องดูแลมารดาแทบจะตลอดเวลา จึงเกิดปัญหาภายในครอบครัว* ภรรยาของบุตรจึงชายขอแยกทาง ผลกระทบด้านการเงิน บุตรชายมีอาชีพขายปลากัด และซ่อมรถจักรยานยนต์ซึ่งแทบไม่พอจุนเจือครอบครัว ค่าใช้จ่ายเดือนละ 10,000 บาท ได้รับเงินจากพี่ชายคนโตช่วยเหลือเดือนละ 3,000 บาท

บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลครอบครัว อสม.ลงเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามอาการทั่วไป และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ส่งผลให้แพทย์ผ่านทางไลน์ dementia manager ติดตามอาการเพื่อรายงานแพทย์ ทุก1 เดือน ปัจจุบันภาวะ BPSD ของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาจากจิตแพทย์ และภาวะความเครียดของผู้ดูแลได้รับการรักษา

แผนการดูแลในผู้ป่วยรายนี้

ประเมิน	อาการ/ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
A : ADLs กิจวัตรประจำวัน -พื้นฐาน -ต่อเนื่อง	ระยะรุนแรงปานกลาง ทำกิจวัตรพื้นฐานบางอย่างไม่ได้ต้องให้ความช่วยเหลือ	Impaired bADLs	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง แม้จะต้องมีการช่วย เช่นทานข้าวเอง แปรงฟันเอง	-ผู้ดูแลเตรียมอาหารให้ ให้ผู้ป่วยตักข้าวทานเอง ช่วยเหลือในกรณีจำเป็น -ใช้ภาษากายกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ	-สอบถามการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจากผู้ดูแล -ประเมินความสามารถผ่าน bADLs
B: BPSD ปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวช	-มีปัญหาด้านการนอน คือไม่นอนทั้งเวลากลางวันและกลางคืน ,ก้าวร้าว	-Sleep problem -Agitation	-ลดปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรม	-ปรับพฤติกรรม ปรับสิ่งแวดล้อม และใช้ยาในกรณีมีข้อบ่งชี้ -ก้าวร้าว พูดด้วยน้ำเสียงอ่อนนุ่ม สายตาเป็นมิตร -ปัญหาการนอน : ค้นหาสาเหตุรบกวนการนอน ส่งเสริมสุขลักษณะการนอนที่ดี	-สอบถามผู้ดูแลถึงปัญหาพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช
C: Cognition การรู้คิด	ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวแย่ลง ไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด	Impaired cognitive function	ชะลอความเสื่อมลงของการรู้คิด	-พูดคุยเหตุการณ์ประจำวัน -ฝึกเรียนรู้ทักษะ เช่นแต่งตัว -ผู้ดูแลอ่านหรือชี้ให้ดูรูปเก่าๆของผู้ป่วย	-ผู้ดูแลกระตุ้นการรับรู้ได้อย่างเหมาะสม
D: Drug ยา	ทานยารักษาเบาหวานไม่สม่ำเสมอ	Poor drug compliance	-ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง -อสม.เยี่ยมบ้าน ทบทวนการรับประทานยา การฉัดยา	-ผู้ดูแลจัดยาให้ทานเป็นมื้อ -ประเมิน จำนวน ชนิด ขนาด และวิธีใช้ยา ให้	-การรับประทานยาได้ถูกต้อง

ประเมิน	อาการ/ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
			รวมถึงเจาะปลายนิ้วเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด	ถูกต้องตามฉลากยา ทุกครั้งที่ได้รับยา -เฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	
E: Environment สภาพแวดล้อม	ภายในบ้านและภายนอกบ้านไม่ปลอดภัย สุนัขจรจัดเยอะ	Unsafe environment	ภายในบ้าน ภายนอกบ้านและชุมชนมีความปลอดภัย	-แก้ไขบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้าน -ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น เก็บของมีคม สารเคมี วัตถุที่ทำให้เกิดประกายไฟ	-สภาพแวดล้อมได้รับการปรับให้เหมาะสม
F: Family and caregiver ครอบครัวและผู้ดูแล	ผู้ดูแลไม่เข้าใจผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว บุตรชายคนเล็กคือผู้ดูแลเพียงคนเดียว	Care giver burden	ลดภาระผู้ดูแล	-มีช่วงเวลาให้ผู้ดูแลได้พักหรือมีผู้อื่นสลับมาดูแล -ให้เทคนิคในการจัดการกิจวัตรประจำวัน และการจัดการปัญหาพฤติกรรมอารมณ์	-ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้รับการแก้ไข -ความเข้าใจของผู้ดูแลต่อโรคของผู้ป่วยเหมาะสม
G: Goal เป้าหมายการดูแล	ไม่มีเป้าหมายการดูแล	Inappropriate goal setting	มีการตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล	-สอบถามผู้ดูแลเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หลักการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
H: Health สุขภาพทั่วไป	-โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	Chronic disease	ลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น น้ำตาลในเลือดสูง	-ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันอย่างสม่ำเสมอ	-ปัญหาที่ตรวจพบได้รับการแก้ไข อย่างต่อเนื่อง

ประเมิน	อาการ/ปัญหา	วินิจฉัย	การวางแผน	วิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
				-การได้รับวัคซีน เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกปี	
L: Legal กฎหมาย	-ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับเงินผู้พิการ เนื่องจากบกพร่องทางสมองในส่วนการรับรู้	-	-เข้าถึงสิทธิต่างๆที่ควรได้	-ดำเนินการจดทะเบียนผู้พิการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐานตามความพิการ	-ได้รับสิทธิที่ควรได้
M: Money การเงิน	มีปัญหาการเงิน	Financial problem	ได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน	-หาแหล่งสนับสนุนการเงินทั้งจาก สมาชิกในครอบครัว ญาติ ชุมชน -ส่งเสริมอาชีพในครอบครัว	-มีปัญหาการเงิน จากการดูแลน้อยที่สุด
N: Network ระบบการดูแล	ระบบการดูแลไม่ต่อเนื่อง	Referral problem	มีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ต่อเนื่อง	-ติดตามการรักษาได้ต่อเนื่อง -เข้าถึงระบบบริการโดยสะดวก	-มีความต่อเนื่องของการดูแล

หัวใจของความสำเร็จ คือ การมีเป้าหมายเดียวกันของไตรภาคีที่ต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มที่

ผลลัพธ์การดำเนินงาน CDC system

-ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

-ผู้ป่วยได้รับสวัสดิการผู้พิการตามสิทธิ์

-ผู้คนในชุมชนรับรู้และช่วยเฝ้าระวัง เมื่อผู้ป่วยเดินหลงทาง สามารถพากลับมาส่งที่บ้านได้

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดของระบบ

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
Comprehensive	มีระบบคัดกรองคัดแยก ระบบวินิจฉัยรักษา และระบบดูแลต่อเนื่องที่ค่อนข้างชัดเจน
Seamless	มีการรับส่งต่อเคสอย่างเป็นระบบ สามารถติดตามการรักษากับอายุรแพทย์ และอายุรแพทย์ระบบประสาท ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้อย่างเป็นระบบ
Coverage	ผู้สูงอายุได้รับการรักษาตามระบบ เนื่องจาก การทำงานของ อสม.เจ้าของพื้นที่ ที่ลงคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ100% และวางแผนติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยทีมพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
Access	-ผู้สูงอายุ เข้าถึงการบริการได้สะดวก เนื่องจาก ทีมแพทย์และพยาบาลลงเยี่ยมประเมินอาการผู้สูงอายุทุกราย ที่ไม่สามารถเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลได้ เพื่อให้ได้รับบริการได้สะดวกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ดูแลอยู่ -พื้นที่ยังสามารถเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยได้ทุกที่ ทุกเวลา เนื่องจากสามารถสั่งการรักษาและสั่งยาผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล ใน Notebook ส่วนตัวของแพทย์ได้ แม้ขณะไปเยี่ยมบ้าน
Participation	ชุมชนเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี เนื่องจากชุมชนมีความรู้สึกว่าคนในชุมชนเป็นเหมือนญาติพี่น้อง รวมถึงทีมท้องถิ่นและทีมสุขภาพ มีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบตามที่มุ่งหวัง
Integration	การดำเนินการรวมไปกับงานประจำที่มีอยู่และใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ เป็นแบบ Register family

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
	คือดูแลทั้งครอบครัว ไม่ได้แยกรักษาเพียงคนใดคนหนึ่งหรือโรคใดโรคหนึ่ง เมื่อลงเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพจะลงประเมินอาการบุคคลในบ้านทุกคน ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่ป่วย เนื่องจากเป้าหมายคือ การดูแลต่อเนื่องครอบวงจร และดูแลสุขภาพโดยรวมทั้งป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร:โรงพยาบาลวารินชำราบ ระยะที่ 2 (2565)

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ : จำนวน 21,355 คน เป็นเพศชาย 44.4% หญิง 55.6%

คณะทำงานในการพัฒนาระบบ : ประกอบด้วย

ทีมแกนนำการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ	System manager (งานคลินิกผู้สูงอายุ): พ.ญ.ภัทรกานต์ จตุรภัทรวงศ์ Dementia care coordinator: นางวิภาพร มักการุณ พยาบาลวิชาชีพ นางฐิติกา แสนการุณ พยาบาลวิชาชีพ
ทีมแพทย์เฉพาะทาง	อายุรแพทย์ และจิตแพทย์
ทีมเครือข่ายร่วมทำงานในระบบ	ทีม CM ประจำ พื้นที่/ทีมศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/ทีม อสม.CG
	ชมรมผู้สูงอายุ/จิตอาสา/พระ วัด
	เทศบาล อบต./กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/นักพัฒนาชุมชน

ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรอำเภอเมืองวารินชำราบ



ผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่ใน 3 ระบบย่อย

พื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	การคัดกรอง			
		จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง (Minicog)	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้คัดกรอง	จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองผลผิดปกติ	เหตุผลที่ไม่ได้คัดกรอง
1. ปากกุดหวาย	597	597 (100%)	0	63 (10.5%)	
2. นาโหนนน้อย	1077	1057 (98.1%)	20	37(3.5%)	
3. โนนน้อย	805	787 (97.8%)	18	201 (25.6%)	
4. โนนยาง	594	560	34	149(26.7%)	
5. บัววัด	958	896(93.5%)	62	293 (32.7%)	
6. หนองกินเพล	455	425(93%)	30	53(12.4%)	
7. คำขวาง	1143	1045(91.4%)	98	133(12.7%)	
8. โคกเชบูรณ์	531	482(90.8%)	49	65(13.5%)	
9. โนนเกษม	365	329(90.1%)	36	67(20.3%)	
10. ก่อ	1982	1673(84.4%)	309	360(21.3%)	
11. ราษฎร์สำราญ	737	622(84.4%)	115	92(14.8%)	
12. คูเมือง	1160	928(80%)	232	48(5.2%)	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบ

6 คุณลักษณะ CDC system	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
Comprehensive	ยังขาดการทำงานเชิงรุก ทั้งการค้นหารายใหม่ และการดูแลแบบต่อเนื่อง มีแนวทางคัดกรอง คัดแยก วินิจฉัย รักษาที่ชัดเจนมากกว่าปีที่ผ่านมา แต่ยังขาดความต่อเนื่องของการดำเนินการ
Seamless	การส่งต่อเคส จากพื้นที่เข้ามารักษาในรพ. ยังไม่มีความชัดเจน คลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการ 1 ปี เคสผู้ป่วยสูงอายุ จึงถูกกับไปนัดที่คลินิก NCD ทำให้การดุแลผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง
Coverage	การคัดกรอง population ได้ 70% ส่วนการคัดแยก คัดกลุ่มนำกลุ่มที่สงสัยว่ามี Dementia มาประเมินก่อน เพื่อให้เกิดภาพครบวงจร
Access	อสม.มีการเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้นกว่าปีที่แล้ว ยังไม่มีช่องทางที่ชัดเจน ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบ มีการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการ โดยทีมสุขภาพในพื้นที่
Participation	เทศบาลให้สถานที่ ในการจัดประชุมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ทีมท้องถิ่นร่วมลงเยี่ยมบ้านกับทีมสุขภาพ
Integration	การบูรณาการเข้ากับงานประจำ ยังไม่ชัดเจนในปีนี้ แต่จะปรับปรุงให้ในปีถัดไป

ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ร่วมงานบางฝ่ายยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ขากการทำงานเชิงรุกเนื่องจากเป้นพื้นที่ระบาด โควิด-19
3. ภาระงานของเจ้าหน้าที่
4. ปัญหาการติดตามและประเมินจากอสม. ยังไม่ครบถ้วน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มองข้ามความไม่สมบูรณ์แบบของการดำเนินงาน ทำในส่งที่ทำได้ ค่อยๆ ปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความไม่พร้อมในการเปิดให้คลินิกผู้สูงอายุ อัตรากำลังไม่เพียงพอ

ระยะติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม/ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร การติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง ในวันที่ 30-31 พฤษภาคม 2565 สรุปการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาระบบฯ CDC System: โมเดลจังหวัดอุบลราชธานี

พื้นที่นำร่อง: อำเภอเมือง และ อำเภอวารินชำราบ มีจุดเด่น คือ

มีการวางระบบครบวงจร ชัดเจน ครบทั้ง 3 ระบบย่อย (เพิ่มการต่อยอดนวัตกรรม?) และ

มีทีมการดำเนินงานระดับอำเภอที่ชัดเจนครบถ้วนทั้ง 2 อำเภอ (SM/PM/CC/CM/CG/CHV) คือ มีทีมคัดกรอง/ทีมคัดแยก/ทีมคัดกลุ่ม/ทีมการดูแลต่อเนื่องครบทั้งสามกลุ่ม

ทีมการพัฒนาระบบ (SM/DT-CC/DT-CM+ภาคีเครือข่าย??) (Workforce)

ระดับจังหวัด มี MOU (ทีมบริหาร/ทีมสนับสนุนการพัฒนาระบบฯ) มีศูนย์ประสานการพัฒนาระบบฯของจังหวัด (สสจ) ทำเป็นตัวชี้วัด / KPI ?

ระดับอำเภอ (พชอ?: นโยบาย/สนับสนุน/คืนข้อมูล??)

ทีมนำระบบ SM/PM (แพทย์ FM) (ผ่านการอบรม?)

ทีมคัดกลุ่ม (แพทย์ FM; อายุรแพทย์;จิตแพทย์)(Neuro Med?)

ทีมประสานเชื่อมต่อระบบ (มี DT-CC: สสอ/รพ:COC?OPD/คลินิกผู้สูงอายุ?) (อบรมหลักสูตร DTCM?) DT-CM (ระดับปฐมภูมิทุกแห่ง??) (ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM?/)

ทีม อสม/CG/นักบริบาล/อื่นๆ?? (ผ่านการอบรมโดยทีมพื้นที่?)

ทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ เชื่อมโยงระบบ (ระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน/ท้องที่/ท้องถิ่น?)

การดำเนินงานวางระบบอย่างครบวงจรฯ (Service Delivery}

1. การคัดกรอง (2Q> 14Q; AMT; Mini-Cog)
2. การคัดแยก (TGDS/MMSE/MoCA)
3. การคัดกลุ่ม (Primary Diagnosis> Confirm Diagnosis)

อำเภอเมือง (รพ 50 พรรษา: FM + Gen Med และ refer รพ สปส) (มีแนวทางการส่งต่อ/เครื่องมือ)

อำเภอวารินชำราบ (รพ วารินชำราบพรรษา: FM + Gen Med/Psychiatrist)

4. การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ) (นวัตกรรม?)

กลุ่ม MCI (Brain Training) ()

กลุ่ม Dementia (Brain Care)

โอกาสในการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล (พื้นที่ อำเภอเขื่องในจังหวัด)

1. เครื่องมือ/แบบบันทึก/ฐานข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน

-ผังไหลการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง ระดับปฐมภูมิ (รพสต/PCU) คัดกรอง>คัดแยก>คัดกลุ่ม>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม) ของแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ ในแต่ละปี

-ผังไหลภาพรวมจังหวัด/อำเภอ/ตำบล?) แต่ละปี

-แนวทางการคัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม (CPG/Guideline)

-ความต่อเนื่องของข้อมูล: เครื่องมือที่ใช้ฐานข้อมูลที่ใช้บันทึกข้อมูล คัดกรอง>คัดแยก>คัดกลุ่ม>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม) ฐานข้อมูล

-การประมวลผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อคืนข้อมูล เพิ่มขึ้น

-การคืนข้อมูล

2. เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM)/การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายการดูแล โดยทีมนำ-ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาระบบฯในอนาคต
3. เพิ่มการคืนข้อมูลแก่ทีมการดูแล/พื้นที่นำร่อง/พชอ./จังหวัด

โอกาสในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ (Service/Intervention/COC/??)

1. Virtual Geriatric Clinic (Dementia/Memory Clinic)
2. Telehealth/Telemedicine (Diagnosis/Intervention: MCI)
3. QR Code (Dementia Case) /ชุดการให้ความรู้ตามปัญหา อื่นๆ

เขตสุขภาพที่ 12 พื้นที่นำร่อง จังหวัดสงขลา

บริบทพื้นที่ก่อนการพัฒนา

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับภาพรวมประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด สำหรับจังหวัดสงขลาสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ในส่วนอำเภอเมืองสงขลา จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ณ วันที่ 26 พฤษภาคม ๒๕๖๓ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจาก 24,849 คน ในปี พ.ศ.2562 เป็นจำนวน 26,007 คน เมื่อพิจารณาข้อมูลระบบรายงาน 43 แฟ้มของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่าปัญหาสุขภาพจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 5 ใน 5 อันดับของปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สุขภาพช่องปาก ข้อเข่าเสื่อม และภาวะสมองเสื่อม โดยมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 24,664 คิดเป็นร้อยละ 94.84 ของประชากรผู้สูงอายุรวม(สามารถคัดกรองได้ครอบคุลมมากกว่าในไตรมาสแรก) พบว่ามีภาวะผิดปกติ 73 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 โดยกระจายอยู่ในตำบลต่างๆ ที่พบมาก คือใน ตำบลเกาะแต้ว ตำบลทุ่งหวัง ตำบลบ่อยาง ตำบลเขารูปช้าง ตำบลเกาะยอ และตำบลพะวง สำหรับในส่วนการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของเขตอำเภอเมืองสงขลานั้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลังคือ พ.ศ. 2560-2562 และไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีแนวโน้มของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อม (Dementia) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พบว่าผู้ที่มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ยังมีจำนวนไม่มากนัก ดังนี้

โรค	พ.ศ. / คน/ครั้ง	พ.ศ. 2560			พ.ศ. 2561			พ.ศ. 2562		
		อ.เมือง	อื่น ๆ	รวม	อ.เมือง	อื่น ๆ	รวม	อ.เมือง	อื่น ๆ	รวม
MCI	คน	9	13	**22**	13	9	**22**	17	21	**38**
	ครั้ง	27	34	**61**	39	23	**62**	37	47	**84**
	เฉลี่ยเข้ารักษาต่อปี	3	2.6	**2.8**	3	2.6	**2.8**	2.2	2.2	**2.2**
Dementia	คน	57	118	**175**	65	115	**180**	65	110	**175**
	ครั้ง	223	399	**622**	231	389	**620**	246	400	**646**
	เฉลี่ยเข้ารักษาต่อปี	3.9	3.4	**3.6**	3.5	3.4	**3.4**	3.8	3.6	**3.7**

ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI / Dementia (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม – 31ธันวาคม 2562)

สถานการณ์ประชากร อำเภอเมืองสงขลา ปี พ.ศ. 2564

อำเภอเมืองสงขลาปี 2564 มีประชากรรวมจำนวน 240,176 คน มีสัดส่วนผู้สูงอายุ จำนวน 27,586 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9

จำแนกรายตำบล : บ่อยาง (ร้อยละ 23) เขารูปช้าง (ร้อยละ 19) เกาะแต้ว (ร้อยละ18) พะวง (ร้อยละ 18) ทุ่งหวัง (ร้อยละ 28) และเกาะยอ (ร้อยละ 25)

จำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมืองสงขลา 3 ปี (พ.ศ. 2561-2564)

เขตอำเภอเมือง	**ร้อยละผู้สูงอายุ ตามปี**			
	2561	**2562**	**2563**	**2564**
ประชากรรวม	210,921	219,472	229,680	240,176
กลุ่มผู้สูงอายุ		24,827	26,007	27,586
สัดส่วน (ร้อยละ)	14.4	15.1	15.8	20.9
ติดสังคม	94.99	91.6	89.89	92.6
ติดบ้าน	4.1	7.8	9.5	6.5
ติดเตียง	0.9	0.6	0.6	0.9

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์กร (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2565-67)

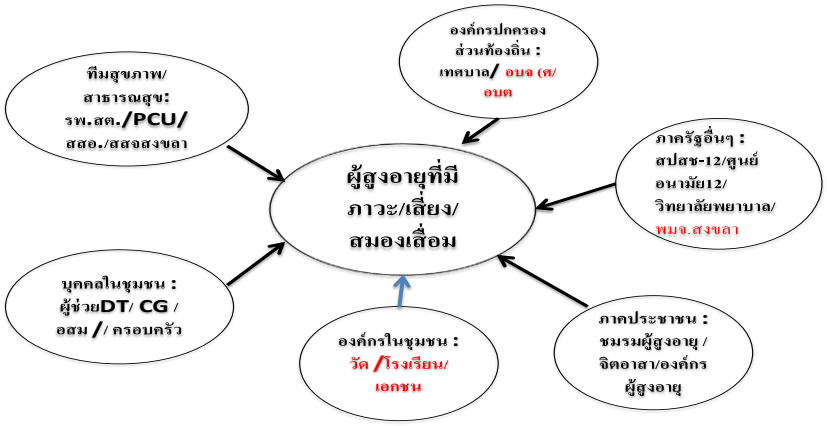
โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 508 เตียง (ระดับ S) มีโรงพยาบาลเมืองสงขลา เป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) เขตเมือง รายละเอียดดังนี้

1. อำเภอในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ประกอบด้วย 8 อำเภอ คือ อำเภอเมืองสงขลา อำเภอระโนด อำเภอกระแสสินธ์ อำเภอสทิงพระ อำเภอสิงหนคร อำเภอจะนะ อำเภอเทพาและอำเภอสะบ้าย้อย

2. ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองปี 2567 จำนวน 31,104 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรรวม

3. ไม่มีบริการคลินิกสมองเสื่อม แต่มีระบบการดูแลสมองเสื่อมโดยการทำงานร่วมกันระหว่างคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกสุขภาพใจ(จิตเวช) และคลินิกอายุรกรรมประสาท โดยใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุด้านความคิดความจำของจังหวัดสงขลา และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ รพ.สงขลา

6. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย: จิตแพทย์ 2 คน และอายุรแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท จำนวน 2 คน แพทย์คลินิกผู้สูงอายุ ผ่านการอบรม จำนวน 4 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 4 คน นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน และมีพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน กำลังจะไปเรียนต่อสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 1 คน โดยมี***ภาคีเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา***



ผลการคัดกรอง BGS (สมองเสื่อม ซึมเศร้า และADL) ปีพ.ศ.2562

ชื่อสถานบริการ	จำนวนผู้สูงอายุ	สมองเสื่อม : AMT				ซึมเศร้า			ADL : Barthel ADL			
		คัดกรอง/ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ทราบ	คัดกรอง/ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง/ร้อยละ	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
ต.เขารูปช้าง												
1รพ.สต.เขารูปช้าง	2,143	1,966/91.74	1,956	10	-	1,965/91.69	1.965	-	1,969/91.88	1,948	10	11
2.รพ.สต.บ้านทุ่งใหญ่	971	964/99.28	961	2	1	964/99.28	964	-	964/99.28	855	104	5
3.เขารูปช้างสาขา 1	1,173	1,112/94.8	1,109	2	1	1,113/94.88	1,113	-	1,115/95.06	1,096	13	6
4. .เขารูปช้างสาขา 2	2,400	2,383/99.29	2,382	1	-	2,383/99.29	2,383	-	2,383/99.29	2,099	259	25
รวม	**6,687**	**6,425/96.07**	**6,408**	**15**	**2**	**6,425/96.1**	**6,425**	**-**	**6,431/96.17**	**5,998/93.2**	**386/6.4**	**47/0.8**
ต.บ่อยาง												
1.ศูนย์เมือง	4,543	4,436/97.64	4,060	376	-	4,436/97.64	4,423	13	4,444/97.82	4,029	402	13
2.กุโบร์	1,316	1210/91.95	1,188	22	-	1,208/91.79	1,204	4	1,217/92.48	1,192	15	10
3.พาณิชย์	1,106	1,082/97.83	1,082	-	-	1,082/97.83	1,082	-	1,082/97.83	1,014	55	13
4เตาหลวง	1,295	696/53.75	695	1	-	598/46.18	596	2	747/57.68	397	376	2
5.สระเกษ	1,055	193/18.29	192	1	-	210/19.91	210	-	236/22.37	77	156	3
รวม	**9,315**	**7,617/81.77**	**7,217**	**400**	**-**	**7,534/80.9**	**7,515**	**19**	**7,726/82.94**	**6,709**	**1,004**	**41**
ต.เกาะแต้ว												
1.ชุมพอ	1,032	1,010/97.87	937	71	-	1,011/97.97	1,011	-	1,012/98.02	959	49	4
2.บ่ออิฐ	764	759/99.35	750	9	5	759/99.35	708	51	760/99.48	721	31	8
รวม	**1,796**	**1,769/98.5**	**1,687**	**80**	**5**	**1,770/98.5**	**1,719**	**51**	**1,772/98.66**	**1,680**	**80**	**12**

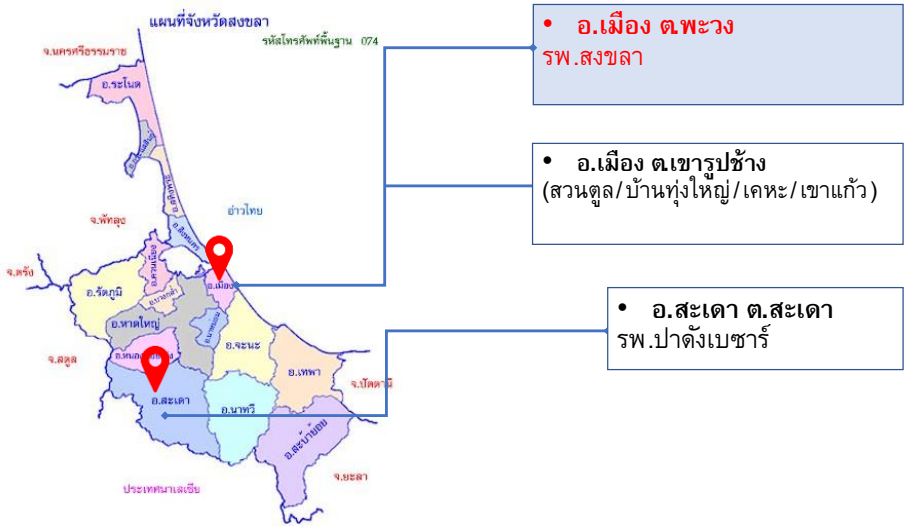
ชื่อสถานบริการ	จำนวนผู้สูงอายุ	สมองเสื่อม : AMT				ซึมเศร้า			ADL : Barthel ADL			
		คัดกรอง/ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ทราบ	คัดกรอง/ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง/ร้อยละ	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
ต.ทุ่งหวัง												
1.ทรายขาว	1,107	1,075/97.11	1,051	24	-	1,075/97.11	1,075	-	1,077/97.29	1,053	20	4
2.อ่างทอง	1,178	1,082/91.85	1,082	-	-	1,083/91.94	1,054	29	1,053/91.94	1,052	28	3
รวม	**2,285**	**2,157/94.4**	**2,133**	**24**	**-**	**2,158/94.44**	**2,129**	**29**	**2,130/93.22**	**2,105**	**48**	**7**
ต.พะวง												
1.ควนหิน	1,039	995/95.77	995	-	-	994/95.67	994	-	1001/96.34	971	27	3
2.นาป่อง	793	791/99.75	791	-	-	791/99.75	791	-	791/99.75	768	17	6
3.1 2 8	2,012	1,287/63.03	1,286	1	-	1,292/63.27	1,292	-	1,340/65.62	1,198	133	9
รวม	**3,844**	**3,073/79.94**	**3,073**	**1**	**-**	**3,077/80.05**	**3,077**	**-**	**3,132/81.58**	**2,937**	**177**	**18**
ต.เกาะยอ												
1.สวนเรียน	414	385/93	380	5	-	386/93.24	386	-	388/93.72	366	14	8
2.ท่าไทร	486	478/98.35	476	2	-	477/98.15	477	-	480/98.77	476	8	5
รวม	**900**	**861/95.67**	**856**	**7**	**-**	**863/95.89**	**863**	**-**	**868/96.44**	**842**	**22**	**13**
รวมอำเภอ	**24,827**	**21,902/88.22**	**21,374**	**527**	**7**	**21,827/87.92**	**21,728**	**99**	**22,056/88.85**	**20,271/91.91**	**1,717/7.8**	**138/0.6**

ระยะการพัฒนาระบบ

เป็นเขตสุขภาพที่ 12 มีโรงพยาบาลสงขลาเป็นทีมนำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีการลงนามความร่วมมือด้านวิชาการเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2562 ณ ห้องประชุมศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา



พื้นที่นำร่องพัฒนาระบบ



แผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร อ.เมือง ในปีพ.ศ. 2562-2563

พื้นที่อำเภอเมืองสงขลา มีการคัดกรองด้วย 2Q และแบบประเมิน 14 ข้อคำถาม โดยผู้ช่วย Dementia ทำหน้าที่ในการคัดกรอง หลังจากนั้นส่งเข้าระบบคัดแยก โดยพยาบาลวิชาชีพที่รพ.สตหรือ PCU ประเมิน TGDS และ MMSE ในกรณีรายที่ผล MMSE ปกติ ส่งต่อไปคลินิกสูงอายุ รพ.สงขลา เพื่อประเมิน MOCA กลุ่มปกติจะส่งกลับไปที่ รพ.สต เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชมรมหรือชุมชน ส่วนกลุ่ม MCI ส่งทำกิจกรรมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรม และในกลุ่มที่ผล MMSE ผิดปกติส่งไปที่คลินิกจิตเวช รพ.สงขลา เพื่อเข้าระบบการวินิจฉัย case dementia ที่ผ่านการวินิจฉัย และกระบวนการรักษา มีระบบการดูแลต่อเนื่องโดยคลินิกสุขภาพใจ มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและติดตามอาการ เมื่อส่งกลับชุมชน มี ศูนย์ COC ทำหน้าที่ในการดูแลต่อเนื่องชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ผู้ดูแล การจัดกิจกรรมฟื้นฟู การดูแลสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงการติดตามหากขาดนัด

การส่งต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ครอบคลุมพื้นที่ รพ.ระโนด รพ.สทิงพระ รพ.กระแสสินธุ์ รพ.สิงหนคร รพ.จะนะ และ รพ.เทพา โดยจะส่งต่อตามระบบการส่งต่อ เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยที่สมองเสื่อม โดยใช้แบบ บส.08

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา พ.ศ.2562-2565

เป้าหมาย: 1. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่มีประสิทธิภาพ
2. สามารถธำรงคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในทุกช่วงชีวิต โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะเสี่ยง ป่วยในโรคที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

พ.ศ. 2562-2563 : พัฒนาระบบ	พ.ศ. 2564-2565 : ขยายระบบบริการ	พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป : สร้างความยั่งยืน	ภาคีเครือข่าย
-หาโอกาสพัฒนา ในระบบเดิม -ออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอเมือง -วางแผนจัดดำเนินงานในพื้นที่นำร่องระยะแรก : ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม -วางแผนพัฒนากำลังคน: จัดอบรมรับทราบแนวคิด/อบรม Brain Exercise/Brain Rehabilitation.	-ขยายระบบการดูดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรสู่ทุกพื้นที่ ในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา เขตอำเภอเมืองทั้งหมด อำเภออื่นในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาทั้งหมด -ทบทวน/จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในบริบทโรงพยาบาลสงขลาและเครือข่าย	-ถอดบทเรียนการดำเนินงานเป็นโมเดลการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา -จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันชะลอภาวะสมองเสื่อมของอำเภอเมือง และอำเภออื่นในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาโดยใช้กลไกภาคีเครือข่าย ผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาครัฐ ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา และสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯประจำจังหวัดสงขลา	-สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ ภาครัฐในจังหวัด -สสจ.สงขลา/สสอ -รพ.จิตเวช/ -รพ.หาดใหญ่/ รพ.สงขลานครินทร์ -พมจ.สงขลา -สถาบันศึกษา : วิทยาพยาบาล ภาคท้องถิ่น อบจ.สงขลา : ศูนย์บริบาล -เทศบาล: รร.ผสอ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัด: 1.ผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80 ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา (ปีพ.ศ.2563-2565

2.ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่องร้อยละ 50-80 (ปีพ.ศ.2563-2565)

โรงพยาบาลสงขลา
-จิตเวช/ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ/เวชกรรมสังคม/หอผู้ป่วย

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: โรงพยาบาลสงขลา (พ.ศ. 2562-2563)

-หาโอกาสพัฒนา ในระบบเดิม

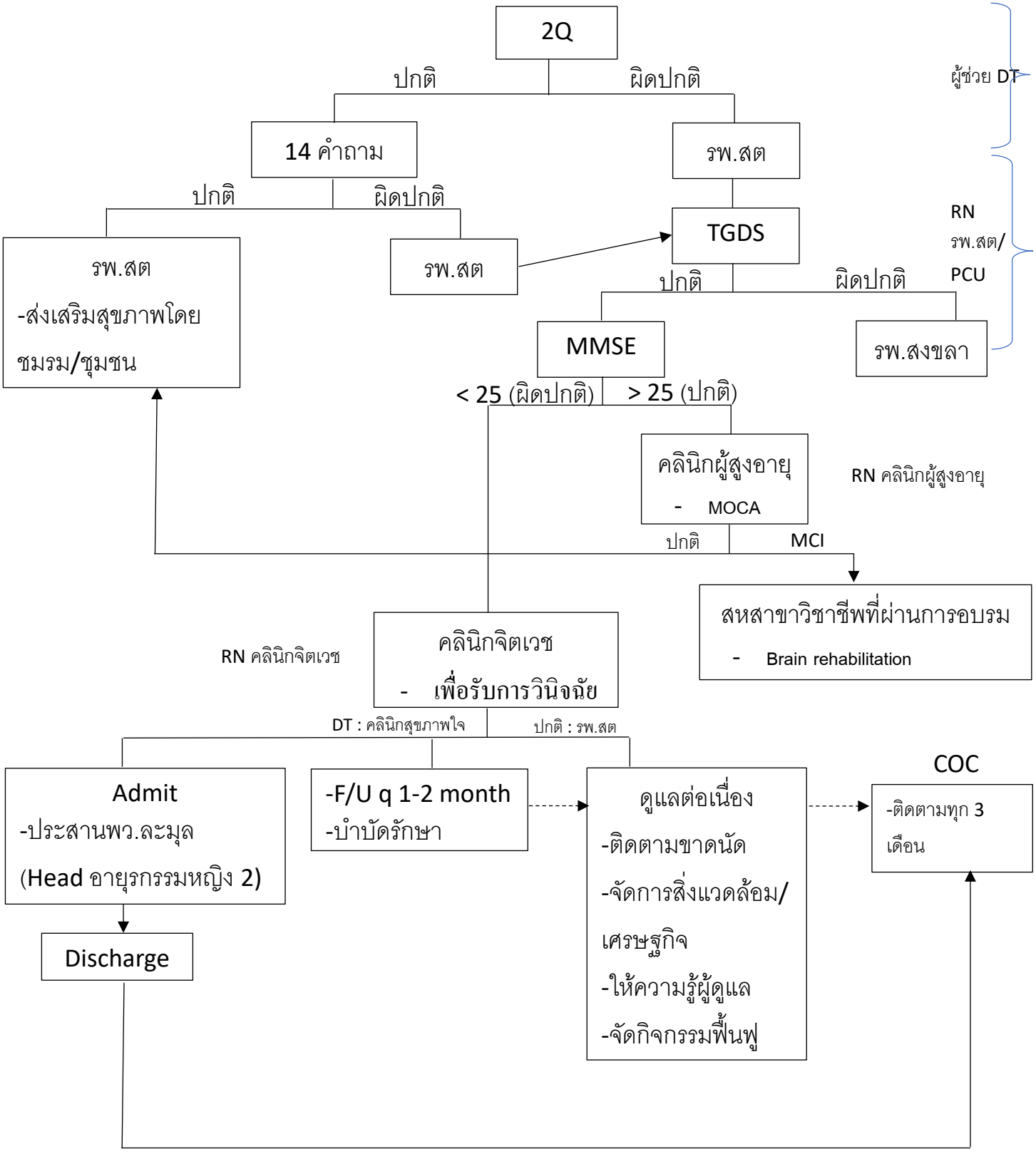
-ออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอเมือง

-วางแผนจัดดำเนินงานในพื้นที่นำร่องระยะแรก : ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง

จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม

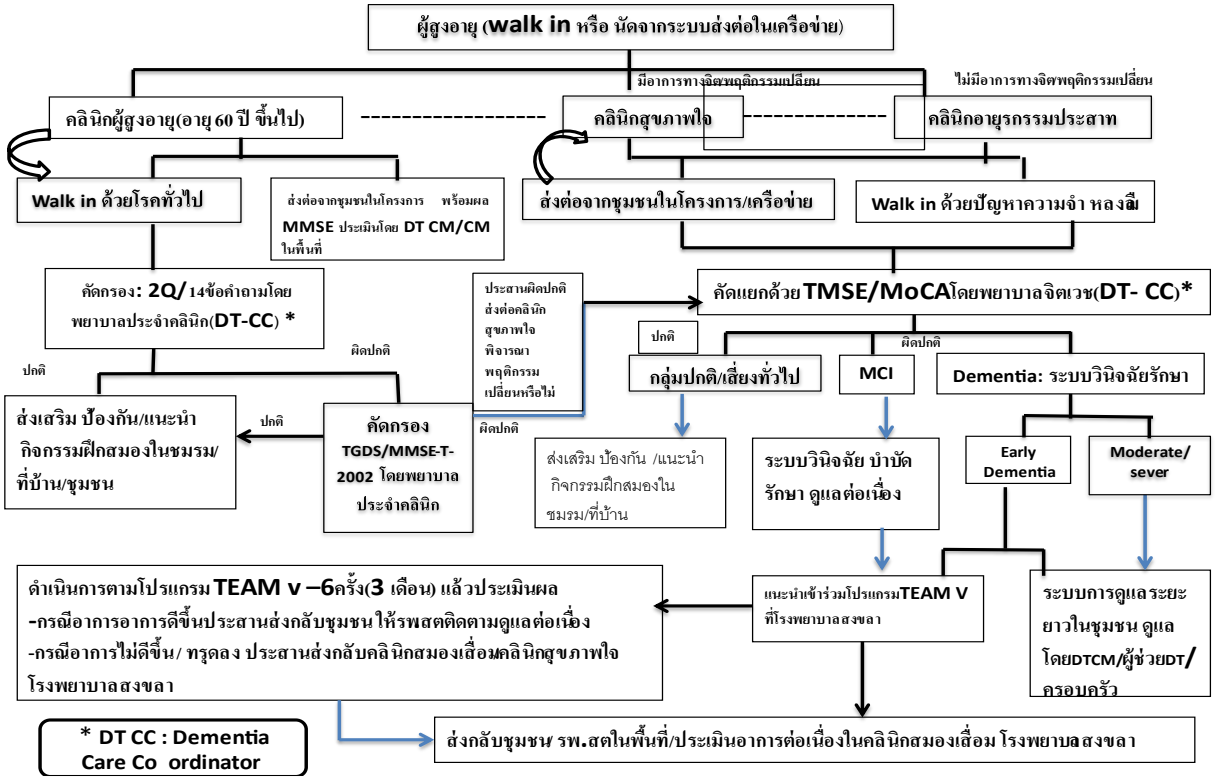
-วางแผนพัฒนากำลังคน : จัดอบรมรับทราบแนวคิด/อบรม Brain Exercise/Brain Rehabilitation

การดำเนินการการจัดการดูแลผู้สูงอายุและสมองเสื่อมแบบครบวงจร พื้นที่อำเภอเมืองสงขลา

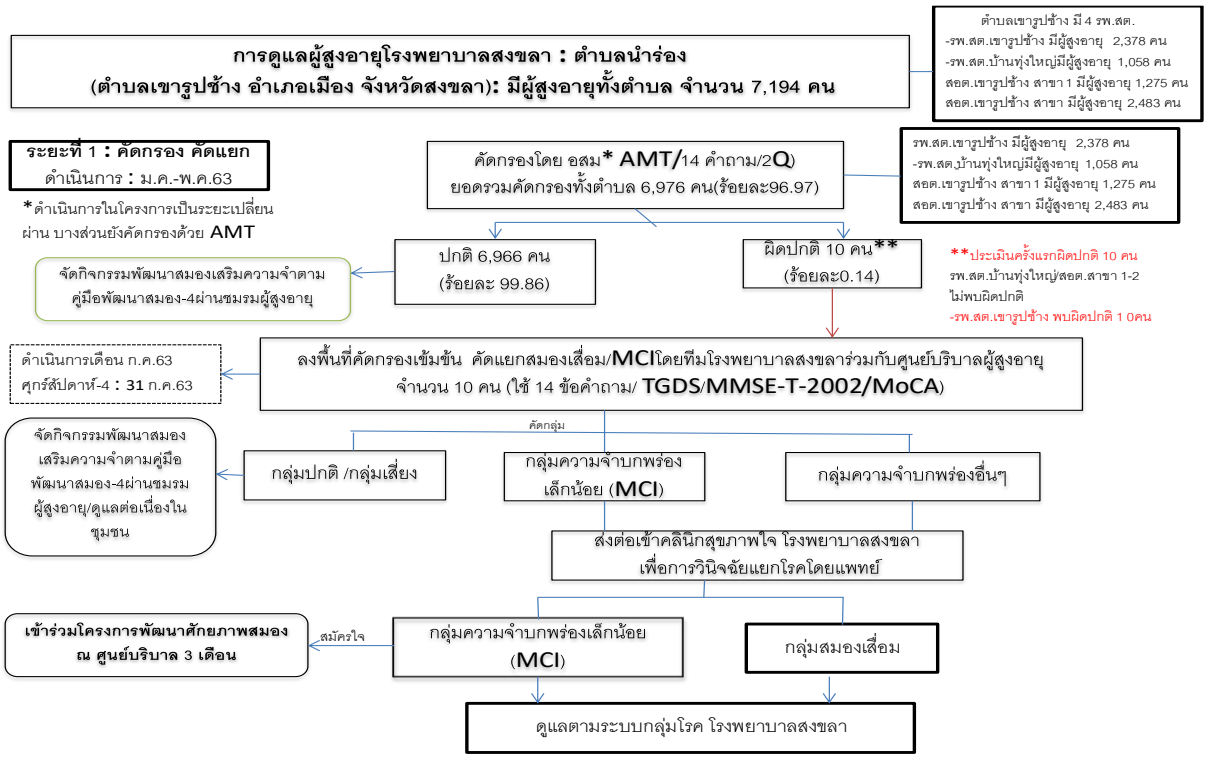


***รพช.เครือข่าย รพ.สงขลา (รพ.ระโนด,สทิงพระ,กระแสสินธ์,สิงหนคร,จะนะ,เทพา) ส่งต่อเพื่อเข้ารับการวินิจฉัยที่สมองเสื่อม รพ.สงขลาตามระบบการส่งต่อ (แบบ บส.08)

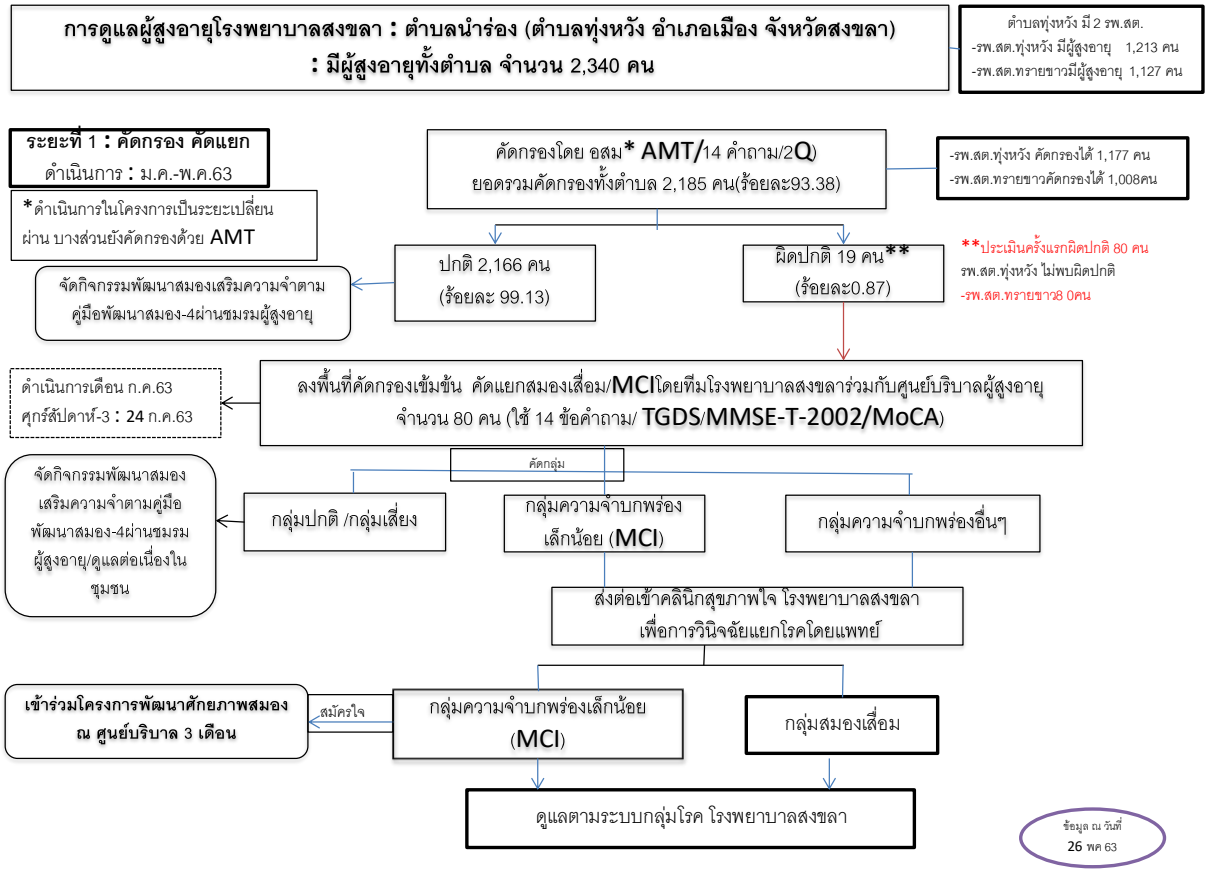
ผังไหลแม่บท การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : โรงพยาบาลสงขลา



ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : นำร่องพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง



ผังไหล การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : นำร่องพื้นที่ตำบล



ทีมงาน CDC System โรงพยาบาลสงขลา (ระยะที่ 1)

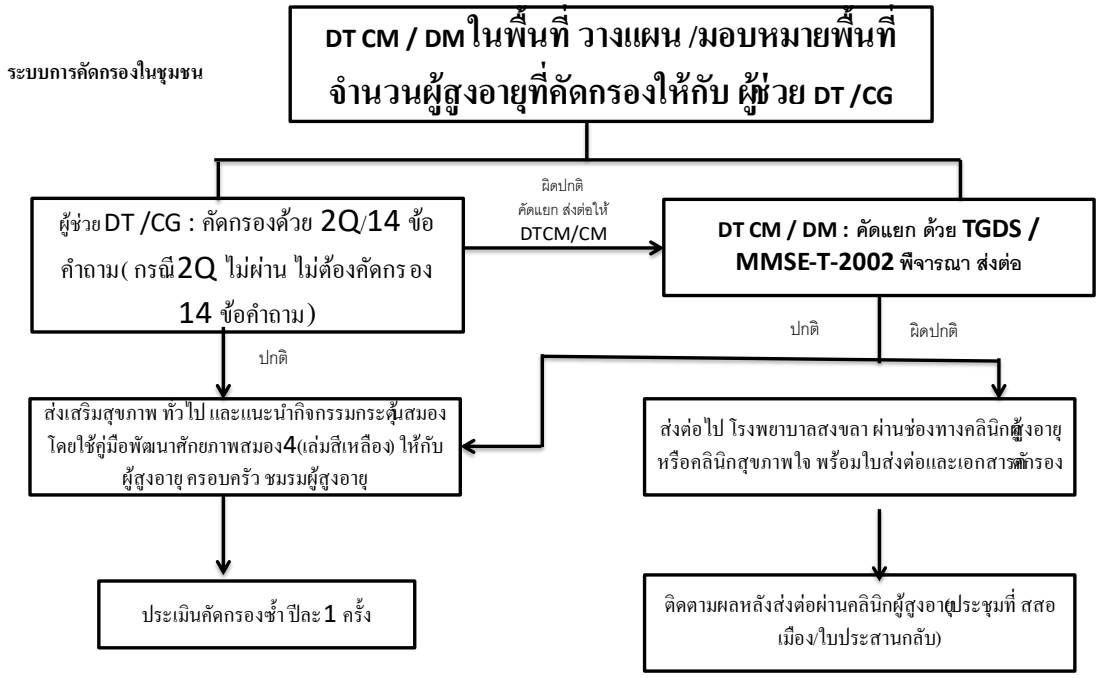
ชื่อ สกุล	สังกัด	บทบาทในทีม
น.ส.จรรเพ็ญ ภัทรเดช พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสงขลา : คลินิกผู้สูงอายุ	System Manager/ Dementia Care Co-Ordinator : DT CC
นางเกศินี บัวชื่น พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสงขลา : คลินิกสุขภาพใจ(จิตเวช)	Dementia Care Co-Ordinator : DT CC
น.ส.มารศรี นิลสะอาด พยาบาลวิชาชีพ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง สงขลา	ประสานงานในภาพอำเภอ
น.ส.จตุพร จตุรวิทย์ พยาบาลวิชาชีพ	ศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ อบจ. สงขลา	ประสานงานในภาพท้องถิ่น
น.ส.ละมุล มุสิกพงศ์ พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสงขลา : หอผู้ป่วยใน	ประสานงานในหอผู้ป่วย

ทีมงาน CDC System ในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา : ระยะที่ 1

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	บทบาท	สถานที่ทำงาน
น.ส.เอมอร ไชยมงคล	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	ศูนย์บริการสธ.สระเกษ เทศบาล ต.บ่อยาง
นางลักษณา หวัดเพชร	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	ศูนย์สุขภาพชุมชนใจกลาง พื้นที่ต.บ่อยาง
นางสุมาลี คำหงสา	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบว์ พื้นที่ต.บ่อยาง
นางสุธิดา นนทพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	ศูนย์บริการสธ.เทศบาล ต.บ่อยาง
น.ส.ภัสราภรณ์ แก้วทองมา	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน พื้นที่ต.บ่อยาง
นางสายใจ หมีดเส็น	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน พื้นที่ต.บ่อยาง
นางพัชรี รัตนะ	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน พื้นที่ต.บ่อยาง
นางทรงบุปผา ผลทาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม	รพ.สต.เขารูปช้าง พื้นที่ต.เขารูปช้าง
นางฉันทนา นวลละออง	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	สอ.ต.เขารูปช้าง(สาขา1) พื้นที่ต.เขารูปช้าง ย้ายแล้ว
นางธิรารัตน์ คุรุตาประภา	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	รพ.สต.บ้านทุ่งใหญ่ พื้นที่ต.เขารูปช้าง
นางจรีรัตน์ กังพานิช	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม พื้นที่นำร่อง	สอต..เขารูปช้าง(สาขา2)พื้นที่ต.เขารูปช้าง ย้ายไปเกาะแต้ว
นางณัฐยา สอนคง	พยาบาลวิชาชีพ	DT-CMผ่านอบรม. พื้นที่นำร่อง	รพ.สต.ทรายขาว พื้นที่ต.ทุ่งหวัง
นางนงนุช เจริญเกตุ	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.ทุ่งหวัง พื้นที่ต.ทุ่งหวัง เกษียณ
น.ส.สอาดะ พันธุสะ	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.เกาะแต้ว พื้นที่ต.เกาะแต้ว ไป สสอ.
นางสุภาวดี ทิพย์มุณี	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.บ่ออิฐ พื้นที่ต.เกาะแต้ว
นางดลนภา เสริมสุทธิ์	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.พะวง พื้นที่ต.พะวง
นางเสาวภา รักนิ่ม	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.บ้านนาป่อง พื้นที่ต.พะวง ลาออก
นางอาภา วาสนาสมศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 2 8 พื้นที่ต.พะวง
นางวีรีวรรณ สุวรรณชาตรี	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.ท่าไทร พื้นที่ต.เกาะยอ
นางพัสตราภรณ์ แท่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ	CMประจำหน่วยบริการ	รพ.สต.สวนเรียน พื้นที่ต.เกาะยอ ลาออก

ระบบคัดกรอง คัดแยก

การดำเนินงานคัดกรองในชุมชน DCM/ CM ในพื้นที่จะได้รับหมอบหมาย



แผนการดำเนินงานในช่วง 6 แรก ปี พ.ศ. 2563 (ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2562 – ธันวาคม 2563)

ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินภาวะสมองเสื่อมอำเภอเมืองสงขลา

สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเมืองสงขลาในรอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563) พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2562 เพิ่มจาก 24,849 คน เป็น 26,007 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.8 ของประชากรรวมอำเภอ และได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ AMT เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก โดยเพิ่มจากจำนวน 16,935 คน หรือร้อยละ 64.29 ของผู้สูงอายุภาพรวมอำเภอไตรมาสแรก เป็นจำนวน 24,664 คน คิดเป็นร้อยละ 94.84 ภาพรวมอำเภอ ผลการคัดกรองพบว่ามีภาวะปกติจำนวน 25,528 คน คิดเป็นร้อยละ 99.45 และผิดปกติจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 โดยเพิ่มจากไตรมาสแรก (ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในรอบ 6 เดือน ของอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ตุลาคม 2562-มีนาคม 2563: ข้อมูล ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2563)

ในช่วง 6 เดือนแรกของปีพ.ศ. 2563 ผู้ที่มีปัญหาสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) และสมองเสื่อม (Dementia) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจาก ปีพ.ศ. 2562 และเพิ่มจากไตรมาสแรก ทั้งในเขตอำเภอเมืองและอำเภอในเครือข่าย แต่มีข้อสังเกต คือ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะมารับการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) ส่วนด้านจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม(Dementia) จะเข้ามารับการรักษามากกว่าผู้ที่มีปัญหาสมรรถภาพสมองบกพร่อง

ระยะต้น (MCI) นอกจากนี้ภูมิลำเนาของผู้ป่วยที่จะต้องเดินทางมาโรงพยาบาลน่าจะมีผลต่อจำนวนครั้งของการมารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้เองตามลำพัง ดังนั้น หากมีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่ใกล้บ้านที่มีคุณภาพ น่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของสมองได้ดีขึ้น

ปัญหาและอุปสรรค

1. การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่มีจำนวนมาก และการคัดกรอง ค้นหาเพื่อคัดแยกและคัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการลงบันทึกข้อมูลในระบบ จึงไม่แสดงข้อมูลการดำเนินงานในช่วงไตรมาสแรก ประกอบกับในช่วงต้น ปีพ.ศ. 2563 เกิดสถานการณ์การระบาดของ Covid-2019 ทำให้การคัดกรองในประเด็นงานผู้สูงอายุต้องชะลอไว้ก่อนในช่วงเดือน มี.ค.-พ.ค. 2563

2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา ยังไม่ได้นำสู่การปฏิบัติอย่างในรูปธรรม เพราะจะต้องรอชี้แจงให้ทุกพื้นที่รับทราบ ขณะนี้อยู่ในระยะแรก คือการเตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งเครือข่าย

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

1. การสร้างความตระหนักให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร จะต้องเป็นความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ จึงเป็นปัญหาที่จะต้องพัฒนาต่อไปและต้องอาศัยความร่วมมือของทุกพื้นที่และทุกภาคส่วน และใช้ระยะยาวพอสมควรเพื่อสร้างความยั่งยืนในระบบ

2. การดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ควรเป็นนโยบายระดับชาติที่เป็นรูปธรรม มีความชัดเจนเพื่อให้ผู้บริหารระดับแกนนำในพื้นที่เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

การดำเนินการพัฒนาระบบตามแนวทาง CDC system โรงพยาบาลสงขลา (ปี พ.ศ. 2563)

แนวทางการพัฒนา	การดำเนินงาน
1. การพัฒนาทีมดูแลผู้สูงอายุทุกระดับ	-โรงพยาบาลส่งทีมแกนนำเข้าอบรม DCM 3 คน (ระดับโรงพยาบาล) -โรงพยาบาลจัดโครงการพัฒนาศักยภาพทีมงานระดับพื้นที่ : ผู้ช่วยดูแลภาวะสมองเสื่อม อำเภอเมืองครบทุกตำบล -โรงพยาบาลจัดโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง-อำเภอเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา -โรงพยาบาลจัดโครงการพัฒนาศักยภาพทีมงานสาธารณสุขอำเภอเมือง-อำเภอเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

แนวทางการพัฒนา	การดำเนินงาน
2.การนิเทศการคัดกรองหลังอบรม/ประชุมสัมมนาทีมสาธารณสุข	จัดตารางติดตามนิเทศการคัดกรอง/คัดแยกผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง รายตำบลเพื่อคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คัดแยก และส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพสมองเสื่อม ป้องกัน ชะลอภาวะสมองเสื่อม

ปฏิทินการดำเนินงานการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร : โรงพยาบาลสงขลา (ปี พ.ศ. 2563)

แผนงาน	กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. พัฒนากำลังคน	1.1 อบรม DCM	ดำเนินการแล้วเมื่อวันที่ 13-16 ม.ค. 2563 (ตามหลักสูตรกรมการแพทย์) โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผลลัพธ์ -โรงพยาบาลสงขลา มี DCM 3 คน -พื้นที่อำเภอเมือง มี DCM 12 คน
	1.2 อบรมการพัฒนาศักยภาพสมองหลักสูตรสำหรับทีมสาธารณสุข (Dementia Team) ให้กับผู้ช่วยดูแลสมองเสื่อม อำเภอเมือง และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เครือข่าย	กำหนดเดิมจะจัดอบรมระหว่างวันที่ 19-20 มีนาคม 2563 แต่เลื่อนเป็นประมาณวันที่ 15-16 กรกฎาคม 2563 (จากสถานการณ์ Covid-19) และ อบรมเจ้าหน้าที่ วันที่ 8 กันยายน 2563
	1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพสมองให้กับแกนนำผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ/ชุมชนพื้นที่เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสงขลา (7 อำเภอ: อำเภอเมือง สิงหนคร สทิงพระ ระโนด กระแสสินธุ์ จะนะ และเทพา)	กำหนดจัดประชุมเดือน สิงหาคม 2563 11 สิงหาคม 2563: โควต้า อำเภอเมือง 60 คน 25 สิงหาคม 2563: โควตา อำเภอเครือข่าย 60 คน
2. คัดกรองตามแนวปฏิบัติ	-นำร่องตำบลเขารูปช้าง (ทั้งหมด) -บางพื้นที่ของตำบลบ่อยาง(สระเกษ) และตำบลทุ่งหวัง (รพ.สต.ทรายขาว) ตามด้วยตำบลที่เหลือทั้งหมด	-เดือนสิงหาคม – กันยายน 2563
3. การนิเทศติดตาม	-ลงนิเทศติดตามผลการคัดกรองต่อเนื่อง	-เดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2563

ปฏิทินการดำเนินงานการนิเทศการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อำเภอเมืองสงขลา

วัน	วันเดือนปี	รพ.สต./ศสช./PCU	สถานที่นัด	ทีมนิเทศ
ส.ค. 2563 พฤหัสบดี	6 ส.ค. 2563 (บ่าย)	ชลาทัศน์/กุโบว์/พาณิชย์/ เตาหลวง	ศูนย์ฯเตาหลวง	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี CM-DT ในพื้นที่:สุมาลี
พฤหัสบดี	13 ส.ค. 2563 (บ่าย)	ใจกลาง/สมิหลา/สระเกษ	ศูนย์สระเกษ	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี CM-DT ในพื้นที่:ลักษณา
พฤหัสบดี	27 ส.ค. 2563 (ช-บ)	สวนตูล (เช้า)	สวนตูล	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี CM-DT ในพื้นที่:ทรงบุปผา
		เขาแก้ว(บ่าย)	เขาแก้ว	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร / CM-DT ในพื้นที่:จรีรัตน์
ศุกร์	28 ส.ค. 2563 (บ่าย)	ทรายขาว/ทุ่งหวัง	ทุ่งหวัง	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี CM-DT ในพื้นที่:ณัชยา
ก.ย.63 ศุกร์	10 ก.ย. 2563 (บ่าย)	เกาะแต้ว/บ่ออิฐ	เกาะแต้ว	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร / CM-DT ในพื้นที่:ณัฐชยา
พฤหัสบดี	10 ก.ย. 2563 (บ่าย)	ควนหิน/นาป่อง	นาป่อง	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี
พุธ	16 ก.ย. 2563 (บ่าย)	ท่าไทร/สวนเรียน	ท่าไทร	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร
ศุกร์	18 ก.ย. 2563 (ช-บ)	เคหะ (เช้า)	เคหะ	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร / CM-DT ในพื้นที่:ฉันทนา
		บ้านทุ่งใหญ่ (บ่าย)	บ้านทุ่งใหญ่	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร / CM-DT ในพื้นที่:ธิรารัตน์
ศุกร์	25 ก.ย. 2563 (บ่าย)	PCU 128	ศาลาหมู่บ้าน ศรีวนา	จรรเพ็ญ /เกศินี /มารศรี /จตุพร

ผลลัพธ์ การดำเนินงานตาม 6 คุณลักษณะของ CDC System (2562-2563) : ระยะที่ 1

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์	รายละเอียด
ครบวงจร		มีการดำเนินงานในระบบคัดกรองในระดับชุมชน โดยผู้ช่วยDTคัดกรองด้วย2Q/14ข้อคำถามส่วน DTCM/CMเป็นผู้คัดแยกและในพื้นที่นำร่องและทั้งอำเภอ ส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัย รักษาโดยจิตแพทย์/อายุรแพทย์ด้านระบบประสาท แต่ยังยังเป็นการรักษาด้วยยา ยังไม่ได้นำโปรแกรมTEAM V สู่การปฏิบัติ ในส่วนที่ดำเนินการบางส่วนคือ Brain Exercise

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์	รายละเอียด
ความต่อเนื่องไร้รอยต่อ	±	ยังไม่สามารถดำเนินการได้ชัดเจน เนื่องจากอยู่ในขั้นตอนคัดกรอง คัดแยก การเชื่อมโยงสู่โรงพยาบาลยังชะลอ ชะงักจากสถานการณ์โรคระบาดCovid-19
ความครอบคลุม	±	ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย คัดกรองได้เพียง ร้อยละ 48 และการคัดแยกกลุ่มเสี่ยง กลุ่มMCI/Dementia ยังไม่ชัดเจน
เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก	±	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทันที หรือทั่วถึงเนื่องจากผู้ดูแลไม่พร้อม หรือการเดินทางไม่สะดวก
การทำงานร่วมกัน	±	ทีมสุขภาพมีการร่วมมือดีในระยะก่อนโรคระบาด แต่ทีมภาคส่วนอื่นๆยังไม่ได้ประสานงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นโอกาสพัฒนาในระยะต่อไป
การบูรณาการเป็นงานประจำ	???	ยังทำได้น้อย เนื่องจากยังไม่ได้คัดแยก-คัดกลุ่มชัดเจน ที่จะเริ่มโปรแกรม TEAM V อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายหลังโครงการในช่วงก่อนโควิดระลอก 2-4

ส่งต่อจาก รพ.สต.เขารูปช้าง 4 ราย วินิจฉัยเป็น Dementia เข้าระบบการรักษา Dementia

ส่งต่อจาก สอ.ต.เขารูปช้าง สาขา 1 ราย วินิจฉัยเป็น Dementia เข้าระบบการรักษา Dementia

ปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ :

-เป็นผู้สูงอายุอายุมากกว่า 70 ปี อยู่บ้านเฉยๆ

-มีโรคประจำตัว หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถเดินได้สะดวก มักเป็นกลุ่มติดบ้าน

-ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มักไม่ค่อยเข้าสังคม หรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

พื้นที่อำเภอเมือง มีผู้รับบริการ MCI/Dementia ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564 ดังนี้

ตำบล/โรค	เขารูปช้าง (คน/ครั้ง)	ทุ่งหวัง (คน/ครั้ง)	บ่อยาง (คน/ครั้ง)	เกาะแต้ว (คน/ครั้ง)	พะวง (คน/ครั้ง)	เกาะยอ (คน/ครั้ง)	รวมพื้นที่เป้าหมาย (คน/ครั้ง)
MCI	9/19	1/2	13/18	0	4/6	2/3	29/58
Dementia	61/147	7/15	103/219	6/16	26/51	8/20	211/458

ส่วนพื้นที่อำเภอในเครือข่าย พบผู้รับบริการ MCI/Dementia ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสงขลา ดังนี้

อำเภอ/โรค	สิงหนคร (คน/ครั้ง)	สทิงพระ (คน/ครั้ง)	ระโนด (คน/ครั้ง)	กระแสสินธุ์ (คน/ครั้ง)	จะนะ (คน/ครั้ง)	เทพา (คน/ครั้ง)	รวมพื้นที่เป้าหมาย (คน/ครั้ง)
MCI	6/10	1/2	2/3	2/4	0	1/1	12/20
Dementia	62/129	33/70	43/82	17/41	25/55	14/31	194/408

ปัญหาในการดำเนินงานต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564: (ชะลอตัว)

1. ผู้สูงอายุในเขตเมืองกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเข้าถึงการคัดกลุ่มได้ จากความไม่สะดวกในการเดินทางและญาติไม่เข้าใจแนวทางการดูแล

2. เป็นช่วงการเกิดโรคระบาดทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องจำกัดการมาโรงพยาบาล

3. การเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่ต่อเนื่อง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมุ่งเน้นการเฝ้าระวังโรคระบาดอย่างเข้มข้น

การปรับแผนในการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19

1. ประสานกับสสอ.เมือง ติดตามข้อมูล วางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์

2. พัฒนาทีมงานในพื้นที่และติดตามนิเทศในทุกพื้นที่อำเภอเมืองสงขลา ทุกตำบล

2. จัดการ เตรียมความพร้อม ออกแบบสื่ออุปกรณ์ เอกสารประกอบการดำเนินการ

3. ออกแบบระบบบริการแบบตั้งรับ ทดลองดำเนินการในรูปแบบใหม่โดยใช้ สื่อออนไลน์

การพัฒนาระบบบริการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในช่วงวิกฤตการณ์โควิด ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2564-2565)

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา : ระยะที่ 2 ขยายระบบบริการ

-ขยายระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรสู่ทุกพื้นที่ ในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา เขตอำเภอเมืองทั้งหมด และอำเภออื่นในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาทั้งหมด

-ทบทวน/จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในบริบทโรงพยาบาลสงขลาและเครือข่าย

แนวทางการขับเคลื่อน/นโยบาย/แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสงขลา (ปี พ.ศ. 2564-2565)

1. จะพยายามปรับเข้าสู่งานประจำ ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ โดยปรับแนวปฏิบัติ ในเข้ากับบริบท / สถานการณ์ปัจจุบันในห้วงนั้นๆ

ในโรงพยาบาล : ในคลินิกผู้สูงอายุ ดำเนินการ และสาธิต Brain Exercise/Brain training

2. ดำเนินการโปรแกรม TEAM V ในระบบนัดระหว่างคลินิกที่เกี่ยวข้อง(ปรับตามบริบทและความต้องการผู้ป่วยที่เป็นไปได้)

3. หารูปแบบชัดเจน จะขยายไปสู่สถานบริการสุขภาพในเครือข่าย

การดำเนินการพัฒนาระบบบริการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม : ช่วงวิกฤตการณ์โควิด-19

1. ประสานกับสสอ.เมือง ติดตามข้อมูล วางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์

2. พัฒนาสื่ออุปกรณ์ เอกสารประกอบการดำเนินการในสถานบริการ

3. นำแนวปฏิบัติของระบบบริการฯแบบตั้งรับสู่การปฏิบัติจริง เริ่มดำเนินการ : Brain Exercise/Brain Training ในคลินิกผู้สูงอายุ (On-site/On-line)

4. ทดลองดำเนินการในรูปแบบใหม่โดยใช้ สื่อออนไลน์ในกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม(ชมรมผู้สูงอายุ)

5. ประเมินผลดำเนินการโดยการทำวิจัย: ผลการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองผ่านการสนทนากลุ่มไลน์ต่อความสามารถในการทำงานของสมองของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุเพื่อนช่วยเพื่อน โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

ปฏิทินการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โรงพยาบาลสงขลา (พ.ศ.2565)

แผนงาน	กิจกรรม	รายละเอียด/ผลลัพธ์
1.พัฒนากำลังคนทีมสาธารณสุขในทุกพื้นที่/พื้นที่นำร่อง	ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับ 1. เจ้าหน้าที่ (CM) /ผู้รับผิดชอบใน 16 อำเภอ จังหวัดสงขลาและพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ 2. เครือข่าย/เน้นอำเภอเมืองสงขลา/หาดใหญ่/นาทวี -CG/อสมในพื้นที่อำเภอเมือง -CG/อสมในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ -CG/อสมในพื้นที่อำเภอนาทวี	เป็นโครงการที่จัดโดย 1. CM/ผู้รับผิดชอบทั้งจังหวัดสงขลา (50 คน): จัดโดยสสจ. เมื่อวันที่ 11-12 พ.ค.2565 และ วันที่ 24 พ.ค. 2565 2. CG/อสม (คน) : เทศบาลนครสงขลา วันที่ 19-20 พ.ค. 2565/ วันที่ 26-27 พ.ค.2565 วันที่ 30-31 พ.ค. 2565 วันที่ 1-2 มิ.ย. 2565

แผนงาน	กิจกรรม	รายละเอียด/ผลลัพธ์
2. คัดกรองตามแนวปฏิบัติ	-ดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา -เริ่มดำเนินการ Mobile Aging Clinic	-วันอังคาร/ศุกร์ให้บริการประเมิน-ตรวจรักษา(ช่วงเช้า) Brain Exercise ทุกบ่าย -วันพฤหัส Brain Exercise /Brain Training -เริ่ม Mobile Aging Clinic เริ่ม 31 พ.ค. 2565
3. สร้างเครือข่ายในระบบ CDC	-ประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวในการดำเนินงานระบบ CDC ต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีความพร้อม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ(เทศบาลนครสงขลา) วิทยาลัยพยาบาลฯ สงขลา	- มีการจัดกิจกรรมในศูนย์บริบาลผู้สูงอายุสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา

การดำเนินงานพัฒนาระบบ

1. การพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม : คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา เริ่มดำเนินการเต็มรูปแบบ เมื่อเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน : อังคารเช้า

-มีแพทย์ประจำ 2 คน (แพทย์จิตอาสา 1 คน)

-พยาบาล 2 คน

-ร่วมกับสหวิชาชีพ: เภสัชกร/โภชนากร/นักกายภาพบำบัด/ทันตกรรม (มีจิตอาสาผู้สูงอายุ) และช่วงพฤศจิกายน 2563 - มิถุนายน 2564 ให้บริการผู้สูงอายุ จำนวน 108 คน

2. การพัฒนาสื่ออุปกรณ์ เอกสารประกอบการดำเนินการฝึกการทำงานสมองในด้านต่างๆ ในสถานบริการ การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลสงขลา ได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ ในโปรแกรม TEAM V มี Care Manager Dementia (DCM) 3 คน ได้พัฒนานวัตกรรมคู่มือสำหรับผู้มีภาวะศักยภาพสมองบกพร่องในระยะต้น(MCI) แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่

-ชุดใช้สำหรับกลุ่มป่วย จำนวน 3 ชุด จำแนกตามระดับการศึกษาชุด 1-4

-ชุดทั่วไป ใช้สำหรับผู้สูงอายุในชมรม







3. การจัดบริการสุขภาพจากสถานการณ์โควิด-19 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พบว่ามีปัญหาสุขภาพใจและภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (MCI) คลินิกผู้สูงอายุ รพ.สงขลา จึงปรับรูปแบบบริการโดยใช้ tele-health: line group ในชมรมผู้สูงอายุเพื่อนช่วยเพื่อน และเกมออนไลน์ ด้วยคอมพิวเตอร์ เริ่มเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาภาวะศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมทักษะด้าน IT พัฒนาการทำงานของสมอง ด้านความจำ (Memory) ด้านความใส่ใจ(Attention) ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial) เช่น เกมสุภาษิต เกมปริศนาคำทายภาพต่างๆ

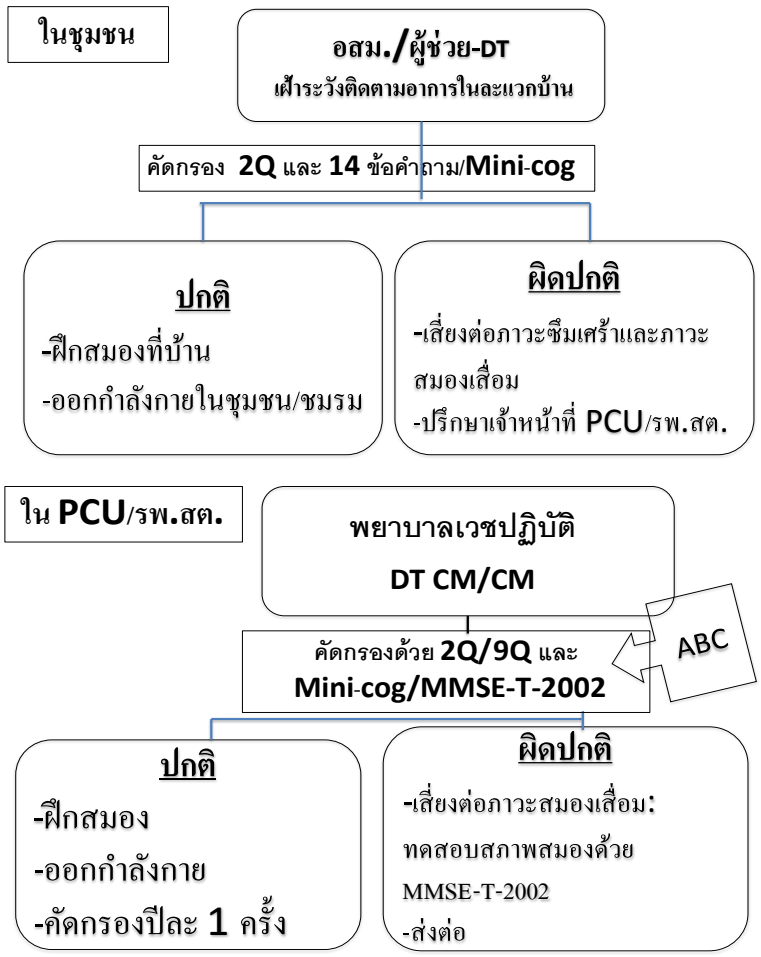
ผลการวิจัย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มไลน์ ร้อยละ 90 (จากแบบสอบถาม) คะแนนเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถสภาพสมองภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (จากงานวิจัย)

4. ตัวชี้วัด 2565: ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (เป้าหมาย ร้อยละ 30)

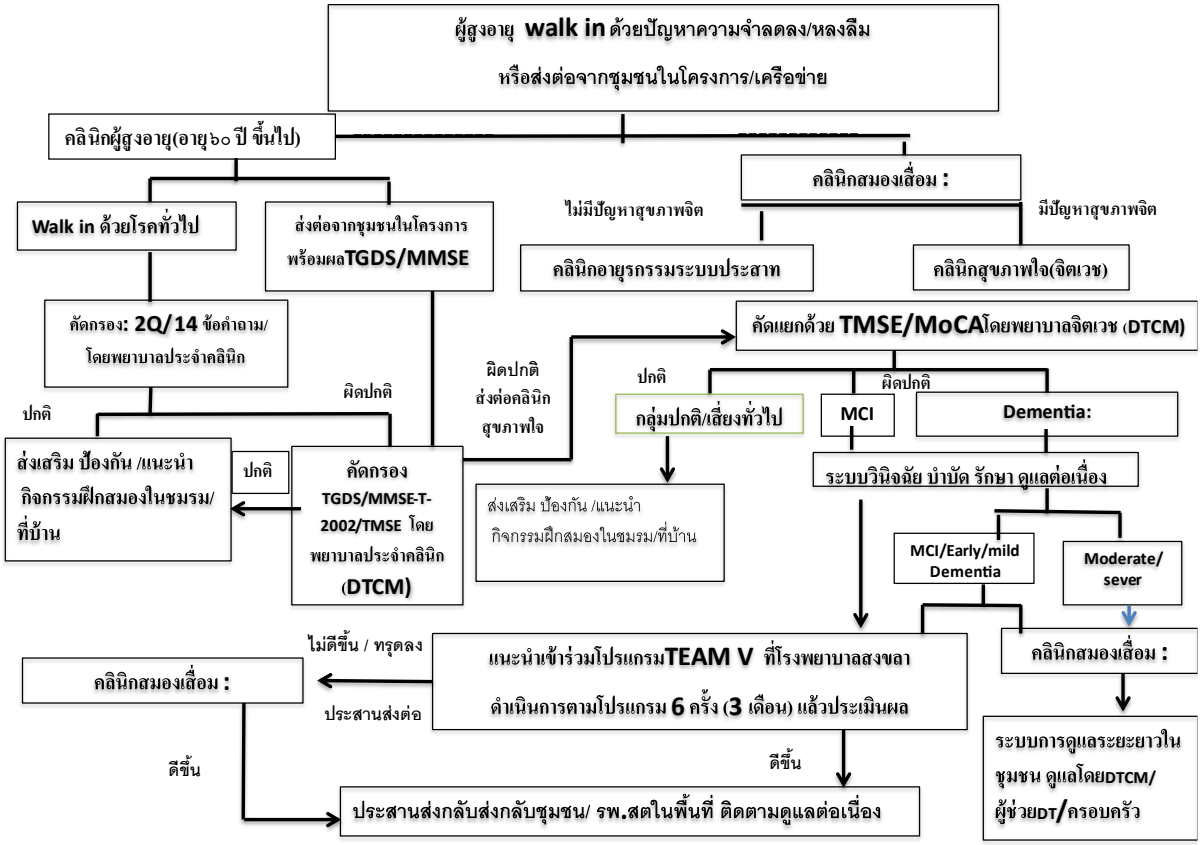
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ผลลัพธ์: ปี พ.ศ. 2563-2564 = ร้อยละ 17.79) /ปี2565 รอบ 6 เดือน = ร้อยละ 27.59

ระยะเวลา พ.ย. 2563- ธ.ค. 2564	**ระยะเวลา ม.ค.-มี.ค. 2565**
-มีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง/ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 118 คน พบมีภาวะเสี่ยง 21 คน (คิดเป็นร้อยละ17.79) -แนวทางการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน กลุ่มเสี่ยง นัดนัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัส/ศุกร์ (บ่าย) ตามความสมัครใจ/ความพร้อม กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V (กรมการแพทย์) วันพฤหัสมีผู้รับบริการต่อเนื่อง แล้ว 3 ราย ผลประเมินMMS-Thai-2002 ซ้ำ หลัง 3 เดือน ดีขึ้น 2 ราย คงเดิม 1 ราย	-มีผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง/ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 58 คน พบมีภาวะเสี่ยง 16 คน (คิดเป็นร้อยละ27.59) -แนวทางการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มปกติ ได้รับคำแนะนำ Brain Exerciseที่บ้าน กลุ่มเสี่ยง นัดนัดเข้ากลุ่ม Brain Exercise/Brain training ตามสมัครใจที่คลินิก วันพฤหัส/ศุกร์ (บ่าย) ตามความสมัครใจ/ความพร้อม กลุ่มป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรม TEAM V (กรมการแพทย์) วันพฤหัสมีผู้รับบริการต่อเนื่อง แล้ว 2 ราย (รายเดิมต่อเนื่อง 1 ราย รายใหม่ 1 ราย) มี case ส่งมาฝึกจากคลินิกสุขภาพใจ 3 ราย : ฝึก/แนะนำตามรอบนัดต่อเนื่องคลินิกสุขภาพใจ(ผู้ป่วยในเครือข่าย: เทพา/จะนะ)

5. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิ/ระดับทุติยภูมิ



ระดับทุติยภูมิ มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โรงพยาบาลสงขลา (ปี พ.ศ. 2564)



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ใน 6 เดือนแรกปี พ.ศ. 2565 เป้าหมาย ร้อยละ 30 พบว่ามีแบบประเมิน 14 ข้อคำถามปกติ ร้อยละ 99.3 และพบระดับคะแนนปานกลางและค่อนข้างต่ำ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (ทั้งหมด 26,007)	จำนวนที่คัดกรองได้ (คน)		ผลลัทธ์ 14 ข้อคำถาม (กรณี 2Q ปกติ) (คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	ดีมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	ต่ำ
บ่อยาง	10,451	1,485	14.21	**1,481**	4		
เขารูปช้าง (ต.นำร่อง)	8,368	2,941	35.15	**2,938**	3		
เกาะแต้ว	1,964	1,423	72.45	**1,377**	46		
พะวง	4,900	1,115	22.76	**1,114**	1		

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (ทั้งหมด 26,007)	จำนวนที่คัดกรองได้ (คน)		ผลลัทธ์ 14 ข้อคำถาม (กรณี 2Q ปกติ) (คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	ดีมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างต่ำ	ต่ำ
ทุ่งหวัง	2,419	747	30.88	**746**			
เกาะยอ	1,046	743	71.03	**741**	2		
รวม	**29,148**	**8,454**	**29.00**	**8,397**			

ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI / Dementia ช่วง 6 เดือนแรก ปี พ.ศ. 2565 (ข้อมูล ณ ต.ค. 2564- มี.ค 2565)

โรค	อำเภอเมือง							อำเภอเครือข่าย							รวมทั้งหมด
	บ่อยาง	เขารูปช้าง	พะวง	เกาะแต้ว	ทุ่งหวัง	เกาะยอ	รวม	สิงหนคร	สทิงพระ	กระแสินธุ์	ระโนด	จะนะ	เทพา	รวม	
	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง
MCI	6/11	14/33	2/2	0	2/2	3/8	27/56	7/16	4/6	3/6	3/5	1/2	3/3	21/38	48/94
Dementia	89/179	66/149	17/37	0	5/12	7/19	184/396	52/124	32/57	14/24	31/54	23/52	12/18	164/329	348/725

รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองโดยใช้: line group ชมรมผู้สูงอายุ และเกมคอมพิวเตอร์ ที่จัดต่อเนื่องถึงปัจจุบันโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาภาวะศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมทักษะด้าน IT มอบหมายให้ผู้สูงอายุ เป็น Admin พัฒนาการทำงานของสมอง ด้านความจำ(Memory) ด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านมิติสัมพัทธ์(Visuospatial) เช่น เกมสุภาษิต เกมปริศนาคำทายภาพต่างๆ

2. การฝึกพัฒนาศักยภาพสมองแบบ On site ณ คลินิกผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์การดำเนินงานตาม 6 คุณลักษณะของ CDC System (ปี2564-2565): ระยะที่ 2

6 คุณลักษณะ	ผลลัพธ์	รายละเอียด
ครบวงจร	±	มีการดำเนินงานในระบบคัดกรองในระดับชุมชน โดยผู้ช่วยดูแลภาวะสมองเสื่อม คัดกรองด้วย2Q/14ข้อคำถาม ส่วน DCM/CM เป็นผู้คัดแยกและในพื้นที่นำร่องและทุกตำบล เพื่อส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัย รักษาโดยจิตแพทย์(คลินิกสุขภาพใจ) อายุรแพทย์(คลินิกอายุรกรรมประสาท) และการรักษาด้วยยา ควบคู่กับส่งมาเพื่อพิจารณาเข้าโปรแกรมTEAM V (ยังทำได้ไม่เต็มรูปแบบเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางหรือความไม่พร้อมของผู้ป่วย) ที่ดำเนินการได้มากขึ้นคือ Brain Exercise ในรูป On-site/On-line
ความต่อเนื่องไร้รอยต่อ	±	ในช่วงปี2564ยังไม่สามารถดำเนินการได้จากสถานการณ์โรคระบาด Covid-19 ส่วนปี พ.ศ. 2565 มีการดำเนินในคลินิกผู้สูงอายุ/ในคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในพื้นที่นำร่อง
ความครอบคลุม	±	ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย ทำได้ ร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2564 และ (6เดือน) ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ29) และการคัดแยกกลุ่มกลุ่มเสี่ยง กลุ่มMCI/Dementia ยังค้นหาได้ไม่ตามเป้า
เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก	±	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทันที หรือทั่วถึงเนื่องผู้ดูแลไม่พร้อม หรือการเดินทางไม่สะดวก
การทำงานร่วมกัน	±	ทีมสหวิชาชีพมีการร่วมมือดีขึ้น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ
การบูรณาการเป็นงานประจำ	+	ในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายเกือบทุกคนที่มีอายุ 65 ปีจะได้รับการประเมินทดสอบสภาพสมองเสื่อม ส่วนในชุมชนเริ่มมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โดยขับเคลื่อนตามนโยบาย Big Rock:BR3

ปัญหา อุปสรรค : จากปัญหาการเกิดโรคระบาด Covid-19 นำสู่การขาดต่อเนื่องในการดำเนินงานและความร่วมมือในทีมสุขภาพ และทีมสาธารณสุข : DCM/CM /ผู้ช่วยดูแลสมองเสื่อม/CG ในพื้นที่ ภาคีเครือข่ายภาคองค์กรผู้สูงอายุ/จิตอาสา ภาคท้องถิ่น/ภาครัฐ :อบจ /เทศบาลในพื้นที่หลัก/ภาครัฐในพื้นที่ ทำให้มีอุปสรรคในการพัฒนาระบบทั้งในส่วนของทีม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ร่วมทั้งเครือข่าย ดังนี้

-บุคลากรผู้ชำนาญเฉพาะทาง/ความไม่พร้อม

-ภาระงาน

-ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะนำมาสู่การรักษาต่อเนื่องในสถานบริการ

-โรงพยาบาลลูกข่ายยังไม่พร้อม: ขาดการส่งต่อมายังแม่ข่าย

-การมีส่วนร่วมภาคท้องถิ่น

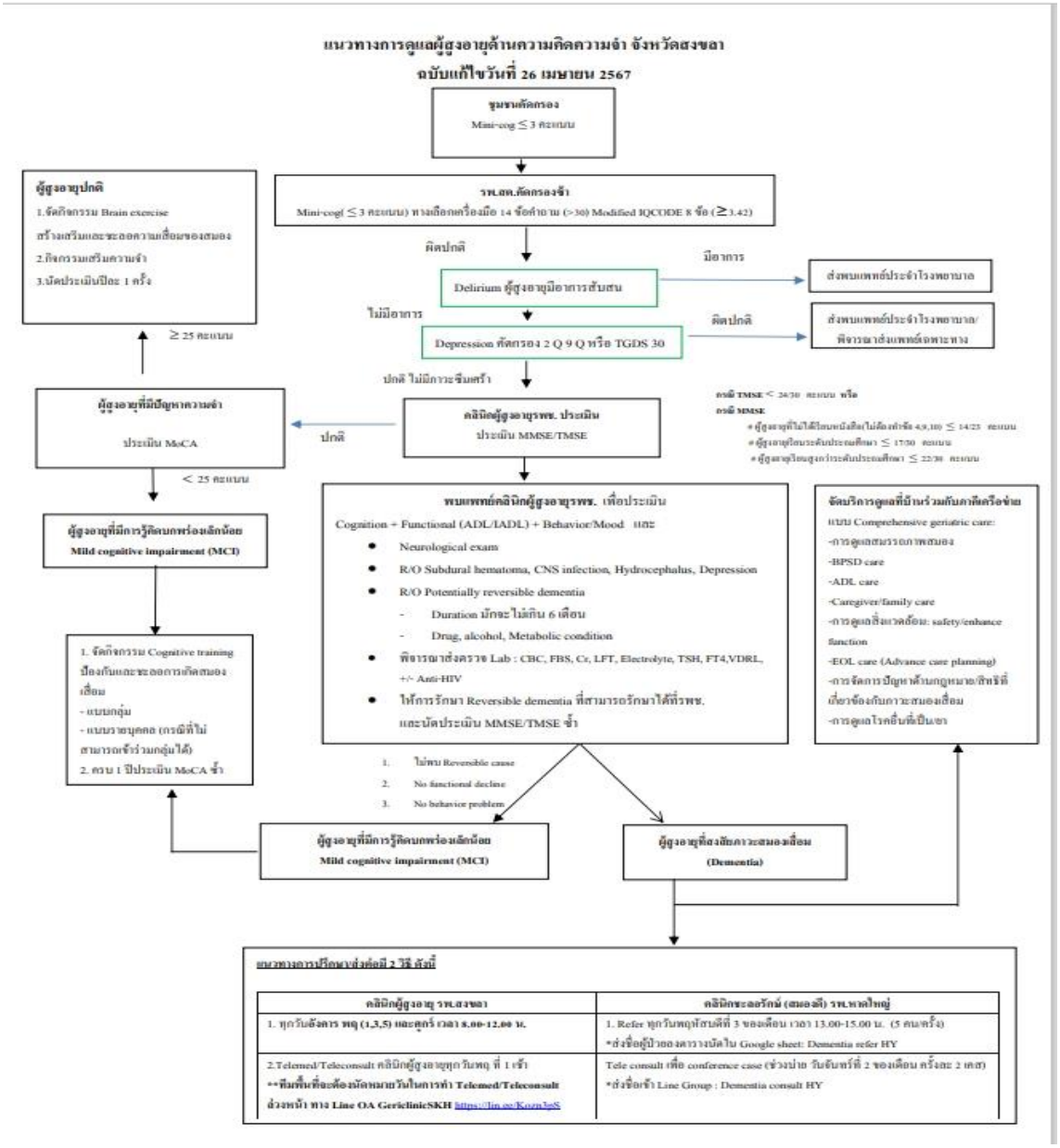
ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

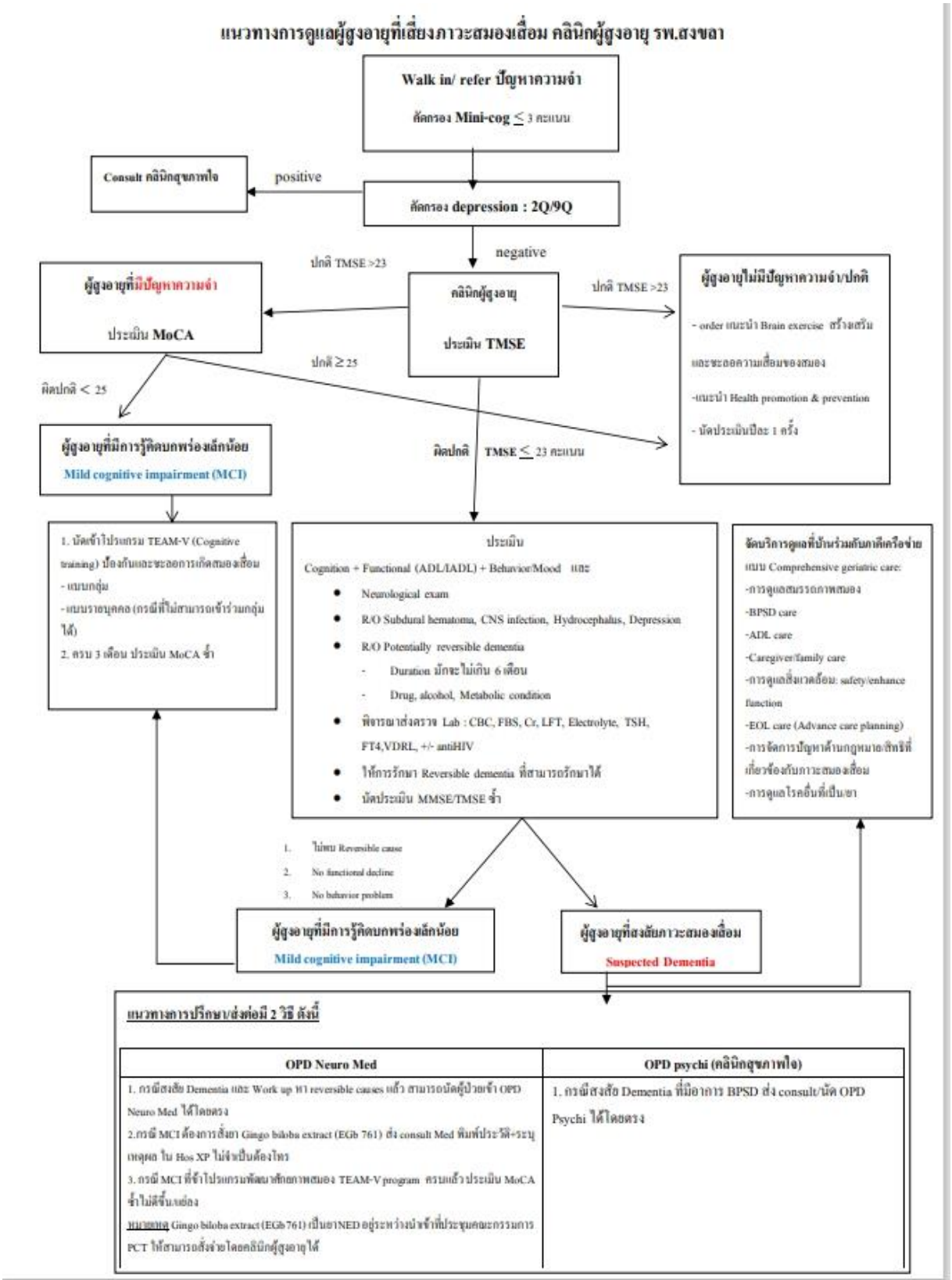
โครงการเริ่มช่วงสถานการณ์โรคระบาด ทำให้การดำเนินงานชะลอ-ชะงักในช่วงปี 2563 เริ่มต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564 (ทำไม่ได้ตามเป้าหมาย)

ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการต่อเนื่อง

ความไม่เข้าใจแนวทางการจัดบริการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม และการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ




แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ รพ.สงขลา
Walk in/ refer ปัญหาความจำ
คัดกรอง Mini-cog ≤ 3 คะแนน
Consult คลินิกสุขภาพใจ
positive
คัดกรอง depression : 2Q/9Q
negative
ปกติ TMSE >23
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำ
ประเมิน MoCA
คลินิกผู้สูงอายุ
ประเมิน TMSE
ปกติ TMSE >23
ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาความจำ/ปกติ
- order แนะนำ Brain exercise สร้างเสริม
และชะลอความเสื่อมของสมอง
-แนะนำ Health promotion & prevention
- นัดประเมินปีละ 1 ครั้ง
ปกติ ≥ 25
ผิดปกติ < 25
ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย
Mild cognitive impairment (MCI)
ผิดปกติ TMSE ≤ 23 คะแนน
1. นัดเข้าโปรแกรม TEAM-V (Cognitive training) ป้องกันและชะลอการเกิดสมองเสื่อม
- แบบกลุ่ม
- แบบรายบุคคล (กรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้)
2. ครบ 3 เดือน ประเมิน MoCA ซ้ำ
ประเมิน
Cognition + Functional (ADL/IADL) + Behavior/Mood และ
Neurological exam
R/O Subdural hematoma, CNS infection, Hydrocephalus, Depression
R/O Potentially reversible dementia
- Duration มักจะไม่เกิน 6 เดือน
- Drug, alcohol, Metabolic condition
พิจารณาส่งตรวจ Lab : CBC, FBS, Cr, LFT, Electrolyte, TSH, FT4,VDRL, +/- antiHIV
ให้การรักษา Reversible dementia ที่สามารถรักษาได้
นัดประเมิน MMSE/TMSE ซ้ำ
จัดบริการดูแลที่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย
แบบ Comprehensive geriatric care:
-การดูแลสมรรถภาพสมอง
-BPSD care
-ADL care
-Caregiver/family care
-การดูแลสิ่งแวดล้อม: safety/enhance function
-EOL care (Advance care planning)
-การจัดการปัญหาด้านกฎหมาย/สิทธิที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม
-การดูแลโรคอื่นที่เป็นเยา
1. ไม่พบ Reversible cause
2. No functional decline
3. No behavior problem
ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย
Mild cognitive impairment (MCI)
ผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
Suspected Dementia
แนวทางการปรึกษา/ส่งต่อมี 2 วิธี ดังนี้
OPD Neuro Med
1. กรณีสงสัย Dementia และ Work up หา reversible causes แล้ว สามารถนัดผู้ป่วยเข้า OPD Neuro Med ได้โดยตรง
2.กรณี MCI ต้องการสั่งยา Gingo biloba extract (EGb 761) ส่ง consult Med พิมพ์ประวัติ+ระบุเหตุผล ใน Hos XP ไม่จำเป็นต้องโทร
3. กรณี MCI ที่เข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง TEAM-V program ครบแล้วประเมิน MoCA ซ้ำไม่ดีขึ้นเท่าเดิม
หมายเหตุ Gingo biloba extract (EGb 761) เป็นยาNED อยู่ระหว่างนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ PCT ให้สามารถสั่งจ่ายโดยคลินิกผู้สูงอายุได้
OPD psychi (คลินิกสุขภาพใจ)
1. กรณีสงสัย Dementia ที่มีอาการ BPSD ส่ง consult/นัด OPD Psychi ได้โดยตรง

ตารางแสดงข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงขลาด้วยภาวะ MCI/ Dementia ในปี 2564-2567

ตัวชี้วัดการรับบริการ	เป้าหมาย	ปี 2564 ร้อยละ	ปี 2565 ร้อยละ	ปี 2566 ร้อยละ	ปี 2567 รอบที่ 1 (ไตรมาส 1) ร้อยละ
1. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	-	17.80 (21/118)	27.03 (40/148)	48.80 (81/166)	45 (18/40)
2. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและได้รับการรักษา	≥ 40	100 (21/21)	100 (40/40)	100 (81/81)	100 (18/18)

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

เป้าหมาย รับ **consult** จากคลินิกเฉพาะทางอื่นๆ ในรพ.สงขลา (มิ.ย.65-มี.ค.67)

1. ส่งมาประเมินสมรรถภาพสมอง **TMSE** จำนวน 131 คน
2. Consult กระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive stimulation) ด้วยโปรแกรม TEAM-Vจำนวน 34 คน ได้แก่ คลินิกสุขภาพใจ 14 คน คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท 4 คน คลินิกผู้สูงอายุ 11คน คลินิกอื่นๆ เช่นโรงพยาบาลเมืองสงขลา 5 คน

Output

1. จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแบบครอบคลุม comprehensive geriatric assessment (CGA) 520 คน พบ ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม 172 คน (ร้อยละ 33.08)

2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็น 100 % (เป้าหมายร้อยละ40) <u>หมายเหตุ</u> ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำและสอน Brain exercise ทุกราย

3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive stimulation) ด้วยโปรแกรม TEAM-V จำนวนทั้งสิ้น 43 คน มารับบริการ 34 คนจำแนกเป็น ผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (Mild cognitive impairment: MCI) 24 คน และ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Dementia) 10 คน เป็นผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ11 คน ส่งต่อมาจากคลินิกอื่นๆ 23 คน และไม่มารับบริการตามนัด 19 คน

Outcome แยกรายปี

1. ผลของการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive stimulation) ด้วยโปรแกรม TEAM-V ขณะนี้อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 10 คน สิ้นสุดโปรแกรมแล้วจำนวน 28 คน

การติดตามสมรรถภาพสมอง โดยการประเมิน TMSE/MoCA ของผู้รับบริการหลังสิ้นสุด โปรแกรม TEAM-V จำนวนทั้งสิ้น 28 คน พบว่า

- ผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (MCI) จำนวน 21 คน (ร้อยละ 75)
  1) ดีขึ้น 14 คน (ร้อยละ 66.67)
  2) คงที่ 7 คน (ร้อยละ 33.33)
  3) แย่ลง 0 คน
- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับน้อย (Mild Dementia) 7 คน (ร้อยละ 25)
  1) ดีขึ้น 2 คน (ร้อยละ 28.57)
  2) คงที่ 5 คน (ร้อยละ 71.43)
  3) แย่ลง 0 คน

แผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร อ.สะเดา

อำเภอสะเดา แบ่งเป็น 2 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลสะเดา และ เครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ มี 3 โรงพยาบาล ที่ประชาชนเข้ารับบริการ คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โดยอำเภอสะเดามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14,080 ราย อสม.จำนวน 1,237 ราย CG จำนวน 56 ราย และได้วางแผนการดำเนินงานดังนี้

1. เครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ มีผู้สูงอายุ จำนวน 4,756 ราย ได้วางแผนการคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 4,043 คิดเป็นร้อยละ 85

2. เครือข่ายโรงพยาบาลสะเดา มีผู้สูงอายุ จำนวน 9,324 ราย ได้วางแผนการคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 4,662 คิดเป็นร้อยละ 50

3. เนื่องจากการประชุมกลุ่ม โรงพยาบาลปาดังเบซาร์เป็นต้นแบบจึงขอคัดกรองผู้สูงอายุร้อยละ 85 และพื้นที่อื่น ๆ ของเครือข่ายโรงพยาบาลสะเดา ขอคัดกรองผู้สูงอายุที่ร้อยละ 50

4. การคัดโดยพยาบาล รพ.สต ประจำพื้นที่ในแต่ละเครือข่าย

5. การคัดกลุ่ม คัดกลุ่มโดยแพทย์ รพช. (รพ.ปาดังเบซาร์) กรณีที่เคสมีความซับซ้อนจะส่งต่อไปยัง รพ.หาดใหญ่

6. การคัดกรอง รอพิจารณาจากพื้นที่เนื่องจากต้องรอดูจำนวนผู้สูงอายุและความพร้อมของเจ้าหน้าที่จึงจะสามารถระบุว่าจะช่วยกันลงแขกในการคัดกรองหรือไม่

7. การแต่งตั้งคณะทำงาน รอการประชุมทีมพื้นที่อีกครั้งเนื่องจากว่าต้องรอประชุมร่วมกับหลายๆ ฝ่าย และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพิจารณาว่า จะแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอหรือในระดับจังหวัด

8. ข้อเสนอแนะเรื่องของการใช้เครื่องมือ ในการดำเนินงานของพื้นที่

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โรงพยาบาลปาดังเปซาร์ อำเภอสะเดา

ข้อมูลสมองเสื่อมและซึมเศร้า

ตำบล		สมองเสื่อม AMT					ซึมเศร้า 2Q			
		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ระบุ	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ
สะเดา	0	20	0.70	19	1	0	21	0.74	21	0
ปริก	0	1,690	93.11	1,688	2	0	1,734	95.54	1,733	1
พังลา	0	1,640	95.57	1,629	11	0	1,619	94.35	1,619	0
สำนักแต้ว	0	1,248	90.76	1,226	22	0	1,249	90.84	1,247	2
ทุ่งหมอ	0	865	94.23	861	4	0	865	94.23	865	0
ท่าโพธิ์	0	853	96.49	850	3	0	853	96.49	850	3
ปาดังเบซาร์	0	703	24.05	341	362	0	747	25.56	744	3
สำนักขาม	0	870	95.08	869	1	0	878	95.96	878	0
[illegible]	1	680	98.12	658	22	0	679	97.98	677	2
รวม	**1**	8,569	**60.86**	**8,141**	**428**	**0**	8,645	**61.40**	**8,634**	**11**

การดำเนินการเรื่องสมองเสื่อมที่ผ่านมา

ในปี พ.ศ. 2560 ได้ดำเนินการ LTC พบสมองเสื่อม 2 ราย จาก 25 รายที่เข้าร่วมโครงการ

ในปี พ.ศ. 2562 ดำเนินการต่อเนื่อง คัดกรองผู้สูงอายุเพิ่มเติม เป็น 37 ราย

ในปี พ.ศ. 2563 คัดกรองผู้สูงอายุเพิ่มเติม เป็น 50 ราย

ทีมการดูแล

มี 2 เครือข่าย/ 2 รพ. /18 รพ.สต./2 PCU /2 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

CM มีจำนวน 12 คน

CG มีจำนวน 56 คน

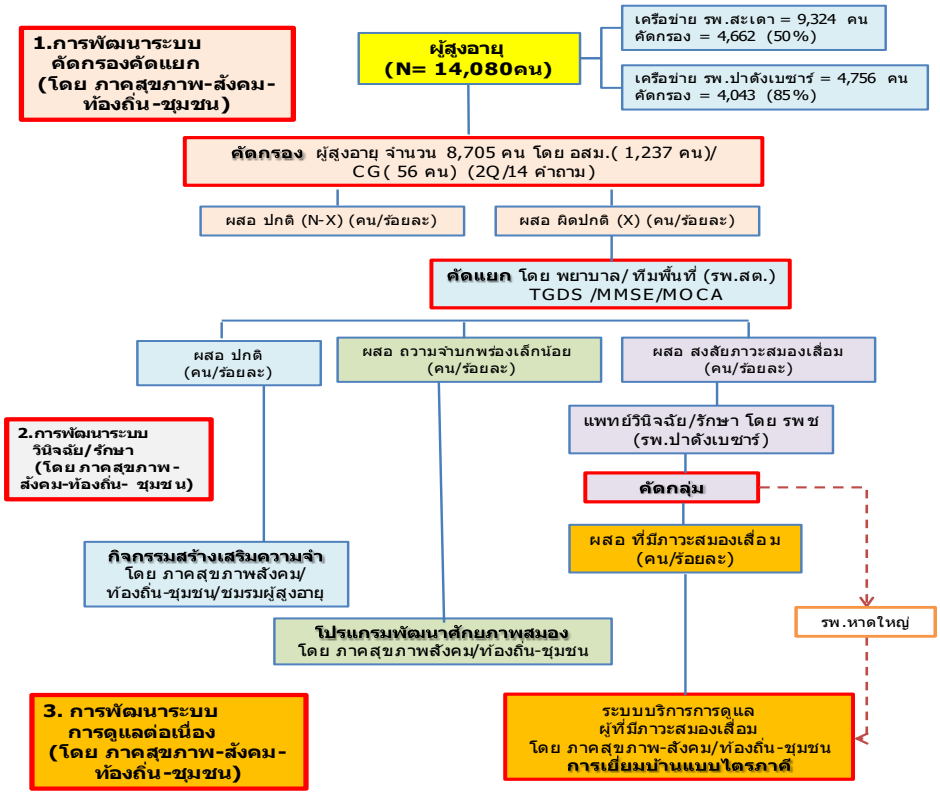
ทีมบุคลากร รพ.ปาดังเบซาร์		ทีมบุคลากร รพ.สะเดา	
พยาบาลจิตเวช	1 คน	พยาบาลจิตเวช	2 คน
นักจิตวิทยา	1 คน	นักจิตวิทยา	1 คน

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ปี พ.ศ. 2562-2563)

วันเดือนปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
พ.ย. 2562	-ประชุมคณะทำงาน พร้อมชี้แจง แบบคัดกรอง	สสอ.สะเดา
ธ.ค. 62-31 ม.ค. 2563	-รวบรวมแบบคัดกรอง	ผู้รับผิดชอบงาน
ก.พ. 2563	-คัดแยก	โดยคณะทำงาน

มี.ค. 2563	-ส่งต่อแพทย์ รพ.ปาดังเบซาร์ เพื่อวินิจฉัยและส่งต่อ	รพ. ปาดังเบซาร์
เม.ย. 2563	-ติดตามต่อเนื่องในการดูแล -ประเมินซ้ำ	รพ.สต.ในพื้นที่

ผังไหล การดำเนินการการจัดการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่อำเภอสะเดา



ระยะการติดตามการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลัง

สรุปผลการติดตามเยี่ยม/ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในวันที่ ในวันที่ 6-7 มิถุนายน 2565 ณ ห้องประชุม พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา สรุป **รูปแบบการพัฒนาระบบฯ CDC System: โมเดลจังหวัดสงขลา** ดังนี้

พื้นที่นำร่องระดับจังหวัด: อำเภอเมือง (รพ. สงขลา) และอำเภอสะเดา (รพ. ปาดังเบซาร์)

ระดับจังหวัด มี MOU (Big rock?) (ทีมบริหาร/สนับสนุนการพัฒนาระบบฯ) ตัวชี้วัด/KPI? (DCC)

ระดับอำเภอ (สสอ./พชอ.?: นโยบาย/สนับสนุน/คืนข้อมูล??) (DCC)

รูปแบบ CDC System: “สงขลาโมเดล : โรงพยาบาลสงขลา” มีจุดเด่น/ปัจจัยคความสำเร็จ คือ

มีคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา เป็นศูนย์กลางการพัฒนาระบบครบวงจร (SM/PM/CC/CM)

พื้นที่นำร่อง (ตำบลเขารูปช้าง)/โรงพยาบาลสงขลา และ พื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง

มีทีมแกนนำที่ชัดเจน(SM/CC/CM+ภาคีเครือข่าย??) ที่มีความมุ่งมั่นดำเนินงานและสร้างเครือข่าย

ทีมดำเนินงานพัฒนาระบบ (SM/CC/CM/CG/CHV) (Workforce)

มีการวางระบบครบวงจร/แนวปฏิบัติชัดเจน(Service Delivery) ครบ 3 ระบบย่อย(ต่อยอดนวัตกรรม?)

คัดกรอง โดย รพ.สต./PCU ระดับปฐมภูมิในพื้นที่นำร่องและเครือข่าย มีทีม อสม/CG/นักบริบาล/อื่นๆ (ผ่านการอบรมโดยทีมพื้นที่?/ส่วนกลางโดยสถาบันฯ)

คัดแยก โดย DCM (ระดับปฐมภูมิทุกแห่ง ??) (ผ่านการอบรมหลักสูตร DCM?

คัดกลุ่ม โดย แพทย์คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกสุขภาพใจ/คลินิกอายุรกรรมประสาท (FM/PMR>Specialist?)

ดูแลต่อเนื่อง ทีมภาคีเครือข่ายเชื่อมโยงระบบฯ(ระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน/ท้องที่/ท้องถิ่น?) วิทยาลัยพยาบาล??

การดำเนินงานวางระบบอย่างครบวงจรฯ (Service Delivery} (Equipment)

การคัดกรอง (2Q> 14Q; ปี 65 ปรับเป็น Mini-Cog) บันทึกในฐานข้อมูล HDC?

การคัดแยก (TGDS/ MMSE หรือ TMSE/และ MoCA) บันทึกใน?

การคัดกลุ่ม (Primary Diagnosis> Confirm Diagnosis)

อำเภอเมือง (รพ สงขลา) มีแนวปฏิบัติการส่งต่อจาก พื้นที่นำร่อง และกลุ่ม walk-in (NCD clinic?อื่นๆ?)

อำเภอสะเดา (รพ ปาดังเบซาร์ >> Refer >> โรงพยาบาลหาดใหญ่?)

การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ)

กลุ่ม MCI (Brain Training) (นวัตกรรม? กลุ่มมีการศึกษาต่างกัน)

กลุ่ม Dementia (Brain Care) (การพัฒนา care plan)

โอกาสในการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล (พื้นที่ อำเภอ?จังหวัด?)

-เครื่องมือ/แบบบันทึก/ฐานข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผังไหลการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง

ผังไหลภาพรวมจังหวัด/อำเภอ/ตำบล?) แต่ละปี

ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) คัดกรอง>คัดแยก>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม) ของแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ

ในแต่ละปี

ระดับโรงพยาบาลสงขลา คัดแยก>คัดกลุ่ม>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม)

-แนวทาง/แนวปฏิบัติการคัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม (CPG/Guideline)

-ความต่อเนื่องของข้อมูล: เครื่องมือที่ใช้ฐานข้อมูลที่ใช้บันทึกข้อมูล คัดกรอง>คัดแยก>คัดกลุ่ม>ดูแลต่อเนื่อง อ (3 กลุ่ม) ฐานข้อมูล

-การประมวลผลลัพธ์การดำเนินงานและคืนข้อมูล

-เพิ่มการคืนข้อมูลแก่ทีมการดูแล/พื้นที่นำร่อง/พชอ./จังหวัด(รพ./สสจ./อบจ./พชอ./เทศบาล?) เพิ่มขึ้น

-เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM)/การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายการดูแล โดยทีมนำ-ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาเป็น ศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาระบบฯ ในอนาคต (CDC System ทั้งระบบ/นวัตกรรม Brain Training?/Aging Clinic?)

โอกาสในการพัฒนาระบบ (นวัตกรรมใหม่ Service/Intervention/COC?)

ต้องการพัฒนาศักยภาพทีมงาน (CM/CG?) (ทีมคัดกลุ่ม?) (+เครือข่าย?)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน+เครื่องมือ+ดูแลต่อเนื่อง (KM)

รูปแบบบริการ Geriatric Clinic (Onsite/Mobile/Online/Virtual?)

Telehealth/Telemedicine (Diagnosis/Treatment: Dementia?)

Dementia/Memory Clinic: MCI?

QR Code/ฐานการเรียนรู้/ชุดฝึก Brain exercise/Brain training?

QR Code (Dementia Case/Care: กลุ่มสีเขียว/เหลือง/ส้ม/แดง) ?

แผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร รพ.สทิงพระ

ระบบการคัดกรอง คัดแยก พื้นที่นำร่อง รพ.สทิงพระ ได้เลือกตำบลที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจร 2 ตำบล คือ ต.จะทิ้งพระ และ ต.วัดจันทร์ โดยมีเป้าหมายการคัดกรองผู้สูงอายุ 70% ของประชากรผู้สูงอายุ การคัดกรองจะดำเนินการโดย อสม. โดยใช้เครื่องมือ 2Q และ 14 ข้อคำถาม มีการอบรม อสม. ในการใช้เครื่องมือก่อนการดำเนินการคัดกรอง เมื่อ อสม. คัดกรองแล้วพบผิดปกติจะดำเนินการคัดแยก โดยพยาบาล CM ในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ TGDS , MMSE และ MoCA

ระบบการวินิจฉัย จะดำเนินการคล้ายรูปแบบสภาลูกขุน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมในการ และมีการ Consult specialist ร่วมในการวินิจฉัย

เขตสุขภาพที่ 13 พื้นที่นำร่อง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร โดยมีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นโรงพยาบาลนำร่องในเขตบริการสุขภาพที่ 13 ซึ่งครั้งนี้มีหลักเกณฑ์การเลือกพื้นที่ศึกษามีดังนี้ 1) เป็นเขตที่มีการดำเนินการพัฒนาการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Dementia on top long term care) 2) เป็นพื้นที่ที่มีการนำเครื่องมือมาใช้พัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างครบวงจรร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตพื้นที่เครือข่ายเข้าร่วมโครงการ 5 ศูนย์ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 และศูนย์บริการสาธารณสุข 67 โดยมีพื้นที่ที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ทั้งหมด 4 ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 49 62 และ 67

พื้นที่เขตทวีวัฒนา (ศูนย์บริการสาธารณสุข 67) มีพื้นที่ทั้งหมด 50.22 ตารางกิโลเมตร โดยระยะทางจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ไปยังสำนักงานเขตทวีวัฒนา 9.5 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทางประมาณ 15 นาที ซึ่งปัจจุบันพื้นที่ส่วนใหญ่ของเขตเป็นพื้นที่เกษตรกรรม มีลำคลองหลายสายที่สามารถนำน้ำไปใช้ในการทำการเกษตรได้ อย่างไรก็ตามพื้นที่เกษตรเหล่านั้นกำลังถูกแทนที่ทีละน้อยด้วยโครงการหมู่บ้านจัดสรรซึ่งเรียงรายอยู่ตามถนนสายหลักในพื้นที่

พื้นที่เขตหนองแขม (ศูนย์บริการสาธารณสุข 48)มีพื้นที่ทั้งหมด 35.82 ตารางกิโลเมตร โดยระยะทางจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ไปยังสำนักงานเขตหนองแขม 5.1 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทางประมาณ 15 นาที พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม สภาพเศรษฐกิจดั้งเดิมขึ้นอยู่กับการเกษตรกรรม แต่ปัจจุบันสภาพพื้นที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากชุมชนเมืองขยายตัวจากพื้นที่ชั้นใน มีผู้คนย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยและประกอบอาชีพอุตสาหกรรมมากขึ้น พื้นที่การเกษตรจึงเริ่มถูกเปลี่ยนเป็นสถานที่ราชการ สถานศึกษา โรงพยาบาล สาธารณสุข สถานีโทรทัศน์ โรงงานอุตสาหกรรม อาคารพาณิชย์ และหมู่บ้านจัดสรร

พื้นที่เขตบางแค (ศูนย์บริการสาธารณสุข 62) มีพื้นที่ทั้งหมด 44.46 ตารางกิโลเมตร โดยระยะทางจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ไปยังสำนักงานเขตบางแค 5.7 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทางประมาณ 20 นาที เป็นเขตเกษตรกรรมผสมผสานแหล่งที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อมดีทางฝั่งธนบุรี ปัจจุบันเขตบางแคเป็นเขตที่มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับที่ 3 ของกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เริ่มเปิดให้บริการเมื่อ 9 เมษายน 2542 ปัจจุบันมีขนาด 441 เตียง ตั้งอยู่ 18 ถนนพุทธมณฑลสาย 3 ซอย 10 แขวงบางไผ่ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร ครอบคลุม 3 เขต 3 ศูนย์บริการสาธารณสุข มี **วิสัยทัศน์** ในการเป็น “โรงพยาบาลที่โดดเด่นในด้านการจัดการที่สร้างคุณค่าต่อสังคม” และมี **พันธกิจ** คือ “พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่โดดเด่นเป็นแบบอย่างในระดับตติยภูมิ มีการบริหารจัดการ

เชิงระบบเพื่อความยั่งยืนและชื่อเสียงขององค์กรและเป็นสถาบันร่วมผลิต ฝึกอบรมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข” โดยมีจำนวนบุคลากร จำนวน 1,704 คน

สถานการณ์ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา กรุงเทพมหานคร

ประชากรในพื้นที่ที่ศึกษา เขตทวีวัฒนา เขตหนองแขม เขตบางแค

- เขตหนองแขม มีประชากรทั้งหมด 156,354 คน เป็นเพศชาย 72,977 คน (ร้อยละ 46.67) และเพศหญิง 83,377 คน (ร้อยละ 53.33) และมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 25,512 คน คิดเป็นร้อยละ 16.32 ของประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนร้อยละของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเทียบกับประชากรทั้งหมด แบ่งเป็น ประชากรกลุ่ม 60-69 ปี จำนวน 15,733 คน (ร้อยละ 10.06) อายุ 70-79 ปี จำนวน 6,835 คน (ร้อยละ 4.37) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 2,944 คน (ร้อยละ 2.07)

- เขตบางแค มีประชากรทั้งหมด 193,491 คน เป็นเพศชาย 90,085 คน (ร้อยละ 46.56) และเพศหญิง 103,406 คน (ร้อยละ 53.44) และมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 37,599 คน คิดเป็นร้อยละ 19.43 ของประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนร้อยละของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเทียบกับประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นประชากรกลุ่ม 60-69 ปี จำนวน 22,381 คน (ร้อยละ 11.57) อายุ 70-79 ปี จำนวน 10,199 คน (ร้อยละ 5.27) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 5,019 คน (ร้อยละ 2.59)

- เขตทวีวัฒนา มีประชากรทั้งหมด 78,548 คน เป็นเพศชาย 36,489 คน (ร้อยละ 46.45) และเพศหญิง 42,059 คน (ร้อยละ 53.55) และมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 16,679 คน คิดเป็นร้อยละ 21.24 ของประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนร้อยละของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเทียบกับประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นประชากรกลุ่ม 60-69 ปี จำนวน 10,327 คน (ร้อยละ 13.15) อายุ 70-79 ปี จำนวน 4,327 คน (ร้อยละ 5.51) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 2,025 คน (ร้อยละ 2.58)

จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

เขต	เพศ	ประชากรแยกเพศ (คน)	ประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ (จำนวนคน)			รวมทั้งหมด (ร้อยละ)
				60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
หนองแขม	ชาย	72,977	156,353	15,733	6,835	2,944	16.32
	หญิง	83,377					
บางแค	ชาย	90,085	193,491	22,381	10,199	5,019	19.34
	หญิง	103,406					
ทวีวัฒนา	ชาย	36,489	78,548	10,327	4,327	2,025	21.24
	หญิง	42,059					

ระยะก่อนการพัฒนาระบบ

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ก่อนการพัฒนา)
1. ระบบการดูแล/การเข้าถึงบริการ	**1. ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่** - มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ ที่ยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มีระบบการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการส่งต่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง - มีการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยในระบบบริการทุติยภูมิโดยทีมพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด แต่ยังไม่มีช่องทางการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการดูแลและส่งต่อการรักษาไปยังระบบบริการตติยภูมิ - ยังไม่มีระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในระดับปฐมภูมิและชุมชน - ยังไม่มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ **2. การเข้าถึงบริการ** - บริการระดับทุติยภูมิยังมุ่งเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูมากกว่าการป้องกันและรักษาภาวะสมองเสื่อม
2. การคัดกรองและวินิจฉัย	**การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่** - มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยด้วย TMSE แต่ยังไม่มีระบบการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการดูแลต่อเนื่อง - มีเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขใจ สูงวัยประคับประคอง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ที่รับการคัดกรองด้วย TMSE และ MoCA โดยนักกิจกรรมบำบัดเพื่อการส่งเสริมและฟื้นฟู แต่ยังไม่มีระบบการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการรักษาภาวะสมองเสื่อม - แพทย์ในระดับทุติยภูมิยังไม่สามารถวินิจฉัย**ภาวะสมองเสื่อม**ได้ เนื่องจากขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์และขาดแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย - แพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิ ยังขาดการเชื่อมต่อ/เชื่อมโยงกับทุกระดับบริการ - ผู้ที่ทำการประเมิน MoCA ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ อาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนได้
3. องค์ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ	- บุคลากรทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ก่อนการพัฒนา)
4. องค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	- ประชาชน/ผู้ดูแลยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (โดยส่วนใหญ่คิดว่าอาการหลงลืม เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ และถ้ามีพฤติกรรมผิดปกติมักเข้าใจว่าเป็นความผิดปกติทางจิต)
5. ค่าใช้จ่าย	- ครอบครัวที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการจ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้าน ฝากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลในครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้มีปัญหาขาดรายได้
6. ด้านมุมมองของ 6.1 ผู้ให้บริการ/ผู้เกี่ยวข้อง 6.2 ครอบครัว/ผู้ดูแล 6.3 ชุมชน	- ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง รับรู้ว่าในพื้นที่มีปัญหาแต่ยังไม่มีระบบการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการดูแล การส่งต่อผู้ป่วย การรักษาและการดูแลต่อเนื่อง - ในมุมมองของครอบครัว/ผู้ดูแลและชุมชน รับรู้ว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ รับรู้ว่าเป็นปัญหาแต่ไม่รับรู้วิธีการแก้ไขปัญหา
7. ปัญหา/อุปสรรค	**ปัญหา/อุปสรรคในพื้นที่** คือ - ขาดข้อมูลเชิงสำรวจเชิงประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เท่านั้น ซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรของกรุงเทพมหานครได้

สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เขตทวีวัฒนา เขตหนองแขม เขตบางแค ในระยะก่อนการพัฒนา

ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 3 เป็นหน่วยบริการที่รองรับในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (สำนักการแพทย์) ในพื้นที่ยังไม่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการและในชุมชน แต่มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) เช่น การฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง Palliative care และ Intermediate care ร่วมกับสหสาขาในบางพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุ แม้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อมาจากส่วนต่างๆ ก็ยังไม่สามารถให้การดูแลรักษาได้ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ยังไม่เข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และยังขาดระบบการส่งต่อไปยังบริการระดับตติยภูมิ เว้นแต่ผู้ป่วยไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิด้วยตนเอง ดังนี้

ประเด็น	ความต้องการพัฒนา
ด้านคัดกรองและการวินิจฉัย	**การดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม**ในพื้นที่ทั้ง 3 เขต มีการคัดกรองผู้สูงอายุอยู่ แต่ไม่ได้นำข้อมูลไปใช้ดำเนินการวินิจฉัยและรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ประเด็น	ความต้องการพัฒนา
ด้านองค์ความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพ	**บุคลากรทางสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ** เกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต่อยอดจากการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ที่ดำเนินการมาแล้ว แม้จะมีการวินิจฉัยและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อมาดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ บุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่สามารถจัดระบบการดูแลแก่ผู้สูงอายุได้ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถเป็นลำดับแรก
ด้านองค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	**ประชาชน/ผู้ดูแล** ในพื้นที่ทราบเกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม แต่ยังขาดองค์ความรู้ในการคัดกรอง ทำให้ไม่ทราบว่าในชุมชนมีผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ อีกทั้งประชาชนบางส่วนยังมีความเข้าใจว่าอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุ จึงไม่จำเป็นต้องทำอะไร ในขณะที่ประชาชนบางส่วนเข้าใจว่าอาการผิดปกตินี้เป็นภาวะทางจิต ทำให้เลือกเข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเฉพาะด้านทางจิตเวช ดังนั้นแม้จะได้รับการวินิจฉัยแต่มักไม่ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง อาจเพราะมีความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลและข้อจำกัดของญาติ และผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยมารับบริการได้

ระยะการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบ

เริ่มดำเนินการร่วมกันระหว่างสำนักการแพทย์ โดย รพ.ราชพิพัฒน์ และสำนักอนามัย โดย ศูนย์บริการสาธารณสุข กับ กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และเครือข่าย เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2562 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร





การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และเครือข่าย ได้ร่วมกับพื้นที่ในการวางระบบการดูแลกลุ่มภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ไว้ 3 ระบบย่อย ได้วางแผนการดำเนินการในระบบการคัดกรอง คัดแยก โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการคัดกรองและคัดแยก จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพสมองกลุ่มต่างๆ คือ 1) กลุ่มที่มีสภาพสมองปกติ 2) กลุ่มที่มีภาวะการคิดรู้บกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impaired, MCI) และ 3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ



เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง โดยพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่ แบบคัดกรองความจำ 14 ข้อคำถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก โดยพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Geriatric Depression Scales (TGDS)
- แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Thai Mental State Examination (TMSE)
- แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

จากนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในสมัยปัจจุบันในปี พ.ศ.2565 ในด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในงานด้านผู้สูงอายุให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ โดยจัดระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นรูปแบบ Zoning ที่มีการประสาน เชื่อมโยง บริหารจัดการตามบริบทในแต่ละพื้นที่ และต่อเนื่องในนโยบายสุขภาพดีปี 2 ที่มีการเน้นการขยายคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรทั่วกทม. จึงได้มีการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุตามแนวทางดังกล่าว และมีการดำเนินการด้านการค้นหา รักษา บำบัด ฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปในเขตสุขภาพราชพิพัฒน์


กทม. ประกาศ
10 นโยบายสุขภาพดี
1 นำร่องพัฒนาคลินิกสุขภาพเพศหลากหลาย Pilot LGBTQI+ Clinic
2 ขยายโครงการโรงพยาบาล 10,000 เตียง
3 หมอถึงบ้าน ผ่าน Telemedicine
4 จัดกิจกรรมคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
5 เพิ่มจำนวน Excellence Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง
6 บัตรคนพิการ จุดเดียวจบ ทุก รพ.สังกัด กทม.
7 กรุงเทพฯ มั่นใจ ปลอดภัยโควิด
8 ชมรมผู้สูงอายุ สร้างสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพใจ (Active Aging)
9 กอดบทเรียนโควิด-19
10 การรักษาและส่งตัวผู้ป่วยไร้รอยต่อด้วยการบูรณาการข้อมูล
ศูนย์ข้อมูล COVID-19 สายด่วน 1111
ที่มา กรุงเทพมหานคร
ข้อมูล ณ วันที่ 3 มิถุนายน 2565


24 นโยบาย สุขภาพดีปี2
บริการเข้าถึงง่าย ทั่วถึงสู่เส้นเลือดฝอย
1 สอบถาม / รับเรื่อง / ปรึกษา ปัญหาสุขภาพ
สอบถาม ปรึกษา
สนับสนุนการบริการ
เทคโนโลยีสุขภาพ
2 หมอถึงบ้าน
3 ศูนย์เทคโนฯสุขภาพดี
4 บริการตรวจสุขภาพเชิงรุก
5 เยี่ยมบ้าน แบบไร้รอยต่อ
6 การส่งต่อไร้พรมแดน
ภาวะฉุกเฉิน
7 มอเตอร์ไซค์กู้ชีพฉุกเฉิน
เข้าถึงพื้นที่แออัด
เพิ่มเครื่องข่าย
8 เอราวัณ ง่ายทันใจ
9 1 ชุมชน 1 AED
เพิ่มสถานบริการ AED
สร้างเครือข่าย
โรคคนเมือง
10 Preventive Urban medicine
11 คลินิกแพทางไกล
12 เพิ่มศูนย์บริการสาธารณสุข
13 แผนที่ข้อมูลระบบสุขภาพและพื้นที่เสี่ยง
14 รถตรวจเยาวชนเคลื่อน 7 โซน
15 บริการรถพยาบาลเคลื่อนที่
16 คลินิกผู้สูงอายุครบวงจรทั่ว กทม.
17 ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการฟื้นฟู
18 ศูนย์โรคมะเร็ง ครบวงจร ทั่วกทม.
19 บริการเจาะเลือด ใกล้บ้านคุณ
20 ร้านยาใกล้บ้าน
ส่งเสริมสุขภาพคนเมือง
21 ชมรมผู้สูงอายุประจำเขต
จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ
22 Smart day care center
- บ้านเด็กเล็ก กทม.
- Day care ผู้สูงอายุ
23 นักสืบฝุ่น PM2
สืบฝุ่น คัดกรอง ป้องกันโรค จากมลพิษทางอากาศ
24 อาสาสมัครเทคโนโลยี



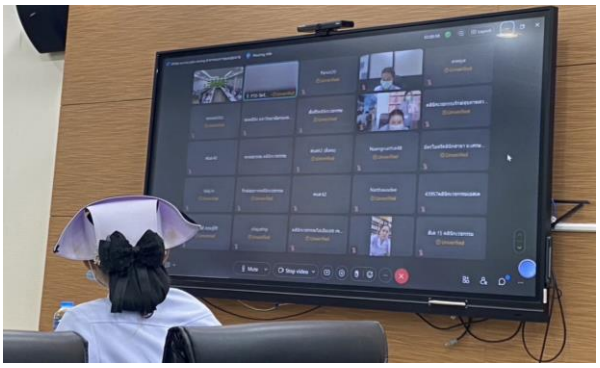
โดยได้มีการจัดประชุมวิชาการ Bangkok health zoning เพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนางาน ในวันที่ 27 เมษายน 2566 โดยได้รวบรวมศักยภาพของหน่วยบริการในระดับต่างๆ เพื่อการวางระบบด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป





โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ที่เป็นแม่ข่ายในเขตพื้นที่ตะวันตกของกรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมระบบบริการผู้สูงอายุในเขตสุขภาพราชพิพัฒน์ ในวันที่ 14 ธันวาคม 2566 กับหน่วยบริการเครือข่าย คือ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ และศูนย์บริการสาธารณสุขเครือข่าย ดังนี้

เขต	ศูนย์บริการสาธารณสุข
เขตทวีวัฒนา	ศูนย์บริการสาธารณสุข 67
เขตตลิ่งชัน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 วัดชัย
เขตหนองแขม	ศูนย์บริการสาธารณสุข 48
เขตบางแค	ศูนย์บริการสาธารณสุข 40
เขตภาษีเจริญ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง
เขตบางบอน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 ตวงรัชฎ์ ศศะนาวิน ภักดีฐานปัญญา
เขตบางขุนเทียน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 65 รักษาศุข บางบอน
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 42 รักษาศุข บางบอน





โดยได้ส่งเสริมการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรให้ครบทุกเขต และมีระบบการบำบัด ฟื้นฟู ส่งต่อในรายละเอียดของแต่ละ Geriatric syndrome ดังนี้

ช่องทางการส่งต่อ

1. ส่งข้อมูลในระบบ E-Refer
2. ประสาน line @1rpp เพื่อ
    2.1 ติดต่อขอทำนัด (ส่งใบนัดทางไลน์)
    2.2 ส่งเอกสารคัดกรองผู้สูงอายุผ่านทางไลน์*

วันเวลานัด: รับนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุเครือข่าย (ห้องตรวจ คลินิกสุขใจ สูงวัย ประคับประคอง) จันทร์-ศุกร์ 13.00 - 15.30น.

Flow การดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มี Geriatric syndrome เขตสุขภาพราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

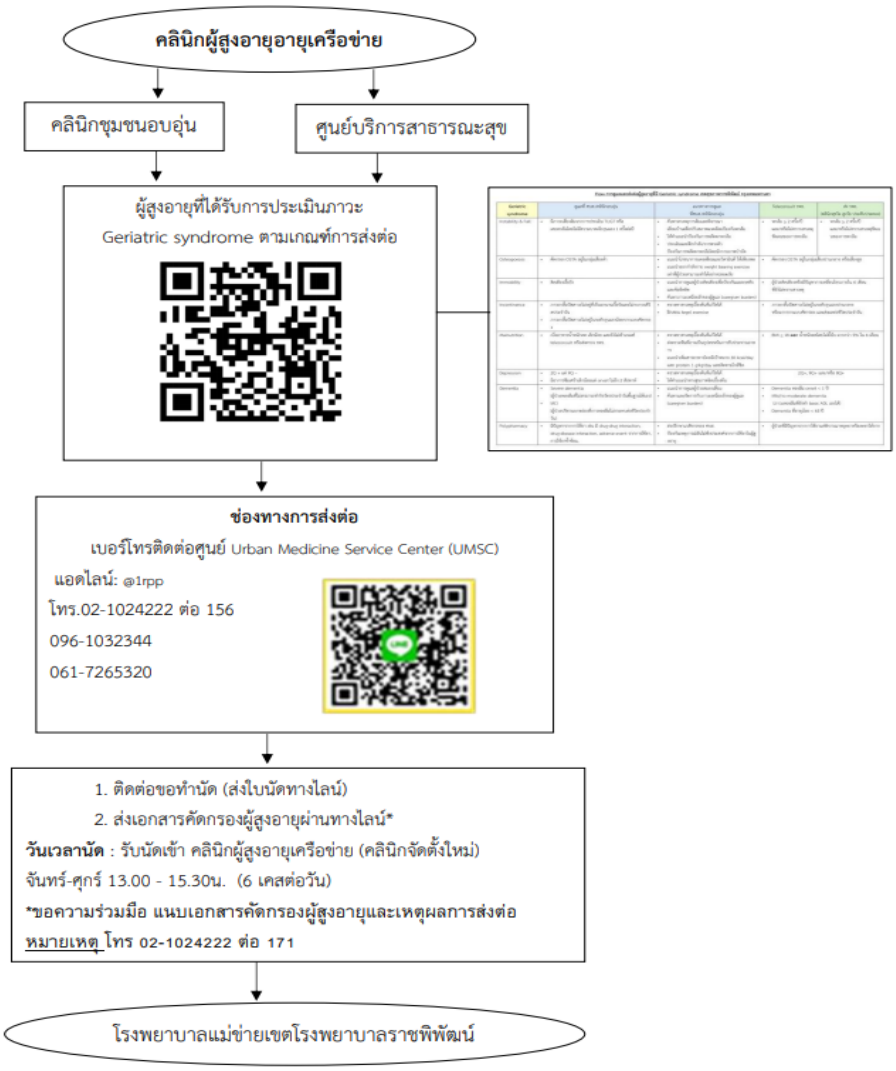
Geriatric syndrome	ดูแลที่ ศบส./คลินิกอบอุ่น	แนวทางการดูแล ที่ศบส./คลินิกอบอุ่น	Teleconsult รพร.	ส่ง รพร. (คลินิกสุขใจ สูงวัย ประคับประคอง)
Instability & Fall	• มีภาวะเสี่ยงล้มจากการประเมิน TUGT หรือ เคยหกล้มโดยไม่มีความบาดเจ็บรุนแรง 1 ครั้งต่อปี	• ค้นหาสาเหตุการล้มและพิจารณาเยี่ยมบ้านเพื่อปรับสภาพแวดล้อมป้องกันหกล้ม • ให้คำแนะนำป้องกันการพลัดตกหกล้ม • ประเมินและฝึกกำลัง/การทรงตัวป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยนักกายภาพบำบัด	• หกล้ม ≥ 2 ครั้ง/ปี และ/หรือไม่ทราบสาเหตุชัดเจนของการหกล้ม	• หกล้ม ≥ 2 ครั้ง/ปี และ/หรือไม่ทราบสาเหตุชัดเจนของการหกล้ม
Osteoporosis	• คัดกรอง OSTA อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ	• แนะนำโภชนาการแคลเซียมและวิตามินดีให้เพียงพอ • แนะนำออกกำลังกาย weight bearing exercise เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างปลอดภัย	• คัดกรอง OSTA อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางหรือเสี่ยงสูง	
Immobility	• ติดเตียงเรื้อรัง	• แนะนำการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อยึดติด • ค้นหาภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden)	• ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีปัญหาการเคลื่อนไหวภายใน 6 เดือน ที่ยังไม่ทราบสาเหตุ	
Incontinence	• ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นมานานเรื้อรังและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน • ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงน้อยจากแบบคัดกรอง	• ตรวจหาสาเหตุเบื้องต้นที่แก้ไขได้ • ฝึกสอน kegel exercise	• ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงปานกลางหรือมากจากแบบคัดกรอง และส่งผลต่อชีวิตประจำวัน	

Geriatric syndrome	ดูแลที่ ศบส./คลินิกอบอุ่น	แนวทางการดูแล ที่ศบส./คลินิกอบอุ่น	Teleconsult รพร.	ส่ง รพร. (คลินิกสุขใจ สูงวัย ประคับประคอง)
Malnutrition	• เบื่ออาหารน้ำหนักลด เล็กน้อย และยังไม่เข้าเกณฑ์ teleconsult หรือส่งตรวจ รพร.	• ตรวจหาสาเหตุเบื้องต้นที่แก้ไขได้ • ส่งตรวจฟันที่อาจเป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหาร • แนะนำเพิ่มสารอาหารโดยมีเป้าหมาย 30 kcal/day และ protein 1 g/kg/day และติดตามใกล้ชิด	• BMI $\leq$ 18 ***และ*** น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ มากกว่า 5% ใน 6 เดือน	
Depression	• 2Q + แต่ 9Q – • มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยแต่ onset ไม่ถึง 2 สัปดาห์	• ตรวจหาสาเหตุเบื้องต้นที่แก้ไขได้ • ให้คำแนะนำทางสุขภาพจิตเบื้องต้น	2Q+, 9Q+ และ/หรือ 8Q+	
Dementia	• Severe dementia (ผู้ป่วยหลงลืมที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง) • MCI (ผู้ป่วยปริชานบกพร่องที่การหลงลืมไม่กระทบต่อชีวิตประจำวัน)	• แนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม • ค้นหาและจัดการกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden)	• Dementia หลงลืม onset < 1 ปี • Mild to moderate dementia (ภาวะหลงลืมที่ยังทำ basic ADL เองได้) • Dementia ที่อายุน้อย < 65 ปี	
Polypharmacy	• มีปัญหาจากการใช้ยา เช่น มี drug-drug interaction, drug-disease interaction, adverse event จากการใช้ยา, การใช้ยาซ้ำซ้อน,	• ส่งปรึกษาเภสัชกรของ ศบส. • ป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ	• ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาแต่พิจารณาหยุดยาหรือลดยาได้ยาก	

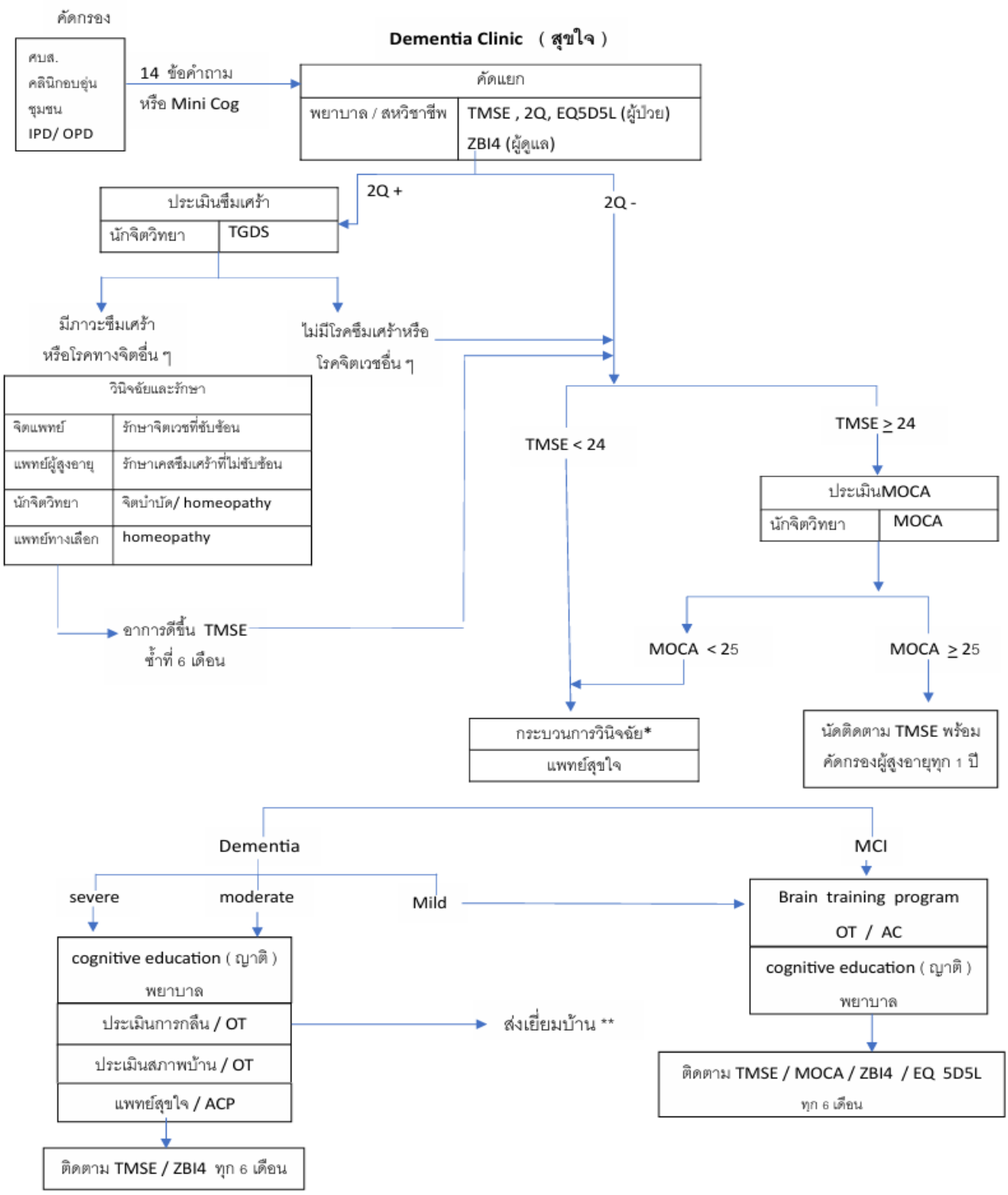
จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และเครือข่าย ได้ร่วมกับพื้นที่ในการวางระบบการดูแลที่เริ่มในปี พ.ศ.2561 โดยจัดกลุ่มภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ไว้ 3 ระบบย่อย ได้วางแผนการดำเนินการในระบบการคัดกรอง คัดแยก โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการคัดกรองและคัดแยก จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพสมองกลุ่มต่างๆ คือ 1) กลุ่มที่มีสภาพสมองปกติ 2) กลุ่มที่มีภาวะการคิดรู้บกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impaired, MCI) และ 3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ทางโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้พัฒนาต่อยอดและผสานกับนโยบาย Bangkok health zoning จึงจัดช่องทางการส่งต่อเมื่อคัดกรองแล้วพบความผิดปกติในระดับปฐมภูมิของเครือข่ายเขตสุขภาพเพื่อการให้บริการอย่างทั่วถึงดังนี้

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มี Geriatric syndrome ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ การส่งต่อ เข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย



ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีผังไหลการดำเนินงานด้านสมองเสื่อมดังนี้

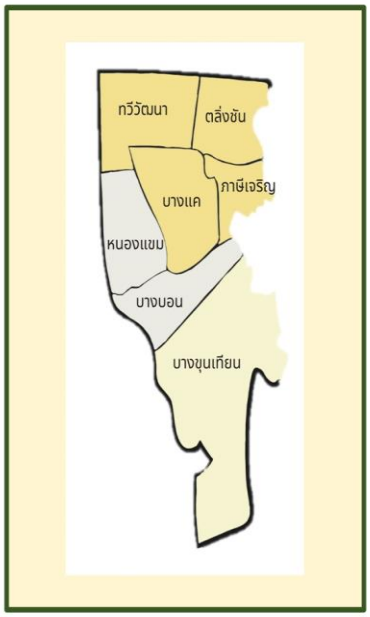


พื้นที่นำร่องขยายการพัฒนาระบบ

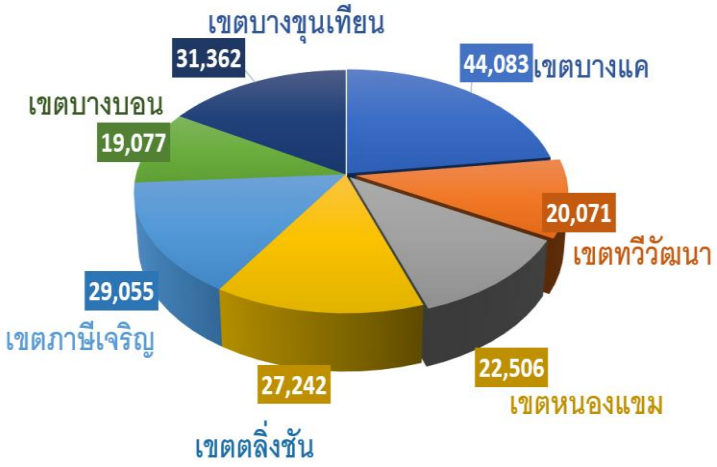
ประชากรผู้สูงอายุHealth Zoning

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ Ratchapiphat Hospita

Health Zoning พื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลราชพิพัฒน์



จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่



แผนปฏิบัติการ Dementia Project (5 ปี)

แผนการดำเนินงาน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	ต.ค. 67 – ก.ย. 68	ต.ค. 68 – ก.ย. 69	ต.ค. 69 – ก.ย. 70	ต.ค. 70 – ก.ย. 71
1.แต่งตั้งคณะกรรมการ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric Care) เขตสุขภาพกรุงธนใต้ Bangkok health zoning 1	← →				
2.พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric Care)	← →				
2.1. พัฒนาแนวทางการเข้าถึงในระดับปฐมภูมิ		← →			
2.2. พัฒนาแนวทางการส่งปรึกษา/ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน		← →			
3. การสร้างความตระหนักการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชน		← - - →	- - →		
4. การจัดโครงการชุมชนต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน			← - - →	- - →	- - →
5.การนำเสนอ Model ต่อสำนักการแพทย์เพื่อขยายผลสู่หน่วยงานอื่น				← - - →	- - →

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอน	รายละเอียด
การดำเนินงานและประสานงาน	มีการศึกษาข้อมูลพื้นที่และติดต่อประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุข เพิ่มเติมจากศูนย์บริการสาธารณสุขเดิมที่เคยเป็นเครือข่าย คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 และศูนย์บริการสาธารณสุข 67 โดยเพิ่มในศูนย์บริการสาธารณสุข 49 และ 62 โดยเป็นพี่เลี้ยงในการส่งเสริมการคัดกรองเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อไป
การเริ่มต้นดำเนินการทั้ง 3 ระบบย่อย (คัดกรอง/คัดแยก วินิจฉัย/คัดกลุ่ม/ การดูแลต่อเนื่อง)	**การคัดกรอง** การคัดกรองในปฏิบัติการนี้ ดำเนินการตามนโยบายคลินิกสูงอายุครบวงจร และ การตรวจสุขภาพล้านคน ของกรุงเทพมหานคร เพื่อการเข้าถึงในระดับปฐมภูมิ โดยจำแนกผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำออกจากกลุ่มที่ยังไม่พบความผิดปกติ โดยใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม และใช้เครื่องมือ TGDS แยกผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำออกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ผู้ร่วมปฏิบัติการในระยะนี้ คือ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยอาศัยความร่วมมือกับบริการระดับปฐมภูมิในศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 และศูนย์บริการสาธารณสุข 67
	การคัดแยก -การคัดแยกมีเป้าหมายเพื่อยืนยันและแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐาน แล้วการใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (TMSE) และจุดตัดที่กำหนดตามระดับการศึกษา จะสามารถคัดแยกผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้ และแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ที่มีค่าคะแนนเต็ม 30 คะแนน จะจำแนกผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน แยกเป็นกลุ่มความจำบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) หรือเป็นกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จากการวินิจฉัยโดยแพทย์ -ผู้ร่วมปฏิบัติการในระยะนี้ คือ ทีมบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ประกอบด้วยพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด -ระยะของการคัดแยกนี้จะช่วยจำแนกผู้สูงอายุของทั้ง 5 เขตที่ศึกษาออกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยที่ยังไม่เข้าข่าย

ขั้นตอน	รายละเอียด
	สมองเสื่อม และกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปกติจะเข้าไปรวมกลุ่มกับผู้สูงอายุปกติที่ได้จากการคัดกรองด้วย
วินิจฉัย/การคัดกลุ่ม/การดูแลต่อเนื่อง	ดำเนินการวินิจฉัย คัดกลุ่มในพื้นที่ โดยส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าข่ายพบปัญหาด้านความจำเข้าสู่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้ทั้งช่องทาง Telemedicine, Tele consult และการตรวจประเมินผู้ป่วย ณ สถานที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (คลินิกสุขใจ สูงวัยประคับประคอง) ตามช่องทางการส่งต่อ เพื่อการวางแผน ตั้งเป้าหมายการดูแล ให้การบำบัดฟื้นฟูตามระยะโรคของผู้ป่วยแต่ละราย
ระบบการดูแลต่อเนื่อง	**กิจกรรมที่ดำเนินการ** มีการต่อยอดขยายระบบงานสู่ชุมชนเพื่อเป็น Dementia community โดยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการเฝ้าระวัง ค้นหา นำส่งผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการของสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกของโรค

ปัญหาและอุปสรรค

บุคลากรทีมสุขภาพในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ยังขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอในการคัดกรอง คัดแยกและการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องอาศัยการลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

การประสานความร่วมมือกับไตรภาคี ในการดำเนินงานทั้งระบบ

ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลในสำนักการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ โรงพยาบาลนคราภิบาล(ลาดกระบัง) โรงพยาบาลบางนา โรงพยาบาลคลองสามวา โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลสิรินธร มีการคัดกรองและคัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โดยไม่จำกัดสิทธิ์ในการรักษา มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2561 และในปี 2562 ได้ขยายบริการคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 69 ศูนย์

มีการเชื่อมโยงกับ สำนักงานเขต และ สำนักอนามัย ในโครงการกทม.ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยสำนักอนามัย และ การดูแลมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยสำนักงานเขต

การจัดการดูแลให้เข้ากับงานประจำ

มีการคัดกรอง คัดแยกในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ทั้ง 11 โรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 69 แห่ง ผ่านทางมาตรฐานคลินิกสูงอายุครบวงจรและคลินิกสูงอายุคุณภาพ

เรื่องเล่า...กรณีศึกษา

แต่เริ่มเดิมทีคลินิกสุขใจสูงวัยประคับประคองโรงพยาบาลราชพิพัฒน์มีระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในเรื่องของ การดูแลตนเองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะขาดสารอาหาร การเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า รวมไปถึง ภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน TMSE ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมาก ที่ยังพอดูแลตัวเองได้จะทำแบบประเมินนี้ผ่านแทบทั้งหมด แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังคงบอกว่า ตนเองนั้นมีหลงๆ ลืมๆ อยู่บ่อยๆ ในช่วงแรกทางทีมก็ทำได้เพียงแนะนำการออกกำลังกายสมองต่างๆเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมแต่เรื่องการหลงๆลืมๆก็ยังคงเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุยังคงพูดถึงทางทีมจึงไม่นิ่งเฉยพยายามพัฒนาศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อม จนได้มาพบกับ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System For older persons: CDCs) ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และเครือข่ายพัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย ระบบคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา ระบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่ม 3 กลุ่ม (ปกติ/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย(MCI)/สมองเสื่อม)

ทางทีมจึงได้นำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์และปรับใช้กับบริบทของชุมชนบริเวณโรงพยาบาลทั้งในรูปแบบ ของเชิงรุก และเชิงรับ จากเดิมผู้สูงอายุที่คัดกรอง TMSE ผ่าน แต่เมื่อได้ทำการประเมิน MoCA เพิ่มเติมแล้วก็พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ทำให้คนไข้ท่านหนึ่งที่เข้ามาทำการประเมินถึงกับพูดว่า

“นั้นไงป้าว่าแล้วมีอะไรที่พอจะทำช่วยได้บ้างไหม”

“ที่จริงก็รู้สึกว่าตัวเองนั้นมีลืมๆบ้างมาสักพักแล้วลุงก็ทักป้าอยู่บ่อยๆแต่ป้าไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไงดี”

ทีมจึงชวนคุณป้ามาเข้าโปรแกรมการบำบัดรักษา(CognitiveStimulationProgram)แบบIndividual แต่คุณป้าขอทำร่วมกับลุงได้ไหมจะได้ช่วยๆกันฝึกจากนั้นผมจึงไปคุยกับทางคุณลุงแล้วชวนเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมผลปรากฏออกมาว่าไม่ผ่านเกณฑ์เช่นกันจึงได้เชิญชวนทั้งสองท่านมาเข้ารับการฝึกด้วยกันซึ่งในการฝึกทุกๆครั้งจะมีการให้การบ้านกับทั้งคู่กลับไปทำที่บ้านซึ่งทั้งคู่ก็ทำมาส่งทุกครั้งในบางครั้งก็ทำการบ้านเพิ่มเติมมาถามว่าอันนี้พอจะช่วยได้ไหมเวลาผ่านไปจนจบโปรแกรมการฝึกผลการประเมินซ้ำหลังผ่านระยะเวลาไป 6 เดือนคุณลุงคะแนนผ่านเกณฑ์แต่ในส่วนของคุณป้านั้นยังไม่ผ่านเกณฑ์แต่ก็มีคะแนนที่ดีขึ้น

คุณป้ากล่าวว่า “แต่ป้าว่าก็รู้สึกหลงๆลืมๆนอยลงแล้วนะลุงไม่ค่อยจะบ่นป้าแล้ว”
“เดี๋ยวจะหมั่นทำการบ้านบ่อยๆดีมากเลยนะที่มีการตรวจแบบนี้เพิ่มเข้ามาทำให้ป้ารู้วิธีดูแลตัวเองมากขึ้น”
“ทำต่อไปนะจะได้เป็นประโยชน์ต่อคนอื่นๆอีก”

จากกรณีเคสศึกษาทั้งสองทำให้ทางทีมตระหนักมากขึ้นในของเรื่องของการคัดแยก คัดกรอง คัดกลุ่ม เพื่อมองหาปัญหาเล็กๆ (แต่ไม่เล็ก) ที่มักจะถูกซ่อนไว้ในผู้สูงอายุ จะได้ป้องกันความเสี่ยง ต่อภาวะต่างๆ และพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุคุณภาพสืบต่อไป

ผลการดำเนินงาน CDC system

การคัดกรอง

ประชากรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ป่วย OPD ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการส่งต่อจากเครือข่ายและการติดตามต่อเนื่องจากการรักษาเป็นผู้ป่วยในของรพ.ราชพิพัฒน์ ชมรมผู้สูงอายุ รพ.ราชพิพัฒน์ คลินิกเครือข่าย และผู้สูงอายุจาก 5 ชุมชน จำนวน 1,647 คน

การคัดแยก และคัดกลุ่ม

จำนวนประชากร (คน)	คัดแยก (คน)				ส่งคัดกลุ่ม (คน)	
	TMSE		MoCA		MCI	r/o dementia
	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ		
1,647	446	117	95	22	95	22

การดูแลต่อเนื่อง

1. การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการพร้อมกัน ในvisit เดียวเพื่อลดการเดินทางของผู้สูงอายุ

2. การดูแลกลุ่ม Severe dementia: เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชื่อมโยงการดูแลองค์รวมสู่การเยี่ยมบ้าน – กทม.ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง

3. การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ต้องรับการฟื้นฟู (Intermediate Care) เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยในการทำกิจวัตรภายหลังการเจ็บป่วย

การติดตามผลของโปรแกรม

MCI / Mild dementia:

TMSE + BADL+ iADL + FAST ทุก 6 เดือน: PT/OT

Moderate dementia:

TMSE + BADL + FAST ทุก 6 เดือน: PT/OT

Severe dementia:

Zarit burden score, QoL

ระยะหลังการพัฒนาระยะ

1. ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่

- มีการคัดกรองผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวทางการดูแลและส่งต่อในความผิดปกติแต่ละระดับของ Geriatric syndrome ที่พบ รวมถึง Dementia มีช่องทางการส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายเขตสุขภาพราชพิพัฒน์ที่ครอบคลุมพื้นที่ฝั่งตะวันตกของกรุงเทพมหานคร
- มีการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยในระบบบริการทุติยภูมิโดยทีมพยาบาล โดยส่งผู้ป่วยเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่มีในทุกโรงพยาบาลของสำนักการแพทย์
- วางแผนจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในระดับปฐมภูมิและชุมชนในปีงบประมาณ 2567
- มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผ่านทาง Application หมอกทม. หรือ Health link ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากการรับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ

2. การเข้าถึงบริการ

- บริการระดับทุติยภูมิมุ่งเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูและมีแผนดำเนินการพัฒนาการป้องกันและรักษาภาวะสมองเสื่อม

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC System)

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานของพื้นที่ในแต่ละระบบย่อย

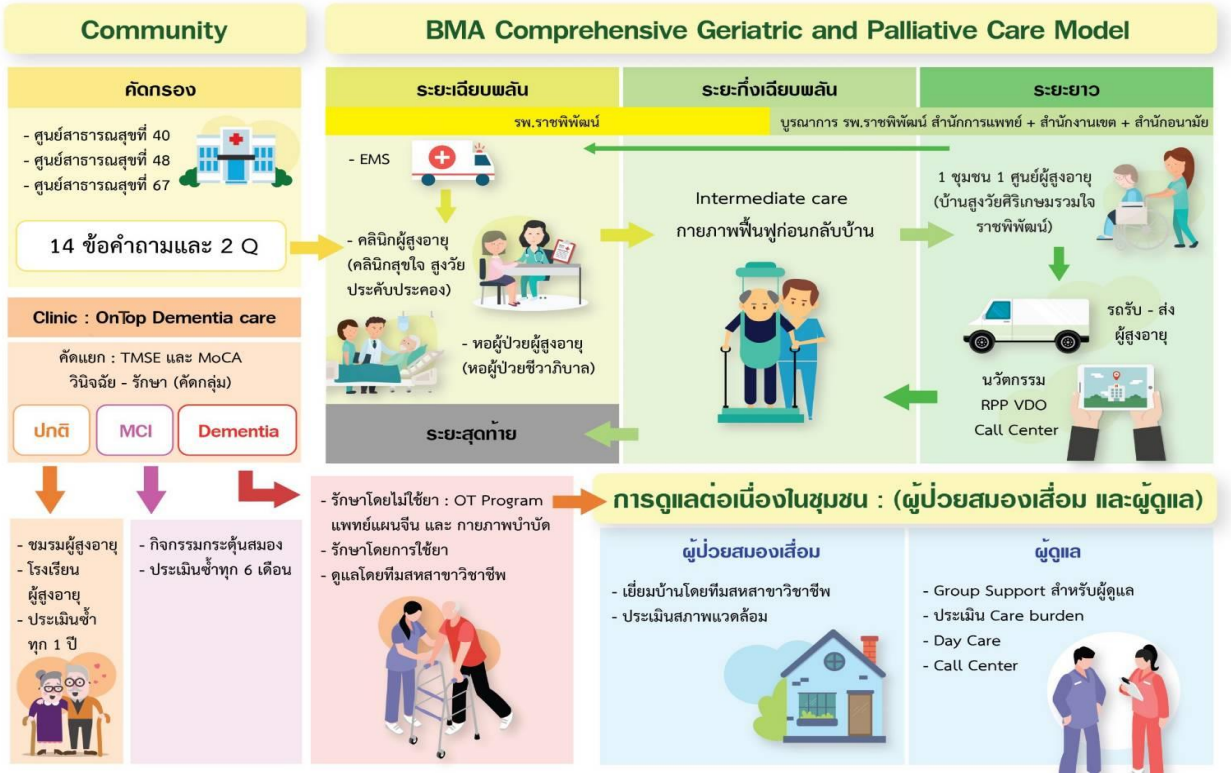
มีการลงพื้นที่เพื่อดำเนินงานตั้งแต่ระบบประสานความร่วมมือกับทางศูนย์บริการสาธารณสุข 5 ศูนย์ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 และ ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 โดยทางทีมพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขและอาสาสมัครชุมชนลงพื้นที่ดำเนินการในแต่ละหน่วยรับผิดชอบ ทำการคัดกรอง และมีการส่งต่อผู้รับบริการมาทำการคัดแยกและวินิจฉัยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผลลัพธ์ของการมีระบบ

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นโรงพยาบาลในเครือสำนักการแพทย์ ซึ่งได้นำร่องในการใช้ระบบ CDC System ในเขตพื้นที่ ทางโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงแพทย์ทางเลือก คือแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน ควบคู่ไปกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมถึงระดับปฐมภูมิ ทำให้มีระบบที่รองรับสังคมผู้สูงอายุที่ชัดเจน เกิดประโยชน์ต่อประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลลัพธ์ในภาพรวมตามดัชนีชี้วัดของระบบ

ครบวงจร (Comprehensive) ความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ(Seamless)



ผลลัพธ์ตามคุณลักษณะ CDC system

ดัชนีชี้วัดของระบบ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
ความครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ (Coverage)	- ผู้สูงอายุคลินิกสุขใจ สูงวัยประคับประคอง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,647 คน - ชมรมผู้สูงอายุ รพ.ราชพิพัฒน์ จำนวน 259 คน
ความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชน (Access)	- เน้นระบบเชิงรุกทำการคัดกรองในชุมชน ร่วมกับการทำคัดกรองในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามมาตราฐานของการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับสำนักการแพทย์
ความร่วมมือของไตรภาคี (Participation)	- มีการประสานความร่วมมือกับไตรภาคีในระบบสุขภาพ ผ่านโครงการ กทม. ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง เพื่อร่วมกับสำนักอนามัยในการดูแลต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน และ สำนักงานเขตในการดูแลมิติด้านสังคม เศรษฐกิจอย่างเป็นองค์รวม
การบูรณาการเข้ากับงานประจำ (Integration)	- มีการคัดกรอง คัดแยกในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ทั้ง 11 โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง

การเรียนรู้จากการดำเนินงาน

- พัฒนาระบบการคัดกรอง คัดแยกและคัดกลุ่ม โดยการจัดโครงการอบรมบุคลากรของเครือข่ายเขตสุขภาพราชพิพัฒน์โดยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ที่เป็นแม่ข่ายขึ้นในวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ที่ต่อเนื่องจนครบวงจร

- ส่งเสริมการจัดโครงการสู่ชุมชนโดยงบประมาณเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสำนักหลักประกันสุขภาพที่มีในแต่ละสำนักงานเขต โดยในปี พ.ศ. 2567 ได้รับงบประมาณจากสำนักงานเขตบางแคเพื่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อ Dementia community

- จัดทำ Model Dementia เพื่อให้เป็น Model ต้นแบบให้กับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และปรับใช้ตามบริบทของในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งเชื่อมโยงระบบให้ครอบคลุมทั้งการคัดกรอง คัดแยก วินิจฉัย รักษาบำบัดและการดูแลต่อในชุมชน

ตัวชี้วัด และเป้าหมายในการดำเนินงาน

หมวด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
Entry	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุตาม dementia care plan	≥80%
Process 1	ร้อยละของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม (mild dementia) ได้เข้า brain training program โดย OT หรือ OT+AC	≥80%
Process 2	ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	≥80%
Process 3	ร้อยละของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning)	≥80%
Outcome 1	คะแนน MOCA หรือ TMSE ลดลงไม่เกิน 2 คะแนนที่ 6 เดือนหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ*	≥80%
Outcome 2	ร้อยละของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลังจากรักษาในคลินิกผู้สูงอายุแล้ว 6 เดือน**	≤70%

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การกำหนดยุทธศาสตร์ของกรุงเทพมหานครและสำนักการแพทย์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและครบวงจรโดยใช้คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพเป็นกลไกในการขับเคลื่อนระบบการคัดกรอง การคัดแยก การคัดกลุ่ม Dementia

2. การบูรณาการบำบัดรักษาป้องกันร่วมกันของแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

ปัญหา อุปสรรค/แนวทางแก้ไขปัญหา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. การคัดกรอง Dementia ในชุมชนไม่ครอบคลุมเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	-การมอบหมายให้ อสส. อสม. เป็นผู้คัดกรองภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยและโครงการวินิจฉัยชุมชนของโรงพยาบาล -การเพิ่มศักยภาพของผู้คัดกรองโดยการจัดอบรมการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง
2. การมีรอยต่อของการรวบรวมข้อมูล Dementia ระดับเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข	การเชื่อมโยงข้อมูลโดยใช้การรายงานผลการคัดกรอง Dementia ของคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยอยู่ระหว่างการพัฒนาการบันทึกผลแบบ Digital ทาง web app

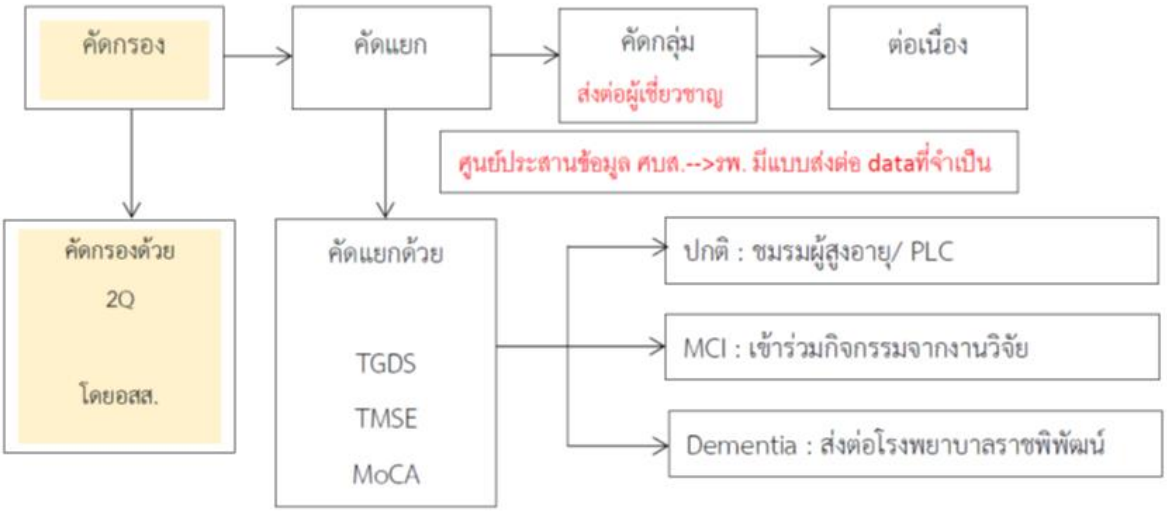
ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนด้านนโยบาย

1. การผลักดัน Dementia Project ให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร และเพิ่มงบประมาณจากสปสช. ให้แก่หน่วยงานที่จัดทำระบบการดูแลรักษา Dementia แบบครบวงจร (โครงการคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมทั้งในสังกัดสำนักการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ของสำนักอนามัย และสังกัดอื่นๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน)

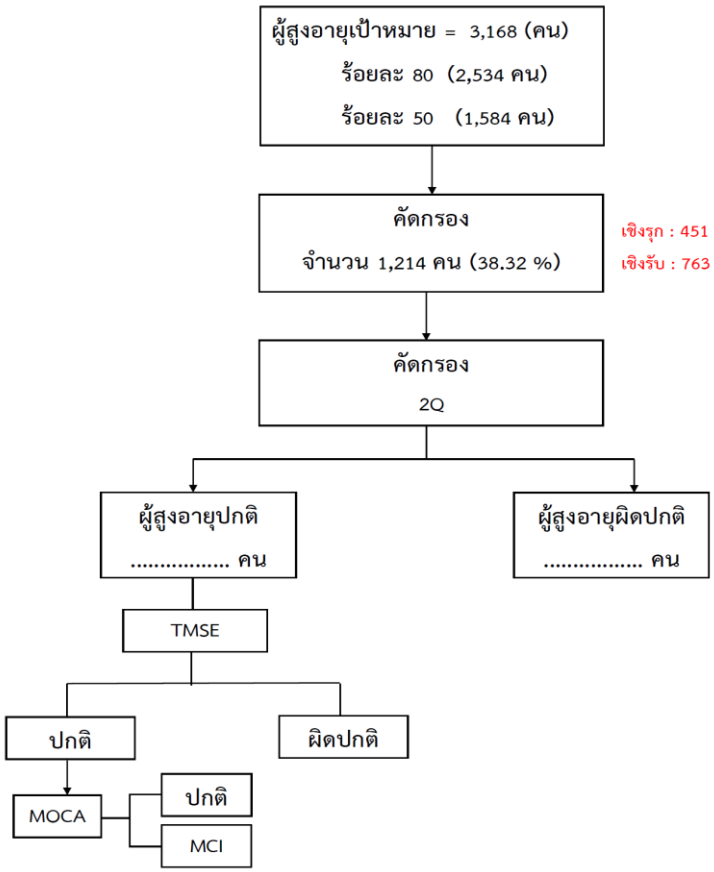
2. การผลักดัน Dementia Project ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับเขตของกรุงเทพมหานคร และให้คณะกรรมการเครือข่ายระดับเขตคัดเลือก ดำเนินงาน กำกับ ติดตามโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา

แนวทางการพัฒนาและดำเนินงาน



ผังไหล ระบบการคัดกรอง คัดแยก



ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

แผนปฏิบัติงาน	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. แต่งตั้งคณะกรรมการและประชุมทีม	←	→										
2. อบรมการใช้เครื่องมือ 2Q และ 14 คำถาม (สร้างความตระหนักในการคัดกรอง)	←	→										
3. คัดกรอง		←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
- ติดสังคม		←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
- ติดบ้าน				←	—	→						
- ติดเตียง				←	—	→						
4. คัดแยก		←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
5. คัดกลุ่ม		←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
6. ทำกิจกรรม												
- กลุ่มปกติ								←	—	—	→	
- กลุ่ม MCI								←	—	—	→	
- Dementia (ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน)	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
7. สรุปผล ติดตามประเมินผล											←	→

ผลลัพธ์การดำเนินงานคัดกรอง คัดแยก

ปี พ.ศ.	การคัดกรอง			คัดแยก	TMSE		MoCA		กลุ่มผู้สูงอายุ		
	จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ		ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
ต.ค.2561-ก.ย.2562	438	408	30	438	412	26	-	-	436	0	0
ต.ค.2562-ก.ย.2563	409	391	18	404	370	34	94	256	432	0	0
ต.ค.2563-ก.ย.2564	177	167	10	177	156	21	47	109	174	1	1
ต.ค.2564-ก.ย.2565	209	206	3	209	202	7	46	50	201	0	0
ต.ค.2565-ก.ย.2566	302	285	17	302	284	18	110	174	302	0	0
ต.ค.2566-พ.ค.2567	278	253	25	278	255	23	84	171	278	0	0

ระยะการติดตามและการเยี่ยมเสริมพลัง

การติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และศูนย์สาธารณสุข จำนวน 3 ศูนย์ เป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนา ในวันที่ 9-10 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ณ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ได้ **สรุปรูปแบบการพัฒนา CDC System: โมเดลโรงพยาบาลราชพิพัฒน์** ดังนี้

พื้นที่นำร่อง โมเดลโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (โรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง> โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) รูปแบบ CDC System: โมเดลโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีจุดเด่น คือ

1. RPP Dementia project 2 แบบ (Geriatric clinic based; Community based) แบบกทม.

2. รูปแบบ (Geriatric clinic based มี คลินิกผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางการพัฒนาการดูแลแบบครบวงจร

3. รูปแบบ Community based มี พื้นที่นำร่อง ศูนย์สาธารณสุขที่ 40, 48, 67 มีการวางระบบครบวงจร

การคัดกรอง ในชุมชน โดย ศูนย์สาธารณสุขที่ 40, 48, 67, และ 49? ใช้ 2Q/14Q (DT-CM/ อสส.)

คัดแยก ในคลินิกผู้สูงอายุ (TGDS>TMSE>MoCA) (One stop service) walk-in/refer จากชุมชน โดย สหวิชาชีพ (DT-CM ผ่านการอบรมหลักสูตร DTCM?)

คัดกลุ่ม ในคลินิกผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ (คลินิกสุขใจ สูงวัย ประคับประคอง) โดย แพทย์คลินิกผู้สูงอายุ (อายุรแพทย์ทั่วไป / อายุรแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)

การดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่ม (โดยคลินิกผู้สูงอายุ)

กลุ่มปกติ (Brain Exercise) (ชมรมผู้สูงอายุ)

กลุ่ม MCI (Brain Training)

กลุ่ม Dementia (Mild/Moderate/Severe)

โอกาสในการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผล

เครื่องมือ/นวัตกรรม/ฐานข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน CDC system

-ผังไหลการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร

-ผังไหลการคัดกรอง>คัดแยก>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม) ในชุมชน/พื้นที่นำร่องแต่ละพื้นที่ ในแต่ละปี แนวทาง/แนวปฏิบัติการคัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม (CPG/Guideline)

-ฐานข้อมูลที่ใช้บันทึกข้อมูล คัดกรอง>คัดแยก>คัดกลุ่ม>ดูแลต่อเนื่อง (3 กลุ่ม)

-การประมวลผลลัพธ์/ตัวชี้วัด การดำเนินงานและเผยแพร่ผลงาน

-เพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM)/การทำงานร่วมกับพื้นที่นำร่องแต่ละพื้นที่ และภาคีเครือข่ายการดูแล (ทีมสุขภาพ/ทีมสังคม/ชุมชนท้องถิ่น)

-เพิ่มการพัฒนาเป็น ศูนย์การเรียนรู้การพัฒนา CDC System (รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร/บูรณาการ?) นวัตกรรม Brain Training

โอกาสในการพัฒนาระบบ/นวัตกรรมใหม่??

เป็นศูนย์การดูแล > ศูนย์การเรียนรู้ > ศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านการพัฒนาระบบ CDC system (คน/บริการ/Training) >ขับเคลื่อนนโยบาย...

ต้องมีคน/ทีมชัดเจน (เชี่ยวชาญด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อม) (SM/PM/CC/CM?)

ทีมสหวิชาชีพเชี่ยวชาญ (DT-CM/DT-CC) (ทีมคัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลครบวงจร)

ทีม อสส. เชี่ยวชาญ (LTC>DT) ทีมคัดกรองและดูแล

ต้องมีหลักสูตร (Training: Onsite/Online)

บุคลากรวิชาชีพ (สหวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร/ไร้รอยต่อ)

ภาคประชาชน/อาสาสมัคร/ผู้ดูแล Caregiver Training (FCT/CG/FCG)

ต้องมีบริการ (ครบวงจร/ไร้รอยต่อ; เชิงรับและเชิงรุก; Onsite/Online?) (ในโรงพยาบาลและในชุมชน)

โอกาสในการพัฒนา (นวัตกรรมใหม่ Service/Intervention/COC?)

คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ? (ครบวงจร/บูรณาการ/ไร้รอยต่อ)

One community-One Nursing home (โดยชุมชน/อสส.) ต่อยอด??

> Day care services ในคลินิกและในชุมชน

Group support/respite care/

Intervention: Brain exercise; Brain Training; Brain care)

> Nursing Home (Dementia care/LTC/Palliative care)

> Caregiver support services (Care at home, care at hospital)

> Transportation services

ชุดความรู้/เครื่องมือคัดกรอง/คัดแยก/การดูแลต่อเนื่อง

QR Code/ฐานการเรียนรู้คัดกรอง/ชุดฝึก Brain exercise/Brain training?

QR Code (Dementia Case/Care: กลุ่มสีเขียว/เหลือง/ส้ม/แดง?)



การขับเคลื่อนขยายการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ภายใต้แผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข : Big rock ที่ 3 พื้นที่จังหวัดพะเยา

สถานการณ์พื้นที่ก่อนพัฒนาระบบ

จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย อำเภอ 9 อำเภอ คือ เมืองพะเยา แม่ใจ เชียงคำ ดอกคำใต้ ปง จุน เชียงม่วน ภูซาง และภูกามยาว โดยกำหนดพื้นที่นำร่องโครงการพัฒนาเครือข่ายต้นแบบระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพสมอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Big rock) ได้แก่

1. รพ.สต.แม่ใส อำเภอเมืองพะเยา (ห่างจาก รพ.พะเยา 10 กม.)
2. รพ.สต.พระธาตุขิงแกง อำเภอจุน (ห่างจาก รพ.พะเยา 53 กม.)
3. รพ.สต.ทุ่งผาสุข อำเภอเชียงคำ (ห่างจาก รพ.พะเยา 80 กม. และห่างจาก รพ.เชียงคำ 7 กม.)

อำเภอ	ประชากรทั้งหมด (คน)	ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คน)	ร้อยละ	สถานบริการสาธารณสุข (แห่ง/เตียง)		
				รพท.	รพช.	รพ.สต.
เมืองพะเยา	117,402	27,909	23.77	1/360	-	15
จุน	48,698	10,900	22.38	-	1/30	17
เชียงคำ	76,166	15,527	20.38	1/232	-	9

ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ในทั้ง 3 อำเภอ พบ
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่ม 1 ติดสังคม) ประมาณร้อยละ 97
ผู้สูงอายุกลุ่มที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่ม 2 ติดบ้าน) ประมาณร้อยละ 1.8-2.4
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่ม 3 ติดเตียง) ประมาณร้อยละ 0.4-0.6

นโยบายมุ่งเน้นด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ปี 2565

1. ศูนย์ข้อมูลจังหวัด (One Province One Data)
2. ผู้สูงอายุ (LTC)
3. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

ภาวะสุขภาพ (ข้อมูล ปี พ.ศ. 2564)

1. การฆ่าตัวตาย จังหวัดพะเยามีอัตราฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1 โดยพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 9.72) ช่วงอายุ 70 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.66) จากปัญหา

1.1 ด้านความสัมพันธ์ ร้อยละ 52.22

1.2 ทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 26.66

1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวช ร้อยละ 15.05

2. การพลัดตกหกล้ม จังหวัดพะเยามีการอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 6 ของเขตสุขภาพที่ 1 (เขตสุขภาพที่ 1 มีการอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 ของทุกเขตสุขภาพ และจากการคัดกรองพบมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงเป็นอันดับ 2 ของทุกเขตสุขภาพ)

3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการประเมินผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ยังไม่ถึงเกณฑ์ (เกณฑ์ ร้อยละ 50) โดยอำเภอเมืองพะเยา ร้อยละ 16.42 อำเภอจุน ร้อยละ 29.72 และอำเภอเชียงคำ ร้อยละ 19.51

4. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

อำเภอ	กลุ่มป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก			กลุ่มเสี่ยงจากคัดกรอง
	ภาวะทางจิตร่วม	โรคอัลไซเมอร์	โรคหลอดเลือด	
1. เมืองพะเยา	599	8	1	95
2. เชียงคำ	686	8	0	13
3. ดอกคำใต้	466	0	7	2
4. จุน	475	1	1	66
5. ปง	273	0	0	3
6. แม่ใจ	71	1	0	22
7. เชียงม่วน	118	2	2	19
8. ภูซาง	153	0	0	24
9. ภูกามยาว	131	0	1	61
รวม	2,972	20	12	286

กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. กิจกรรมร้องเพลง เล่นดนตรี อังกะลุง เต้นรำ รำกลองยาว พูดคุยกับเพื่อน
2. กิจกรรมคิดเลข แต่งกลอน วาดภาพ
3. กิจกรรมจักสาน ดอกไม้ประดิษฐ์

แนวทางการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม

1. ปฐมภูมิ ดำเนินการ Gift project **โดยใช้**กลไก พชอ./ 3 หมอเพื่อติดตาม ส่งต่อ คือ

G: Government coordination

I: improved Environment

F: Falling prevention

T: Take care of elderly

2. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (รพ.พะเยาจะเปิดดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในกลางเดือนมีนาคม และ รพ.เชียงคำเปิดดำเนินการเมื่อกลางเดือนธันวาคม 2565) ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิต สมองเสื่อม สายตา การใช้ยา ข้อเข่าเสื่อม กระดูกผุ

3. IMC

4. COC

5. LTC

6. Palliative Care

แผนการดำเนินงานผู้สูงอายุ

"ผู้สูงอายุพะเยา แก่เฒ่าอย่างมีความสุข ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวลำ"

กิจกรรมหลักที่ 1 : พัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ประชุมชี้แจงเวที พชอ.ทุกอำเภอ

กิจกรรมหลักที่ 2 : การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้ม และPalliative care จ.พะเยาให้กับ CM, CG, พระ, อสม.

กิจกรรมหลักที่ 3 : การส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายพลังผู้สูงอายุ (Age Net) จังหวัดพะเยา ทบทวนการดำเนินงานคณะกรรมการจังหวัด ประเด็น 5 มิติการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา

กิจกรรมหลักที่ 4 : การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบการพัฒนา

กิจกรรมหลักที่ 5 : จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผู้สูงพะเยา "ชะลอชรา ชีวายืนยาว" ประกวด 7 ประเภท ได้แก่ 1) ตำบล LTC 2) CM 3) CG 4) ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี 80 ปียังแจ๋ว 5) รร.ผู้สูงอายุ 6) ชมรมผู้สูงอายุ 7) นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลักที่ 6 : การบริการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนในกลุ่มพึ่งพิง

เป้าหมายการดำเนินงาน

QUICK WIN	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1. มีข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 2. มีมาตรการข้อตกลงของชุมชนร่วมกันในการ	1. มีข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 2. มีมาตรการข้อตกลงของชุมชนร่วมกันในการ	1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างน้อย ร้อยละ 80 2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างน้อยร้อยละ50 3. ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ตาม IWP อย่างน้อย ร้อยละ 80	

QUICK WIN	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ดำเนินงาน 5 มิติ ผ่านกลไกการดำเนินงาน พชอ.	ดำเนินงาน 5 มิติ ผ่านกลไกการดำเนินงาน พชอ.	4. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้รับการดูแลส่งต่อคลินิกสูงอายุ อย่างน้อยร้อยละ30 5. ตำบลLTC คุณภาพ ร้อยละ 95 6. มีตำบลต้นแบบ บุคคลต้นแบบ นวัตกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ จังหวัด	
ภาคีเครือข่าย	คณะกรรมการ พชอ.(นายอำเภอ พมจ.พช.กศน.สธ. NGO วัด รร. ผู้นำชุมชน อสม.จิตอาสา)			
มาตรการ	การบูรณาการแผนงานดูแลผู้สูงอายุ	สร้างการสื่อสารระบบฐานข้อมูล	การจัดการตำบลLTC ระบบดูแลผู้สูงอายุ 5 มิติ	ติดตาม ประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม
มาตรการ	1. กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องระดับ อำเภอและตำบล 5 มิติ ผ่านกลไก พชอ. (มิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษาและการเข้าถึงแหล่งบริการ) 2. จัดทำสถานการณ์ระดับจังหวัดอำเภอและตำบล 3. วิเคราะห์ GAP จังหวัด อำเภอ และตำบล 4. จัดทำแผนงานโครงการสอดคล้องกับถานการณ์เหมาะสมกับบริบทชุมชน 5. ติดตาม ความก้าวหน้า	1. ส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อในกลุ่มติดสังคม 2. คัดแยกข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3. จัดทำIndividual Wellness Plan 4. จัดระบบส่งต่อกลุ่ม Intermediate care เพื่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ 5. จัดทำ Care plan ดูแลกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง	1. ติดตามการดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 2. ติดตามระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 3. ติดตามการดำเนินงานIWP 4. ติดตามคลินิกผู้สูงอายุ 5. ติดตามตำบล LTC 6.ค้นหาบุคคลต้นแบบตำบลต้นแบบนวัตกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ	1. ประเมินผลเปรียบเทียบผลก่อน-หลังดำเนินการกิจกรรม 2. ดำเนินการคัดเลือกตำบลต้นแบบนวัตกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในระดับพื้นที่

ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา ในระบบ Aging Health Data ประมวลผล ณ 12-12-2564

			ความดันโลหิตสูง								
ที่	code	จังหวัด	คัดกรอง	%	Opimal	Normal	High / Normal	Grade1	Grade2	Grade3	ISH
32	5600	พะเยา	63,640	68.47	24,030	19,306	10,705	3,769	919	351	4,560
				% ผล	37.76	30.34	16.82	5.92	1.44	0.55	7.17

เบาหวาน					ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง						
คัดกรอง	%	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย	คัดกรอง	%	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูงอันตราย
52,995	57.02	39,003	9,389	4,603	6,134	6.6	3,003	2,775	320	32	4
	% ผล	73.60	17.72	8.69		% ผล	48.96	45.24	5.22	0.52	0.07

ประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก				ประเมินสุขภาพช่องปาก				สุขภาพตา			
คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ
1,108	1.19	1,105	3	1,667	1.79	1,418	249	1,081	0.65	606	475
	% ผล	99.73	0.27		% ผล	85.06	14.94		% ผล	56.06	43.94

ทดสอบสภาพสมอง AMT				2Q				ข้อเข่า			
คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ
2,587	2.78	2,168	419	69,662	74.95	68,980	683	13,092	14.09	1,437	12057
	% ผล	83.80	16.20		% ผล	99.02	0.98		% ผล	10.98	92.09

ภาวะหกล้ม				BMI						
คัดกรอง	%	เดินไม่ได้	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ผอม	ปกติ	ท้วม	อ้วน	อ้วนมาก
81,016	87.17	34	71,094	9,899	59,659	64.19	8,069	34,628	12,543	3,244	1,175
	% ผล	0.04	87.75	12.22		% ผล	13.53	58.04	21.02	5.44	1.97

กลั้นปัสสาวะ				การนอน				ADL				
คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	ปกติ	ผิดปกติ	คัดกรอง	%	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
2,471	2.66	2,090	381	636	0.68	487	149	1,651	1.78	974	58	619
	% ผล	84.58	15.42		% ผล	76.57	23.43		% ผล	58.99	3.51	37.49

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลที่นำมาประมวล ได้จากการใช้บันทึกในระบบ Aging Health Data เท่านั้น

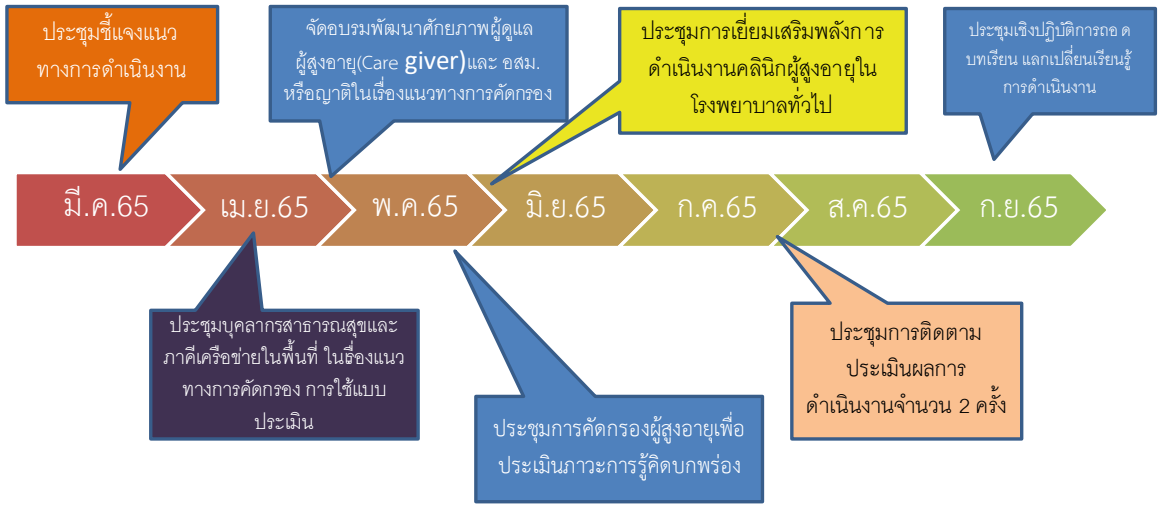
2. ข้อมูลผู้สูงอายุ จ. พะเยา นำเข้าตั้งต้นในระบบ 92,944 คน

ระยะการพัฒนาระบบ

แผนงานบูรณาการงานผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 ในพื้นที่ 3 อำเภอนำร่อง (เมือง, จุน, เชียงคำ) จังหวัดพะเยา



Time line การพัฒนาระบบกาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดพะเยา



การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

ที่ปรึกษา	คณะกก. ประเด็นผู้สูงอายุ	คณะทำงานผู้สูงอายุประเด็นการดูแลสมองเสื่อมครบวงจร 3 ตำบล(อำเภอ)
พระครู.....	รองนพ.สสจ.พะเยา ประธาน	แพทย์
ผวจ./นายอำเภอทุกแห่ง	กลุ่มงานส่งเสริม(เลขา/ผู้ช่วยเลขา)	นักจิตวิทยา

ที่ปรึกษา	คณะกก. ประเด็นผู้สูงอายุ	คณะทำงานผู้สูงอายุประเด็นการดูแลสมองเสื่อมครบวงจร 3 ตำบล(อำเภอ)
สสจ.	ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุ รพ./สสอ./รพ.สต. ทุกแห่ง	พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ผอ.รพท./รพช.ทุกแห่ง	ปธ.สูงอายุทุกอำเภอ/ทุกตำบล/หมู่บ้าน	PM สูงอายุรพ./สสอ./รพ.สต.
สสอ.ทุกแห่ง	ผอ.กองสาธารณสุข อปท.	ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุ อปท.
ปธ.ผู้สูงอายุจ.พะเยา	ประธานอสม.ทุกอำเภอ/ทุกตำบล/หมู่บ้าน	ปธ.สูงอายุ 3 ตำบล
นายกอปท.ทุกแห่ง	พช.ทุกอปท.	ปธ.อสม.3 ตำบล/อสม.ที่ช่วยคัดกรองสมองเสื่อม ดูแล เยี่ยมบ้าน
ปธ.อสม.จ.พะเยา	กศน.ตำบล ทุกแห่ง	กลุ่มงานส่งเสริมฯสสจ.พะเยา
พมจ.	ผู้นำชุมชน	คณะแพทยศาสตร์ ม.พะเยา
พช.จังหวัด	เกษตรอำเภอ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา
กศน.จังหวัด		คณะทันตแพทย์ ม.พะเยา
ศึกษาจังหวัด		
เกษตรจังหวัด		

แผนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จังหวัดพะเยา (พ.ศ. 2565)

วันเดือนปี	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
8-10 ก.พ. 2565	อบรมพัฒนาศักยภาพ	บุคลากรพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล	สถาบันเวชศาสตร์ฯ
1-3 มี.ค. 2565	อบรมการใช้เครื่องมือ และการจัดการระบบ		สถาบันเวชศาสตร์ฯ
4 มี.ค. 2565	ประชุมคณะอนุกรรมการคลินิกผู้สูงอายุ		รพท.พะเยา
17 มี.ค. 2565	อบรม อสม.การใช้เครื่องมือคัดกรอง	อสม.	รพท./รพ.สต.
18-24 มี.ค. 2565	อสม.คัดกรอง	ผู้สูงอายุตำบลแม่ใส	อสม./รพ.สต.
25 มี.ค. 2565	อสม.ส่งข้อมูลให้ รพ.สต.		
มี.ค. 2565	การให้ความรู้เสียงตามสาย/เวทีอบรมเพิ่มประสิทธิภาพ อสม.ภายใต้สถานการณ์โควิด	อสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 192 คน	อสม./อบต./รพ.สต.

วันเดือนปี	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
5, 7, 21, 28 เม.ย. 2565	คัดกลุ่ม พบแพทย์	ผู้สูงอายุที่ผิดปกติ	คลินิกผู้สูงอายุ/ อบต.
พ.ค. 2565	นิเทศก์		เขตสุขภาพ สถาบันเวชศาสตร์ฯ

ระบบการรคัดกลุ่ม

รูปแบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)

1. Fast track → W/U, consult specialist, set ระบบเพื่อลดขั้นตอน ?

Reversible cause

Sudden onset in 6 เดือน

asymmetrical neurological sign

Multiple comorbid

2. รูปแบบสภาลูกขุน (onsite/ online)

screening test ผิดปกติ

Telemedicine 1-2 เดือนต่อครั้ง ครั้งละ 2-3 เคส

Case ซับซ้อน หรือวินิจฉัยยาก

Specialist ในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน + ส่วนกลาง อย่างน้อย 1 คน

เส้นทางการส่งวินิจฉัย

1. นำ case : 14 ข้อคำถาม โดย อสม.
2. รพ : MMSE-T, MoCA
3. คัดเลือก case ทำ telemedicine

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Basic Lab	Imaging
CBC Electrolyte Bun, Cr, LFT Blood sugar TFT : FT4, TSH Anti- HIV, VDRL +/- Ca, Mg, P, B12	CT brain/ MRI → ขึ้นกับ Hx, PE Vascular dementia SAH NPH

ทีมดำเนินการคัดแยก

ทีม	รพ พะเยา	รพ เชียงคำ	รพ จุน
นักจิตวิทยา	2	2	2 (พยาบาล)
พยาบาล/ PM	1	1	-

แนวทางการดูแล

กลุ่ม MCI	กลุ่มสมองเสื่อม
Advice : รักษาโรคประจำตัว กิจกรรมกระตุ้นสมอง และออกกำลังกายสม่ำเสมอ TEAM V Goal 20% F/U 6 เดือน – 1 ปี	Hx. PE โดย แพทย์ Imaging : R/O vascular dementia, SAH, NPH Dx. โดย Specialist

คณะทำงานทีมวินิจฉัย

ประธาน แพทย์ รพ พะเยา, รพ เชียงคำ, รพ จุน, รพ มหาวิทยาลัยพะเยา

รองประธาน พยาบาล, Dementia coordinator (DCC)

คณะทำงาน บุคลากรในแต่ละพื้นที่

ที่ปรึกษา แพทย์ส่วนกลาง

Consult : line group

การดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โรงพยาบาลพะเยา นำร่องตำบลแม่ใส อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ปฏิทินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	รายชื่อ	หน่วยงาน
17-18 มี.ค. 2565	อบรม อสม. ใช้เครื่องมือคัดกรอง (จำนวน 168 คน) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ช่วงเช้า และช่วงบ่าย	นางกนกนาถ และทีม รพ.สต.แม่ใส, อ.วิไลพร, อ.วินัฐ พว.ชฎายุ	รพ.สต.แม่ใส คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา รพ.ม.พะเยา
21-31 มี.ค. 2565	ลงพื้นที่คัดกรองโดย อสม. (กลุ่มผู้สูงอายุ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง) (เครื่องมือที่ใช้ 14 ข้อคำถาม/ ข้อคำถาม 2Q)	นางลออ มหาวรรณศรี (ประธาน) นางกนกนาถ และทีม รพ.สต.แม่ใส, อ.วิไลพร, อ.วินัฐ	อบต.แม่ใส รพ.สต.แม่ใส คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	รายชื่อ	หน่วยงาน
4-5 เม.ย. 2565	คัดข้อมูลจากการคัดกรองผู้สูงอายุ	ทพ.สามารถ, ทพญ.ชุติมา	รพ.พะเยา
6-12 เม.ย. 2565	ลงข้อมูลในฐานข้อมูล	เจ้าหน้าที่ รพสต.แม่ใส	รพ.สต.แม่ใส
18-22 เม.ย. 2565	คัดแยก และลงพื้นที่คัดแยกโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล, นักศึกษา (เครื่องมือที่ใช้ TGDS/MMSE/MoCA)	นางกนกนาถ และทีม รพ.สต.แม่ใส (ประธาน) ทพ.สามารถ, ทพญ.ชุติมา พว.ชฎายุ, พว.เบญจมาศ, นางกนกนาถ และทีม รพ.สต.แม่ใส อ.วิไลพร, อ.วินัฐ	รพ.สต.แม่ใส รพ.พะเยา, รพ.ม.พะเยา รพ.สต.แม่ใส คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา
25-29 เม.ย. 2565	จัดระบบส่งต่อผู้สูงอายุมา รพ.พะเยา	ทพ.สามารถ, ทพญ.ชุติมา	รพ.พะเยา
5, 12, 19, 26 พ.ค. 2565	การคัดกลุ่ม โดยแพทย์ (วินิจฉัย รักษาบำบัด)	ทีมคลินิกผู้สูงอายุ รพ.พะเยา	รพ.พะเยา

คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทร
1. นพ.จารุกิตติ์ ธิติพรพงศ์	นายแพทย์	รพ.พะเยา	061-1939539
2. นพ.วิทธวัช จอมคำ	นายแพทย์	รพ.พะเยา	084-1511052
3. นางวิไลพร กาเชียงราย	อาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา	086-1845652
4. ทพ.สามารถ กาเชียงราย	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.พะเยา	090-4526010
5. ทพญ.ชุติมา เตชอังกูร	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.พะเยา	082-1638892
6. นางกนกนาถ พรหมวิชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพสต.แม่ใส	093-2861955
7. น.ส.ชฎายุ อุปปิง	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ม.พะเยา	088-2363147
8. น.ส.เบญจมาศ ดาวรุ่งเรืองกิจ	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ม.พะเยา	097-1539751
9. นางพวงทอง เจริญราษฎร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พะเยา	081-7652716
10. นางเกหลั่น ประเสริฐธิติพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พะเยา	086-9219830
11. นายณรงค์ศักดิ์ สิงห์สถิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.พะเยา	088-2521068
12. นส.ปุณชณีมาศ จินต์วิเศษ	นักโภชนาการปฏิบัติการ	รพ.พะเยา	097-9213275
13. นส.ปวิตรา ขัติยะ	ทันตาภิบาลชำนาญการ	รพ.พะเยา	086-1819959
14. นางลออ มหาวรรณศรี	ผอ.กองสาธารณสุข อบต.แม่ใส	อบต.แม่ใส	081-7249680
15. นายวินัฐ ดวงแสนจันทร์	อาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา	091-8583429

การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โรงพยาบาลเชียงคำ นำร่องตำบลทุ่งผาสุข อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบ

ระยะเวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
30 มี.ค. 2565	Training การใช้เครื่องมือ ให้อสม. จำนวน 35 คน	พยาบาลในพื้นที่ตำบลทุ่งผาสุข / พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ
1-30 เม.ย. 2565	คัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 793 คน	อสม.ตำบลทุ่งผาสุก จำนวน 35 คน
1 พ.ค. – 30 มิ.ย. 2565	การคัดแยกโดยใช้ เครื่องมือ (TGDS /MMSE/MoCA)	พยาบาลในพื้นที่ตำบลทุ่งผาสุข / พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ
1 พ.ค. – 30 มิ.ย. 2565	คัดกลุ่ม โดยใช้ระบบสภาลูกขุน	แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ

คณะกรรมการดำเนินงาน

1 . แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ	ประธาน (SM)
2. สาธารณสุขอำเภอเชียงคำ	รองประธาน
3. ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทุ่งผาสุข	กรรมการ
4. พยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ	กรรมการ (DCM, DCC)
5. ประธานอสม.	กรรมการ
6. ประธานผู้สูงอายุ	กรรมการ
7. กศน. ตำบลทุ่งผาสุข	กรรมการ
8. อบต.ทุ่งผาสุก	กรรมการ
9. พยาบาล รพ.สต.ทุ่งผาสุก	เลขา (DCM)

การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โรงพยาบาลจุน นำร่องตำบลพระธาตุขิงแกง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ปฏิทินการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระยะเวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
พฤษภาคม	อบรม อสม.	พัชรินทร์ ใจดี/พรพิมพ์ ไชยมงคล
มิถุนายน	การคัดกรอง	อสม. และ CG จำนวน 170 คน
กรกฎาคม	การคัดแยก	-พัชรินทร์ ใจดี -พรพิมพ์ ไชยมงคล -พยาบาล -นักวิชาการสาธารณสุข -เจ้าหน้าที่ Clinic หมอครอบครัว จำนวน 5 คน
สิงหาคม	การคัดกลุ่ม	แพทย์ประจำครอบครัว
กันยายน	สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	พัชรินทร์ ใจดี/ พรพิมพ์ ไชยมงคล

คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่ตำบลพระธาตุขิงแกง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์สุกิจ ทิพทิพากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุน
2. นายณรงค์ เมืองมูล สาธารณสุขอำเภอจุน

คณะทำงาน

1.	นายแพทย์กิตติวัฒน์ กันทะ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธานคณะทำงาน
2.	นางแสงเทียน นันทวงศ์	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	รองประธานคณะทำงาน
3.	นางสุธรรม พุฒิรัตน์	ผอ.รพ.สต. พระธาตุขิงแกง	รองประธานคณะทำงาน
4.	นางสมคิด วงค์ชัย	ข้าราชการบำนาญ	กรรมการ
5.	นางศศิธร กันทะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6.	นางโสภิดาผัดวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7.	นางสิริรัตน์ พิริยะพัฒนากูล	แกนนำ อสม.ด้านสมองเสื่อม	กรรมการ
8.	นางจามจุรี เจริญพรธนวัฒน์	แกนนำ อสม.ด้านสมองเสื่อม	กรรมการ
9.	นางสาวสายฝน เมืองซื่อ	แกนนำ อสม.ด้านสมองเสื่อม	กรรมการ
10.	นางสาวพัชรินทร ใจดี	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
11.	นางสาวพรพิมพ์ ไชยมงคล	จพง.ทันตสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2565)

การดำเนินงานในพื้นที่ เป็นการบูรณาการของทีมสุขภาพ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสังคม และทีมชุมชน ในการดำเนินงานร่วมกันในระดับพื้นที่ จุดแข็งของพื้นที่จังหวัดพะเยา คือ ชุมชนและภาคประชาสังคมแข็งแรง ส่งผลให้การขับเคลื่อนการจัดทำระบบการดูแลในระดับพื้นที่ดำเน นการได้ต่อเนื่อง มีการลงนามในบันทึกความร่วมมือในระดับพื้นที่ ในวันที่ 7 มีนาคม 2565 เพื่อดำเนินงานและขับเคลื่อนตามแผน Big rock

แผนการดำเนินงานการพัฒนา CDC system

กิจกรรม	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
-การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 100 คน ผู้เข้าอบรม เป็นพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ (เมือง/จุน/เชียงคำ) เครือข่ายในพื้นที่ สถาบันการศึกษา อปท. ชุมชน	สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
-การจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (บรรยายและwork shop) โดยพื้นที่จะเลือกและออกแบบระบบตามบริบทและบูรณาการกับงานประจำ/เครือข่ายระดับพื้นที่	สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทรงคุณวุฒิ
-การอบรมทีมคัดกรองในพื้นที่ สำหรับ อสม./CG อำเภอเมือง ต.แม่ใส อำเภอจุน ต.พระธาตุขิงแกง อำเภอเชียงคำ ต.ทุ่งผ่าสุก	-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา -โรงพยาบาลพะเยา -คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา (งบประมาณสนับสนุนการกรมการแพทย์ผ่านโครงการ)
การติดตามการดำเนินงาน ผ่านระบบ Zoom ติดตาม 1 ครั้ง	สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา โรงพยาบาลพะเยา
Tele medicine/Tele consult ในระบบการคัดกลุ่ม ดำเนินการจำนวน 3 ครั้ง รพ.พะเยา เป็นแกนหลักในการดำเนินงานกับเครือข่าย	คณะแพทย์ศาสตร์ ม.พะเยา โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลพะเยา - มีแผนการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเชื่อมเส้นทางของ CDC system และระบบรับ-ส่งต่อในระดับพื้นที่	โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ คณะแพทย์ศาสตร์ ม.พะเยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ

กิจกรรม	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
-พัฒนาบุคลากร ส่งแพทย์ เรียนต่อสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน	
แผนพัฒนาสร้างศูนย์ผู้สูงอายุครบวงจร (โดยได้รับบริจาคงบประมาณจากภาคเอกชนและประชาชน จำนวนประมาณ 15 ล้าน)	โรงพยาบาลพะเยา

แผนการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง และสร้างต้นแบบในระดับพื้นที่ กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้ดำเนินงานต่อไป และเน้นการสนับสนุนด้านวิชาการ/ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข **ภายใต้ โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (พ.ศ. 2565-2569)**

แผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

1. การเยี่ยมเสริมพลังการเพื่อติดตามดำเนินงานในพื้นที่
2. การเพิ่มศักยภาพทีมในการจัดบริการ (intervention) ในกลุ่มที่ผ่านระบบการคัดกรองคัดแยกมีปัญหาการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

แผนการดำเนินงาน

แผนงาน	รายละเอียด	หน่วยงานที่หลัก ที่เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ
7-9 ธันวาคม 2565	การเยี่ยมเสริมพลังการเพื่อติดตามดำเนินงาน รพ.พะเยา/รพ.สต.แม่ใส/อบต.แม่ใส รพ.จุน/รพ.สต.พระธาตุขิงแกง รพ.เชียงคำ/รพ.สต.ทุ่งผาสุก การขับเคลื่อนการดำเนินงาน -พื้นที่ ในเขตอำเภอเมือง มีแผนการขยายการดำเนินงานไปที่ตำบลบ้านต๋ำ เพื่อขยายรูปแบบการบริการ และมีการประชุม พชต. เห็นด้วยกับการดำเนินงานเพราะเป็นประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ -พื้นที่ อำเภอเชียงคำ มีแผนขยายการดำเนินงานเพิ่ม 1 พื้นที่ กำลังพิจารณาและเชื่อมระบบคลินิกผู้สูงอายุ และCOC เพื่อค้นหาและติดตามผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม	สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ ม.พะเยา

แผนงาน	รายละเอียด	หน่วยงานที่หลัก ที่เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ
	-พื้นที่อำเภอจุน รพ.สต.พระธาตุขิงแกง จะขยายการดำเนินงานโดยพัฒนาเป็น ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ที่ให้บริการที่มุ่งเป้าในการคงสมรรถนะผู้สูงอายุ รพ.จุน จะพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในการรองรับการคัดกรอง คัดแยกที่มีปัญหาเข้าสู่ระบบ และเน้นการดูแลแบบสหวิชาชีพ	
19-22 ธันวาคม 2565	หลักสูตรโปรแกรม TEAMV (จำนวน 4 วัน บรรยาย และ work shop) **เป้าหมาย** -เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในระดับพื้นที่ ในการจัดบริการสุขภาพ -สร้างทีมระดับพื้นที่ ในการเป็นแกนนำในเรื่องการจัดบริการ Cognitive stimulation -การนำสู่การปฏิบัติ ในการจัดบริการระดับพื้นที่	สถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานตามโครงการ

ตัวชี้วัด	Out put	outcome	Impact
สถานบริการสุขภาพ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป มหาวิทยาลัยพะเยา	(ในสถานบริการ/ชุมชน) มีบริการคัดกรอง/คัดแยก มีบริการวินิจฉัย มีบริการส่งต่อการดูแล-รักษา มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน	สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย มีบริการ และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ**ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบ**ครบวงจรที่มีประสิทธิภาพที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก/ครอบคลุม/ลดขั้นตอน/ดูแลต่อเนื่อง	เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายและบูรณาการทรัพยากร/ทุนทางสังคมในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนและในด้านอื่นๆ (ทีมสุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น/ชุมชน)
องค์กรปกครองท้องถิ่น/สังคม (อปต/อปท) เทศบาลตำบล/เมืองอื่นๆ	มีบริการด้านสังคม**สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** (สิทธิผู้สูงอายุ สิทธิผู้พิการ) และบริการสนับสนุนครอบครัวใน การดูแลในชุมชน (การจัดให้มีผู้ดูแลบางเวลา การช่วยใน	องค์กรปกครองท้องถิ่น/สังคม (อปต/อปท) ตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบาย และมีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน**แบบ**ครบวงจร ที่สามารถเข้าถึงได้	เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายและบูรณาการทรัพยากร/ทุนทางสังคมในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนและในด้านอื่นๆ

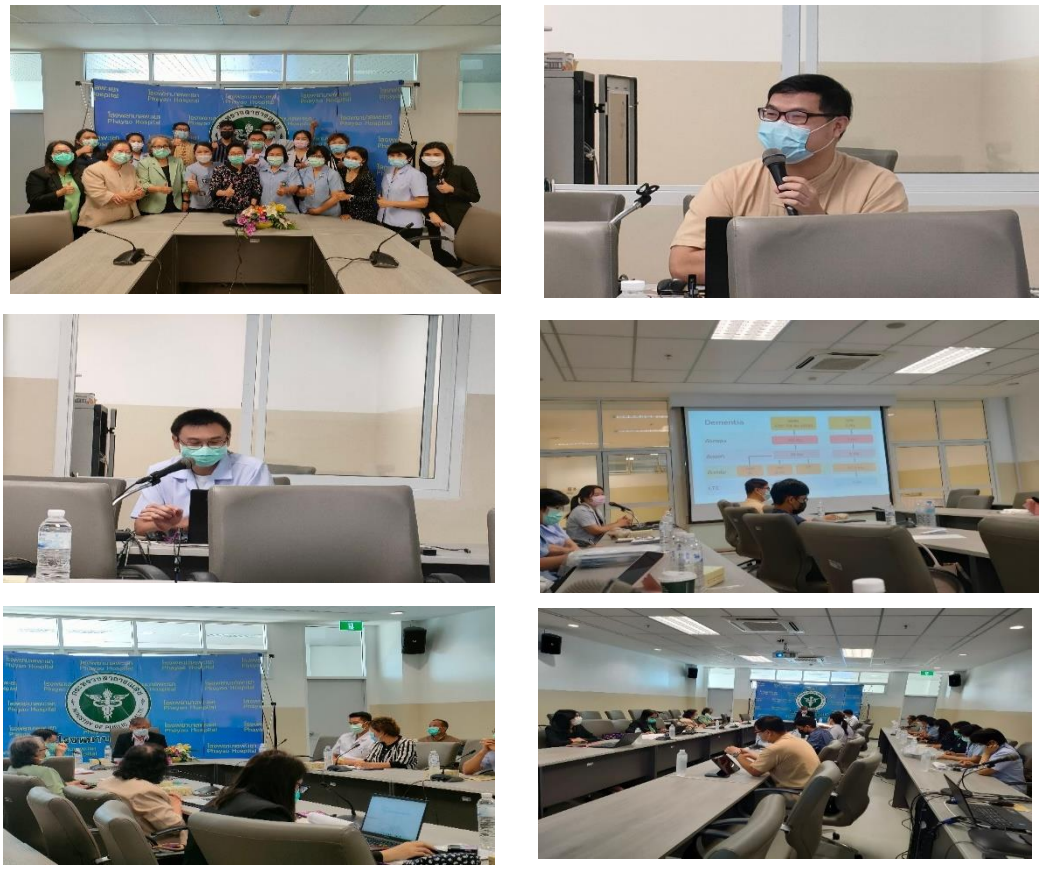
ตัวชี้วัด	Out put	outcome	Impact
	การปรับปรุงสภาพบ้าน/สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนด้านรายได้/การทำอาชีพ กลุ่มสนับสนุน และอื่นๆ)	อย่างสะดวก/ครอบคลุม/ลดขั้นตอน/ดูแลต่อเนื่อง/มีประสิทธิภาพ	
Clinical outcomes	-ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/คัดแยก/วินิจฉัย ในระยะเริ่มแรก (Early detection) เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ/ MCI/Dementia -กลุ่มปกติได้รับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม -กลุ่ม MCI ได้รับการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม -กลุ่ม Dementia ได้รับการดูแล บำบัดรักษาครอบคลุมตามปัญหา	-Improved Cognitive Functions ผลการประเมิน (MoCA/MMSE/อื่นๆ) มีค่าคะแนนคงเดิมหรือดีขึ้น -ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ลดลง หรือรบกวนผู้ดูแล/คนอื่นในครอบครัวลดลง -ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/ภาวะเสี่ยงจากภาวะสมองเสื่อม หรือมีภาวะแทรกซ้อน/ภาวะเสี่ยงลดลง	ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ลดการขัดแย้งเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว
Health care provider outcomes	-อสม. มีความสามารถในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม -พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทเป็น DCM/DCC -แพทย์มีสมรรถนะในการวินิจฉัยในการดูแลรักษา -สหสาขาวิชาชีพมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม	-เกิดทีมต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ทีมสุขภาพ)	-ทีมสุขภาพเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ มีนโยบายและจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการดำเนินงาน: กิจกรรมลงพื้นที่

การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเส้นทางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) เป็นเส้นทางการพัฒนา พื้นที่ Big rock เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดพะเยา เพื่อเตรียมความพร้อมของพื้นที่ในการดำเนินการ ในวันที่ 7-9 ธันวาคม 2565 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ดังนี้

ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 เวลา 08.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา คณะผู้จัดร่วมกับ คปสอ.พะเยา, คปสอ.จุน และคปสอ.เชียงคำ นำเสนอผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)(ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการวินิจฉัย

บำบัดรักษา ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน) และการถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) พะเยาโมเดล ตามตัวชี้วัด 6 คุณลักษณะ (Comprehensive, Coverage, Access, Seamless, Participation, Integrated) ทีมส่วนกลาง ให้ข้อเสนอแนะ และชูประเด็นที่พื้นที่จะนำต่อยอดในการพัฒนา และเป็นจุดเด่นของพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบต่อไป



ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 ลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัยและบำบัดรักษา) ได้รับฟังแผนการดำเนินงาน และการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เสนอแนะและชูประเด็นการจัดการผู้ป่วยแบบครบวงจร เชื่อมกับ งาน LTC และ COC ในระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเดินทางต่อไปที่ อบต.แม่ใส ในเวลาต่อมาลงเยี่ยมและเสริมพลัง ทีมรพ.สต.แม่ใส และทีม อบต โดยมีท่านนายกอบต.แม่ใส่ นายสาคร อินต๊ะ ร่วมประชุมหารือและวางแผนการดำเนินงานต่อยอดและขยายพื้นที่ ประเด็นภาพรวม CDC system (ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหาและอุปสรรค (grape)/แนวทางแก้ไข) และการพัฒนาและขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และระดับสุขภาพ(แนวทาง/แผนการพัฒนา/ความร่วมมือ/ต่อเนื่อง)









คณะผู้จัดติดตามเยี่ยมและเสริมพลัง ที่รพ.จุน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นพ.สุชาญ ปริญญา) และ นพ.กิตติวัฒน์ กันทะ (System manager) และทีมดำเนินงาน ร่วมให้การตอนรับและเยี่ยมคลินิกผู้สูงอายุ ที่กำลังพัฒนา และสรุปการดำเนินงานในพื้นที่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานกับทีมในระดับพื้นที่และเดินทางไปเยี่ยมทีมระดับชุมชน ที่รพ.สต.พระธาตุขิงแกง ตำบลพระธาตุขิงแกง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ประเด็นภาพรวม CDC system (ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหาและอุปสรรค (grape)/แนวทางแก้ไข) และการพัฒนาและขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และระดับสุขภาพ(แนวทาง/แผนการพัฒนา/ความร่วมมือ/ต่อเนื่อง)









วันที่ 9 ธันวาคม 2565 คณะผู้จัดติดตามเยี่ยมและเสริมพลัง โรงพยาบาลเชียงคำ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล (แพทย์หญิงลดาวรรณ หาญไพโรจน์) และรองแพทย์ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (นายแพทย์ประพัฒน์ ธรรมศร) และทีมคลินิกผู้สูงอายุ นำโดยแพทย์หญิงขวัญชนก เชื้อสะอาด คลินิกจิตเวช และทีม COC แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานกับทีมในระดับพื้นที่ และเส้นทางการพัฒนาและเชื่อระบบภายใน-นอกโรงพยาบาล จากนั้นลงพื้นที่รพ.สต.ทุ่งผาสุก ตำบลทุ่งผาสุก อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ในการติดตามและเสริมพลังในระบบการคัดกรอง เพื่อนำเข้าผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำเข้าสู่ระบบการดูแล ประเด็นภาพรวม CDC system (ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหาและอุปสรรค (grape)/แนวทางแก้ไข) และการพัฒนา และขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และระดับสุขภาพ(แนวทาง/แผนการพัฒนา/ความร่วมมือ/ต่อเนื่อง)








ผลการดำเนินงาน CDC system จังหวัดพะเยา ในปีพ.ศ. 2565 (กุมภาพันธ์-ธันวาคม)

พื้นที่พัฒนาระบบ	จำนวนผู้สูงอายุ (1)	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจริง (2)	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (3)			จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคัดกรอง (4)			การคัดกรอง (5)				จำนวนที่ควรได้รับการคัดแยก (6)	จำนวนที่ได้รับการคัดแยกจริง (7)	วิธีการคัดแยก (8)					
									2Q		14 คำถาม				TGDS		MMSE		MoCA	
			ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน			ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
เชียงคำ																				
รพ.สต.ทุ่งผาสุก	713	637	626	9	2	76	0	0	635	2	577	60	60	23		2	15	8	7	8
OPD (คลินิกผู้สูงอายุ)		5								1			5	5		1		5		
เมือง																				
รพ.สต.แม่ใส	1,542	1,542							1,538	4	1,131	411	411	154	2	2	141	11	31	98
จุน																				
รพ.สต.พระธาตุขิงแกง														182	2	5	156	24	38	106

หมายเหตุ :ข้อมูล ณ วันที่ 7 ธันวาคม 2567

พื้นที่พัฒนาระบบ	ผลการคัดแยก (9)			จำนวนที่ควรได้รับการคัดกลุ่ม (10)	จำนวนที่ได้รับการคัดกลุ่มจริง (11)	ผลการคัดกลุ่ม (12) (จำนาน)
	ปกติ	MCI	R/0 DT			
เชียงคำ						
รพ.สต.ทุ่งผาสุก	15	8	0	0	0	0
OPD (คลินิกผู้สูงอายุ)			5	5	5	5
เมือง						
รพ.สต.แม่ใส	1,421	98	23	23	23	11
จุน						
รพ.สต.พระธาตุขิงแกง	1,436	106	28			

ส่วนที่ 3
สรุปกลไกลการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

1. รูปแบบการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจะเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่ในสถานบันต่อเนื่องไปในชุมชน อย่างครบวงจร ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และเข้าสู่ระบบการจัดบริการ คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทย และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 2 เรื่อง ที่ให้ความสำคัญในการค้นหาและให้ได้รับการดูแลสุขภาพ คือ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะหกล้ม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่มีการดำเนินงานใน 3 ระบบย่อ คือ 1) ระบบการคัดกรอง คัดแยก เพื่อค้นหาปัญหา และนำเข้าสู่การดูแลรักษาให้เร็วที่สุด 2) ระบบการคัดกลุ่ม เมื่อพบปัญหาและนำเข้าสู่การวินิจฉัยบำบัดรักษาตามมาตรฐาน และ 3) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปริชานบกพร่อง) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว จะเห็นว่าการนำลงสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ใน 13 แห่ง ที่เข้าร่วมพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม ใน 3 ระบบย่อย สามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ต้นน้ำ (การคัดกรอง คัดแยก) กลางน้ำ (คัดกลุ่ม) และปลายน้ำ (การดูแลต่อเนื่อง) ดำเนินงานบูรณาการทั้งทีมสุขภาพ ทีมท้องถิ่น และทีมชุมชน อย่างเป็นระบบครบวงจร ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านความจำได้รับการค้นหาและเข้าสู่การรักษาได้เร็ว นอกจากนี้พบว่า ใน 3 ระบบย่อย สามารถดำเนินงานและเป็นงานประจำเชื่อมกับระบบการบริการที่มีการดำเนินงานอยู่ได้ทำให้บุคลากรที่ดำเนินงานสามารถพัฒนานวัตกรรมการดูแลและจัดบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามมาตรฐานได้ สุดท้ายมีความต่อเนื่องในการดำเนินงานในระบบการจัดบริการ

1.1 ปัจจัยความสำเร็จของการจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

1. การจัดตั้งและจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ

จากสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้ต้องมี ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการรองรับการจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีบทบาทและหน้าที่ทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการรับผิดชอบ ตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุ ประเด็นการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2564 และต่อเนื่องปีพ.ศ 2566 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง *พบว่าเสี่ยงต่อการ*

เกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และในปีนี้ได้กำหนดการจัดบริการผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั่วประกทศ ตามนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นให้ปี พ.ศ. 2566 เป็นปี “คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่งคั่ง” สู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยแข็งแข็ง ประเทศไทยเข้มแข็ง” โดยผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมให้สูงวัยแข็งแรง 2) **บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อม** และ 3) สนับสนุนโรพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น จากนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ ให้โรงพยาบาลทุกระดับมีคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันฯ ได้ขับเคลื่อนและมีกลไกเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินกับนโยบาย และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐานและคุณภาพ เพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศ สถาบันฯ ได้รับมอบหมายในระดับกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลและกำกับตัวชี้วัดระดับกระทรวง “คลินิกผู้สูงอายุ” ในระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) สถาบันได้จัดทำงานด้านวิชาการ พร้อมกับการขับเคลื่อนด้านนโยบายกับหน่วยงานในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เกิดการบูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อตอบสนองและสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่

จากนโยบายนี้ จะพบความเชื่อมโยงของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาสุขภาพ (Early detection) และเข้าสู่การวินิจฉัยเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งในกระบวนการของระบบการคัดกรอง ซึ่งดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถดำเนินการได้ที่ชุมชน หรือบางพื้นที่มีคลินิกสัญจรในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และหรือคลินิกผู้สูงอายุในที่ตั้งรพ. ขึ้นกับสถานบริการสุขภาพดำเนินการกระบวนการคัดกรองที่ไหน เมื่อพบปัญหาก็นำสู่กระบวนการคัดแยก ในระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) หรือส่งมาที่คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ระดับ A-F เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ (CGA) เมื่อผิดปกติสงสัยภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย ซึ่งมีหลายรูปแบบ แต่จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า จะส่งวินิจฉัยโดยแพทย์เชี่ยวชาญ/เฉพาะทาง และหรือ ปรึกษาผ่านการแพทย์ทางไกล (Tele medicine) แต่ก็พบปัญหาผู้สูงอายุไม่เดินทางไปรับบริการด้วยสาเหตุ เดินทางลำบาก บ้านห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพที่ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพาไป หรือมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าระบบเพื่อรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคนบวงจร จึงเกิดรูปแบบการวินิจฉัยแบบมีคลินิกผู้สูงอายุ และไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ โดยสรุปรูปแบบการวินิจฉัยที่พึงพาได้ในระดับพื้นที่ ได้ดังนี้

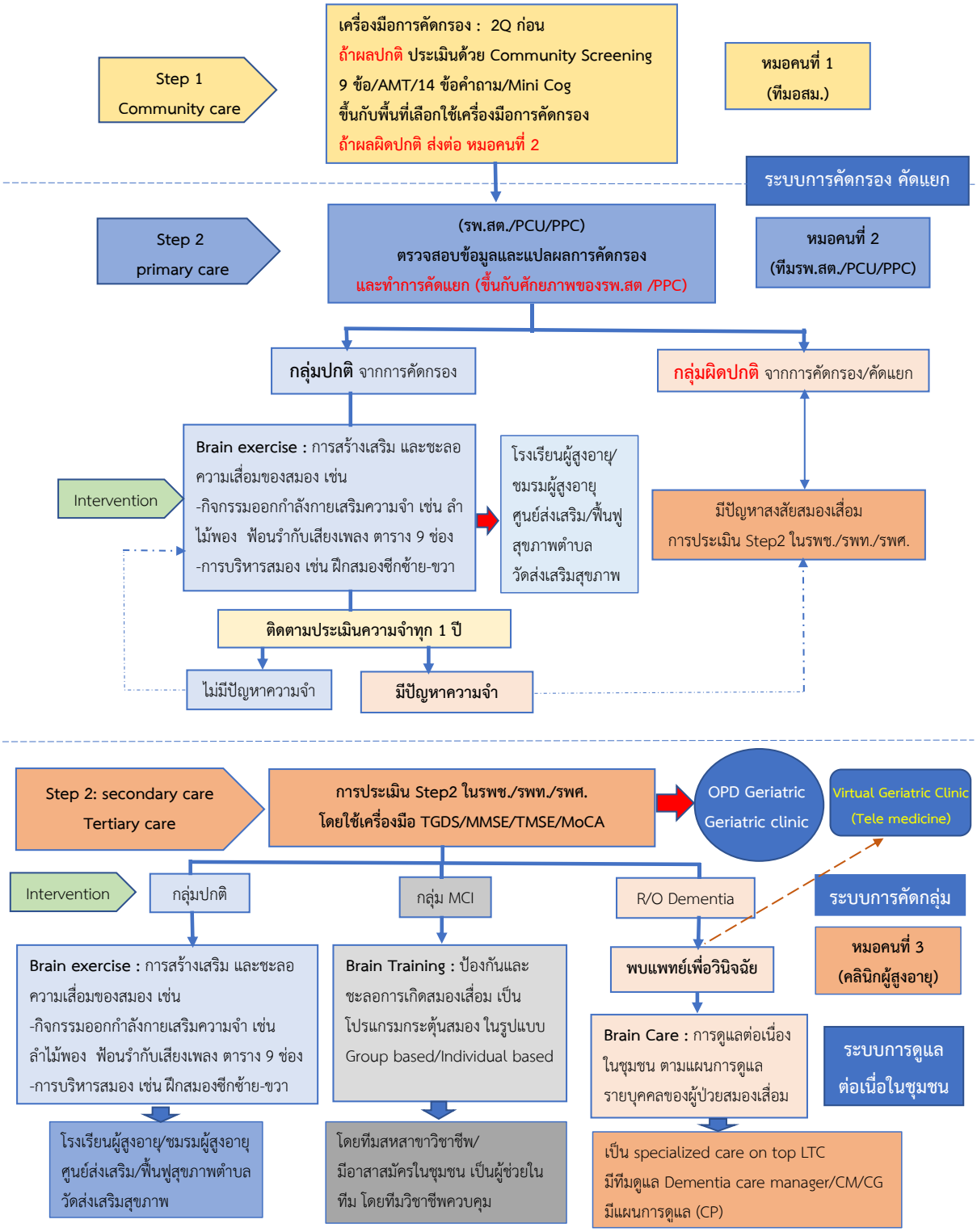
รูปแบบการวินิจฉัย

1. การวินิจฉัยระดับปฐมภูมิ (Primary diagnosis)
2. การวินิจฉัยร่วมกับ tele medicine
3. การวินิจฉัยที่คลินิกผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

คลินิกผู้สูงอายุ “ภาวะสมองเสื่อม” ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

(Comprehensive Dementia Care system : CDC system)



รูปแบบการดำเนินงานในสามเจ้าภาพหลัก เป็นความร่วมมือของ**ทีมท้องถิ่น ทีมสังคม ทีมสุขภาพ และทีมชุมชน** เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ยั่งยืนและมีการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ซึ่งจะเป็นจุดสำคัญในจัดการและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 กลไกลการขับเคลื่อน ประกอบด้วย

1.2.1 นโยบาย

1.2.2 การพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานและพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จากการพัฒนาระบบกาดรูแลผู้สูงอายุทีมีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่มีการดำเนินงานใน 3 ระบบย่อย คือ ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในทั้ง 3 ระบบ จะต้องมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมในการดำเนินการ เริ่มตั้งแต่

ระบบการคัดกรอง ซึ่งดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนในการใช้เครื่องมือการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ เข้าสู่การคัดแยกเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่จะต้องให้การดูแลรักษา

ระบบการคัดแยก ดำเนินการโดยบุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการฝึกฝนการใช้เครื่องมือการคัดแยก เช่น เครื่องมือ TGDS TMSE MMSE MoCA เป็นต้น เมื่อพบกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมก็นำส่งการคัดกลุ่มที่คลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกเฉพาะทาง ขึ้นกับบริบทของสถานบริการสุขภาพและในกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ก็สามารถเข้ารับบริการเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพสมองได้ทั้งในสถานบริการสุขภาพ หรือชุมชน ขึ้นกับแนวทางการดำเนินงานระดับพื้นที่

ระบบการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมายในการดูแลแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม โดยการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพร่วมกับไตรภาคี คือ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และทีมชุมชน โดยใน

กลุ่มที่ยังไม่มีปัญหาในเรื่องความจำ (กลุ่มปกติ) จะเน้นในเรื่องการป้องกันการเกิดปัญหาความจำ ใช้รูปแบบการจัดบริการ Brain exercise มุ่งเป้าไปที่ชมรมผู้สูงอายุ หรือ โรงเรียนผู้สูงอายุ ให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) มุ่งเป้าในการคงศักยภาพสมองเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสอมงเสื่อม ให้สามารถใช้ทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถจัดบริการได้ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่คลินิกผู้สูงอายุ และหรือ day care ที่จัดบริการที่รพ.สต. ได้ ขึ้นกับบริบทในพื้นที่

กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล มุ่งเน้นให้การดูแลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และสนับสนุนผู้ดูแลไม่ให้เกิดทุกข์ภาระในการดูแล

ซึ่งปัจจุบันสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับเครือข่าย ได้พัฒนารูปแบบในการดูแลและการจัดบริการสุขภาพในผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

Brain exercise: **เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ** คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ

Brain training: **เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)** คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม

Brain care: **เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** คือ การจัดการให้มีดูแลสมอง (brain care) เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกขภาระที่มากเกิน

นอกจากนี้ มีหลักสูตรการอบรมการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager; DCM) สำหรับทีมสุขภาพ ซึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาเป็น DMC ได้ เพื่อเป็นผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยบทบาทต้องการสมรรถนะอย่างน้อย 3 อย่าง คือ 1) ความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่รวมถึง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา ตลอดจนการให้การดูแลทั้งหมด 2) มีความเข้าใจ มีแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือระบบ CDC System สามารถนำใช้ในการสนับสนุนการสร้างระบบและดำเนินการระบบ และ 3) มีความรู้ในบทบาทและปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลได้

1.2.3 การบูรณาการร่วมในระดับพื้นที่ (สามทีม)

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในระบบย่อย ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งมีเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและดูแลกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และทีมชุมชน ร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน

ซึ่งในปัจจุบันได้มีการกระจายอำนาจและโอนย้ายให้กับท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีบทบาทสำคัญในประเด็นการคัดกรอง และการดูแลในชุมชน ซึ่งมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย กาย/สมอง จิต จิตวิญาณ สังคม/เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการทำหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบกับ CDC system จะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องใน 2 ระบบย่อย คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่วนระบบการคัดกลุ่ม เพื่อวินิจฉัย ต้องสร้างความร่วมมือและประสานการส่งต่อมาที่สถานบริการสุขภาพในทุกระดับ

โดยระบบการคัดกรอง เมื่อเป็นบทบาทของทีมท้องถิ่น ต้องทำความเข้าใจทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวภาวะสมองเสื่อม การเชื่อมโยงของระบบในการจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาความจำ ซึ่งก็มีความต่อเนื่องในการทำงานด้านสุขภาพอยู่แล้ว ก่อนที่ระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต. จะย้ายไปสังกัดในส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการคัดกรอง 9 ด้าน ซึ่งในนั้นก็มีเรื่องของความจำร่วมด้วย ฉะนั้นการบูณราการการดูแลทั้ง 2 ฝ่าย คือ ทีมสุขภาพ และทีม

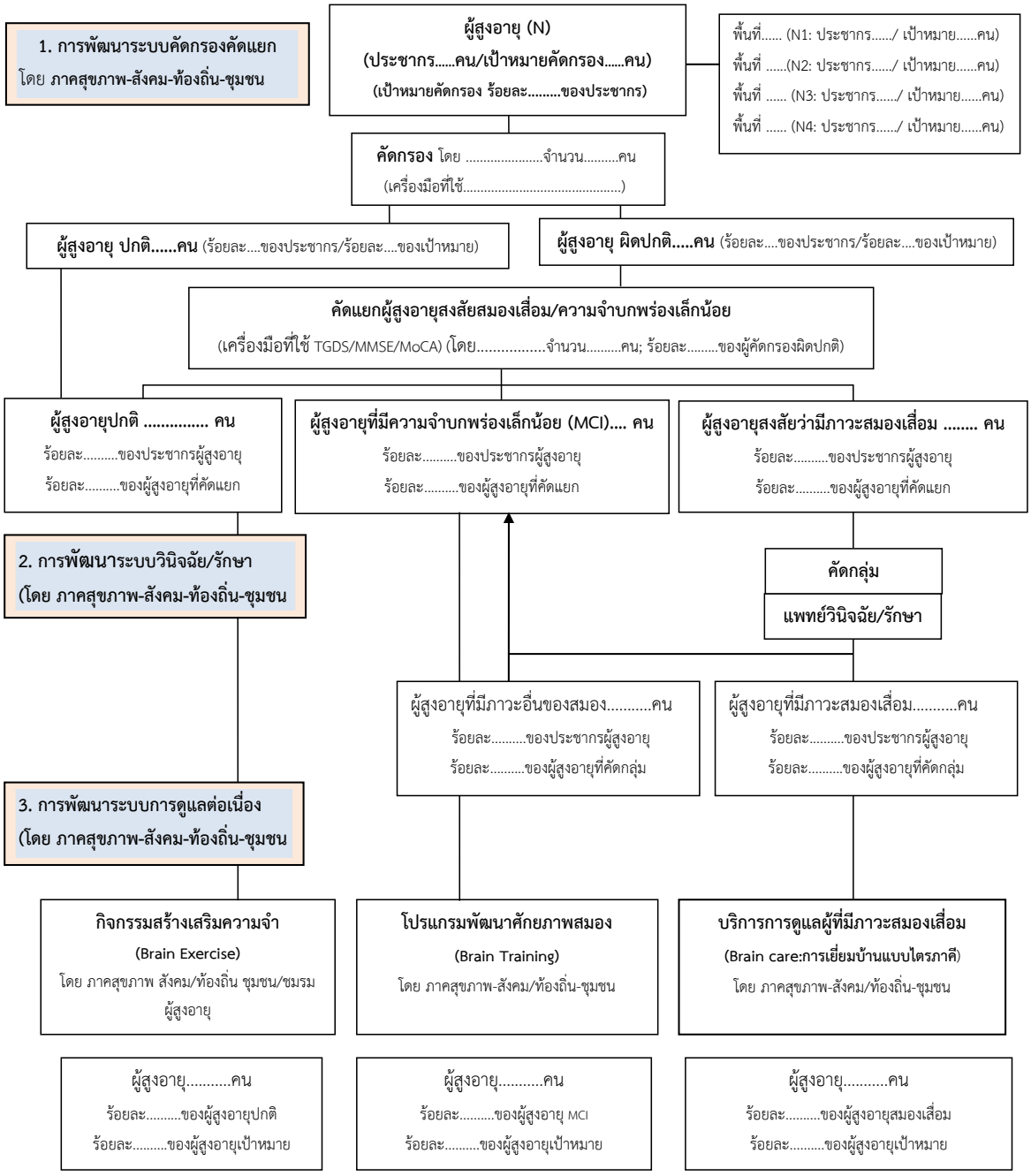
ท้องถิ่น จึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรอง คัดแยก เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ ส่งต่อการคัดกลุ่ม และส่งมาดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ในระบบ CDC System ชุดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ที่มุ่งให้บริการการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวจนได้คุณภาพระดับหนึ่ง ด้วยทีมไตรภาคี ก่อน***ส่งต่อ***เข้าระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ที่เป็นงานประจำของพื้นที่นี้ และถือว่า เป็นการดูแลระยะกลาง ระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ **intermediated care โดยใช้**เครื่องมือในการดูแล คือ **การเยี่ยมบ้าน** ที่กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านเอาไว้ จำนวนการเยี่ยมบ้านจริงแปรผันตามกิจกรรม แต่ขั้นตอนการเยี่ยมที่กำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอนไว้ มีดังนี้

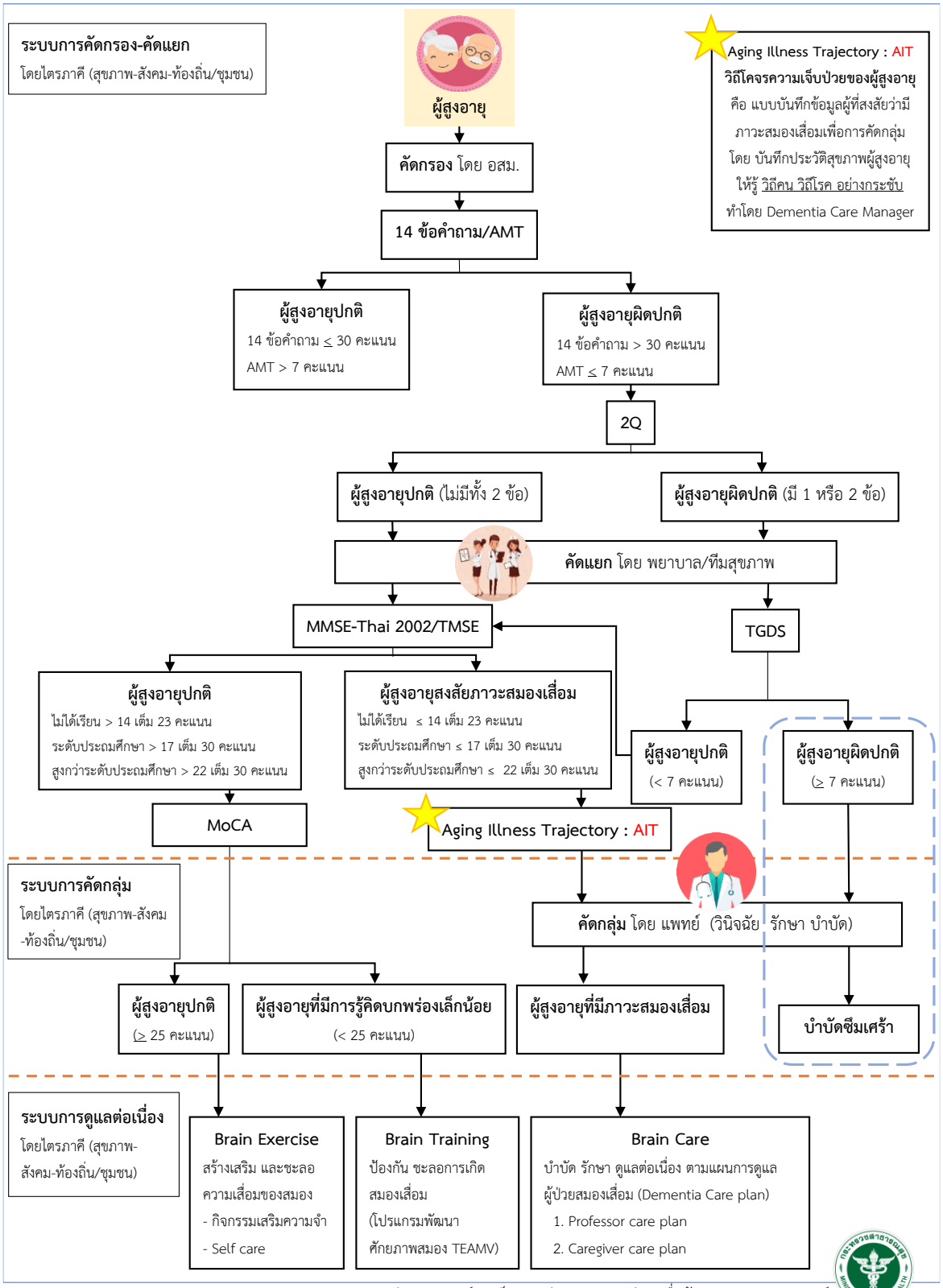
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบด้าน
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มติการดูแล
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 3	การดูแลที่ครอบคลุม มีแผนการดูแลรายบุคคล (CP)
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 4	การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแล LTC แผนการดูแลรายบุคคล และแผนการดูแลระยะยาว

ผังไหลการดำเนินงาน ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม ระบบการดูแลต่อเนื่อง

ผังภาพรวม CDC system ของจังหวัด.....



ความเชื่อมโยงการจัดการระบบคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่อง



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

2. ข้อเสนอแนะในการนำใช้ในบริบทปัจจุบัน

ในปัจจุบันนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการจัดบริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการและทั่วถึง โดยให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้ได้ 100% ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพใน 12 เขตสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมุ่งเน้นในกลุ่มอาการ/โรคผู้สูงอายุ 2 เรื่อง คือ ภาวะสมองเสื่อม และหกล้ม ซึ่งเมื่อคัดกรองในชุมชนเพื่อค้าหาปัญหาสุขภาพ แล้วพบว่ามีความผิดปกติ ส่งเข้ามาคัดแยก และหรือ ระดับปฐมภูมิมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการใช่เครื่องมือคัดแยก และมีศักยภาพในการดำเนินการ ก็สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จได้ในระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU/ศสม.)

ระบบการคัดกรอง ปัจจุบันพัฒนาเป็นงานประจำในระดับพื้นที่ จากนดยบายการคัดกรองสุขภาพผู้สุงอายุประจำปี ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในไตรมาสแรกของปี ซึ่งจะมีจำนวนผู้สูงอายุรายใหม่ที่อายุครบ 60 ปี บริบูรณ์เข้ามาในระบบการคัดกรอง และกลุ่มผู้สูงอายุเดิม ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มติดเตียง (มีภาวะพึ่งพิง) ร่วมทั้งมีปัญหาทางจิตเวช ที่ ก็ไม่ต้องดำเนินการคัดกรอง และกลุ่มที่วินิจฉัยเป็นสมองเสื่อมแล้ว ก็ไม่ต้องคัดกรองซ้ำ เมื่อพบปัญหาก็ส่งเข้าสู่การคัดแยก ซึ่งเป็นเรื่องที่มีการดำเนินการได้จำนวนน้อย และช้า เนื่องจากต้องเป็นบุคลากรทางสุขภาพดำเนินการมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ และต้องผ่านการอบรมและฝึกฝนการใช้เครื่องมือเพื่อให้เกิดความแม่นยำในการคัดแยก ฉะนั้นจึงมีนวัตกรรมการคัดแยก แบบลงแขก ในการช่วยเหลือการคัดแยกระหว่างพื้นที่

ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย บำบัดรักษา) สถานบริการสุขภาพทุกระดับมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ หรือ กำลังดำเนินการ และยังไม่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ ก็สามารถดำเนินการคัดกลุ่มได้ภายใต้รูปแบบการคัดกลุ่มของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) เป็นรูปแบบ

แบบสภาลูกขุน เป็นรูปแบบวินิจฉัยโดยทีมลูกขุน ประกอบด้วย แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีตัวแทนสหสาขาวิชาชีพ เช่นเภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร พยาบาลวิชาชีพ (หน่วยการดูแลต่อเนื่อง) ทำหน้าที่ DCM และ DCC **ซึ่ง**แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะเป็นผู้ทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม แต่ดำเนินการวินิจฉัยในพื้นที่หรือหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน **จะมี**ทีมลูกขุนร่วมให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นในการดูแลอย่างรอบด้าน ในการคัดกลุ่มอย่างน้อยของสภาลูกขุนต้องประกอบด้วย DCM, DCC และแพทย์ ซึ่งถ้ามีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถดำเนินการร่วมกับการใช้ tele medicine /tele consult ในการวินิจฉัยและหรือ ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่

แบบการส่งต่อ แบบมีคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกผู้สูงอายุ และส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัย

และหรือ แบบไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ก็จะส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยในสถานบริการระดับสูงกว่าที่มีแพทย์เฉพาะทาง หรือตามแนวทางการส่งต่อระดับพื้นที่ที่กำหนดไว้

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม โดยในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มปกติ) สามารถให้ทีมท้องถิ่น/ชุมชน ดำเนินการได้เลย ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยทีมสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงและร่วมกำหนดมาตรฐานในการพัฒนาสมรรถภาพสมองร่วมกับทีมท้องถิ่น ส่วนกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปริชานบกพร่องเล็กน้อย) ที่ทำการคัดแยกด้วยเครื่องมือมาตรฐานและพบว่ามีปัญหาก็สามารถนำเข้าโปรแกรมกระตุ้นสมองได้

และการการปรับบทบาทในการจัดการสุขภาพระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในส่วน ระบบการคัดกรอง คัดแยก บทบาทที่สำคัญในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้เริ่มการถ่ายโอนให้กับ อปท. โดยอบจ. กำกับและจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้ มีการออกพรบ.ปฐมภูมิ รองนรับการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีการบุรณาการ่วมกัน ระหว่างทีมท้องถิ่น และทีมสุขภาพ เดิมที่รับผิดชอบดำเนินการอยู่ ให้เกิดความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อและครบวงจร ใน CDC system จะช่วยให้การขับเคลื่อนและจัดการการดูแลระดับปฐมภูมิครบวงจรและไร้รอยต่อ โดยบทบาทการคัดกรอง โดย อบจ. ซึ่งสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องจากระบบเดิมที่มีการดำเนินการเพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมทั้งกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา และเน้นการจัดการและดูแลในกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย; MCI (กลุ่มเสี่ยง) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มป่วย) ให้ได้รับการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม ในส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ก็สามารถจัดบริการสุขภาพในรูปแบบ day care ศูนย์พื้นฟูสมรรถภาพกายและใจ เป็นต้น เพราะมีความสอดคล้องกับการจัดการงบประมาณภายใต้การดำเนินงานของ อปท.ได้

ในการคัดแยก สามารถดำเนินการได้เอง ใน รพ.สต.ที่มีพยาบาลวิชาชีพ/ สหวิชาชีพที่อ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการคัดแยก ก็สามารถดำเนินการได้ หรือ ส่งผ่านระบบการส่งมาที่คลินิกผู้สูงอายุให้ดำเนินการคัดแยกให้ และในการจัดการอย่างต่อเนื่องในระบบการดูแล อปท. ก็สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถจัดการระบบการคัดกลุ่มได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

บทบาท ของอปท. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ระบบ	อปท		ทีมสุขภาพ			ชุมชน	สังคม
	มี รพ.สต.	ไม่มี รพ.สต.	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ		
1.คัดกรอง/คัดแยก							
1.1 คัดกรอง √	+ + + +	(√)	+ + + +	(+)	(+)	คุณอำนวย	คุณอำนวย
1.2 คัดแยก (√)	(+)	(√)	+ + + +	+ + + +	+ + + +	คุณอำนวย	คุณอำนวย
2. คัดกลุ่ม	ส่งต่อ	คุณอำนวย	ส่งต่อ	+ + + +	+ + + +	คุณอำนวย	คุณอำนวย

3. การดูแลต่อเนื่อง √	+ + + +	(√)	+ + + +	+	+	++	+

++++ ทำได้โดยอิสระ เป็นตัวหลัก
++ ร่วมมือการดูแล และ ประสานงาน
\+ ร่วมมือ ให้คำปรึกษา
(+) อาจทำได้ มีเกณฑ์กำหนด
√ อปท. ทำได้
(√) อปท อาจทำได้ เมื่อมีการพัฒนา

ความท้าทายของอปท. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร

ระบบ	มาตรฐาน (Standard)	ก้าวหน้า (Advance)	ชั้นเยี่ยม (Premium)
1. คัดกรอง & คัดแยก	1.1 คัดกรอง	1. 1 คัดกรอง	1. 1 คัดกรอง
	มีระบบส่งต่อไปคัดแยก		
		1.2 คัดแยก	1.2 คัดแยก
2. คัดกลุ่ม	2.1 มีระบบส่งต่อคัดกลุ่ม มีการประสานงานการส่งต่อ รับกลับ		
			2.2 มีการจัดการให้มีการคัดกลุ่มได้ในพื้นที่

ระบบ	มาตรฐาน (Standard)	ก้าวหน้า (Advance)	ชั้นเยี่ยม (Premium)
3. การดูแลต่อเนื่อง	3.1 Brain exercise กลุ่มปกติ	3.1 Brain exercise	3.1 Brain exercise
		3.2 Brain training ร่วมกับทีมสุขภาพ	
	3.3 การดูแลที่บ้านโดยร่วมกับทีมสุขภาพ อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง		
		3.4 มีระบบการดูแลที่บ้าน (Brain Care) ในชุมชนโดยร่วมกับไตรภาคี คุณภาพและอย่างต่อเนื่อง	

ระบบ	มาตรฐาน (Standard)	ก้าวหน้า (Advance)	ชั้นเยี่ยม (Premium)
			3.5 พัฒนาชุมชนให้มีศูนย์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม -พัฒนาจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน -พัฒนาสังคมที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Friendly Community)

แนวทางการ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

3 M : Heart & Mind

1. ระบบหลักที่ต้องทำความรู้จักและพัฒนา คือ

ระบบที่ 1. คัดกรองและคัดแยก

ระบบที่ 3. การดูแลต่อเนื่อง

ระบบที่ต้องสร้างร่วมมือประสานงานการส่งต่อ คือ ระบบที่ 2. การคัดกลุ่ม

2. การเป็น เจ้าภาพ-เจ้ามือ-เจ้าของ และการประสานงาน

3. การทำงานร่วมกับไตรภาคี ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น/ประชาชน

ทุกคนในอำเภอ..... รวมพลังร่วมสร้าง .....

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง และ รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์.การประชุมเชิงปฏิบัติการฯ พื้นต้นแบบการบูรณาการกรรกับอบจ. พะเยาโมเดล

ทั้งนี้การบูณรการงานการจัดการและดูแลผู้สูงอายุ อย่างครบวงจร นั้น สามารถนำใช้ CDC system เป็นเส้นทางการพัฒนาและจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มอาการ/โรค ภายใต้ระบบการดูแล 3 ระบบย่อย คือ ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมี 6 คุณลักษณะ ในการกำกับการพัฒนาระบบให้บรรลุเป้าหมาย ในการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย และเชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการในระดับชุมชน ทั้งจากบนลงล่าง

หรือ จากต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ อย่างครบวงจร และเป็นพันธมิตรเครือข่ายและชุมชน ให้เกิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งก็จะร่วมไปถึง สังคาที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. From: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=15DCC10A76CBECBDF519E048AA30350E?sequence=1
2. รูปแบบ
3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. โรงพิมพ์บริษัทไซเบอร์พริ้นกรุ๊ป จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1 2562.
4. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.
5. ข้อมูลการดำเนินงานจากพื้นที่นำร่อง ภาวะสมองเสื่อม 13 พื้นที่ (พ.ศ. 2562-2567).