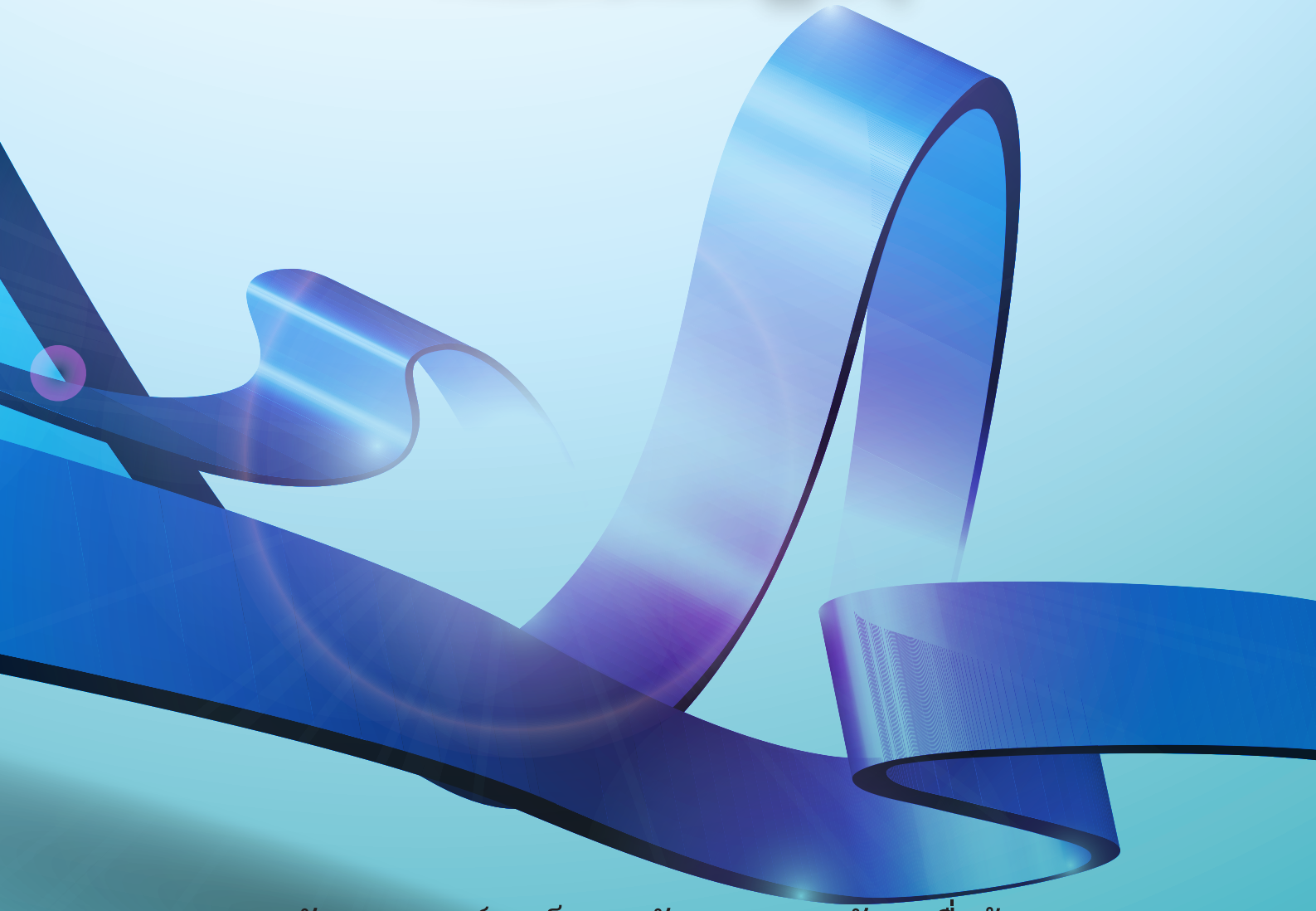
การศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

: กรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ

A study on achievement in elderly health policy implementation of MOPH hospitals : A case study on elderly clinic

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 1	**บทนำ**	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
	วัตถุประสงค์	
	ทฤษฎี สมมุติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย	
	นิยามศัพท์	
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
บทที่ 2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	4
	การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	
	ความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	
	ที่มาของการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	
	เหตุผลที่ทำให้ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติถูกละเลย	
	องค์การและผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	
	นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	กฎหมายและข้อบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย	
	นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข	
	กระบวนการดำเนินนโยบายทางสุขภาพ	
	การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ	
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	22
	ประชากร	
	การสุ่มตัวอย่างประชากร	
	วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	
	กลุ่มตัวอย่าง	
	ขอบเขตของการวิจัย	
	วิธีดำเนินการวิจัย	
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	
	การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	
	การวิเคราะห์ข้อมูล	
บทที่ 4	**ผลการศึกษา**	26
	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	
	ตอนที่ 2 ผลกระทบจากนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	
	ตอนที่ 3 ลักษณะการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	
	ตอนที่ 4 อาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ	

สารบัญ

หน้า

ตอนที่ 5 ลักษณะการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 6 ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
ตอนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 8 ความต้องการด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 9 กระบวนการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

บทที่ 5 การอภิปรายและข้อเสนอแนะ 77

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งของการมารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการรับทราบการประกาศนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ที่ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว ก่อนรับทราบนโยบายตัวชี้วัด

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ หลังรับทราบนโยบายตัวชี้วัด

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละคลินิกผู้สูงอายุ ห้องตรวจผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ตารางที่ 9 บุคลากรที่มีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

บทสรุปผู้บริหาร

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย เริ่มต้นด้วยการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และเมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 โดยให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ คือ 1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก 2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย ปัจจุบันแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้การติดตามควบคุมดูแลของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ข้อ 4.7 ได้กำหนดมาตรการ “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” โดยกำหนดดัชนีชี้วัดว่า ภายใน พ.ศ. 2559 “โรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จะต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุถึงร้อยละ 95” ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 ได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนด “ร้อยละของโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70” ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่า ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนใหญ่รับรู้นโยบายเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ได้ตรงตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด เช่น มีการวางแผนด้านสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีปรับพื้นที่ให้เหมาะสมตามข้อจำกัดของโรงพยาบาล ส่วนการวางแผนด้านกำลังคน เป็นเรื่องของทุกฝ่ายที่ต้องตระหนักร่วมกันเกี่ยวกับการขาดแคลนอัตรากำลัง ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ใช้ความพยายามระดับหนึ่งในการแก้ปัญหาตามขอบเขตที่ตนรับผิดชอบ ส่วนประเด็นอื่นๆ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนเสนอให้พื้นที่ใช้การตัดสินใจอย่างอิสระเท่าที่สามารถบริหารจัดการได้ โดยดึงโอกาสที่มีอยู่นำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับโรงพยาบาลของตนเองเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากผลการศึกษาทำให้พบช่องว่างของนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีข้อสรุปเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหาร ดังนี้

1. กระบวนการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการสั่งการในลักษณะ Top down implementation ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอาจยังไม่มากพอ แต่ผู้ปฏิบัติมีจำนวนมาก
2. การสื่อสารนโยบายและการสนับสนุนเป็นไปในลักษณะสื่อสารทางเดียว สนับสนุนทางเดียว แม้จะมีความชัดเจนเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง มีกระบวนการติดตามความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่ก็เป็นลักษณะสั่งการมากกว่าการมุ่งทำความเข้าใจร่วมกันโดยคำนึงถึงบริบทความแตกต่างของพื้นที่
3. ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และการขาดแคลนบุคลากรหลักกลุ่มอื่นๆ คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ แม้ระดับนโยบายกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และระดับสำนักงานสาธารณสุขได้พยายามสนับสนุนการทำแผนขยายอัตรากำลังและนำแผนสู่การปฏิบัติในระดับหนึ่ง
4. การพัฒนากลไกในโรงพยาบาล ระดับกระทรวงสาธารณสุขมีความตั้งใจชัดเจนที่จะพัฒนาทีมงานคลินิกผู้สูงอายุอันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ มีงบประมาณรองรับ แต่ผลที่เกิดขึ้นจริงคือรูปแบบการสนับสนุนยังไม่ได้มุ่งพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว

5. การกำกับติดตามประเมินผลตัวชี้วัดนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ยังไม่ได้เป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันอย่างทันสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ หน่วยงานจัดเก็บและรายงานข้อมูลคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แม้ส่วนกลางจะมีการจัดทำคู่มือคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพสอดคล้องกับทิศทางนโยบายมากขึ้น แต่ควรมีการพัฒนาระบบอิเลคทรอนิกส์เพื่อรองรับการติดตามประเมินผลจะทำให้การกำกับติดตามอาจทำได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

6. ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดไปจนถึงระดับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีการรับรู้และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามสื่อสาร มีการวางแผนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แต่ส่วนใหญ่ใช้วิธีปรับให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของโรงพยาบาล

7. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนต่างก็มีการตัดสินใจโดยอิสระของพื้นที่เท่าที่กรอบการบริหารจัดการจะเอื้ออำนวย เพื่อใช้โอกาสที่มองเห็นและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับโรงพยาบาลของตนเองเพื่อตอบสนองต่อนโยบาย แม้ว่าการตอบสนองต่อนโยบายจะไม่ได้ตรงไปตรงมาเพราะมีเงื่อนไขอื่นนอกเหนือจากนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดนโยบายในระดับมหภาคไปยังหน่วยงานในพื้นที่ต้องอาศัยองค์กรเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดลงสู่ระดับปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ความก้าวหน้าในการดำเนินนโยบายดังกล่าวเท่าที่ปรากฏเห็นว่า อาจยังมีความจำเป็นต้องให้ความสนใจปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดนโยบายให้มีประสิทธิผลมากกว่านี้ วัฒนธรรมองค์กรและโครงสร้างองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและเป็นแนวดิ่ง อาจมีความเหมาะสมน้อยกว่าวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการและเป็นแนวราบ หากสังเกตความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติอาจต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์และโครงสร้างขององค์กรที่จะรองรับการถ่ายทอดนโยบายได้ดีกว่าในปัจจุบัน

Exsecutive summary

From the past to the present, health policies for the elderly of the Ministry of Public Health can be modified to suit the health situation of Thai Elderly. Starting with declaration of the Elderly Act B.E. 2546 (which was first drafted in 1995) then following a notification on 27 April in 2548 B.E., Medical and public health services particularly provided by taking account of convenience and rapidness for the elderly in the year 2548 B.E. as follows (1) to provide a separate channel for elderly patients in the outpatient department; (2) Limiting step and duration providing services to the elderly by the announcement shall clearly and the promotion are available. Currently, the Second National Plan for Older Persons (B.E. 2545-2564) was amended and approved B.E. 2552 (2009), a major strategic plan in operation for the elderly under the monitor of National Commission on the Elderly. Elders of In Strategy 3 Article 4.7 establish measures "a geriatric clinic in a public hospital with the number of beds from 120 beds or more should be established" and requiring that the specified KPI within B.E. 2559 "State Hospital with the number of beds from 120 beds or more will need to be clinical setting for elderly as 95 percent". In the year 2556 B.E. has been designated as a metric policy with the Minister of Public Health by the "percentage of hospitals with 120 beds or more have geriatric clinic quality should not be less than 70 percent". The results of this study showed most of operators responsible for older person in the health outlets at all levels hospital perceived quality of geriatric clinic policy not meet the criteria given global planning such as a conspicuous location in the model to account for outpatient services. This is mainly used to adjust the space to fit the constraints of the hospital. The manpower planning as a matter of all parties to realize together with the shortage of manpower which each hospital has tried one of the solutions to the extent of their responsibilities. The other issues which were inclusive of regional hospitals, general hospitals and community hospitals offers to the user to decide freely as you can manage. The opportunities are available to apply to their hospital response to the policy of the Ministry of Public Health. This study revealed a gap of health policy for the elderly that has partially been implemented as in public health hospital to the policy conclusions for the following executives.

1. Process of establishing policies the set up of a geriatric clinic has been implemented by command in the Top down implementation. Participants who were involved in the decision may not be enough, but there are many operators.

2. Policy communications and support still a one-way communicate and one-way supports. Despite the apparent increase in the latter, have a process for tracking progress for one level but it is a command rather than concentrating mutual understanding context in the different areas.

3. A shortage of personnel particularly in regard to specialized medical doctors for elderly care, as well as other key groups including nurses, public health workers, physical therapists, psychologists and social workers. Eventhough policy from the medical service department, Ministry of Public Health and Health Office has tried supports the expansions plan, staffing plan and put into practice some degree.

4. Development mechanism in the hospital level Ministry of Public Health intends to develop clinical team comprising doctors, nursing and multidisciplinary to support working at the elderly clinic. There was budget support while the actual format is not yet supported to develop the capacity and capability of personnel to support such policies.

5. The elderly clinic policy of Ministry of Public Health was monitoring and evaluation by the geriatric institute Medical service department which not possible to create learning together and consistent with the context of area. Provincial Health Office is collecting data and reporting. In spite of the institute had a manual of geriatric quality clinic that more consistent with the policy direction. However, it should be develop for electronic system to support the monitoring and evaluation will be done easier and faster.

6. Operator who responsible elderly policy from province level to the hospital level found that most has acknowledge and been implemented as directly through communication. There are planning, operations, geriatric clinical quality. However, most methods tailored to the limitations of the hospital.

7. Regional hospitals, general hospitals and community hospitals also has an independent decision as to the management of the area will be uninhabitable. Used an opportunity whose see and applied to their hospital for response to the policy. Although, the response to the policy are not straightforward, because there are conditions other than clinical policies for the elderly.

However, the transfer policy at the macro level to the unincorporated areas enterprises requires a medium for transmission down to whether it is practical. Regional hospitals, general hospitals or community hospitals progress in the implementation of such policies as may appear that there is a need to give attention to the policy transfer process more efficient. Corporate culture and organizational structure that focuses on the formal and vertical may be less appropriate corporate culture that emphasizes relationship is not official and is horizontal. If observing the success and opportunities to transform health policy into practice may have regard to the relationships and organizational structures to accommodate the transfer policy than at the present.

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาและดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 การกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และมอบหมายให้กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บูรณาการการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศ ณ วันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2548 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายสุชัย เจริญรัตนกุล) เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ.2548 โดยให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ 1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก 2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดบริการผู้สูงอายุแบบครบวงจร ครอบคลุมทุกโรค ตั้งแต่เข้ารักษาในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน เน้นการพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวม เน้นการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ได้ยึดแนวคิดและทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงต่อเนื่อง มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ด้วยการพัฒนาแบบองค์รวม ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เชื่อมโยงทุกมิติอย่างบูรณาการ ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ

จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2553) พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแผนงานที่ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ.2548 ดังนี้

การให้บริการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รวม
- การจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก	87%	61.8%	58.7%	59.6%
- การจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกจ่ายยา	47.8%	29.4%	14.1%	17%
- การจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกชำระเงิน	30.4%	14.7%	6.8%	8.6%
- กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ	52.2%	38.2%	41.1%	41.0%
- การประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการผู้สูงอายุ	43.5%	41.2%	33.7%	34.2%
- การประชาสัมพันธ์โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน	60.9%	55.9%	39.9%	41.3%

ในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ “โครงการ 2555 ลดโรค เพิ่มสุข สาธารณสุขเทิดไท้องค์ราชันกลุ่มผู้สูงอายุ” โดยกำหนดประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 2 ส่วน คือ ในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยในสถานพยาบาลให้ดำเนินการปรับโครงสร้าง สถานที่ ให้เหมาะสมกับการบริการผู้สูงอายุ ปรับตำแหน่งจุดบริการต่างๆ ให้สะดวก แสดงจุดบริการพิเศษแก่ผู้สูงอายุให้เห็นได้ชัดเจน จัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิว และจัดให้มีหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนในชุมชนให้ดำเนินการสำรวจคัดกรองสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การจัดให้มีบริการการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (รพ.สต.) และจัดให้มีบริการ 1669 ฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล

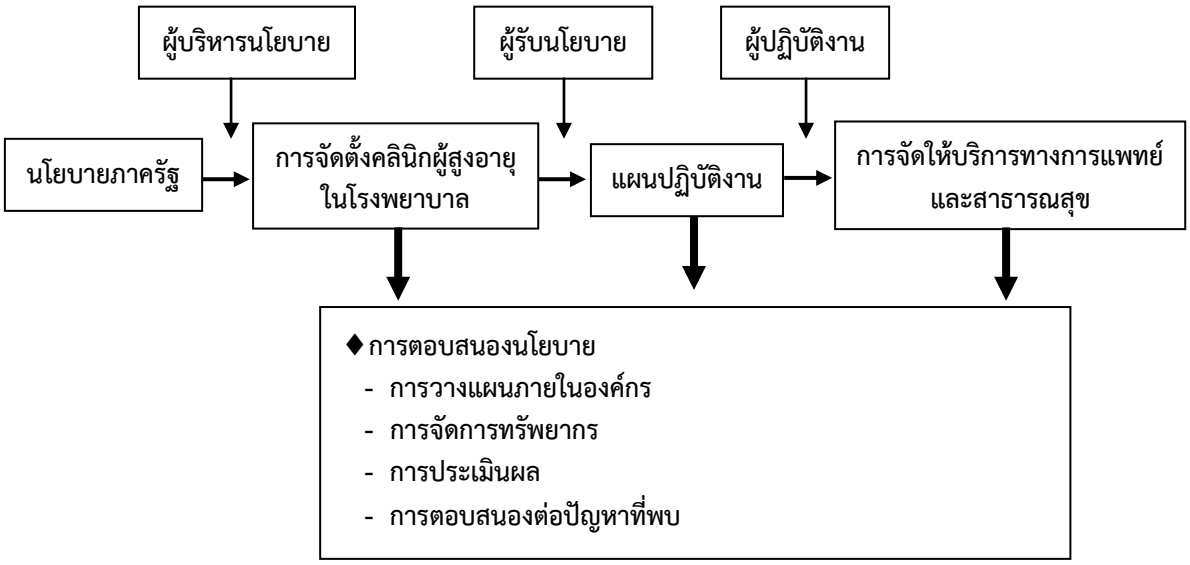
นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้การติดตามควบคุมดูแลของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ข้อ 4.7 ได้กำหนดมาตรการ “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” โดยกำหนดดัชนีชี้วัดว่า ภายใน พ.ศ.2559 “โรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จะต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุถึงร้อยละ 95” ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดำเนินการผลักดัน และเป็นตัวชี้วัดตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์) โดยกำหนดตัวชี้วัด “ร้อยละของโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70”

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ว่ามีการดำเนินการอย่างไร มีความครอบคลุมเพียงใด มีปัญหา อุปสรรค และวิธีแก้ไขอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุของสถานบริการระดับต่างๆ และทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายและแผนงานไปปฏิบัติ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและแผนงานการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอ เกี่ยวกับการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของนโยบายด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

ทฤษฎี สมมุติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



นิยามศัพท์

ผู้กำหนดนโยบาย หมายถึง ผู้ที่กำหนดนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง นโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงกระบวนการที่หน่วยงานใช้ในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ
2. ได้ทราบถึงความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ
3. มีแนวทางในการกำหนดนโยบาย และการแปลงแผนสู่การปฏิบัติในด้านผู้สูงอายุที่เหมาะสมมากขึ้น

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Policy Implementation) มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเมื่อนโยบายได้รับการอนุมัติและประกาศใช้ในลักษณะต่างๆ แล้ว นโยบายนั้นจะสามารถแก้ไขปัญหาให้ประชาชนได้หรือไม่อย่างไร ย่อมขึ้นอยู่กับขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จ ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจกำหนดนโยบายที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสังคมโดยส่วนรวมได้อย่างแท้จริง

ความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

ความหมายของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

คำว่า “การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ” (Policy Implementation) กับคำว่า”การนำนโยบายไปปฏิบัติ” ในที่นี้มีความหมายเดียวกัน ซึ่งมีการใช้ในความหมายด้านรัฐศาสตร์ในช่วงระหว่างคริสต์ศักราช 1970 โดยมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

วิลเลียมส์ (Williams. 1971: 144) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติคือ ความพยายามที่จะตัดสินความสามารถขององค์การในการรวบรวมคน และทรัพยากรในหน่วยงานหนึ่งๆ และพยายามกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสมรรถนะหรือความพร้อมขององค์การในการจะปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แวน มิเตอร์ และแวน ฮอร์น (Van Meter & Van Horn. 1975: 447) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มบุคคลทั้งที่อยู่ในระบบราชการหรือเอกชน เพื่อให้วัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้บรรลุผลสำเร็จ ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความพยายามขององค์การในการแปลงนโยบายซึ่งเป็นนามธรรม ให้เป็นเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม ตลอดจนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์

เพรสแมน และวิดัฟกี (Pressman & Widavsky) (ถวัลย์ วรเทพพุฒิพงษ์. 2539: 282) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติคือ การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถที่จะผลักดันให้กลไกทั้งหมดปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความหมายดังกล่าวเป็นการศึกษาถึงความสามารถขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ อันประกอบไปด้วย บุคลากร ทรัพยากร ขวัญและกำลังใจ การประสานความร่วมมือระหว่างองค์การ ตลอดจนการประเมินผลสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่

เคอร์ (Kerr) (ถวัลย์ วรเทพพุฒิพงษ์. 2539: 282) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติหมายถึงการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะขององค์การที่จะใช้ทรัพยากรทางการบริหารทั้งมวล เพื่อปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

ของนโยบายที่รัฐกำหนดไว้ ความหมายดังกล่าวเป็นการเน้นถึงสมรรถนะหรือความพร้อมขององค์การและทรัพยากรในการบริหารที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ บุคลากร หรือวัสดุอุปกรณ์

รอนดิเนลลี (Rondinelli) (ถวัลย์ วรเทพพุฒิพงษ์. 2539: 282) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติคือ การนำนโยบาย แผนงาน หรือโครงการไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการก่อน เพื่อให้มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ แต่มิได้กล่าวถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ดรอร์ (Dror) (จุมพล หนิมพานิช. 2547: 139) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติหมายถึง การบริหารนโยบาย ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการกระทำใดๆ ที่อาศัยกลไกทางการบริหารมาทำให้นโยบายมีการปฏิบัติหรือดำเนินงานอย่างจริงจัง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งจะคล้ายกับความหมายของ เคอร์ (Kerr)

วรเดช จันทรศร (2539: 297) ได้ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการศึกษาเกี่ยวกับองค์การที่รับผิดชอบว่าสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งมวลปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ระบุไว้หรือไม่ แค่ไหน เพียงใด ความหมายดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการแสวงหาวิธีการและแนวทาง เพื่อปรับปรุงนโยบาย แผนงานและโครงการให้ดีขึ้นนั่นเอง โดยเน้นถึงสมรรถนะขององค์การในแต่ละด้านว่ามีมากน้อยเพียงใด ในการที่จะผลักดันให้นโยบายบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ หมายถึง การบริหารนโยบายที่ครอบคลุมถึงสมรรถนะขององค์การ พฤติกรรมขององค์การ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มบุคคล การใช้ทรัพยากรทางการบริหารทั้งมวล ตลอดจนความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ระบุไว้

ความสำคัญของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

ความสำคัญของบริบทในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ สามารถสรุปได้ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. 2549: 398-413) ดังนี้

1. การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการนโยบายตามทัศนะของดรอร์ (Dror) เพราะเป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งของขั้นตอนที่เกิดขึ้นภายหลังการกำหนดนโยบายแล้ว ซึ่งเป็นส่วนที่จะทำให้นโยบายดำเนินไปครบวงจร ไม่หยุดชะงัก

2. นโยบายสาธารณะใดก็ตาม ถึงแม้ว่าเราจะกำหนดไว้ดีตามหลักเหตุผล แต่ถ้าหากไม่มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายนั้นก็ไร้คุณค่า หรือเมื่อนำไปปฏิบัติแล้วล้มเหลว นอกจากจะเกิดความเสียหายต่อประชาชน ยังเกิดความเสียหายต่อประเทศชาติ และอาจส่งผลต่ออนาคตทางการเมืองของผู้กำหนดนโยบายอีกด้วย

3. เป็นกระบวนการแปลงนโยบาย ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างกว้างๆ หรือมีลักษณะเป็นนามธรรมของรัฐบาลให้มีลักษณะเป็นรูปธรรม โดยแปลงจากนโยบายให้เป็นแผนงาน (Program) และโครงการ (Project) ซึ่งจะง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ดังจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อไป

4. เป็นภารกิจที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งของฝ่ายข้าราชการประจำ ที่ฝ่ายการเมืองเป็นฝ่ายกำหนดนโยบาย และฝ่ายข้าราชการประจำเป็นฝ่ายนำนโยบายไปปฏิบัติ

5. เป็นหลักประกันที่สำคัญประการหนึ่งของฝ่ายการเมือง ที่แน่ใจว่านโยบายของตนจะได้รับการปฏิบัติจากฝ่ายข้าราชการประจำอย่างจริงจัง อันจะนำไปสู่ความสาเร็จตามวัตถุประสงค์

6. ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม ต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย ต่อกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง และต่อหน่วยปฏิบัติงานเพราะถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จ ผู้ตัดสินนโยบายหรือผู้กำหนดนโยบายก็จะได้รับการยอมรับและความศรัทธาจากประชาชน และอาจกลับเข้ามาดำรงตำแหน่งทางการเมืองอีกครั้งหนึ่ง ในขณะเดียวกันกลุ่มเป้าหมายที่ประสบปัญหาก็จะได้รับการแก้ไขปัญหาหรือการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตน และหน่วยปฏิบัติงานก็จะได้รับคำชมเชย ขวัญกำลังใจ ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

7. ถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ย่อมเกิดความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร ไม่เกิดความสูญเปล่าในด้านการลงทุน ทรัพยากรในที่นี้รวมถึงบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เวลา ฯลฯ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานทั้งหมด

8. การนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้านำนโยบายไปปฏิบัติตามแผนงาน โครงการพัฒนาต่างๆ ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายแล้ว ย่อมส่งผลให้ประชาชนอยู่ดีกินดี มีความสุข ในทางตรงข้ามถ้านำนโยบายไปปฏิบัติแล้วเกิดความล้มเหลว ย่อมหมายถึงการพัฒนาประเทศไม่เป็นไปตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายอย่างแน่นอน ปัญหาของประชาชนก็จะไม่ได้รับการแก้ไข สูญเสียทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นผู้มีหน้าที่ตัดสินใจนโยบายหรือกำหนดนโยบายควรตัดสินใจเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้สูง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม และหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติก็ต้องมีสมรรถนะองค์การสูงทุกด้าน เพื่อเป็นหลักประกันว่านโยบายที่นำไปปฏิบัตินั้นจะบรรลุผลสำเร็จอย่างแน่นอน

ที่มาของการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ นับว่าเป็นสาขาวิชาที่เพิ่งเกิดใหม่ ราวปีคริสต์ศักราช 1970 (Hill &Hupe. 2002 : 41) เมื่อเทียบกับการศึกษาด้านนโยบายอื่นๆ ซึ่งในอดีตจะพบว่ามุ่งเน้นไปที่การศึกษากระบวนการกำหนดนโยบาย (Policy Formulation Process) และการประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) เป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติกับไม่ค่อยได้รับความสนใจ เพราะนักวิชาการเห็นว่าหากกำหนดนโยบายมาอย่างเหมาะสมแล้ว การนำไปปฏิบัติก็ไม่น่าจะมีปัญหา แต่หลายๆ ครั้ง จะพบว่าแม้มีการยอมรับในเบื้องต้นว่าการกำหนดนโยบายนั้นดี หรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ แต่เมื่อนำไปปฏิบัติจริงกลับไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว โดยที่หาสาเหตุมิได้ จึงทำให้นโยบายดังกล่าวต้องล้มเลิกไปในที่สุด

ด้วยเหตุนี้นักวิชาการต่างๆ จึงได้หันมาสนใจศึกษาขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นสาขาวิชาที่เกิดขึ้นมาจากองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและการศึกษาเชิงประจักษ์ อย่างน้อย 2 สาขาวิชา คือ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ (Public Administration) และสาขาวิชาการวิเคราะห์ระบบ (Systems Approach) (วรเดช จันทรศร. 2548 : 32-33) โดยเป็นการศึกษาปัญหาพื้นฐานในกระบวนการของนโยบายสาธารณะที่แตกต่างจากปัญหาในการบริหารงานขององค์การขนาดใหญ่ทั่วไปโดยสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็นด้านกรอบการมองปัญหา หน่วยวิเคราะห์และการออกแบบกลยุทธ์ในการสร้างความสำเร็จให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้นการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจากอดีตถึงปัจจุบันจึงมักให้ความสนใจที่จะศึกษารวบรวมข้อมูลโดยละเอียด เกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการ ณ สถานที่ที่ปฏิบัติ และการศึกษามีขอบเขตกว้างขวาง ไม่ได้เน้นระเบียบวิธีศึกษาที่เข้มหรือวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) แต่มุ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์ (Interview Technique) มากกว่า ข้อมูลในส่วนที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ผ่านมามุ่งสนใจเฉพาะบางเรื่องมากกว่าการสร้างทฤษฎีการนำนโยบายไป

ปฏิบัติแบบเบ็ดเสร็จ จึงทำให้ขาดกรอบทฤษฎีที่เด่นหรือตัวแบบที่มีความสมบูรณ์เพียงพอในการสร้างความเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

เหตุผลที่ทำให้ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติถูกละเลย

เหตุผลสำคัญที่ทำให้การศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติถูกละเลยมาเป็นเวลานาน (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. 2549: 396) สรุปได้ดังนี้คือ

1. เกิดจากฐานคติที่ว่าขั้นตอนการนำโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้นเป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีเนื้อหาสาระและไม่มีคุณค่าควรแก่การสนใจของนักวิชาการมากนัก เพราะเป็นการขยายผลของขั้นตอนการกำหนดนโยบายเท่านั้น แต่โดยความเป็นจริงแล้ว ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับสาเหตุและเงื่อนไขต่างๆ มากมาย

2. เกี่ยวกับวิธีการศึกษาและการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน มีความซับซ้อน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการศึกษา การอธิบายและการจำแนกสาระสำคัญของขั้นตอนการนำไปปฏิบัติ ทำให้นักวิชาการไม่สนใจเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่กลับไปสนใจขั้นตอนการกำหนดนโยบายมากกว่า

3. การศึกษาขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้นเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา และทรัพยากรจำนวนมาก ตลอดจนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย การศึกษาเรื่องดังกล่าวจึงมิใช่เรื่องง่ายนัก จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีกรอบการศึกษาเพียงใด ใช้ตัวแปรอะไรมาศึกษา และจะวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างไร

ในภาพรวมจึงอาจสรุปได้ว่า การศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเท่าที่ผ่านมา มุ่งเน้นสนใจเฉพาะบางเรื่อง บางประเด็น มากกว่าการสร้างทฤษฎี หรือตัวแบบในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบเบ็ดเสร็จ จึงทำให้ไม่มีกรอบทฤษฎีที่เด่น หรือตัวแบบที่มีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะอธิบายถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

ต่อมา นักวิชาการจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหรือตัวแบบที่ใช้อธิบายความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้ผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติได้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น เพราะถ้าผู้นำนโยบายไปปฏิบัติขาดความเข้าใจขั้นตอนนี้อย่างถ่องแท้แล้ว อาจส่งผลต่อความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

องค์การและผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ เป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน ซึ่งครอบคลุมถึงองค์การและผู้เกี่ยวข้องต่างๆ องค์การและผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นล้วนแต่มีความคาดหวังและเป้าหมายที่แตกต่างกันไป แต่จำเป็นต้องเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน องค์การและผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นได้แก่ ฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการ ประชาชน หรือผู้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบาย (วรเดช จันทรศร. 2548: 45-50)

1. ฝ่ายการเมือง (Politics) หมายถึง ระบบรัฐสภา และคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีความสำคัญในการกำหนดขอบเขตของการนำนโยบายไปปฏิบัติของระบบราชการ การกำหนดขอบเขตอาจทำได้โดยการบัญญัติกฎหมาย หรือการกำหนดเป็นมติคณะรัฐมนตรี การออกกฎกระทรวง และระเบียบข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ นอกจากนั้นยังพิจารณาว่าหน่วยราชการใดมีสมรรถนะเพียงพอที่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้บ้าง และเมื่อนโยบายนั้นๆ ดำเนินไปชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้ว ฝ่ายการเมืองอาจจะเข้ามามีบทบาทในแง่ของการใช้อำนาจในการควบคุมเพื่อให้นโยบายนั้นมีผลในการปฏิบัติ และพิจารณาปรับปรุง

นโยบาย โดยพิจารณาว่านโยบายนั้นควรจะยุติ หรือควรได้รับการสนับสนุน หรือควรจะขยายผลต่อไป ในทางกลับกันหน่วยราชการที่รับผิดชอบก็จะพยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีกับฝ่ายการเมือง เพื่อให้เห็นว่าตนปฏิบัติตามนโยบายนั้นด้วยความเรียบร้อย มีความสำเร็จระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อแสวงหาผลประโยชน์และความสนับสนุนในการดำเนินงานต่อไป ซึ่งอาจเป็นในรูปของการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดิน หรือการสนับสนุนให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นต้น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ทั้งสองสถาบันนี้เป็นฝ่ายที่เริ่มกำหนดหรือเสนอนโยบาย พิจารณาเลือกหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสม และกำกับควบคุมติดตามผลการนำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่าลงมือปฏิบัติตามนโยบายโดยตรง

สำหรับในประเทศไทยฝ่ายการเมืองที่มีบทบาทมากที่สุด ได้แก่ คณะรัฐมนตรี ซึ่งรวมถึงนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีเจ้ากระทรวง ซึ่งนโยบายต่างๆ มักได้รับการริเริ่มโดยผ่านทางเจ้ากระทรวงไปสู่คณะรัฐมนตรี และถูกกำหนดเป็นมติคณะรัฐมนตรี อาทิ มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 19 พฤษภาคม 2546 เรื่องแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546-2550) หน่วยงานที่รับนโยบายนี้ไปปฏิบัติคือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ซึ่งมีผลทำให้มีการพัฒนาระบบราชการอย่างจริงจังและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน หรือตัวอย่างมติคณะรัฐมนตรีให้ยกเลิกโครงการจัดตั้งโรงพยาบาล และเครือข่ายคลินิกบริการในกรุงเทพมหานคร (สยามจดหมายเหตุ. 2545: 13-55) เมื่อมีมติคณะรัฐมนตรีแล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร ก็ต้องรับเอานโยบายนั้นไปปฏิบัติให้บรรลุผล ส่วนการควบคุมหรือกำกับดูแล ตลอดจนการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานมักจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ฝ่ายการเมืองมีบทบาทสำคัญมากในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายใดที่ได้รับความเห็นชอบ ดูแลเอาใจใส่และติดตามผลอย่างต่อเนื่องและจริงจัง หน่วยราชการต่างๆ ก็จะให้ความสนใจและจัดลำดับความสำคัญในการนำไปปฏิบัติมากเป็นพิเศษ และโอกาสที่การนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จก็จะมีมากขึ้น

2. ระบบราชการ (Bureaucracy) หมายถึง หน่วยงานของรัฐ อันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานเทียบเท่า ที่มีบทบาทหน้าที่คล้ายเป็นฟันเฟืองหรือกลไกที่จะเชื่อมประสานระหว่างสิ่งที่ฝ่ายการเมืองตัดสินใจกับการสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน จนมีคำกล่าวที่ว่า “ระบบราชการคือระบบรับใช้ประชาชน” จึงทำให้ระบบราชการสามารถสร้างบริการที่ไม่สามารถหาได้ในภาคธุรกิจที่มุ่งผลกำไรเป็นที่ตั้ง (วอมสลีย์, แกรี่ แอล. 2546: 123) ระบบราชการจึงเป็นระบบที่สำคัญในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ซึ่งโดยปกติสมรรถนะขององค์การหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีสมรรถนะมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับ โครงสร้างขององค์การต้องมีความแข็งแกร่ง มีจำนวนและคุณภาพของบุคลากรเพียงพอ มีงบประมาณสนับสนุนมากพอสมควร มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดี มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และสถานที่ทำเลที่ตั้งที่เหมาะสม ฯลฯ สำหรับระบบราชการโดยทั่วไป โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนามักจะมีโครงสร้างที่เป็นองค์การขนาดใหญ่ มีความสลับซับซ้อนสูง (Complexity) มีสายการบังคับบัญชายาว (Heirarchy) มีขั้นตอนในการบริหารงานมาก การให้บริการล่าช้า (Red Tape) การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ ประเทศไทยที่ผ่านมาก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน ดังคำกล่าวของนักวิชาการหลายท่าน อาทิ นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี กล่าวว่า “ระบบราชการไทยในอดีต เป็นระบบของการชอบควบคุม เป็นระบบของการเป็นนายคน แทนที่จะเป็นผู้ให้บริการประชาชน ระบบราชการมีไขมันมากเกินไป ต้องตัดไขมันออกให้เหลือแต่เนื้อจริงๆ โดยเฉพาะให้เหลือแต่เนื้อแดงๆได้ยิ่งดี...” (ประสาร มฤคพิทักษ์ และคนอื่นๆ. 2541 : 139) นอกจากนั้น ประเวศ วะสี (2546. ออน-ไลน์) ยังกล่าวว่า ระบบราชการไทยมีปัญหาหลายประการคือ 1) ความสัมพันธ์อันไม่สร้างสรรค์ระหว่างการเมืองกับระบบราชการ 2) การแต่งตั้งโยกย้ายโดยอำนาจเผด็จการ 3) ไม่เอาผลงานเป็นตัวตั้ง 4) เน้นสิทธิของข้าราชการเหนือสิทธิของชาติ 5) เป็นระบบที่ขาดสมอง 6) เป็นระบบแยกส่วนที่เอากรมเป็นตัวตั้ง 7) ขาดระบบประเมินผลที่เป็นอิสระ 8) มีพฤติกรรมที่

เป็นอัปมงคลในองค์การ ในขณะที่จีระ หงส์ลดารมภ์ กล่าวว่า “ระบบราชการไทยขณะนี้เรียกว่าอยู่ในห้องไอซียูเรียบร้อยแล้ว” ส่วนวิสุทธิ โพธิ์แท่น และนรนิติ เศรษฐบุตร ได้สรุปการสัมมนาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และการสัมมนาของอนุกรรมการพัฒนาโครงสร้างและตำแหน่งของคณะกรรมการว่า “ระบบราชการไทยในปัจจุบันใหญ่โตจนมีสภาพเทอะทะ อุ้ยอ้าย มีข้าราชการมากเกินความจำเป็น อีกทั้งยังติดยึดกฎระเบียบต่างๆ ทำให้เกิดการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลาง มีลักษณะการควบคุมตรวจสอบมากกว่าจะส่งเสริมสนับสนุนให้ได้บริการที่ดี” (รุ่ง แก้วแดง. 2538: 45-57) จากข้อความดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ระบบราชการไทยมีปัญหาในการบริหารมากหลายประการ รัฐบาลจึงได้มีนโยบายปฏิรูประบบการราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงานคุณภาพของการบริการประชาชน และความสุขของข้าราชการที่เป็นรูปธรรมในสมัยรัฐบาลทักษิณ 1 โดยพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร (2545: 6) นายกรัฐมนตรีได้กล่าวว่า “กลไกที่สำคัญในการแก้ปัญหาต่างๆ คือ ภาคราชการ ภาคราชการต้องปฏิรูปทั้งทัศนคติและค่านิยมของข้าราช ปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน ปฏิรูปกระบวนการทำงานและวัฒนธรรมในการทำงานใหม่ ปฏิรูปกฎหมาย และปฏิรูประบบงบประมาณให้ทันสมัยและทันเหตุการณ์” ซึ่งถ้าปฏิรูประบบราชการได้สำเร็จ การนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนก็จะทำได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แต่ถึงแม้จะมีปัญหาเพียงใดก็ตามระบบราชการก็ยังเป็นกลไกสำคัญในการเข้าไปมีส่วนกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะระบบราชการเป็นทั้งผู้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และป้อนข้อมูลต่างๆ ให้ฝ่ายการเมือง จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบราชการเข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบการเมืองอย่างเด่นชัด ทั้งนี้เนื่องจากฝ่ายการเมืองไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาระบบราชการมาก เพราะฝ่ายการเมืองเข้ามาดำรงตำแหน่งวาระเพียง 4 ปี เท่านั้น

ส่วนในขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น ระบบราชการก็ยังเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยตรง หรือกล่าวได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นภารกิจหลักของระบบราชการ เพราะระบบราชการเน้นการอำนวยการประชาชนหรือการบริการสาธารณะเป็นหลัก ปัญหาการขาดทุนหรือความไม่คุ้มทุนในบางนโยบายจึงไม่ใช่เป็นปัญหาที่นำไปสู่ความสิ้นสุด หรือจุดจบของหน่วยราชการเหมือนภาคเอกชน สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ นโยบายใดที่ต้องอาศัยความร่วมมือหรือการประสานงานกับหน่วยราชการหลายหน่วยงานแล้ว ถ้ามีการประสานงานกันดี ไม่ขัดแย้งกัน นโยบายนั้นมักจะมีแนวโน้มว่าจะประสบความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติ ยกตัวอย่าง การนำนโยบายปราบปรามยาเสพติดให้โทษแบบเข้มไปปฏิบัติ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์การต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข องค์การพัฒนาเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ซึ่งถ้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดการประสานงานกันและไม่ร่วมมือในการรับเอานโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างจริงจัง นโยบายนั้นก็อาจไม่สำเร็จหรือล้มเหลวได้ เนื่องจากทัศนภาพผลประโยชน์ และวัตถุประสงค์หลักของแต่ละหน่วยงานอาจแตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่า องค์การหรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ อาจเป็นหน่วยงานเดิมที่เคยปฏิบัติเกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นอยู่แล้ว หรือหน่วยงานใหม่ก็ได้ และต้องมีหน่วยงานอื่นสนับสนุนด้วย เช่น “นโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว” หน่วยงานที่รับผิดชอบนำนโยบายไปปฏิบัติโดยตรงคือกระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา ซึ่งเป็นกระทรวงที่ตั้งขึ้นมาใหม่ตามพระราชบัญญัติปฏิรูปกระทรวง พุทธศักราช 2544 และมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติอีก เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น

3. ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Bureaucrats) ถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความเกี่ยวข้องของข้าราชการในการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจแบ่งออกเป็นหลายระดับ เช่น ในฐานะผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง ผู้บริหารระดับต้น และผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ต่างก็มีวัตถุประสงค์ (Goals) ค่านิยม (Values) แรงจูงใจ (Incentives)

และพฤติกรรมที่แตกต่างกันในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานจะมีความสำคัญมากในการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งเปรียบเสมือนกับเป็น “หัวรถจักรหรือหัวเรือใหญ่ที่จะนำขบวนรถไฟไปสู่จุดหมายปลายทางได้สำเร็จ” ส่วนผู้ปฏิบัติก็เปรียบเสมือนกับขบวนรถไฟที่จะขับเคลื่อนตามทิศทางของหัวรถจักร ดังนั้นผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีภาวะผู้นำ (Leadership) และรู้จักใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม อาทิ กล้าตัดสินใจ ให้แรงจูงใจเชิงบวก สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงาน สร้างความผูกพันและการยอมรับ เน้นการทำงานเป็นทีม ดังที่ ดไวท์ ดี ไอเซนฮาวร์ อดีตประธานาธิบดีของสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวไว้ว่า “ผู้นำ (Leader) คือ ผู้ที่สามารถโน้มนำให้ผู้อื่นเต็มอกเต็มใจกระทำในสิ่งที่ผู้นำนั้นต้องการ โดยความเต็มอกเต็มใจนั้นมาจากการที่ผู้อื่นเหล่านั้นมีความต้องการที่จะกระทำในสิ่งนั้นๆ ด้วยเช่นกัน” (วีรวุธ มาฆะศิรานนท์. 2541 : 89) ซึ่งถ้าผู้บริหารมีภาวะผู้นำในยุคใหม่ คือ เป็นทั้งผู้นำฉลาดคิด (Creative Leader) ผู้นำฉลาดทำ (Effective Leader) แล้ว โอกาสของนโยบายที่นำไปปฏิบัติย่อมบรรลุผลสำเร็จสูง

ส่วนผู้ปฏิบัติงานระดับล่างหรือข้าราชการระดับล่าง (Street – Level Bureaucrats) หรือ อาจเรียกว่า พวกแนวหน้า (Front – Line Implementators) ถือว่าเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนและโครงการ เป็นผู้แปลหรือตีความนโยบายมาเป็นแนวทางปฏิบัติงานด้วยตนเอง ตลอดจนเป็นตัวแทนในการกระจายอำนาจและกระจายทรัพยากรไปยังประชาชนและผู้รับบริการ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภูมิภาคและชนบทหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนในชุมชน เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาภัยแล้ง ปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหาขาดที่ดินทำกิน ฯลฯ ทั้งนี้เพราะข้าราชการระดับล่างเป็นผู้ตีความกฎหรือระเบียบ ข้อบังคับ หรือแนวทางปฏิบัติของนโยบายโดยตนเอง ถ้านโยบายนั้นขาดความชัดเจนหรือมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของตน ก็จะทำให้ข้าราชการระดับล่างเหล่านั้นอาจไม่ยอมรับนโยบายไปปฏิบัติได้ หรือตีความนโยบายนั้นเสียใหม่หรือบางครั้งอาจบิดเบือนข้อมูลต่อประชาชนได้ นอกจากนั้นข้าราชการระดับล่างยังเป็นผู้ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบายโดยตรง ถ้าผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมีความจริงใจและจริงจัง ในการปฏิบัติงานและให้บริการแก่ประชาชนด้วยจิตสำนึกของการเป็นข้าราชการที่ดี หรือที่เรียกว่า “บริการด้วยใจ” (Service Mind) การนำนโยบาย / แผนงาน /โครงการไปปฏิบัติย่อมบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์แน่นอน ดังนั้นในปัจจุบันหน่วยราชการต่างๆ จึงหันมาสนใจและให้ความสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมากขึ้น เพราะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างมาก ดังในช่วงคริสต์ศักราช 1990 ซอค (Sorg.1983 : 391-406) ได้นำแนวคิดของ แวน มีเตอร์และแวน ฮอร์น มาศึกษาลักษณะขององค์การและข้าราชการที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยได้แบ่งพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. พวกตั้งใจทำตามและทำตามสำเร็จ (Intentional Compliance) เป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของการนำนโยบายไปปฏิบัติทุกประเภท ซึ่งผู้ปฏิบัติงานระดับล่างต้องมีความรู้ มีความสามารถ มีทรัพยากรในการบริหารที่เพียงพอ ไม่มีอุปสรรคต่อต้านจากสภาวะแวดล้อมในและภายนอก รับนโยบายไปปฏิบัติแล้วตั้งใจทำจนบรรลุผลสำเร็จ

2. พวกตั้งใจทำตาม แต่ทำตามไม่สำเร็จ (Intentional Non-Compliance) พฤติกรรมประเภทนี้อาจเกิดจากผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย หรือแผนงานโครงการจึงทำให้เกิด “พฤติกรรมที่ทำขาด” (Deficient) หรือบางครั้งก็มีลักษณะ “พฤติกรรมที่ทำเกิน” (Excessive) พฤติกรรมทั้งสองประเภทนี้แก้ไขได้โดย ต้องมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของนโยบายให้ชัดเจน มีคู่มือการปฏิบัติงานให้ มีการอบรมสัมมนา มีที่ปรึกษา มีการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ก็สามารถทำให้นโยบายนั้นบรรลุผลสำเร็จได้

3. พวกตั้งใจจะไม่ทำตามและไม่ทำตามสำเร็จ หรือพวกที่ตั้งใจจะหลีกหนี และหลีกหนีสำเร็จ (Unintentional Non-Compliance) พฤติกรรมประเภทนี้มีหลายแบบ เช่น พวกที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบาย ต้องการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของนโยบาย ตั้งใจไม่ทำตามกฎระเบียบ หรือแสวงหาผลประโยชน์แก่พรรคพวกตน เตะถ่วงงานให้ล่าช้า พวกทำงานแบบผักชีโรยหน้า หรือพวกที่ตั้งใจไม่ทำตามนโยบายและผลักภาระให้ผู้อื่นปฏิบัติหน้าที่แทนตน ซึ่งทำให้นโยบายนั้นไม่บรรลุผลสำเร็จ

พฤติกรรมประเภทนี้อาจแก้ไขให้ลดลงได้ (วรเดช จันทรศร. 2548: 67) โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้คือ

3.1 สื่อสารให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมารับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ โดยการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ จัดการสัมมนา หรือทำประชาพิจารณ์ และควรมีระบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) ในองค์การ

3.2 แจ้งข้อมูลให้ผู้ที่สมควรได้รับประโยชน์ในองค์การได้รับทราบถึงสิทธิที่ตนควรได้รับ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานยอมรับและเต็มใจปฏิบัติตามนโยบายอย่างจริงจัง

3.3 ใช้สื่อสารมวลชนและองค์การสาธารณะประโยชน์เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดสรรผลประโยชน์และตรวจสอบถ่วงดุล

3.4 เตรียมสนับสนุนทรัพยากรในการบริหารให้เพียงพอ เช่น งบประมาณ บุคลากรวัสดุอุปกรณ์

3.5 กำหนดมาตรการลงโทษที่มีความเป็นธรรมและเสมอภาค เพื่อป้องกันพวกที่มีพฤติกรรมทุจริตและประพฤติมิชอบ

3.6 สรรหาบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และมีความซื่อสัตย์สุจริต เข้ามาปฏิบัติงานในองค์การ เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะตั้งใจทำตามนโยบาย และนโยบายจะได้บรรลุผลสำเร็จง่าย

3.7 จัดอบรมสัมมนา เพื่อรับทราบความคิดเห็น สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม ก่อนที่จะร่วมดำเนินโครงการ

4. พวกตั้งใจไม่ทำตามแต่ไม่สำเร็จ หรือพวกคิดจะไม่ทำตามนโยบายแต่ทำไม่สำเร็จ หรือตั้งใจจะหลีกหนีแต่หลีกหนีไม่สำเร็จ (Unintentional Compliance) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายแต่ทำไม่สำเร็จ ซึ่งอาจเป็นเพราะหน่วยงานมีระบบการควบคุมตรวจสอบที่เข้มงวดและป้องกันพฤติกรรมประเภทนี้ เช่น นโยบายจัดเก็บภาษีอากรของกรมสรรพากร หากมีระบบตรวจสอบผู้หลีกเลี่ยงได้เป็นอย่างดี ประชาชนบางส่วนแม้จะพยายามหลีกเลี่ยงไม่เสียภาษีอากร หรือเสียแต่แจ้งข้อมูลเท็จก็จะถูกตรวจสอบและลงโทษได้

ในปัจจุบัน การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เพิ่มความสนใจมาที่พฤติกรรมของข้าราชการระดับล่างมากขึ้น เพราะถือว่าเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติมาก เพราะเป็นผู้ปฏิบัติที่อยู่ใกล้จุดที่สัมผัสกับปัญหามากที่สุด ดังนั้นบทบาทของข้าราชการในการนำนโยบายไปปฏิบัติในทัศนะของอุทัย เลาหวิเชียร (2549: 262-265) มีดังนี้

1. ข้าราชการประจำต้องสำนึกเสมอว่าข้าราชการการเมืองเป็นตัวแทนของประชาชน เป็นผู้นำเอาความต้องการของประชาชนมากำหนดเป็นนโยบาย และควบคุมนโยบายเหล่านั้นให้บรรลุผล ดังนั้นข้าราชการประจำไม่ควรขัดกับข้าราชการการเมือง ถึงแม้ข้าราชการการเมืองอาจไม่มีความรู้ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับกระทรวงที่รับผิดชอบก็ตาม แต่ข้าราชการประจำระดับสูงสุดคือปลัดกระทรวงก็ต้องทำหน้าที่กำชับให้ข้าราชการระดับต่างๆ ขับเคลื่อนนโยบาย หากข้าราชการประจำเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง การนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมสำเร็จได้ง่าย

2. ข้าราชการประจำต้องมีหน้าที่ปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของฝ่ายการเมือง โดยการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน และต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ความรู้ด้านรัฐประศาสนศาสตร์

และความรู้ด้านการบริหารการพัฒนา ความรู้ทั้งสามด้านนี้เป็นความรู้ที่จำเป็น หากข้าราชการขาดความรู้ด้านใดด้านหนึ่ง อาจส่งผลต่อการบรรลุผลสำเร็จของนโยบายได้

3. ข้าราชการประจำจะต้องมีความรู้ทางการบริหารที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งการบริหารแผน บริหารคน บริหารงบประมาณ เพราะอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งของข้าราชการไทยก็คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

นอกจากนั้นข้าราชการในยุคใหม่จะต้องคำนึงถึงบทบาทหน้าที่อย่างมีศักดิ์ศรี มุ่งประโยชน์ต่อประชาชน มีมโนธรรม สุจริต มีจิตใจพร้อมบริการประชาชน (Citizen - focused) ปฏิบัติงานในเชิงรุก ไม่ทำงานในลักษณะเชิงรับแต่อย่างเดียว มีส่วนร่วมในการสร้างกฎระเบียบเกี่ยวกับนโยบาย รักษาความเป็นอิสระและความเป็นกลางในการปฏิบัติตามนโยบาย มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความรู้ “Knowledge Worker” (ทักษิณ ชินวัตร. 2545: 4) ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก สามารถทำงานเป็นทีมได้ดี มุ่งเน้นผลงานเป็นหลัก การทำงานยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี หรือหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) อันได้แก่ การปฏิบัติงานที่ยึดหลักนิติธรรม คุณธรรม ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และความคุ้มค่า ตลอดจนมีการวัดผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ นอกจากนั้นในอนาคตข้าราชการไทยต้องมีความเป็นมืออาชีพ โดยยึดหลัก 4 ป (ปรีดิยาธร เทวกุล. 2550: 18-20) คือ

1. ป ประหยัด ข้าราชการต้องมีความประหยัด ดำรงชีพอยู่ด้วยความพอเพียง ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันในการทุจริตและประพฤติมิชอบ

2. ป โปร่งใส ข้าราชการต้องมีการปฏิบัติงานด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ป้องกันมิให้นักการเมืองมาบีบบังคับให้ทำอะไรที่ไม่โปร่งใส

3. ป เป็นธรรม ถ้าข้าราชการมีความเป็นธรรม ประชาชนจะรู้สึกว่าพึ่งได้ ถ้าผู้บังคับใช้กฎหมายเป็นธรรม ประชาชนก็จะนอนตาหลับ การที่ข้าราชการจะมีความโปร่งใสและความเป็นธรรมได้นั้น พื้นฐานสำคัญที่สุดคือคุณธรรมในใจข้าราชการ

4. ป ประสิทธิภาพ ข้าราชการต้องปฏิบัติงานและบริการประชาชนให้มีประสิทธิภาพรวดเร็ว มีมิตรภาพ และประชาชนเกิดความพึงพอใจ จึงจะถูกเรียกว่าข้าราชการมืออาชีพ คำว่าข้าราชการมืออาชีพ ต้องมีคุณลักษณะ 2 อย่างในคนเดียวกัน คือ 1) รู้จริงในเรื่องนั้นๆ 2) ทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้

ส่วนทิพาวดี เมฆสวรรค์ (2550: 20-21) กล่าวว่าระบบราชการเป็นระบบที่มีคุณค่า ข้าราชการทุกคนสามารถปฏิบัติตนดังนี้ 1) ให้การรับราชการมีความเป็นมืออาชีพ 2) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถดำรงชีพได้อย่างพอเพียง 3) ข้าราชการมีมโนสุจริตและมีสมรรถนะ ความสามารถในการให้บริการประชาชนตามแนวทางที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทาน “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา” คือข้าราชการจะต้องสามารถเป็นที่พึ่งและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน เพราะงานทั้งหมดของราชการ เป็นการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชน

นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

นโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะนโยบายทางด้านประชากรประเทศไทยที่รัฐบาลได้กำหนดขึ้นในปี พ.ศ.2513 ไม่ได้ให้ความสนใจทางด้านผู้สูงอายุแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะประเทศไทยในช่วงระยะเวลาก่อนหน้าและขณะนั้นประสบกับปัญหาทางด้านอัตราการเพิ่มของประชากร อันเนื่องมาจากการมีอัตราการเกิดที่สูงพร้อมๆ กันกับการลดลงของอัตราการตาย ส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูง โดยเฉลี่ยอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 3.3 ต่อปี ซึ่งอัตราการเพิ่มของประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัว ภายในเวลาประมาณ 20 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นหรือรวดเร็วมาก รวดเร็วเกินกว่าที่ระบบเศรษฐกิจและสังคมของไทยในขณะนั้นจะสามารถปรับตัวหรือพัฒนาไปในทิศทางและ

ระดับที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมหรือยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิตของประชากรไทยได้ ดังนั้นนโยบายทางด้านประชากรของประเทศที่กำหนดขึ้นในขณะนั้นจึงมุ่งไปที่หรือถูกนำไปแปลงเป็นกลยุทธ์หรือมาตรการทางด้านการลดอัตราการเพิ่มของประชากรไทย โดยผ่านโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ มีการผสมผสานงานวางแผนครอบครัวกับงานด้านบริหารสุขภาพอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยผ่านเครือข่ายสถานบริการสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกระดับ นอกจากนี้องค์กรเอกชนก็ยังมีส่วนร่วมในการเผยแพร่งานวางแผนครอบครัวให้เป็นที่รู้จักแพร่หลาย โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก สามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และทำให้ประชากรไทยเริ่มมีความชรา (Population Aging) แต่นโยบายประชากรของไทยในขณะนั้นก็ยังไม่ได้ให้ความสนใจในผู้สูงอายุแต่อย่างใด กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้รับความสนใจตามนโยบายประชากรของประเทศไทยในขณะนั้นอยู่ที่ 2 กลุ่มหลัก คือ แม่และเด็ก ทั้งนี้เพราะสองกลุ่มนี้ นอกจากจะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดแล้วยังเป็นกลุ่มที่มีผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการเพิ่มของประชากร แม่และเด็กจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ในนโยบายของประเทศ โครงการพัฒนาทางด้านคุณภาพของประชากรในขณะนั้น หลังจากที่ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายประชากรจนกระทั่งปี พ.ศ.2530 ได้เน้นไปที่การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก งบประมาณทางด้านบริการสาธารณสุขของรัฐส่วนใหญ่ จึงมุ่งไปที่งานอนามัยแม่ละเด็ก (Maternal and Child Health) ทางตรงหรือทางอ้อม โดยผ่านแผนงานหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับความอยู่รอดของเด็ก (Child Survival Scheme) เช่น งานโภชนาการ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานสุขาภิบาลและน้ำดื่มที่สะอาด งานดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด เป็นต้น

นโยบายประชากรของประเทศในอดีตไม่ได้ให้ความสนใจกลุ่มผู้สูงอายุแต่อย่างใด ผู้สูงอายุได้รับความสนใจน้อยมากจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ก่อนหน้าปี พ.ศ.2530 นโยบายและบริการต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน และมีความสำคัญเป็นอันดับรอง เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสตรี เด็ก และกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นต้น ประชากรผู้สูงอายุเพิ่งได้รับความสนใจจากรัฐบาลไทยในปี พ.ศ.2525 ทั้งนี้โดยแรงกระตุ้นและเป็นผลสืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2521 ในที่ประชุมสมัชชาโลก ได้มีการรณรงค์ชักชวนให้ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วยร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อกำหนดนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นประเทศไทยโดยอาศัยมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2525 จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรก คณะกรรมการชุดนี้ได้ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำ “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544” ขึ้น ในแผนนี้ได้กล่าวถึง ปัญหาของผู้สูงอายุ กำหนดนโยบายมาตรการทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการศึกษาเรื่องความมั่นคงของรายได้ สังคม วัฒนธรรม และสวัสดิการสังคมอย่างกว้างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนโยบายและมาตรการที่กำหนดไว้ในแผนนี้ก็ไม่ได้มีการนำไปแปลงเป็นแผนงานที่จะดำเนินการอย่างจริงจัง จนกระทั่งมาถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้รวมกับนโยบายในด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเน้นให้ผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งหรือถูกทอดทิ้งได้รับสวัสดิการและบริการสังคมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ส่วนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจะต้องพัฒนาโดย

1. จัดสวัสดิการ เพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตลอดจนลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับพาหนะเดินทางทุกประเภท และบริการสาธารณสุขต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนทั้งในเมืองและชนบทในรูปแบบที่เหมาะสม

2. ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ และเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาให้สิ่งจูงใจแก่บุตรหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน

3. สนับสนุนให้องค์กรเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรกุศลสาธารณะ องค์กรศาสนา และชุมชน เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ พร้อมทั้งกำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแล และส่งเสริมหน่วยงานภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ให้มีการดำเนินงานและจัดบริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ

เมื่อวิเคราะห์นโยบายทางด้านผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 แล้ว จะเห็นว่า แผนฯ ทั้งสองเน้นไปที่นโยบายทางด้านสวัสดิการสังคมและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โดยมุ่งให้ครอบครัวและเครือญาติเป็นหน่วยหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ เช่น การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย รัฐก็จะเข้าไปช่วยเหลือโดยการกำหนดเป็นนโยบายว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า สาระสำคัญของนโยบายทางด้านสุขภาพอนามัยซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนแล้วในนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525-2544)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และอัญเชิญ “หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนสู่สังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีระบบคุ้มครองทางสังคมที่สร้างหลักประกันแก่คนไทยทุกช่วงวัยตลอดจนเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชนขับเคลื่อนให้เกิดการมีส่วนร่วม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีทิศทางการพัฒนาที่ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นการพัฒนาที่ยึดทางสายกลาง ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล มีความรอบรู้เท่าทันโลก ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการดำเนินวิถีชีวิตของคนไทยและพื้นฐานการพัฒนาในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม เพื่อสร้างสังคมที่ดี คือสังคมที่เอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน ไม่ทอดทิ้งกัน เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน มีเป้าหมายให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี เสริมสร้างความรู้ความเหมาะสมของคนทุกกลุ่มวัย มุ่งเสริมสร้างคนไทยให้มีสุขภาวะที่ดีควบคู่กับการเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีสันติสุข โดยนำวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 คือ การมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพที่ดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีแนวคิดที่มีความต่อเนื่องจากแนวคิดของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8-10 ยังคงยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และ “คนเป็นศูนย์กลาง

ของการพัฒนา” รวมทั้ง “สร้างสมดุลการพัฒนา” ในทุกมิติ และขับเคลื่อนให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกระดับ เพื่อให้การพัฒนาและบริหารประเทศเป็นไปบนทางสายกลาง เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาอย่างบูรณาการ ทั้งคน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง โดยมีการวิเคราะห์อย่าง “มีเหตุผล” และใช้หลัก “ความพอประมาณ” ให้เกิดความสมดุลระหว่างมิติทางวัตถุกับจิตใจของคนในชาติ ความสมดุลระหว่างความสามารถในการพึ่งตนเองกับการแข่งขันในเวทีโลก ความสมดุลระหว่างสังคมชนบทกับเมือง เตรียม “ระบบภูมิคุ้มกัน” ด้วยการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เพียงพอพร้อมรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในประเทศ ซึ่งมีการนำแนวทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 มาจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ที่มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยกำหนดเป้าประสงค์ไว้ดังนี้

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีศักยภาพ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทย และมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้

2. มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอ ทันการณ์ และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

5. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักทางด้านการนำนโยบายทางด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุไปจัดทำแผนงานและโครงการต่างๆ รองรับ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระทรวงที่รับผิดชอบในเรื่อง การให้บริการด้านสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ โดยผ่านระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสถานพยาบาลในสังกัด นโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าเริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2530 และได้มีการนำมาปฏิบัติในปี พ.ศ.2535 โดยเริ่มในจังหวัดที่พร้อมก่อน แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

กฎหมายและข้อบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 มีสาระที่สำคัญดังนี้

(1) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

(2) ให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน

(3) มาตรา 11 กำหนดให้ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยข้อที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ คือ (1) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ

(4) การออกประกาศและระเบียบของกระทรวง/กรม/คณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือออกตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2548 เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ.2548 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3

และมาตรา 11 (1) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และข้อ 2 แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ.2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

(1.1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

(1.2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2529-2544) เป็นการตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการที่ได้จากการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 1 (The First World Assembly on Ageing) ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ใน พ.ศ.2525 และประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ.2529 และได้จัดทำแผนระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2529-2544

3. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนดมาตรการต่างๆ พร้อมทั้งดัชนีและเป้าหมายของแต่ละมาตรการ รวมทั้งระยะเวลาที่เป้าหมายนั้นควรสัมฤทธิผล โดยมีลักษณะเป็นแผนรวมของชาติ และให้แต่ละหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินี้ และแผนนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ 5 ประการ คือ

(1) การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

(2) การส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

(3) สร้างระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

(4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

(5) การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ภาครัฐได้ดำเนินการให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีระบบการดูแลผู้สูงอายุและการส่งต่อ โดยโรงพยาบาลหรือสถานบริการดังกล่าวต้องจัดบริการทางสุขภาพ และการส่งต่ออย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งโรงพยาบาล และสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนโรงพยาบาล และสถานพยาบาล รวมทั้งสิ้น 10,657 แห่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

โรงพยาบาลและสถานพยาบาลดังกล่าว ล้วนเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย “โครงการ 2555 ลดโรค เพิ่มสุข สาธารณสุขเทิดไท้องค์ราชันกลุ่มผู้สูงอายุ” โดยประกาศกระทรวงได้กำหนดประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้คือ

1. จัดให้มีบริการการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

2. มีบริการ 1669 ฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล

3. จัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิว

4. จัดให้มีหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นนโยบายให้สถานพยาบาลทุกแห่งสังกัดภาครัฐนำไปปฏิบัติดังนี้

1. ปรับโครงสร้าง สถานที่ ให้เหมาะสมกับการบริการผู้สูงอายุ ปรับตำแหน่งจุดบริการต่างๆ ให้สะดวก แสดงจุดบริการพิเศษแก่ผู้สูงอายุให้เห็นได้ชัดเจน ได้แก่

1.1 ทางลาด

1.2 ที่จอดรถ

1.3 ห้องน้ำ

1.4 ป้ายแสดงจุดบริการผู้สูงอายุ

2. จัดบริการ 70 ปีไม่มีคิว และช่องทางด่วนพิเศษแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 เป็นการจัดบริการที่ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่รวดเร็วในสถานบริการสาธารณสุข

2.2 ผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะได้รับการบริการพิเศษ ภายใต้โครงการนี้

2.3 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ยังได้รับสิทธิเช่นเดิมที่เคยปฏิบัติ

2.4 ผู้ป่วยสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จะได้รับการบริการพิเศษ ดังนี้

2.4.1 ห้องบัตร (Green Channel)

2.4.2 ห้องยา (Green Channel)

2.4.3 ห้องตรวจโรค ซึ่งการจัดบริการที่ห้องตรวจโรคควรจัดให้มีบริการพิเศษแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกเฉพาะโรคที่ได้มีการนัดปกติ อาจจัดให้มีการนัดผ่านโทรศัพท์ หรือ Internet โดยจัดให้ได้รับสิทธิพิเศษให้นัดเป็นลำดับแรก กรณีผู้ป่วยสูงอายุไม่มีนัดที่มาใช้บริการที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล จะได้รับการบริการช่องทางด่วนพิเศษที่คลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการพิเศษผู้สูงอายุเพื่อให้การตรวจรักษาโรคหรือตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

2.5 ผู้ป่วยสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จะได้รับการบริการ ดังนี้

2.5.1 ห้องตรวจเลือด ให้ Priority พิเศษ ขึ้นกับสถานการณ์

2.5.2 ห้องฉายรังสี ให้ Priority พิเศษ ขึ้นกับสถานการณ์

2.5.3 ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้ Priority พิเศษ ขึ้นกับสถานการณ์

2.5.4 ห้องสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ ของโรงพยาบาลให้ Priority พิเศษ ขึ้นกับสถานการณ์

3. หน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลต้องจัดการบริการหน่วยบริการพิเศษผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินงานดังนี้

3.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล

3.2 ให้คำปรึกษาในประเด็นสุขภาพแก่ชมรมผู้สูงอายุและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล

3.3 ให้บริการตรวจประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment) ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และศักยภาพของโรงพยาบาล

3.4 ใน รพศ. รพท. และ รพช. ที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ให้การตรวจรักษาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ การมีภาวะสับสน มีประวัติการหกล้ม การมีผิวหนังถลอก ฉีกขาด เป็นแผล ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้พยายามผลักดันให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 มาตรการข้อ 4.7 ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 โดยให้เป็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการของกรมการแพทย์ และกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุว่า ภายในคลินิกผู้สูงอายุจะต้องมีกิจกรรม ดังนี้

1. มีบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
2. มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ” มีสถานที่เพื่อดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับทราบ
3. จำนวนวันที่ให้บริการอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์
4. จัดให้มีบริการทางการแพทย์ โดยใช้หลัก Geriatric Medicine มีการประเมินสุขภาพ/คัดกรอง (Geriatric Assessment) ได้แก่ BMI, Nutrition, ADL, Fall, Incontinence, Dementia, Insomnia ฯลฯ ตามปัญหาท้องถิ่น อย่างน้อย 1 แบบประเมิน และดำเนินการดังนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ
   - 4.1 การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ/และหรือ Case Management
   - 4.2 Coordination one stop service management
   - 4.3 การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การบำบัดรักษา
5. มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ด้าน เช่น (เฉพาะ รพศ./รพท.)
   - โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
   - อัตราการตาย 5 อันดันแรก
   - ข้อมูลจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
   - ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
   - ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
   - ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกทันตกรรม
   - ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการด้านสาธารณสุข
6. มีคลินิกพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุตามที่แต่ละโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญ (เฉพาะรพศ./รพท.) เช่น
   - Geriatric Dental Clinic เช่น ฟันเทียม รากฟันเทียม
   - Memory Geriatric Clinic
   - Orthopedics Geriatric Clinic
   - Urology Geriatric Clinic
   - Geriatric Rehabilitation Clinic

4. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.2540 หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานของรัฐ มาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ และมาตรา 284 ได้กำหนดให้ตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 โดยได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ รวมถึงสามารถจัดบริการสุขภาพและดำเนินการอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาวะให้แก่ประชาชนและชุมชน ซึ่งตามแนวทางการกระจายอำนาจนี้ ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับงบประมาณจากภาครัฐมากขึ้นและมีแนวโน้มที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น

5. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 รัฐบาลได้ประกาศและดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้ออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 และพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดให้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็นอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ พบว่า ได้ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น โดยในปี 2539 ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 69 ต่อมาภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในปี 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 98.8 ของประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่ร้อยละ 97 ของผู้สูงอายุมีหลักประกันประเภทใดประเภทหนึ่ง (ข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) โดยร้อยละ 74 มีบัตรทอง (UC) ร้อยละ 21 มีสิทธิสวัสดิการที่หน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2 มีสิทธิสวัสดิการอื่นๆ และร้อยละ 3 ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพใดๆ สิทธิประโยชน์ที่กำหนดในหลักประกันสุขภาพครอบคลุมบริการค่อนข้างกว้างขวาง ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ชันสูตร อุบัติเหตุฉุกเฉิน ฟื้นฟูสภาพ ยาและเวชภัณฑ์ และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น โดยภาพรวมสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัวนั้นค่อนข้างคล้ายคลึงกันมากในด้านการรักษาพยาบาล

นโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ.2540 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มต้นใช้แผนฯ 8 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่ชัดเจนที่จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ซึ่งรวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ นโยบายนี้จะเห็นได้ว่าเป็นวิวัฒนาการหรือพัฒนาไปจากการกำหนดนโยบายที่เน้นเฉพาะกลุ่มสตรี เด็ก และกลุ่มวัยทำงาน เมื่อวิเคราะห์ไปให้ถ่องแท้จะเห็นว่า เป็นการยอมรับและตระหนักในความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสัดส่วนและจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งสำคัญ กล่าวคือ เปลี่ยนจากประชากรกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ

ในการกำหนดและจัดทำนโยบายผู้สูงอายุนั้น สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระบวนการการกำหนดนโยบาย สำนักนโยบายและแผนจะร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการนำเอาข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากแหล่งต่างๆ เช่น จากสถิติการให้บริการ จากรายงานความเจ็บป่วยของสถานบริการต่างๆ จากการสำรวจเรื่องสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่รับผิดชอบทางด้านการสำรวจและวิจัย รวมทั้งจากผลงานวิจัยต่างๆ ในอดีต ตัวแทนหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายจะมาร่วมประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย แล้วให้สำนักนโยบายและแผนไปสรุป เพื่อวิเคราะห์ทบทวนหาข้อสรุปจนกว่าจะได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน เมื่อได้ข้อสรุปเชิงนโยบายแล้วก็จะเสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้อนุมัติกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลต่อไป

ในอดีตที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อประกาศออกมาเป็นนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุต่างๆ กันดังนี้คือ

พ.ศ.2535 รัฐบาลสมัยนายชวน หลีกภัย ได้กำหนดให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และให้มีการดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

พ.ศ.2538 รัฐบาลสมัยนายบรรหาร ศิลปอาชา กำหนดให้สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข

พ.ศ.2539 รัฐบาลสมัยพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ กำหนดให้สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้สูงอายุ ให้ได้รับการรักษาพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

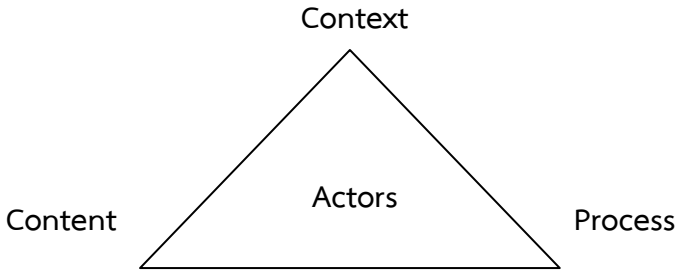
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดโดยกระบวนการตามที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อนำเสนอผ่านคณะรัฐมนตรีแล้วก็จะแปลงเปลี่ยนเป็นนโยบายของรัฐบาล ที่จะมีผลทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลต่อไป นโยบายของรัฐบาลต่างๆ ที่มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปแปลงเป็นแผนงานนั้น จะมีปลัดกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบในการมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขนำไปจัดทำแผนงานและโครงการต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุตามที่ได้กำหนดไว้ กระบวนการในการกำหนดนโยบายที่กล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่า นโยบายทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขเป็นนโยบายที่วางอยู่บนพื้นฐานของการมุ่งแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

กระบวนการดำเนินนโยบายทางสุขภาพ

นโยบายมีความหมายครอบคลุมถึง การแสดงออกถึงจุดมุ่งหมาย การตัดสินใจ กระบวนการกระทำกฎหมาย ระเบียบ คำแนะนำอย่างเป็นทางการ หรือแนวปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบร่วมกัน คือ นโยบายไม่ได้เป็นเพียงความตั้งใจ แต่เกี่ยวข้องถึงข้อตกลงร่วมกันในการทำงาน ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยตั้งใจ ที่มีผลต่อระบบสาธารณสุข (Barker 1996, Walt 1994)

Walt และ Gilson (1994) ได้เสนอตัวแบบของการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ ประกอบไปด้วย 4 มิติ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนานโยบายและการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ได้แก่

Content คือ เนื้อหาที่นโยบายระบุไว้
Context คือ บริบท หรือภาวะแวดล้อม
Process คือ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย
Actors คือ บุคคล หรือกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย
ซึ่งมีความสัมพันธ์กันตามแผนภาพ



การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation)

การแปลงแผนสู่การปฏิบัติเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากในช่วงปี 1970 โดยแบ่งเป็น 2 กระบวนการ ได้แก่ Top-down และ bottom-up การศึกษานี้สนใจที่กระบวนการ top-down เป็นหลัก

Hogwood และ Gunn 1984 ได้เสนอโครงร่างของการแปลงแผนสู่การปฏิบัติที่สมบูรณ์แบบไว้ แม้ว่าความสมบูรณ์แบบไม่อาจเกิดขึ้นได้จริง แต่โครงร่างนี้ก็เป็นแบบแผนที่จะช่วยให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์ โครงร่างที่กล่าวถึงได้แก่

1. สถานการณ์ภายนอกของผู้แปลงแผนสู่การปฏิบัติไม่มีข้อจำกัดจนทำงานไม่ได้

2. มีเวลาและทรัพยากรเพียงพอที่จะทำตามโครงการ

3. ไม่มีข้อจำกัดของทรัพยากรในแต่ละขั้นของกระบวนการ และมีการประสานทรัพยากรในแต่ละขั้นตอน

4. ตัวนโยบายมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นเหตุเป็นผล

5. เหตุและผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และมีจุดเชื่อมที่อาจเป็นอุปสรรคน้อย

6. ความสำเร็จของผู้แปลงแผนสู่การปฏิบัติไม่ควรขึ้นอยู่กับหน่วยอื่นๆ แต่ถ้ามี ควรจะมีความพึ่งพิงกับหน่วยอื่นน้อยในแง่จำนวนและความสำคัญ

7. มีความเข้าใจ และข้อตกลงตรงกันในจุดมุ่งหมายของนโยบาย และตรงกันตลอดกระบวนการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ

8. จุดมุ่งหมายที่เห็นตรงกันนั้นสามารถระบุได้ชัดเจน ในแง่รายละเอียด ลำดับและความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง

9. มีการสื่อสารและการร่วมมือที่ดีในทุกส่วนของกระบวนการ

10. ผู้ที่มีอำนาจควบคุมสามารถเรียกร้องและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากส่วนอื่นๆ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาข้อเสนอเกี่ยวกับการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของนโยบายด้านผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวทางในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร

ข้อมูลที่ต้องการศึกษา แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง รวม 119 แห่ง

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก) ประชากรที่จะศึกษา แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย “การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ที่มีการจัดบริการผู้สูงอายุ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายเรื่อง การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุมาสู่การปฏิบัติ

กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผน งานส่งเสริมสุขภาพ และงานเวชกรรมสังคม หรือบุคลากรอื่นที่ได้รับมอบหมายให้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการดังกล่าว

กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยงานระดับพื้นที่ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

การสุ่มตัวอย่างประชากร

เชิงปริมาณ เลือกประชากรอย่างเฉพาะเจาะจง คือ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง รวม 119 แห่ง

เชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก) เลือกสุ่มตัวอย่างประชากรด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคของแต่ละเขตของกระทรวงสาธารณสุขได้ 4 จังหวัด และสุ่มเลือกหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป ของแต่ละจังหวัด และเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงในหน่วยบริการสังกัดกรมกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เชิงปริมาณ จะส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย (โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.) ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง รวม 119 แห่ง

เชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก) คัดเลือกหน่วยบริการที่ทำการศึกษา ดังนี้

1. เลือกหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีการปฏิบัติงานตามนโยบาย จากเขตตรวจราชการ 12 เขต ได้ผลลัพธ์ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป 1 แห่ง
2. เลือกโรงพยาบาลที่มีการปฏิบัติงานตามนโยบายของโรงพยาบาลแต่ละระดับที่ได้จากข้อ 1 ได้ผลลัพธ์ คือ

โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

3. เลือกหน่วยบริการที่มีการปฏิบัติงานตามนโยบายของกรมกรมการแพทย์ ที่มีการจัดบริการผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ

1. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน
2. โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก) คือ

1. ผู้กำหนดนโยบาย “การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้าผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
2. ผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป
3. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
4. ผู้สูงอายุที่มารับบริการของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. นโยบายที่นำมาพิจารณา คือ นโยบายเรื่อง การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป
2. หน่วยงานที่ศึกษา คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่รับนโยบายดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติ ได้แก่

2.1 โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.3 โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาทบทวนบทความที่เกี่ยวข้อง กำหนดข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาที่กำหนดข้อคำถามในแบบสอบถาม

3. นำแบบสอบถามเชิงปริมาณ มาปรับปรุง และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แล้วทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85

4. นำแบบสอบถามมาปรับปรุง และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องของคำถามในแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ จำนวน 1 ชุด เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ (แบบสัมภาษณ์เชิงลึก) จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 116 แห่ง รวมทั้งสิ้น 119 แห่ง

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation) จากผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขในระดับกระทรวง จังหวัด อำเภอ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยงานที่ได้รับคัดเลือก

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้รับการตอบกลับจากการส่งแบบสอบถามไปที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึก และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะประชุมทีมวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเขียนเป็นบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว ได้สร้างแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท คือ

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามตัวชี้วัดของ

กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อความถูกต้องของเนื้อหาที่กำหนดข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แล้วทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85 ก่อนนำมาใช้จริง

2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ (แบบสัมภาษณ์เชิงลึก) โดยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา หลังจากทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกและตรวจสอบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Method) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างเวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหาที่แตกต่างกันว่า ถ้าหากเวลาต่างกันข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ต่างสถานที่กันเหมือนกันหรือไม่ และหากบุคคลเปลี่ยนไป ข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ หากได้ข้อมูลเหมือนกัน แสดงว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้

2. การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อมูลการสัมภาษณ์และการสังเกต พร้อมทั้งการศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ผู้ศึกษาจะเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันก็น่าเชื่อถือว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดย

1. เชิงปริมาณ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป

2. เชิงคุณภาพ ประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จาการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อตีความ เรียบเรียง และสร้างข้อสรุป

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษานโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข โดยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต สามารถนำเสนอข้อมูลได้เป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ตอนที่ 2 ผลกระทบจากนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 3 ลักษณะการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 4 อาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ
ตอนที่ 5 ลักษณะการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 6 ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
ตอนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 8 ความต้องการด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
ตอนที่ 9 กระบวนการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ที่ให้ข้อมูลในการสำรวจเกี่ยวกับนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.54, โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.95, โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 44.07 และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.86 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	3	3.37
โรงพยาบาลศูนย์	20	22.47
โรงพยาบาลทั่วไป	52	58.43
โรงพยาบาลชุมชน	14	15.73
รวม	**89**	**100**

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556

จำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes)	ผู้ป่วยนอก			
	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
	(ครั้ง)	(ครั้ง)	(ครั้ง)	(ครั้ง)
1. Delirium (ICD code R41)	5	111	456	35
2. Falls (ICD code W00-W19)	1,353①	7,391②	4,451	2,175②
3. Sleep disorder (ICD code F51.0)	28	2,062③	15,465③	592③
4. Dizziness (ICD code R42)	1,006②	16,730①	50,474①	10,961①
5. Syncope (ICD code R55)	69	820	22,069②	235
6. Pressure ulcers (ICD code L89)	188③	659	1,609	279
7. Incontinence (ICD code N39.3, N39.4)	8	213	941	28
8. Instability (ICD code M23.52)	-	13	603	2
9. Immobility (ICD code M62.3)	75	39	69	0
10. Intellectual impairment (ICD code G31.84)	-	896	86	0
11. Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46)	18	128	282	42
รวม	**2,750**	**29,062**	**96,505**	**14,349**

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556 มีจำนวนครั้งของการมารับบริการ (ตารางที่ 2) ดังนี้

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Falls (ICD code W00-W19) เป็นอันดับ 1 จำนวน 1,353 ครั้ง, อันดับ 2 Dizziness (ICD code R42) จำนวน 1,006 ครั้ง และอันดับ 3 Pressure ulcers (ICD code L89) จำนวน 188 ครั้ง

โรงพยาบาลศูนย์ พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Dizziness (ICD code R42) เป็นอันดับ 1 จำนวน 16,730 ครั้ง, อันดับ 2 Falls (ICD code W00-W19) จำนวน 7,391 ครั้ง และอันดับ 3 Sleep disorder (ICD code F51.0) จำนวน 2,062 ครั้ง

โรงพยาบาลทั่วไป พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Dizziness (ICD code R42) เป็นอันดับ 1 จำนวน 50,474 ครั้ง, อันดับ 2 Syncope (ICD code R55) จำนวน 22,069 ครั้ง และอันดับ 3 Sleep disorder (ICD code F51.0) จำนวน 15,465 ครั้ง

โรงพยาบาลชุมชน พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Dizziness (ICD code R42) เป็นอันดับ 1 จำนวน 10,961 ครั้ง, อันดับ 2 Falls (ICD code W00-W19) จำนวน 2,175 ครั้ง และอันดับ 3 Sleep disorder (ICD code F51.0) จำนวน 592 ครั้ง

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งของการมารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556

จำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการ	ผู้ป่วยใน			
	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง
1. Delirium (ICD code R41)	-	189	349	27
2. Falls (ICD code W00-W19)	173②	4,028①	1,773	426①
3. Sleep disorder (ICD code F51.0)	-	10	5,837①	10
4. Dizziness (ICD code R42)	20	611	695	414②
5. Syncope (ICD code R55)	20	361	2,218②	89
6. Pressure ulcers (ICD code L89)	142③	928③	1,307	170③
7. Incontinence (ICD code N39.3, N39.4)	4	16	131	0
8. Instability (ICD code M23.52)	1	18	2	0
9. Immobility (ICD code M62.3)	7	11	42	0
10. Intellectual impairment (ICD code G31.84)	1	41	38	0
11. Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46)	262①	1,079②	1,465③	81
รวม	**630**	**7,292**	**13,857**	**1,217**

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556 มีจำนวนครั้งของการมารับบริการ (ตารางที่ 3) ดังนี้

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46) เป็นอันดับ 1 จำนวน 262 ครั้ง, อันดับ 2 Falls (ICD code W00-W19) จำนวน 173 ครั้ง และอันดับ 3 Pressure ulcers (ICD code L89) จำนวน 142 ครั้ง

โรงพยาบาลศูนย์ พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Falls (ICD code W00-W19) เป็นอันดับ 1 จำนวน 4,028 ครั้ง, อันดับ 2 Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46) จำนวน 1,079 ครั้ง และอันดับ 3 Pressure ulcers (ICD code L89) จำนวน 928 ครั้ง

โรงพยาบาลทั่วไป พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Sleep disorder (ICD code F51.0) เป็นอันดับ 1 จำนวน 5,837 ครั้ง, อันดับ 2 Syncope (ICD code R55) จำนวน 2,218 ครั้ง และอันดับ 3 Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46) จำนวน 1,465 ครั้ง

โรงพยาบาลชุมชน พบผู้สูงอายุมารับบริการด้วย Falls (ICD code W00-W19) เป็นอันดับ 1 จำนวน 426 ครั้ง, อันดับ 2 Dizziness (ICD code R42) จำนวน 414 ครั้ง และอันดับ 3 Pressure ulcers (ICD code L89) จำนวน 170 ครั้ง

<u>ตอนที่ 2</u> ผลกระทบจากนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

1. การรับทราบนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการประกาศตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ส่วนใหญ่หน่วยงานมีการรับทราบข้อมูลได้ครบถ้วน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ร้อยละการรับทราบการประกาศนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข

	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไม่ทราบ				
ทราบ	100	100	98.11	100
ไม่ตอบ			1.89	

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน รับทราบนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป ทราบการประกาศนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 98.11 และไม่ตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 1.89 (ตารางที่ 4)

2. การจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล

ก่อนรับทราบ ตัวชี้วัดระดับกระทรวงตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จากการสำรวจพบว่า มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งได้ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ที่ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว ก่อนรับทราบนโยบายตัวชี้วัด

	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์		โรงพยาบาลศูนย์		โรงพยาบาลทั่วไป		โรงพยาบาลชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบ	0	0	0	0	1	1.92	1	7.14
ไม่มี	2	66.67	4	20	12	23.08	6	42.86
มี	1	33.33	16	80	39	75	7	50
รวม	**3**	**100**	**20**	**100**	**52**	**100**	**14**	**100**

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 33.33) ไม่มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 66.67) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว จำนวน 16 แห่ง (ร้อยละ 80) ไม่มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 20) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 52 แห่ง มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว จำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 75) ไม่มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 23.08) และไม่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.92) และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้ว จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 50) ไม่มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 42.86) และไม่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 7.14)

โรงพยาบาลที่ได้มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่แล้วก่อนประกาศนโยบาย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นเรื่องการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุที่มีอยู่ก่อนไว้ในแนวเดียวกัน คือ มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่มีพื้นที่ให้บริการเฉพาะที่เป็นสัดส่วน มีการประเมินตามแบบประเมินผู้สูงอายุ ให้บริการอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ มีแพทย์ออกตรวจ ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ โดยได้แสดงความเห็นไว้ดังนี้

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

"มีคลินิกผู้สูงอายุ แต่ภายหลังมีการซ่อมอาคารผู้ป่วยนอก หยุดไปประมาณ 3 ปี"

โรงพยาบาลศูนย์

"ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ปี 2549 จัดให้มีผู้รับผิดชอบ ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลที่จบโททางด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน เปิดทุกวันจันทร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยสหสาขาวิชาชีพ กำหนดคุณสมบัติผู้เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เน้นกลุ่ม Geriatric syndromes กำหนดการประเมิน เน้น CGA (Comprehensive geriatric assessment)"

"ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจเวชปฏิบัติครอบครัว โดยใช้แบบฟอร์มคัดกรองสุขภาพครบวงจร มีสหสาขาวิชาชีพร่วมคัดกรองด้วย เปิดบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง"

"มีในลักษณะของผู้ป่วยที่มีความสมัครใจที่จะตรวจกับอาจารย์แพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลคลินิกผู้สูงอายุ แต่ไม่ใช่เป็นผู้ป่วยที่มาจากการคัดกรองตามแบบประเมินผู้สูงอายุ"

"มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โดยให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจัดพื้นที่ให้บริการเฉพาะ เพื่อความปลอดภัยและสะดวกของผู้ป่วยในการรับบริการ วันจันทร์ให้บริการผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง วันอังคารให้บริการผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี"

"ดำเนินการคลินิกพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ ชื่อ "คลินิกพิเศษสูงวัย" โดยมีแพทย์ประจำคลินิก คลินิกเฉพาะทางของ OPD แต่ละสาขา"

"เดิมมีการให้บริการผู้สูงอายุตามหน่วยต่างๆ ตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย แต่ยังไม่มีคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาล ยังไม่มีความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ แต่ปัจจัยตั้งต้นหรือต้นทุนคือ มีนโยบายชัดเจนจากผู้บริหาร มีผู้รับผิดชอบ มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หลังจากการรับทราบนโยบายแล้ว"

"ผู้สูงอายุตรวจห้องตรวจแยกแต่ละแผนกตามปัญหา"

"ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้มารับบริการที่ OPD และ IPD พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลมหาราชฯ ข้อมูลผู้สูงอายุในปี 2554 เพิ่มจากปี 2553 ร้อยละ 20 และข้อมูล 6 เดือนแรกในปี 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 28 ในกลุ่มผู้ป่วย OPD ของโรงพยาบาลมหาราชฯ"

"มีแต่ได้ปิดตัวลง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะโรค ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ประกอบกับปัญหาด้านการจัดสถานที่และภาระงานของบุคลากร"

"ติดป้าย 70 ปีไม่มีคิว ป้ายคลินิกผู้สูงอายุ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จากห้องตรวจ PCU ของโรงพยาบาลนครพิงค์"

"เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคาร เวลา 8.00-12.00 น. ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาหลายด้าน มีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีปัญหาในกลุ่มอาการ Geriatric syndromes"

"แต่งตั้งคณะกรรมการ เปิดคลินิกผู้สูงอายุ ปี 2552 ให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จัดตารางออกตรวจทุกวันจันทร์เช้า มีแพทย์ออกตรวจจากแพทย์เวชกรรม อายุรกรรมทั่วไป รวม 3 ท่าน การคัดเลือกผู้สูงอายุ โดยกำหนดอายุ 70 ปีขึ้นไป อยู่ในเขตอำเภอเมือง เป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีเจ้าของไข้ มีการประเมินตามแบบประเมินผู้สูงอายุ ทุกรายใหม่"

“ป้ายคลินิกทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-16.00 น. ป้ายที่จอดรถผู้พิการผู้สูงอายุ ทางลาดห้องน้ำสิ่งแวดล้อม ติดป้าย 70 ปีไม่มีคิว ที่ห้องตรวจต่างๆ ตามลำดับความสำคัญของโรคและพิจารณาแต่ละโรค การให้บริการพิจารณาตามลำดับความสำคัญของโรค การบริการผู้ป่วยในตามสภาพของคนไข้, โรค”

“ดำเนินการตรวจรักษาผู้สูงอายุ เป็นศูนย์ประสานการดำเนินงานด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในเครือข่าย ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมของโรงพยาบาล”

“มีป้ายคลินิก แยกห้องตรวจผู้สูงอายุ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการคัดกรองภาวะสุขภาพ 1 วันต่อสัปดาห์ มีชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ มาทำกิจกรรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกวันพฤหัสบดี ให้ความรู้และวัคซีนป้องกันโรค ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยพยาบาลทุกวันพุธ และมีแพทย์ออกตรวจ 1 ครั้งต่อเดือน ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ”

“มีห้องตรวจแยกเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุ ที่ OPD โดยใช้ห้องตรวจเด็ก ตรวจทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-15.30 น. ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ออกตรวจเดือนละ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน”

“มีระบบการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (1) มีระบบทางด่วน 60 ปีขึ้นไป และ 80 ปีขึ้นไป มีคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี คัดกรองโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคอ้วน ภาวการณ์สูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีคลินิกพิเศษ ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย”

“จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ปรับทางเดิน ห้องน้ำให้มีราวจับ พื้นที่ต่างระดับเห็นชัดเจน ทางลาดชันเพิ่มมากขึ้น”

โรงพยาบาลทั่วไป

“ตรวจคัดกรองและปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ส่งต่อมาจากคลินิกเบาหวาน เยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน คลินิกให้บริการในวันพุธ เวลา 13.00-15.30 น.”

“ใช้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ระบบที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ) ใช้ระบบการตรวจในห้อง GP และใช้ระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง”

“เคยมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เริ่มเปิดคลินิก กรกฎาคม 2548 ในวันศุกร์ 8.00-12.00 น. โดยการคัดกรองผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินผู้สูงอายุจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ออกแบบการประเมินภาวะสุขภาพ โดยคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกและเข้าตรวจกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต่อมามีการค้นหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ตลาดนัดสุขภาพ คัดกรองผู้สูงอายุมาตรวจในคลินิกผู้สูงอายุ ต่อมาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวย้าย คลินิกผู้สูงอายุ จึงปิดเมื่อเมษายน 2550 ขณะนี้เริ่มมีการดำเนินการจัดคลินิกอีกครั้ง เริ่ม 30 พฤษภาคม 2556 (เขียนโครงการ)”

“เคยมีมานาน ต่อเนื่องมาก แต่ประมาณ 2-3 ปีก่อน งดเนื่องจากไม่มีแพทย์ (เดิม แพทย์เวชกรรมทำต่อมาเสียชีวิต) จึงหยุดไปในการทำคลินิก แต่พยาบาลยังมีการดูแลแบบไม่เป็นทางการต่อเนื่อง”

“ให้บริการแทรกอยู่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่เป็นเอกเทศ รับนโยบายให้บริการทางด่วนในผู้ป่วย 70 ปีไม่มีคิว มีห้องน้ำผู้สูงอายุ มีทางลาดให้ผู้สูงอายุและผู้พิการ”

“มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป แยกตรวจห้องตรวจที่ระบุไว้ ถ้ามีโรคเฉพาะทางก็ส่งไปตามโรคเฉพาะทาง และทำตามนโยบาย 70 ปีไม่มีคิว”

“มีแต่ขาดความต่อเนื่อง ให้บริการที่ OPD ทุกวันศุกร์ (ที่เป็นวันทำการ) การเก็บตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุม ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักประจำคลินิก เก็บตัวชี้วัดตามของกระทรวงเดิม”

“เมื่อ 17 กรกฎาคม 2552 เริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูทั้ง 5 ด้านตามนโยบาย และให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง ศุกร์ที่ 3 ของเดือน เป็นเวลานาน 3 ปี ใช้

สถานที่ห้องประชุมแพทย์โรงพยาบาลแม่สอด (ปี 2552-2554) ปี 2555-2556 ใช้สถานที่ที่ PCU แม่สอด มีขบวนการตรวจรักษาให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์งานคลินิก ประสานโดยให้ อสม. ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนมาร่วมกิจกรรม ตามความสมัครใจ เพื่อความเข้าใจตรงกันแนบเอกสาร แผ่นพับ บัตรเชิญ"

"เนื่องจากเป็น APN สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ดูแลคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ในคลินิกความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ"

"บูรณาการร่วมกับคลินิกอายุรกรรม ไม่ได้แยกการบริการเป็นคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน"

"มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในวันอังคาร โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เข้ามาในห้องให้คำปรึกษา และติดตามภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการส่งต่อทีมสหสาขาเมื่อมีปัญหาภาวะสุขภาพ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งด้านโรคเรื้อรัง โภชนการ ฯลฯ"

"จัดตั้งคลินิกเฉพาะให้บริการผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุในการดูแล 53 คน โดยบริการตรวจทุกวัน จันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.30-11.30 น."

"การให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อายุ 70 ปีขึ้นไป ตรวจก่อนทุกแผนก"

"มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ"

"ปรับปรุงสถานที่ เพื่อรองรับผู้พิการ และผู้สูงอายุ มีผู้รับผิดชอบงาน และดำเนินงานโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ ตรวจประเมินภาวะสุขภาพขั้นพื้นฐาน ให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ"

"ตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประเมินปัญหา Geriatric syndromes โดยใช้แบบฟอร์มเก่า โดยรับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก วันศุกร์บ่าย"

"ตรวจคัดกรองสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันอังคาร เวลา 8.30-12.00 น. โดยคัดกรอง Dementia, ADL, IADL, Fall, Incontinence, Depression, Malnutrition ถ้าพบความเสี่ยง หรือพบความผิดปกติ ให้บริการส่งต่อตามแผนกต่อไป ให้ความรู้รายบุคคลในเรื่องสุขภาพ และโรคต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่พบความผิดปกติ"

"มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่เป็น One stop service มีผู้ที่เข้ารับบริการมีปริมาณน้อย สาเหตุเพราะผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีคนพามา ไม่เห็นความสำคัญในการตรวจสุขภาพ ต่อมาเมื่อมีนโยบายให้ประเมินผู้สูงอายุที่มีโรคและไม่มีโรคประจำตัว ทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น โดยเปิดบริการตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2555 ถึงปัจจุบัน มีมารับบริการ 175 ราย"

"จัดบริการแก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ได้นัดกับคลินิกอื่นๆ ในวันนั้น ตรวจผู้ป่วยทุกโรค สถานที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก แยกเป็นห้องตรวจเฉพาะผู้สูงอายุ ในวันศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม ประเมินสุขภาพทั่วไป บุหรี่ สุรา"

"มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการ ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยเปิดทำการ 1 วันต่อสัปดาห์ มีแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่หลักในการดำเนินงานในคลินิก มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุ มีสถานที่ที่ดำเนินงานชัดเจน มีการให้บริการโดยการประเมินสุขภาพ/คัดกรอง ได้แก่ BMI, Fall, ADL, Nutrition, Dementia (MMSE Thai 2002), Incontinence, Depress และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายๆ มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู และรวบรวมข้อมูล"

"จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ทุกวันอังคาร (เวลา 8.00-12.00 น.)"

"มีศูนย์ให้คำแนะนำผู้สูงอายุ มีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ตั้งแต่หน่วยคัดกรอง ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ห้อง Lab ห้องจ่ายยา"

"เชิงรุก: ผ่าน cup/รพสต.-เวชกรรม และท้องถิ่น-อสม. ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย สันทนาการ และการเยี่ยมฟื้นฟูคนไข้ติดบ้าน การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ เชิงรับ: การจัดระบบ fast tract ให้

ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเป็น fast channel โดย label ให้ส่วนเกี่ยวข้องทราบ และปฏิบัติ มีสำนักงานและผู้รับผิดชอบ (แพทย์ พยาบาล)"

"จัดบริการตรวจผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ไม่มีคิว ตามช่องทางพิเศษ คัดเลือกผู้สูงอายุรายใหม่ ที่ยังไม่เคยพบแพทย์เลย ยังไม่มีการประเมิน/คัดกรอง แบบ Geriatric Assessment แพทย์ผู้ให้บริการ เป็นอายุรแพทย์ เมื่อพบปัญหาจะนำส่งผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาต่อไป"

"มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2553 แต่ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง ขาดการดำเนินงานประมาณ 2 ปี แต่ในปี 2555 มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งจบปริญญาโทผู้สูงอายุได้มาดำเนินการประเมินผู้สูงอายุตามแบบฟอร์มเดิม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ไม่สม่ำเสมอ เพราะไม่ใช่พยาบาลที่อยู่ OPD"

"นัดตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน เจาะเลือด แจ้งผลถ้าปกติ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ผิดปกติให้คำปรึกษาและส่งพบแพทย์ ติดตามเยี่ยมและทุกรายส่งตรวจฟัน สุขภาพช่องปาก ให้บริการ 2 ครั้งต่อเดือน"

"ดำเนินการตั้งแต่ปี 2552 เริ่มเปิดให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (> 60 ปี) ในวันอาทิตย์ มีแพทย์ พยาบาล มีบริการแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด รองรับในวันถัดไป ต่อมาปี 2556 เพิ่มวันให้บริการเป็น 2 วัน (ศุกร์ อาทิตย์)"

"ไม่ทราบว่าทำอย่างไร เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบ เกษียณอายุราชการก่อนกำหนด โดยไม่ได้รับการถ่ายทอดงาน"

"คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพัทลุง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2548 เป็นลักษณะผสมผสานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่แยกคลินิก รวมกับคลินิกพิเศษ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ปี 2551 โรงพยาบาลพัทลุงร่วมเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในโครงการสานรักผู้สูงวัยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แยกคลินิกและตั้งชื่อว่า หน่วยบริการสานรักผู้สูงวัย ปี 2552 – 2555 ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามกิจกรรม Long term care ของกรมอนามัย ตัวชี้วัด 1 อำเภอ 1 คลินิก (ปี 2552 - 2554 ผสมผสานคลินิก แยกคลินิกชัดเจน ปี 2555 เป็นต้นมา)"

"มีแต่ทางด่วน Green channel สำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางตรวจประจำ จึงไม่ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแยกต่างหาก ผู้ป่วยสูงอายุจะสามารถพบแพทย์เฉพาะทางได้เลย"

"มีแค่ตรวจรักษา รับยากลับบ้าน แยกห้องตรวจผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปให้ ยังไม่ได้จัดกิจกรรมคัดกรองสมองเสื่อม หรืออื่นๆ"

"จัดบริการเป็นรูปแบบกึ่งชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน มีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ พบปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงโรค ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ"

"คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อรักษาผู้สูงอายุ ค้นหาโรค และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับชมรมผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุ สนับสนุนจิตอาสาในคลินิก (กลุ่มผู้สูงอายุ)"

"เปิดให้บริการคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุ คัดกรองเบื้องต้น"

"เปิดให้บริการสัปดาห์ละครั้ง โดยคัดกรองผู้รับบริการที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ไม่ได้อยู่ในคลินิกโรคเรื้อรัง และสมัครใจเข้าคลินิกหลังจากทราบข้อตกลง มีการประเมินภาวะสุขภาพต่างๆ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การขับถ่ายปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ADL ซึมเศร้า แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) แบบประเมินภาวะโภชนาการ"

"มีห้องตรวจผู้สูงอายุ screen ในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ"

“มีตรวจรวมกับผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป”

“ดำเนินการเป็นรูปแบบบูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น เช่น DM, HT, โรคกระดูกและข้อ โดยให้ใช้สิทธิ์ 70 ปีไม่มีคิว และในรูปแบบจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับชมรมผู้สูงอายุ”

“เคยมีเมื่อปี 2552 แต่ดำเนินการได้ 6 เดือน แล้วไปเน้น Long term care ในเครือข่าย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ในการดำเนินงานประสานมีเพียง 1 คน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการ ทุกวันอังคาร (8.30 - 12.00 น.) ขั้นตอนดังนี้ (1) ให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาทิ ประเมินโรคสมองเสื่อมด้วยตนเอง ฝึกขมิบ ฤาษีดัดตน (2) คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (สมัครใจ) ระหว่างรอพบแพทย์หรือรอรับยากลับบ้าน โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพของกรมการแพทย์ และเพิ่มคัดกรอง Fall, Depression, Incontinence, MMSE-Thai 2002, สุขภาพช่องปากและฟัน และทดสอบสมรรถภาพกาย ตามแนวทางของกองออกกำลังกาย กรมอนามัย (3) ให้คำปรึกษาราย case พร้อมผู้ดูแล (4) ผิดปกติส่ง consult และดูแลติดตาม F/U ให้ อาทิ ทำฟันปลอม ใส่เครื่องช่วยฟัง จัดหาไม้เท้า สิทธิรักษา”

โรงพยาบาลชุมชน

“คัดกรองตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่มาพบแพทย์และไม่มีโรคประจำตัว ให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพ”

“มีผู้รับผิดชอบงาน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน”

“มีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ ที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาตามนัด โดยให้บริการคัดกรองสุขภาพและการรักษา โดยมีการคัดกรอง ADL, Depression, Fall รวมถึงให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง เช่น การป้องกันการท้องผูก เปิดให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง”

“มีช่องทางพิเศษให้ผู้สูงอายุได้ตรวจและรับยาอย่างรวดเร็ว แยกสีบัตรคิวเฉพาะให้ มีทางลาด ราวจับ มีห้องน้ำสำหรับรถเข็น”

“ดำเนินการด้านคลินิกผู้สูงอายุ โดยทำเป็น บริการช่องทางด่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการซักประวัติและวัดความดัน และส่งตรวจกับแพทย์ทั่วไปโดยไม่ต้องรอคิว ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 8.00 - 12.00 น. และสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ไม่มีคิว ที่ได้รับการซักประวัติและวัดความดัน ส่งพบแพทย์ได้ทุกวัน”

“มีคลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์เช้า โดยคัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes และได้ให้คำแนะนำ Individual และเมื่อครบปีวิเคราะห์ข้อมูลว่า กลุ่มไหนมีประชากรป่วยหรือมีอาการมากที่สุด ก็มาจัดกิจกรรมคุณภาพต่อไป สถานที่ใช้ของ OPD ซึ่งไม่มีการแยกสัดส่วนที่ชัดเจนเนื่องจากไม่มีสถานที่”

“มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ทางลาด และราวจับที่ได้มาตรฐาน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ มีการคัดกรองผู้สูงอายุ และแยกคิวผู้สูงอายุไว้จากคิวปกติ ให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง”

หลังรับทราบ ตัวชี้วัดระดับกระทรวงตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จากการสำรวจพบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ หลังรับทราบนโยบายตัวชี้วัด

	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์		โรงพยาบาลศูนย์		โรงพยาบาลทั่วไป		โรงพยาบาลชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบ	0	0	0	0	2	3.85	1	7.14
ไม่มี	0	0	3	15	1	1.92	1	7.14
มี	3	100	17	85	49	94.23	12	85.71
รวม	**3**	**100**	**20**	**100**	**52**	**100**	**14**	**100**

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง หลังรับทราบตัวชี้วัดการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 100) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 85) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 52 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 49 แห่ง (ร้อยละ 94.23) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.92) และไม่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 3.85) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 85.71) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 7.14) และไม่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 7.14)

สิ่งที่เกิดขึ้นหลังการประกาศนโยบายให้โรงพยาบาลแต่ละระดับรับทราบ พบว่า เกิดการกระตุ้นทำให้โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่มีการดำเนินการไปแล้วและกำลังดำเนินการ หรือรอการดำเนินการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดมีแนวโน้มไปทางเดียวกัน โดยได้แสดงความเห็นไว้ดังนี้

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

- ด้านนโยบาย

“ประชุมหาแนวทางการจัดตั้ง การดำเนินงานตามนโยบาย วางแผนจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลราชวิถี”

- ด้านรูปแบบการบริการ

“จัดทำแฟ้มและเก็บข้อมูล ประเมินผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ตามแนวทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”

“เริ่มดำเนินการให้ชัดเจนในคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่การคัดกรอง ระบบการเข้ารับบริการ และระหว่างการให้บริการ ตลอดจนระบบการประสานงานกับแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรมระบบประสาท ให้สะดวกรวดเร็วและเหมาะสม”

โรงพยาบาลศูนย์

- ด้านนโยบาย

“อยู่ระหว่างดำเนินการเรื่องบุคลากร สถานที่ เพื่อเปิดคลินิกผู้สูงอายุเมื่อมีความพร้อม”

“ประชุมทีมคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล) เพื่อเสนอต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมบริหาร แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานใหม่ ปรับปรุงแบบประเมินให้สอดคล้องกับทางสถาบันฯ กำหนด วางแผนพัฒนาคลินิกความจำ (Subspeciatist clinic)”

“ประชุมคณะกรรมการขยายรูปแบบการดำเนินงาน Geriatric assessment ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มารับบริการในแต่ละห้องตรวจ พัฒนารูปแบบและบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุมาตรฐานในทุกสาขาที่มีผู้สูงอายุมารับบริการ”

“เป็นนโยบายที่ฝ่ายบริหารให้ความสำคัญมากขึ้น”

“ประชุมเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบนโยบาย และจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อเตรียมเปิดดำเนินงานให้เร็วที่สุด”

“ส่งพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุเข้ารับการอบรม และรับทราบนโยบายจากสถาบัน จัดตั้งคลินิกตามตัวชี้วัดของสถาบัน ดำเนินงานปรับรูปแบบใหม่ ประเมินและส่งต่อทีมสหสาขา”

“จัดประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการประกอบด้วย กลุ่มอำนวยการ และกลุ่มปฏิบัติการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 1 วันต่อสัปดาห์”

- ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

“การปรับปรุงสถานที่ เช่น ทางลาด ห้องน้ำ ราวจับ ที่จอดรถ คลินิกผู้สูงอายุ ป้าย 70 ปีไม่มีคิวทุกห้องตรวจ ห้องบัตร ห้องยา และอื่นๆ ประทับตรา 70 ปีไม่มีคิวที่บัตรบันทึกการตรวจผู้รับบริการและใบสั่งยา มีคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุ”

“จัดให้มีสถานที่เป็นสัดส่วน มีป้ายเขียนบอก “ศูนย์บริการผู้สูงอายุ” มอบให้มีผู้จัดการประสานงานเป็นพยาบาลดูแลคลินิก และส่งเข้าอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ รวบรวมทีมทำงานประชาสัมพันธ์ ให้หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลรับทราบ จัดอบรมให้แก่บุคลากร เปิดรับผู้ป่วยให้การดูแล และคัดกรองภาวะต่างๆ ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นตามปัญหา ประสานผู้เชี่ยวชาญสหสาขา”

“ปรับปรุงสถานที่ในหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน มีคณะกรรมการจากสหสาขาวิชาชีพ มีการคัดกรองตามแบบฟอร์มคู่มือมาตราฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปรับการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุตามข้อบ่งชี้ (คู่มือ) มีการสรุปการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง สำรวจความพึงพอใจ”

- ด้านรูปแบบการบริการ

“มีเจ้าหน้าที่และป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายคลินิกผู้สูงอายุ และการให้บริการ เปิดคลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ และอังคาร สัปดาห์ที่ 1, 4 ของทุกเดือน จัดสิ่งแวดล้อม ป้ายที่จอดรถ ทางลาด ราวเกาะ ห้องน้ำผู้สูงอายุ พิเศษ 70 ปีไม่มีคิว แผนกผู้ป่วยนอกทุกห้องตรวจ”

“จัดให้มีการตรวจรักษาคลินิกผู้สูงอายุทุกวันอังคาร โดยมีสถานที่บริการเฉพาะที่หน้าห้องฉุกเฉิน และมีทีมให้บริการเฉพาะเป็นสหสาขาวิชาชีพในส่วนของการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการจะมีการติดคิวผู้สูงอายุแยกกับคิวผู้ป่วยในแผนกต่างๆ เพื่อให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว”

“เพิ่มการให้บริการเป็นวันพฤหัสบดี 13.00-16.30 น. ให้บริการเฉพาะกลุ่ม มีปัญหาสมองเสื่อม มีแพทย์อายุรกรรมประสาทออกตรวจ และนัดทำกลุ่มเพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะสมองเสื่อม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง”

“มีการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุโดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตราฐานของกระทรวง และมีการประเมินตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ และวางแผนจะเปิดให้บริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์”

“เพิ่มระบบบริการ เปิดคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพเฉพาะทาง ที่ OPD ortho สัปดาห์ละ 2 วัน (วันจันทร์ อังคาร ช่วงบ่าย) มีแพทย์ทุกวัน”

“จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุและผังเครือญาติ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ประเมิน ADL”

โรงพยาบาลทั่วไป

- ด้านนโยบาย

“มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน มีพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ร่วมรับผิดชอบการดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก”

“มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ มีเจ้าหน้าที่จากสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบรอบด้าน”

“รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เตรียมแนวทางในการดำเนินงาน อยู่ระหว่างการแต่งตั้งคณะทำงาน หารือผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง”

“อยู่ในระหว่างประชุมหารือ เพื่อวางระบบบริการใหม่”

“กำลังดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ”

“กำลังดำเนินการ อยู่ระหว่างการเตรียมเอกสารประเมินผู้สูงอายุ”

“ได้กำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุขึ้นใหม่ เป็นพยาบาลวิชาชีพทั่วไป และส่งไปอบรมของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 วัน เพื่อรับนโยบายมาปฏิบัติ มีการจัดทำป้ายคลินิกผู้สูงอายุที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ กำหนดห้องตรวจผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 วัน ทุกวันจันทร์ภาคเช้า และมีพยาบาลวิชาชีพซึ่งจบปริญญาโทผู้สูงอายุมาช่วยในการประเมินผู้สูงอายุ ส่วนคณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุกำลังอยู่ในระหว่างการจัดตั้ง”

“ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ให้บริการ 1 ครั้ง/สัปดาห์”

“ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้รับบริการแบบองค์รวม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”

“จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ จัดตั้งราวจับ, ห้องน้ำผู้สูงอายุ ประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์กระทรวงฯ กำหนด”

“ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลอุทัยธานี ปรับปรุงคณะทำงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุทัยธานี ทำแผนจัดประชุมวิชาการในโรงพยาบาลอุทัยธานี”

“ประชุมกลุ่มย่อย รายงานข้อมูลนโยบายใหม่แก่ประธานคลินิกผู้สูงอายุ และแจ้งข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ภายใน ประชุม/อบรม ให้คณะกรรมการผู้รับผิดชอบทั้งหมด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้สนใจเข้าร่วมประชุม แจ้งนโยบายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 21 มิถุนายน 2556 ปรับรูปแบบการทำงานคัดกรองผู้สูงอายุ 70 ปี แบบองค์รวม ให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน (ทุกวันพุธ และวันศุกร์เช้า) ถ้าพบปัญหาด้านไหนบกพร่อง มีระบบบริการส่งต่อ แต่ละแผนก”

“รับนโยบาย ผู้รับผิดชอบประชุม จัดตั้งคณะกรรมการ เตรียมห้องตรวจผู้สูงอายุ เตรียมเอกสารใบประเมินตามแบบที่สถาบันกำหนด เปิดดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง”

“เตรียมสถานที่ เตรียมบุคลากร”

“ทบทวนในระดับบริหาร เพื่อหาแพทย์รับผิดชอบ เพิ่งมีแพทย์เวชศาสตร์มารับ ทำให้ จัดเริ่มได้ประมาณ 2 เดือนที่ผ่านมา โดยจัดให้มีคลินิกอาทิตย์ละวัน”

"เริ่มมีการกลับมาจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอีกครั้ง วันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. โดยเริ่มเขียนโครงการ 30 พฤษภาคม 2556 โดยมีการตั้งเกณฑ์ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าคลินิก เมื่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ มีการใช้แบบประเมิน IADL ภาวะสมองเสื่อม การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประเมินโรคข้อเข่าเสื่อม การหกล้ม ภาวะโภชนาการ ภาวะโรคซึมเศร้า หลังประเมินคัดกรอง ส่งพบแพทย์เฉพาะทาง กรณีมีความเสี่ยงนัดมาตรวจซ้ำ กรณีสุขภาพดีนัดทุก 1 ปี แล้วนำมาเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลทุก 3 เดือน"

"หลังจากที่หยุดดำเนินการ แล้วเปลี่ยนไปทำ Long term care ในเครือข่าย (CUP เมือง) และจัดบริการรูปแบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยโรงพยาบาลทั่วไปเป็นศูนย์ประสาน Long term care ระดับอำเภอ และเป็นพี่เลี้ยงติดตามคุณภาพการดำเนินงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม (เริ่มตั้งแต่ปี 2553 ถึงปัจจุบัน) ส่วนบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป ใช้รูปแบบบริการเฉพาะทาง (รายแผนก) แล้วรวบรวมผลการดำเนินงานเป็นภาพรวม เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง จึงบริหารจัดการรูปแบบนี้อีกสักระยะ (1-2 ปี) เมื่อ Long term care เข้มแข็งยั่งยืนได้คุณภาพ การเริ่มดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุก็จะช่วยเสริมเติม GAP การดำเนินงานได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้น"

"พัฒนาในส่วนลงเชิงลึก กิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้แบบฟอร์มตามนโยบายของสถาบันเวชศาสตร์ ในประเด็น ADL โดยปรับจาก Chula ADL มาใช้แนวทางใหม่, ประเมินสภาพจิต จากแบบประเมินซึมเศร้า, ประเมินสมองเสื่อมจาก Chula Mental test มาเป็น MMSE-Thai"

"พัฒนางานให้เป็นระบบมากขึ้น มีทีมร่วมบริการเป็นสหสาขาวิชาชีพ จัดบริการให้เป็นสัดส่วนมากยิ่งขึ้น ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น เพิ่มการคัดกรองด้าน Geriatric Assessment ในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น"

- ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

"คลินิกผู้สูงอายุไม่สามารถจัดเป็นห้องได้ เพราะแพทย์ผู้รับผิดชอบต้องปฏิบัติงานหลายที่ และบุคลากรไม่เพียงพอ จึงใช้วิธีกระจายผู้ป่วยออกตามคลินิกต่างๆ แต่การ screen เวชกรรมเป็นคน screen"

"จัดสถานที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น มีทางลาด, ราวจับ, ห้องน้ำ, เก้าอี้นั่งรอตรวจ"

"จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ มีป้ายคลินิกที่ชัดเจน มีทางลาด ราวจับ และห้องน้ำสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ"

"มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อม มีป้ายบอกทางลาด มีราวจับในห้องน้ำผู้สูงอายุ/คนพิการ"

"ปรับปรุงโครงสร้างของโรงพยาบาล มีทางลาด ห้องน้ำติดป้ายผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ติดป้ายหน้าห้องตรวจต่างๆ 70 ปีขึ้นไปไม่มีคิว ตั้งแต่ห้องบัตร, ห้องตรวจ OPD ต่างๆ, ห้องยา, ห้อง Lab, X-ray"

"ปรับปรุงโครงสร้าง เช่น ห้องน้ำ ทางลาด ที่จอดรถ ป้ายประชาสัมพันธ์"

- ด้านรูปแบบการบริการ

"จัดบริการคลินิก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จัดทำช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ-ผู้พิการ มีช่องยื่นบัตร รับยาห้องตรวจเฉพาะ จัดห้องน้ำผู้สูงอายุ-ผู้พิการ ทางลาด ที่จอดรถผู้พิการ ประชาสัมพันธ์การให้บริการ 70 ปีไม่มีคิว"

"มีการประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาล มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่จุดรับบัตร, จุดซักประวัติ พบแพทย์ ห้องยา ห้องตรวจพิเศษ ฯลฯ"

"จัดให้บริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ OPD เวชกรรมสังคม นักสังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด ให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคารเช้า และพฤหัสเช้า"

"เปิดบริการเพิ่มเป็น 2 วัน มีแพทย์ร่วมให้บริการในคลินิก 2 ท่าน (เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน)"

“ดำเนินการเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คัดกรอง ADL สมองเสื่อมทุกราย กิจกรรมด้านสุขภาพคงเดิม เพิ่มให้บริการ 4 ครั้งต่อเดือน ทุกวันพุธ เวลา 8.30-12.00 น.”

“มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน มีพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก”

“วิเคราะห์แยกคลินิกผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ประเมิน ADL ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จัดทำโครงสร้างที่ชัดเจน จัดตั้งคณะทำงาน ประสานความร่วมมือจาก PCT หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดกิจกรรมบริการ เช่น คลินิกเบาหวาน OPAC การให้บริการเชิงรุก และการให้บริการในสถานบริการ คัดกรองสุขภาพ การมีแฟ้มสุขภาพ และการสร้างเครือข่าย การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ”

“จัดตั้งห้องตรวจเฉพาะผู้สูงอายุ มีการคัดกรอง ประเมินก่อนพบแพทย์ จัดทำ flow การรับบริการและช่องทางการเข้าถึงคลินิกผู้สูงอายุ มีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้บริการอย่างมีระบบ”

“ทำคล้ายเดิมแต่เข้มแข็งขึ้น แจ้งให้ดำเนินการฟื้นฟู ส่งเสริม ป้องกันในด้านอื่น เช่น ทันตกรรมในผู้สูงอายุในคลินิก DM การเยี่ยมคนไข้ home ward และทำแผนที่ เป็นต้น สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ การอำนวยความสะดวกรถเข็น”

“คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสระแก้ว เปิดให้บริการทุกวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-11.00 น. โดยจะให้บริการร่วมกับคลินิกเบาหวาน โดยคัดกรองผู้มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มาทำการประเมินภาวะสุขภาพ เมื่อประเมินเสร็จหากพบปัญหาด้านสุขภาพ จะมีการส่งผู้มารับบริการสูงอายุปรึกษาแพทย์เฉพาะงด้านต่างๆ ต่อไป เช่น หากมีปัญหาซึมเศร้า จะส่งปรึกษาทีมงานด้านจิตเวช หากมีปัญหาเรื่องปัสสาวะ จะส่งปรึกษาแพทย์ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น หากผู้มารับบริการสูงอายุท่านใดยังไม่มีภาวะเสี่ยง จะมีการประเมินซ้ำทุก 1 ปี”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีผู้ดำเนินการรับผิดชอบเป็นพยาบาล ให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ไม่มีแพทย์ประจำ หากคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบปัญหา ส่งปรึกษาตามสหสาขา”

“การให้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนเรื่องการประเมินสุขภาพตามตัวชี้วัดเพิ่มขึ้น (ตามแบบฟอร์มใหม่)”

“เปลี่ยนแบบประเมินโรคซึมเศร้า เป็น 9Q เปลี่ยนแบบประเมิน Fall risk assessment เพิ่มการคัดกรองภาวะหกล้ม โดย Time up and go test เพิ่มแบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีการรวบรวมจำนวนผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric syndromes ทุก 3 เดือน”

“อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล ICD-10 ผู้ป่วย Geriatric syndromes”

“มีการพัฒนารูปแบบการบริการ โดยประชาสัมพันธ์ให้บริการทุกวันจันทร์บ่าย ผู้สูงอายุที่มีโรคและไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็น One stop service มีทีมลงประเมินและวิเคราะห์ผลทุก 3 เดือน มีการแปลผลให้ผู้มารับบริการทราบ ให้ความรู้และคำแนะนำในแต่ละสาขา มีระบบการนัดและส่งต่อในคลินิกพิเศษ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว มีช่องทางด่วน อายุ 75 ปีขึ้นไปไม่มีคิว มีชมรมผู้สูงอายุทั้งในและนอกโรงพยาบาล”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โดยการคัดเลือก case ที่มีปัญหา Geriatric syndromes แล้วนัดมาที่คลินิกทุกวันศุกร์บ่าย โดยใช้แบบประเมิน Geriatric syndromes ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ”

“เพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้รับบริการในโรงพยาบาล แยกเป็นรายเดือนและมีการสรุปผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในส่วนของ OPD ในทุกวันอังคาร และประเมินโดยใช้ ADL”

“มีการดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ 2 วัน คือวันอังคาร และวันพฤหัส เพิ่มในส่วนของการประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามแบบประเมินของสถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์ Fall ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีการสรุปข้อมูลตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน และมีการส่งต่อทีมสหสาขา เมื่อพบว่ามีปัญหาสุขภาพ”

“มีการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุออกจากคลินิกอายุรกรรม มีสถานที่ตรวจชัดเจน ให้บริการทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. (กำลังดำเนินการหาแพทย์ผู้รับผิดชอบหลัก หลังจากแพทย์ที่รับผิดชอบคนเก่าลาศึกษาต่อ) ได้มีการเตรียมพร้อมด้านเจ้าหน้าที่ โดยให้บุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกเข้ารับการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไปแล้ว มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย”

“จัดคลินิกผู้สูงอายุ ในแผนก OPD ในวันอังคาร เวลาให้บริการ 8.00-12.00 น.”

“มีบุคลากรที่รับผิดชอบประจำคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการที่ OPD ทุกวันศุกร์ (งดวันนักขัตฤกษ์) เวลา 8.00-16.00 น. เก็บตัวชี้วัดตามเกณฑ์ของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์”

“จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีผู้ดูแลประจำคลินิก จัดหาความรู้เรื่องการคัดกรอง Geriatric syndromes โดยร่วมกับแผนกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตเวช กายภาพบำบัด มีแพทย์ประจำคลินิก 3 ท่าน ผลัดกันมาตรวจ”

โรงพยาบาลชุมชน

- ด้านนโยบาย

“ดำเนินการจัดตั้งคลินิก ส่งพยาบาลที่รับผิดชอบเข้าร่วมการอบรม จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน มีการรวบรวมจำนวนผู้สูงอายุที่มี Geriatric syndromes ทุก 3 เดือน มีแพทย์ประจำคลินิก”

“จะดำเนินการเปิดคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยอยู่ระหว่างดำเนินการแต่งตั้งกรรมการระดับโรงพยาบาล กำหนดแพทย์รับผิดชอบ กำหนด วัน/เวลา ของคลินิก”

“มีผู้รับผิดชอบงาน มีคลินิก/สถานที่ชัดเจน มีการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มีห้องน้ำผู้พิการ/ผู้สูงอายุ คัดกรอง ADL, Dementia, ประเมินความพึงพอใจ มีแพทย์รับผิดชอบประจำ”

“มีการจัดตั้งคณะทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีนโยบายปรับปรุงที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ, ทางลาด หรือราวจับสำหรับผู้สูงอายุ (อยู่ระหว่างการรอดำเนินการ)”

“เริ่มให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน ทุกวันอังคาร”

“มีการประกาศนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งคณะกรรมการเพื่อมาดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ มีป้ายติดให้เห็นชัดเจน แยกโต๊ะคัดกรองผู้สูงอายุ ให้บริการทุกวันอังคาร คือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (4 ครั้ง/เดือน) พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เริ่มรวบรวมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric syndromes กำลังทำแบบฟอร์ม”

“ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับนโยบายจากกระทรวง แจ้งให้คณะกรรมการ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลทราบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแจ้ง กำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ตามข้อกำหนดคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่โรงแรมแม่น้ำ เปิดคลินิกผู้สูงอายุ 6/6/56”

“ประชุมปรึกษาหารือผู้เกี่ยวข้อง/ผู้บริหาร แต่งตั้งคณะทำงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ประสานสถานที่/จัดเตรียมสถานที่อุปกรณ์/เอกสาร ประชาสัมพันธ์ภายในและนอกโรงพยาบาล”

- ด้านรูปแบบการบริการ

“กำลังดำเนินงานปรับกิจกรรมให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุที่รับประทานยาเกิน 5-10 ขนาน”

“จะปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ประเมินให้ครอบคลุม และแยกคัดกรองในห้องตรวจให้เป็นสัดส่วนมากขึ้น”

“บริการ 70 ปีไม่มีคิวให้บริการผู้ป่วยนอก”

“มีการคัดเลือกผู้ป่วยบางรายเข้าคลินิก ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุ มีวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. มีแพทย์ประจำคลินิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการประสานงานในรายที่มีปัญหา ส่งปรึกษาเภสัชกร, โภชนากร นักกายภาพบำบัด”

<u>ตอนที่ 3</u> ลักษณะการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

จากการสอบถามลักษณะการจัดคลินิกผู้สูงอายุเชิงโครงสร้างในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป พบว่า มีการจัดระบบด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านรูปแบบการบริการ และด้านงบประมาณไว้ดังต่อไปนี้

3.1 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

- ด้านนโยบาย

“แผนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลราชวิถี จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุที่ห้องตรวจโรคทั่วไป ที่อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 9 ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะในช่วงบ่ายของวัน”

“พยายามจัดระบบให้สะดวกต่อผู้สูงอายุ”

- ด้านรูปแบบการบริการ

“ยังรวมอยู่ในห้องตรวจโรคทั่วไป แต่มีการอบรมภายในหน่วยงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถแยกภาวะโรคในผู้สูงอายุทั่วไปกับโรคทางอายุรกรรม และสามารถคัดกรองได้ในระดับต้น”

3.2 โรงพยาบาลศูนย์

- ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

“จัดสิ่งแวดล้อม ป้ายที่จอดรถ ทางลาด ราวเกาะ ห้องน้ำผู้สูงอายุ พิเศษ 70 ปีไม่มีคิวในแผนกผู้ป่วยนอกทุกห้องตรวจ มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ช่วยแนะนำ”

แยกสถานที่ชัดเจน

“แยกสถานที่ออกมาเป็นสัดส่วน มีเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการคัดกรองตรวจร่างกายเบื้องต้น ครบตามมาตรฐานคลินิกคุณภาพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลคลินิก และเป็นผู้จัดการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจากคลินิกต่างๆ ส่งผู้สูงอายุที่มีปัญหามารับบริการ”

“แยกคลินิกผู้สูงอายุ เปิดบริการในวันศุกร์ ปรับปรุงสถานที่”

“แยกการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุออกเป็นสัดส่วน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีการจัดช่องทางด่วนให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุก่อนที่จะส่งไป consult แพทย์ตามอาการเจ็บป่วย มีการจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน มีกระบวนการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และมีสหสาขาวิชาชีพดำเนินการร่วมกัน”

“แยกสถานที่ออกมาเป็นสัดส่วน มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการคัดกรอง ตรวจร่างกายเบื้องต้น ครบตามมาตราฐานคลินิกคุณภาพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลคลินิก และเป็นผู้จัดการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ”

“แยกห้องประเมินภาวะสุขภาพออกเป็นสัดส่วน ใช้ห้องตรวจร่วมกับ OPD ของโรงพยาบาล มีระบบประเมินและส่งต่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหา”

ไม่แยกสถานที่ชัดเจน

“ยังไม่แยกห้องตรวจชัดเจน แยกห้องประเมินภาวะสุขภาพเป็นสัดส่วน ใช้ห้องตรวจร่วมกับ OPD (PCU) ของโรงพยาบาล แต่มีการประเมินและส่งต่อกับสหสาขาวิชาชีพตามรายปัญหา”

- ด้านรูปแบบการให้บริการ

"เพิ่มระบบบริการ เปิดคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพเฉพาะทาง ที่ OPD ortho สัปดาห์ละ 2 วัน (วันจันทร์ อังคาร ช่วงบ่าย) มีแพทย์ทุกวัน"

"จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุและผังเครือญาติ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ประเมิน ADL"

"ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 1 วันต่อสัปดาห์"

"จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ และผังเครือญาติ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ประเมิน ADL"

"มีเจ้าหน้าที่และป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายคลินิกผู้สูงอายุ และการให้บริการ เปิดคลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์ และอังคาร สัปดาห์ที่ 1, 4 ของทุกเดือน"

"มีการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุโดยมีข้อบ่งชี้ตามคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ฯ และมีการประเมินตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ และวางแผนจะเปิดให้บริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์"

"ประชุมคณะกรรมการขยายรูปแบบการดำเนินงาน Geriatric assessment ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มารับบริการในแต่ละห้องตรวจ พัฒนารูปแบบและบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุมาตราฐาน ในทุกสาขาที่มีผู้สูงอายุมารับบริการ"

3.3 โรงพยาบาลทั่วไป

- ด้านบุคลากร

"เป็นคลินิกเฉพาะ มีแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขา กำลังเร่งพัฒนาให้เป็นรูปแบบชัดเจนยิ่งขึ้น"

"บุคลากรมีการแยกเจ้าหน้าที่ดำเนินการเฉพาะ"

- ด้านสถานที่

แยกชัดเจน

"ได้กำหนดห้องตรวจผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน ไม่มีแพทย์ตรวจประจำ มีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน โดยเป็นผู้ไปคัดเลือก case เองที่หน้าห้องตรวจแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม และต้องเป็นผู้ที่ยินยอมสมัครใจในการรับการประเมิน ซึ่งส่วนใหญ่จะคัดเลือก case ที่ได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว โดยทางเจ้าหน้าที่จะเป็นฝ่ายนำใบสั่งยาไปยื่นที่แผนกเภสัชกรรม"

"มีคลินิกผู้สูงอายุแยกออกมาจากห้องตรวจ มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 1 ท่าน มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบของคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน"

- คลินิกผู้สูงอายุจัดอยู่ในงานเวชกรรมสังคม มีห้องตรวจของคลินิกโดยตรง มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร่วมมือกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

- แยกออกมาโดยเฉพาะ มีแพทย์ พยาบาลผู้สูงอายุประจำ ดูแลแบบองค์รวม

- ดำเนินการแยกออกจากคลินิกทั่วไป มีผู้ดำเนินการชัดเจน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลผู้สูงอายุ มีแพทย์ดำเนินการเฉพาะ

- ในคลินิกมีการแยกบริการอย่างชัดเจน มีแพทย์ 2 คนผลัดกันตรวจ มีพยาบาลรับผิดชอบ 1 คน ผู้ช่วยเหลือ 3 คน รูปแบบการให้บริการมีการตรวจรักษา ทำกลุ่ม self care เยี่ยมบ้านในคนที่มีปัญหา มีจิตอาสาช่วย

"แยกออกมามีห้องตรวจ แต่ไม่มีผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการ"

"ตอนนี้ (มิ.ย.56) แยกห้องแล้ว จัดผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ มารับบริการดูแลเรื่องยาหลายตัว ส่งเสริมให้ความรู้ คัดกรองสมองเสื่อม และประเมินเรื่องพลัดตกหกล้มในชุมชน เวชกรรมจะเป็น 3 อ. สัญจร และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทำเดือนละ 1 ครั้ง ทำเวียนไปทุกหมู่บ้าน"

“แยกห้องสำหรับการให้สุขศึกษารายกลุ่ม รายบุคคล แยกห้องประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แยกห้องตรวจในการพบแพทย์เฉพาะทาง”

“มีการแยกห้องตรวจจากผู้ป่วยนอกทั่วไป มีการคัดกรองผู้สูงอายุมาตรวจที่คลินิก โดยเฉพาะรายที่เข้าข่าย Geriatric syndromes เช่น เวียนศีรษะ หกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่”

“แยกห้องตรวจจากห้องตรวจโรคทั่วไปของ OPD ใช้ห้องตรวจหมายเลข 1 มีช่องทางด่วนรับยาก่อนผู้ป่วยทั่วไป (ใช้ตะกร้าสีชมพู) มีช่องรับบัตรสำหรับผู้สูงอายุ ช่องหมายเลข 1 ที่ห้องบัตร มีเจ้าหน้าที่ห้องตรวจแนะนำการใช้บริการต่างๆ และอำนวยความสะดวก”

“คลินิกผู้สูงอายุแยกเฉพาะชัดเจนจากคลินิกอื่นๆ มีห้องตรวจพร้อมแพทย์ มีทางลาดสำหรับรถนั่ง ห้องน้ำมีราวจับยึด ในห้องน้ำมีสวิทซ์กดเมื่อขอความช่วยเหลือ (alarm phone)”

“มีการแยกโต๊ะให้บริการผู้สูงอายุออกมาต่างหากจากโต๊ะตรวจโรคทั่วไป”

“มีห้องตรวจคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ 1 ห้อง ซึ่งอยู่กับห้องตรวจอายุรกรรมอื่นๆ มีห้องตรวจที่ได้มาตรฐาน ไม่ได้แยกห้องตรวจต่างหากที่ไกลจากจุดอื่นๆ แยกห้องตรวจเฉพาะวันที่มีคลินิกผู้สูงอายุ อย่างอื่นรวมกันไม่แยกส่วน”

“มีห้องคลินิกผู้สูงอายุแยกจากห้องตรวจทั่วไป ตั้งอยู่ที่ OPD ซึ่งเป็นห้องบริการที่เปิดใช้งานร่วมกันหลายคลินิก การให้บริการ มีการประสานตารางบริการร่วมกันแบบสหสาขา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสมัครใจ โดยงานผู้สูงอายุ OPD บริการประเมินคัดกรองสุขภาพในวันอังคารเช้าที่ห้องคลินิกผู้สูงอายุ โดยงานผู้สูงอายุเป็นหลัก งานผู้สูงอายุ OPD จะมาช่วยหากผู้ป่วยที่ OPD ว่างแล้ว กรณีส่ง consult เฉพาะทาง F/U แผนกที่เกี่ยวข้องจะดูแลติดตามนัด และผลการรักษาสรุปราย case”

ไม่แยกชัดเจน

“ยังเป็นแบบโต๊ะแยกคัดกรอง แต่ส่งห้องตรวจรวมกัน”

“ยังอยู่บริเวณคลินิกอายุรกรรม ใช้ห้องร่วมกับคลินิกตรวจเท้า โดยคลินิกผู้สูงอายุบริการวันศุกร์วันเดียว มีป้ายแสดงคลินิกและวันเวลาดำเนินการชัดเจน ส่วนบัตรใช้ OPD card ของโรงพยาบาล แต่ทำแฟ้มแยก”

“มีห้องตรวจใช้ร่วมกับห้องตรวจโรคทั่วไปของงานปฐมภูมิ PCU แม่สอดตรวจวันที่ไม่ตรงกัน (คนไข้เรื้อรังประจำ) ตรวจสุขภาพประจำปี สืบค้นโรคระยะเริ่มแรก ตรวจรักษาโรค ป้องกันโรคแทรกซ้อน ฟื้นฟู มีบริการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก”

“โครงสร้าง OPD มีห้องน้ำผู้สูงอายุผู้พิการ ทางลาดได้มาตรฐาน มีราวจับ มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุชัดเจนบริเวณห้องตรวจ ห้องตรวจเหมือนห้องตรวจคลินิกอื่นใช้หมุนเวียน”

“จัดร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง”

“การดูแลผู้สูงอายุไม่มีห้องตรวจเฉพาะ แต่จัดระบบการตรวจก่อนในทุกห้องตรวจ ตั้งแต่ห้องบัตร ห้องตรวจทุกห้อง ห้องยา การจัดคลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการเฉพาะทุกช่วงเช้าวันศุกร์”

“ไม่แตกต่างกัน ไม่มีสถานที่เฉพาะรวมอยู่กับห้องตรวจอายุรกรรม แต่มีการนัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 80 ปี ลดระยะเวลาการรอตรวจ โดยตรวจให้เสร็จก่อนเที่ยง”

“อยู่ในส่วนผู้ป่วยนอก มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน มีราวจับทางเดินในบางส่วน มีทางลาดขึ้นลงได้มาตรฐาน มีห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ให้บริการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวันอังคาร มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดำเนินการ และสามารถส่งปรึกษาผู้เกี่ยวข้องอื่นได้ตามความเหมาะสม มีแพทย์รับผิดชอบ”

“คลินิกผู้สูงอายุอยู่ในแนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจผู้สูงอายุเป็นห้องตรวจรวมกับผู้ป่วยอื่น คือผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แต่ในส่วนของคลินิกผู้สูงอายุจะแยกจากห้องตรวจโรค”

“คลินิกผู้สูงอายุจัดอยู่ในบริเวณชั้นเดียวกับ OPD ทั่วไป”

“การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเชิงโครงสร้างของโรงพยาบาล ได้จัดตั้งคลินิกแยกออกมาเฉพาะในวันพุธ 8.00-12.00 น. โดยมีการคัดกรองประเมินต่างๆ สำหรับห้องตรวจผู้สูงอายุ โรงพยาบาลไม่มี เนื่องจากทางโรงพยาบาลเน้นให้ผู้สูงอายุได้พบแพทย์เฉพาะทางตามสาขาโรค โดยให้ลำดับคิวตรวจก่อน”

- ด้านรูปแบบการให้บริการ

“ผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่ ผู้ป่วยสูงอายุนัดติดตาม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน รับประทานยาหลายชนิด มีการจัดบริการครบวงจร”

“มีการคัดแยกผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตมารับบริการที่คลินิกสูงอายุ โดยจัดให้มีการบริการการประเมิน ADL, Depression, Fall, Nutrition, Incontinence ให้ความรู้เรื่องโรค และการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งต่อตามสภาพปัญหา”

“คลินิกอยู่บริเวณห้องตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก รับผิดชอบโดยเจ้าหน้าที่จากเวชกรรมสังคม รับผู้ป่วยทุกโรคที่ไม่ได้มีนัดกับห้องตรวจอื่นๆ ยื่นที่ห้องบัตรแล้วผ่านชุดคัดกรอง อายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าคลินิกผู้สูงอายุ อธิบายการปฏิบัติตัวตอบแบบประเมินสุขภาพและพฤติกรรม คัดกรองภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม โดยพยาบาลระหว่างรอตรวจมีการสอนสุขศึกษา”

“คลินิกผู้สูงอายุตั้งอยู่ที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โดยจัดวันศุกร์บ่ายซึ่งไม่มีการออกตรวจ มีการประเมิน Geriatric syndromes ตามแบบฟอร์ม ถ้ามีปัญหาจะนัดมาให้พบแพทย์เฉพาะทางตามปัญหาที่พบ”

“การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ลักษณะโครงสร้างทำเป็น 2 ระบบ คือ 1) จากคลินิกผู้ป่วยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยตรวจเสร็จสิ้นถึงรับยา และรับใบนัด พยาบาลสรุปทะเบียนผู้ป่วยจะส่งเข้ามาคัดกรองในคลินิกผู้สูงอายุ 2) จากคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยที่ส่งมาตรวจเท้าในคลินิก พยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุจะส่งคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ถ้าพบความผิดปกติ เสี่ยงต่อ Dementia จะแยกเข้ามาคัดกรองโดยใช้แบบ MMSE อีกครั้ง หรือถ้าพบความผิดปกติเสี่ยงอื่นๆ เช่น Depression จะส่งแผนกจิตเวช เป็นต้น”

“คลินิกผู้สูงอายุ รูปแบบเป็นการประเมินแบบองค์รวมกายและจิตใจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็น one stop service ได้รับความรู้คำแนะนำ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน”

“คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา Geriatric syndromes นัดเข้าคลินิกวันจันทร์และวันศุกร์ ทำการประเมินผู้ป่วย หากพบปัญหาด้านต่างๆ ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพเฉพาะด้าน ให้บริการแบบ One stop service”

“จัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะโรค โดยการจัดตั้งเป็นคลินิกสมองเสื่อมใช้ชื่อ คลินิกจำแจ่ม ให้บริการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีบุคลากรประจำคลินิก”

“การจัดคลินิกผู้สูงอายุจัดแบบบูรณาการ ยังไม่ได้แยกออกมาอย่างชัดเจน”

“คลินิกผู้สูงอายุเป็นคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพใจและปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อม รวมถึงคัดกรองความเสี่ยงจากปัญหาต่างๆ แยกคลินิกเป็นสัดส่วน ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการรับคำปรึกษา หรือรับปรึกษาจากแผนกต่างๆ รวมถึงให้คำปรึกษาแก่ญาติที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ”

“จัดบริการคัดกรองผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ มีระบบส่งพบแพทย์ ตรวจรักษาและให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ นัดติดตามทุก 1-3 เดือน ตามความเหมาะสม”

“โรงพยาบาลมีการจัดแยกคลินิกผู้สูงอายุ เป็นคลินิกพิเศษแยกออกจากคลินิกอายุรกรรม โดยจัดเป็นคลินิกผู้สูงอายุดูแลโรคผู้สูงอายุทั่วไป แต่หากมีปัญหาซับซ้อนของระบบใดๆ จะส่งปรึกษาคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม จิตเวช หรือเวชกรรมฟื้นฟู ตามปัญหาของผู้ป่วย ในคลินิกผู้สูงอายุจะมีการประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกาย โดย Chula ADL/Chula mental test สภาพจิต (แบบประเมินซึมเศร้า) ประเมินเครือข่ายทางสังคมและแบบประเมินเฉพาะโรคเรื้อรัง DM HT เป็นต้น”

“แยกออกมาจากคลินิกอายุรกรรม มีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลัก ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน ทุกวันพุธเวลา 13.00-16.00 น. ให้บริการ 5-8 คนต่อวัน เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เพียง 1 คน และต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่เน้นคุณภาพจริงๆ เนื่องจากเป็นระยะเริ่มแรกมีการจัดทำแฟ้มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน”

“ประเมิน Geriatric assessment ปีล่ะ 1 ครั้ง ให้ความรู้ด้าน Geriatric syndromes ทุกครั้งที่มาตามปัญหา One stop service ฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ของกรมอนามัย รับยาที่คลินิก มีการแยกสถานที่ แยกกลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินสิ่งแวดล้อม และผู้ดูแลที่บ้าน ยังไม่มีการแยกห้องตรวจ แต่ใช้ระบบทางด่วนในแต่ละแผนกตั้งแต่จุดยื่นบัตร รับยา”

“บริการตรวจประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ บริการ 70 ปีไม่มีคิว”

“กำลังดำเนินการคลินิกแยกผู้สูงอายุ โดยจัดผู้รับบริการจากชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับบริการที่ต้องการใช้คลินิกผู้สูงอายุ ในการตรวจรักษา และมีโครงการศึกษาดูงานโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการทำงานต่อไป”

“มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรค เช่น มีนักโภชนาการให้คำปรึกษา มีเภสัชกรให้คำปรึกษา เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมบริหารร่างกายฟื้นฟูกล้ามเนื้อ”

3.4 โรงพยาบาลชุมชน

- ด้านนโยบาย

“ยังไม่มีการจัดระบบคลินิกผู้สูงอายุขึ้น”

“อยู่ระหว่างดำเนินการ (เริ่มดำเนินการ 5 กค 56)”

- ด้านสถานที่

แยกชัดเจน

“แยกห้องตรวจออกมาต่างหากจากคลินิกทั่วไป มีการจัดการคัดกรองตามแบบตัวชี้วัด”

“มีแยกคลินิกออกจากห้องตรวจอย่างชัดเจน”

“ดำเนินการที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย ห้องตรวจแพทย์ บริเวณซักประวัติของพยาบาล ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เปิดบริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-12.00 น. มีพยาบาลประจำ 1 คน มีคณะกรรมการผู้สูงอายุและสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล แต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร คัดเลือกผู้สูงอายุเข้าคลินิกตามข้อบ่งชี้ของคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ”

ไม่แยกชัดเจน

“ไม่มีการแยกห้องตรวจเนื่องจากพื้นที่มีจำกัด แต่มีการแยกเวลาตรวจเป็นช่วงบ่าย ให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการตรวจอย่างรวดเร็ว”

“แยกโต๊ะคัดกรอง มีป้ายติดชัดเจน แต่ยังไม่สามารถแยกสถานที่ออกเป็นสัดส่วน และห้องตรวจก็ยังตรวจรวมกับ OPD ทั่วไป เนื่องจากติดที่โครงสร้างยังไม่มีสถานที่แยกออกไปจริงๆ คิดว่าอนาคตอีก 1-2 ปี น่าจะแยกคลินิกเป็นสัดส่วนได้”

“มีห้องตรวจผู้สูงอายุโดยใช้ห้องตรวจแผนก OPD ยังไม่ได้แยกห้องชัดเจน เนื่องจากสถานที่ไม่เพียงพอ”

“ใช้สถานที่ของคลินิกพิเศษ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง COPD) จัดไว้เป็นวันพุธ ซึ่งเป็นคลินิก COPD การส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกอาจมาจากที่คลินิกพิเศษคัดกรอง และนัดมาจาก OPD ทั่วไปหรือใน ward”

“ห้องตรวจคลินิกผู้สูงอายุใช้ร่วมกับจุดบริการล้อเข็น และยังไม่มีเตียงสำหรับตรวจ เนื่องจากอาคารสถานที่ไม่เอื้ออำนวย อยู่ระหว่างการก่อสร้างอาคาร”

- ด้านรูปแบบการให้บริการ

“คลินิกผู้สูงอายุเริ่มต้นจากการรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อน และสมัครใจเข้าคลินิก”

“จัดระบบดูแลโดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ เมื่อยื่นบัตรที่ห้องตรวจแล้วจะได้คิวของผู้สูงอายุจากนั้นมาที่โต๊ะคัดกรองเฉพาะผู้สูงอายุ โดยไม่ได้แยกออกจาก OPD เมื่อพบความผิดปกติก็ให้คำแนะนำแต่ละราย และส่งพบแพทย์”

“จัดระบบคิวตรวจบริการให้ผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี ได้รับบริการก่อน”

<u>ตอนที่ 4</u> อาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ

อาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ ห้องตรวจผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละคลินิกผู้สูงอายุ ห้องตรวจผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ประเภท	คลินิกผู้สูงอายุ			ห้องตรวจผู้สูงอายุ			ชมรมผู้สูงอายุ		
	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	1 (33.33%)	2 (66.67%)	0	1 (33.33%)	2 (66.67%)	0	2 (66.67%)	1 (33.33%)	0
โรงพยาบาลศูนย์	18 (90%)	2 (10%)	0 (0%)	13 (65%)	6 (30%)	1 (5%)	17 (85%)	3 (15%)	0 (0%)
โรงพยาบาลทั่วไป	45 (86.54%)	5 (9.62%)	2 (3.85 %)	38 (73.08%)	13 (25%)	1 (1.92%)	46 (88.46%)	5 (9.62%)	1 (1.92%)
โรงพยาบาลชุมชน	10 (71.43%)	3 (21.43%)	1 (7.14%)	10 (71.43%)	4 (28.57%)	0 (0%)	12 (85.71%)	2 (14.29%)	0 (0%)

จากตารางที่ 7 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 3 แห่ง มีสถานที่ให้บริการผู้สูงอายุ คือ คลินิกผู้สูงอายุ และห้องตรวจผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน และชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 66.67 โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง มีสถานที่ให้บริการผู้สูงอายุ คือ คลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 90 ห้องตรวจผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 65 และชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 85 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 52 แห่ง พบว่า มีชมรมผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 87.27 มีคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 83.64 และมีห้องตรวจผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 70.91 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง พบว่า มีชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.71 คลินิกผู้สูงอายุและห้องตรวจผู้สูงอายุ มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 71.43

<u>ตอนที่ 5</u> ลักษณะการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ผลการสอบถามโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จะเห็นการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่พบมีลักษณะดังต่อไปนี้

5.1 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

“แยกเฉพาะห้องตรวจแต่มีระบบแฟ้ม และข้อมูลแยกออก”

“แผนการดำเนินงานเป็นการตรวจแยกเฉพาะแต่กรณีที่มีปัญหาเฉพาะทาง ใช้ระบบ Consult”

“กำลังดำเนินงานเป็นคลินิกผู้สูงอายุ”

5.2 โรงพยาบาลศูนย์

5.2.1 ด้านนโยบาย

“อยู่ระหว่างดำเนินการ”

5.2.2 ด้านสถานที่

- แยกชัดเจน

“แยกเฉพาะห้องตรวจ อย่างอื่นรวมกันหมด แต่มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป กรณีไม่มีญาติจะมีประชาสัมพันธ์คอยช่วยเหลือ จัดการให้ตั้งแต่เริ่มต้นรับบริการจนเสร็จสิ้นบริการ”

“แยกห้องตรวจคลินิกผู้สูงอายุ จากห้องตรวจอื่นๆ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจ มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป กรณีไม่มีญาติ จะมีประชาสัมพันธ์คอยช่วยเหลือจนเสร็จสิ้นบริการ”

“มีห้องบริการตรวจคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ มีสัญลักษณ์ 70 ปีไม่มีคิวบนใบสั่งยา ป้ายบริการหน้าห้องตรวจทุกห้อง บริการในช่องทางด่วน มีประชาสัมพันธ์ชี้แจง”

“แพทย์เฉพาะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ห้องตรวจแยกเฉพาะ แต่ระบบการ Flow ใช้ระบบเดียวกันกับกลุ่มอายุรกรรม ใช้ระบบนัดตามสุขภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการส่งต่อไปยังแผนกต่างๆ ในกรณีพบภาวะแทรกซ้อน”

“แยกห้องตรวจคลินิกผู้สูงอายุจากห้องตรวจอื่นๆ ห้องยา, x-ray, EKG หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ใช้ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ”

5.2.3 ด้านรูปแบบการบริการ

- แบบ One stop clinic

“ให้บริการแบบ One stop clinic เปิดให้บริการทุกวันอังคาร 8.00-12.00 น. และวันพฤหัสบดี 13.00-16.00 น. ห้องตรวจแยกเฉพาะ มีป้ายบ่งชี้ชัดเจน มีการทำกิจกรรมหน้าห้องตรวจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความรู้ สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น หากพบปัญหาส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และมีระบบติดต่อ พบแพทย์ และรอรับยาหน้าห้องตรวจ มีเภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องยา มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เก็บรวมรวมข้อมูลทุกปี ปีละ 1 ครั้ง”

“ให้บริการแบบ One stop clinic มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยให้บริการ ผู้สูงอายุอยู่จุดเดียวที่คลินิก”

“เป็นการดำเนินงานโดยให้บริการตรวจรักษาในทุกวันอังคาร โดยมีการจัดพื้นที่เฉพาะ มีสหสาขาวิชาชีพ มาให้บริการแบบ One stop service”

“ให้บริการแบบ One stop clinic”

“แยกเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุให้บริการแบบ One stop clinic ผู้สูงอายุที่อยู่ในคลินิกเฉพาะโรค คลินิกพิเศษเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ศัลยกรรมประสาท หอบหืด จะใช้บริการแบบ 70 ปีไม่มีคิว โดยพิจารณาให้เข้ารับบริการลำดับต้นๆ แต่ทุกหน่วยบริการจะให้บริการผู้สูงอายุก่อนเสมอ”

“คลินิกผู้สูงอายุให้บริการแบบ One stop clinic โดยทีมสหสาขาวิชาชีพลงมาประเมินที่คลินิก”

- ไม่ใช่แบบ One stop clinic

“บริการคลินิกผู้สูงอายุ ทุกวันศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. มีการประเมิน ส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ ส่งตรวจเฉพาะทางตามปัญหา”

“รับตรวจผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าต่อเนื่องมา และเป็นโรคทางอายุรกรรมทั่วไป (ไม่ใช่โรคกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง) และไม่มี One stop clinic”

“OPD แยกห้องตรวจเฉพาะผู้สูงอายุ มีพยาบาลคัดกรองเฉพาะผู้สูงอายุ แพทย์ออกตรวจเป็นแพทย์ที่เกษียณราชการแล้ว มีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทุกวันพฤหัสบดี มีการตรวจสุขภาพ กิจกรรมสันทนาการ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ให้วัคซีนป้องกันโรค ตรวจสุขภาพ คัดกรองภาวะสุขภาพ ชุมชนดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ตรวจรักษา ตรวจสุขภาพ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ให้วัคซีนป้องกันโรค คัดกรองภาวะสุขภาพ”

“ขาดเฉพาะส่วนที่ต้องรับยาก่อนกลับบ้าน”

“ดำเนินการโดยแยกบริการจากคลินิกอื่น ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี 13.00-16.00 น. ให้บริการแบบ One stop service มีแพทย์เวชศาสตร์เป็นผู้ตรวจสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ พยาบาล 2 คน เป็นพยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน และพยาบาล OPD 1 คน นักโภชนาการ เภสัชกร เป็นต้น ในกรณีที่แพทย์ตรวจพบปัญหาใดๆ Consult ตามสาขาที่พบ เช่น ortho, med เป็นต้น Empowerment ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลและเครือข่าย โดยจัดประชุมวิชาการ ประชุมคณะกรรมการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุทุก 3 เดือน case conference ตามโอกาส”

“ไม่ใช่ One stop service ตรวจร่วมกับผู้ป่วย OPD (PCU) แต่ใช้หลักเกณฑ์ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปได้รับคิวตรวจรักษาก่อน”

5.3 โรงพยาบาลทั่วไป

5.3.1 ด้านสถานที่

- แยกชัดเจน

“แยกเฉพาะห้องตรวจ หากพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก็ส่ง consult แพทย์เฉพาะทาง”

“คลินิกผู้สูงอายุแยกเฉพาะห้องตรวจ ตามมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจ อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุและญาติ โดยนำใบสั่งยาหลังพบแพทย์ยื่นให้ที่แผนกเภสัชกรรม”

“แยกห้องตรวจ มีการประเมินสุขภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อมทุกราย สถานที่ติดกับห้องรับเงิน ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก จึงใช้รวมกัน”

“คลินิกผู้สูงอายุแยกให้บริการมีห้องตรวจเฉพาะไม่รวมกับผู้ป่วยอื่นๆ แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุให้บริการพร้อมกับการตรวจประเมินสุขภาพร่างกาย และปัญหาของผู้สูงอายุ ส่งต่อให้ผู้สูงอายุรับบริการเฉพาะทางตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ”

“มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแยกจากห้องตรวจ ให้บริการประเมินคัดกรอง Geriatric assessment มีการปรึกษาแผนกต่างๆ ตามความเหมาะสม ตามปัญหาที่พบ”

“ห้องตรวจผู้สูงอายุแยกจากห้องตรวจอื่น ตั้งอยู่ใน OPD ทั่วไป มีเตียงสำหรับผู้สูงอายุ มีอุปกรณ์การตรวจเบื้องต้นที่จำเป็น มีขนาดห้องที่ได้มาตรฐาน”

“เป็นรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุแยกเฉพาะห้องตรวจ ยังไม่เป็น One stop service”

“ลักษณะการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุได้มีการแยกเฉพาะห้องตรวจ อย่างอื่นรวมกันหมด คลินิกผู้สูงอายุแยกห้องตรวจต่างหากจาก OPD มีการประสานงานร่วมกันกับแผนกเฉพาะทางในการส่งต่อแต่การรับยาใช้ร่วมกับ OPD เนื่องจากผู้รับบริการยังมีน้อย”

“แยกเฉพาะสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาโรคไหนก็ส่งปรึกษาเฉพาะทางแผนกนั้นๆ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจอย่างอื่นรวมกันหมด”

“ไม่เป็น One stop clinic แยกห้องตรวจจากโรคทั่วไป มีช่องทางยื่นบัตรและรับยาเฉพาะผู้สูงอายุ”

“แยกเฉพาะห้องตรวจ แต่ถ้ามีปัญหาเรื่องโภชนาการ ยา กายภาพ จะประสานมาดูให้ที่คลินิก ยกเว้นมีปัญหาเรื่องเวลา อาจจะส่งไปตามแผนกนั้นๆ ส่วนยาใช้ระบบ Green channel”

“แยกเฉพาะห้องตรวจและแพทย์”

"ตามบริบทของโรงพยาบาลน่าจะเริ่มที่แยกเฉพาะห้องตรวจก่อน ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด"

"แยกเฉพาะห้องตรวจ อย่างอื่นรวมกันหมด เนื่องจากเป็นบริเวณ OPD ที่สามารถใช้บริการได้ง่าย"

"แยกเฉพาะโต๊ะคัดกรอง อย่างอื่นรวมกันหมด"

"มีห้องตรวจแยกเฉพาะ มีแพทย์ประจำ 2 ท่าน เปลี่ยนกันตรวจครั้งละ 1 คน มีผู้สูงอายุในการดูแล 53 คน"

"ยังไม่ได้ดำเนินการ แค่วางแผนแยกเฉพาะห้องตรวจ"

- ไม่แยกชัดเจน

"รวมกันหมดทั้งห้องตรวจและระบบบริการ"

"ใช้เป็นห้องตรวจเดียวกับห้องตรวจอายุรกรรม"

5.3.2 ด้านรูปแบบการบริการ

- แบบ One stop clinic

"เป็น One stop clinic มีวันที่ทำการชัดเจน มีกลุ่มเป้าหมายอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของโรงพยาบาลในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำงานร่วมกับ อสม. ในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทั้งในเขตและนอกเขต เป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ที่ทำงานร่วมกัน"

"เป็น One stop service รับผู้สูงอายุที่สนใจสมัครเข้ามา และแพทย์ส่งต่อมาให้"

"One stop clinic มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร มาให้บริการตั้งแต่ การประเมิน ซักประวัติ ตรวจรับยา กรณีวันพฤหัสบดีญาติไปรับยาที่ห้องยาเอง มีการประเมิน Geriatric assessment ประเมินภาวะหกล้ม Fear of falling scale ประเมิน ADL คัดกรองภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม (Mini Cog) ปีละ 1ครั้ง ในวันที่ผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพประจำปี มีการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ"

"ให้บริการร่วมกับคลินิกเบาหวานเป็นคลินิก One stop clinic"

"เป็นลักษณะ One stop clinic ผู้ป่วยนัดเข้าคลินิกสามารถมาติดต่อที่หน้าห้องตรวจหมายเลข 17 ผู้สูงอายุจะได้รับประเมินอาการและโรคทางผู้สูงอายุโดยพยาบาลเฉพาะทาง พบแพทย์ที่ดูคลินิกผู้สูงอายุ หากมีปัญหาด้านอื่นๆ จะส่ง Consult เป็นรายๆ ไป และมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมดูแลด้วย"

"คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่แผนกผู้ป่วยนอก จัดรูปแบบ One stop clinic โดยมีการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินหกล้ม ตรวจเต้านมโดยพยาบาลวิชาชีพ จัดห้องให้อยู่ติดกันในบริเวณเดียวกัน มีการแยกเฉพาะห้องตรวจในรายที่นัดมาเจาะเลือดตรวจสุขภาพปีละครั้ง หรือในรายที่นัด Consult แพทย์คลินิกพิเศษ"

"เป็น One stop service แต่ไม่มีการแยกห้องตรวจเฉพาะ มีจุดคัดกรองของคลินิกผู้สูงอายุ"

"เมื่อปี 2552 เป็น One stop clinic แต่ด้วยไม่สอดคล้องกับวิถีบริการของผู้รับบริการในภาพรวม จึงระงับการดำเนินงานไป ปัจจุบันมีการคัดกรองในชุมชนโดยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (LCT) แต่ละพื้นที่ กรณีที่พบปัญหาสุขภาพเฉพาะทาง หรือมีโครงการสนับสนุนพิเศษ อาทิ ตรวจวัดสายตาเลือนราง วัดระดับการได้ยิน ให้ไม้เท้าผู้สูงอายุ พิการ จึงนัดมาโรงพยาบาล พร้อมกันเป็นครั้งๆ ไป แล้วจึงวิเคราะห์สรุปสถานการณ์ในภาพรวมต่อไป"

- ไม่ใช่แบบ One stop clinic

"เป็นลักษณะคัดกรองประเมินสุขภาพ ถ้าพบปัญหา Consult แพทย์เฉพาะทาง จัดทำทะเบียนใส่แฟ้ม"

“การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุไม่เป็น One stop clinic ห้องตรวจโรครวมกัน ในส่วนของคลินิกแยกออก ดำเนินการในการประเมินภาวะสุขภาพต่างๆ ให้คำปรึกษาด้านต่างๆ หลังประเมินแล้ว ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา”

“เป็นลักษณะแยกเฉพาะคลินิกพิเศษและห้องตรวจ แต่ระบบฝ่ายแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลยังใช้ร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล”

“จัดบริการแบบช่องทางด่วน 70 ปีไม่มีคิว มีห้องคัดกรองและบริการสุขภาพ จัดกิจกรรม 3 อ. 2 ส. มีระบบประสานบริการส่งต่อสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาสุขภาพที่ค้นพบ และส่งต่อชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน”

“มีการแยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ได้เน้นลักษณะ One stop clinic ยังมีการไปรับยาร่วมกับผู้ป่วยอื่น แต่มีลักษณะการส่งปรึกษาโดยตรง”

“เนื่องจากการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุไม่มีแพทย์ประจำ ดังนั้นจึงเป็นคลินิกส่งเสริมสุขภาพ และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนด และให้คำปรึกษาปัญหาที่ได้จากการคัดกรอง เช่น ภาวะซึมเศร้า ถ้าพบว่ามีระดับเล็กน้อยจะให้คำปรึกษาไปเลย ถ้ามีระดับปานกลางให้คำปรึกษาและสร้างเสริมให้เห็นความสำคัญของตนเอง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายแบบผสมผสาน โยคะ จี้กง กายภาพบำบัด รวมถึงการฝึกทักษะมือ และมีการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์สายด่วน กรณีพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางหรือมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายให้คำปรึกษา แล้วส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น จิตเวช ถ้ามีปัญหาอื่นๆ สามารถปรึกษาสหสาขาวิชาได้ทันที ถ้าหากไม่สะดวกอาจนัดและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการเตรียมความพร้อมก่อนมาตรวจแผนกอื่นๆ มีกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวด้วยกลุ่มสัมพันธ์ ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติเพื่อลดความกังวล ห้องคลินิกผู้สูงอายุเป็นคลินิกเฉพาะแยกต่างหาก มีห้องเป็นสัดส่วนใช้เฉพาะคลินิกผู้สูงอายุ”

“จัดแยกเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์ไม่เชี่ยวชาญ ทำให้เข้าถึงปัญหาล่าช้า กว่าจะเข้าถึงก็ late แก้ complication ยาก และส่วนหนึ่งคนสูงอายุก็ไม่ศรัทธาแพทย์ไม่เชี่ยวชาญที่ตนเองต้องการ เช่น ต้องการตรวจตากับหมอตา ตรวจไตกับหมอไต เป็นต้น ดังนั้นการดำเนินงานแบบนี้โรงพยาบาลหนองคายเคยทำ ได้ทบทวนแล้วเลยเลิกเปลี่ยนใหม่ (CQI) การจัดเป็น Fast tract และมีหน่วยงานประสานให้พบแพทย์เฉพาะทางที่ตนเองประสงค์แบบนี้พอใจมากกว่า มีการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู การทำ Map และ Home ward และเยี่ยมการสอนออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ”

“เข้าไปแทรกในคลินิกทั่วไปและคลินิกเบาหวาน คัดกรองเบื้องต้นตามแบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ถ้าพบความเสี่ยงต่อ Dementia จะคัดกรองโดยแบบ MMSE ต่อไป ถ้าเสี่ยงต่อ Depression จะใช้แบบประเมิน 9Q, 8Q ต่อไป”

“คลินิกผู้สูงอายุตั้งอยู่ที่ OPD med ไม่มีการแยกเฉพาะห้องตรวจ การดำเนินงานประเมิน Geriatric syndromes ถ้าพบปัญหาจะส่งพบแพทย์เฉพาะทางในวันถัดไป พยาบาลดำเนินงาน 2 คน”

“การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ ซักประวัติ ส่งพบแพทย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้คำแนะนำรายบุคคล และรายกลุ่ม”

“การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ผู้รับบริการในคลินิกเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิต หลังจากผู้สูงอายุได้วัดความดัน ซักประวัติ พบแพทย์แล้ว จะคัดเลือก (ประมาณ 10 คน) มาที่คลินิกผู้สูงอายุ การบริการคลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL/IADL, Dementia โดยใช้ MMSE Thai 2002, Depression ใช้ 9Q, Fall, Incontinence, Nutrition และ BMI (ขณะที่ผู้สูงอายุรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ จะมีเจ้าหน้าที่ผู้สูงอายุไปรับคิวยาที่ห้องจ่ายยา) ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุ มีห้องคลินิก

ผู้สูงอายุแยกชัดเจน แต่ห้องมีขนาดเล็ก ไม่เอื้อในการประเมิน Geriatric assessment และควรให้คำปรึกษาผู้สูงอายุที่มีปัญหา"

"ที่ผ่านมาล้มลุกคลุกคลาน เปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ทำงานอยู่ดีๆ งานกำลังจะเดินไปได้ ผู้บริหาร (หัวหน้าพยาบาล) เอางานผู้สูงอายุให้กับคนของตนเอง ซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้การกำกับของงานผู้ป่วยนอก ต่อมาคนที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มการพยาบาล Early retry แล้วคืนงานมาที่งานผู้ป่วยนอก โดยไม่ได้รับการมอบหมายจึงเดินต่อไม่ถูก กำลังจะเริ่มดำเนินงานใหม่"

"ยังไม่เกิด กำลังพัฒนางาน"

"การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (ระบบที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ) และใช้ระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จัดคลินิกบริการเฉพาะโรคดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน"

"แพทย์นัดผู้สูงอายุ เข้าระบบนัดที่มีอาการของ Geriatric syndromes ผู้สูงอายุมา F/U ตามนัด ส่งห้องตรวจสำหรับผู้สูงอายุ พยาบาลประเมินผู้สูงอายุก่อนส่งพบแพทย์"

5.4 โรงพยาบาลชุมชน

5.4.1 ด้านสถานที่

- แยกชัดเจน

"แยกเฉพาะห้องตรวจ"

"แยกเฉพาะโต๊ะคัดกรอง อย่างอื่นยังรวมกันหมด เพียงแต่ทำตะกร้าแยก เช่น Lab รับยา มีกระจาดใส่แยกผู้สูงอายุออก"

"แยกเฉพาะห้องตรวจแต่อย่างอื่นรวมกันหมด"

"จัดห้องให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่กำหนดโดยใช้ร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ"

"แยกเฉพาะห้องตรวจ ยังรับยารวมกับผู้รับบริการอื่น"

"แยกเฉพาะเวลาดำเนินการเป็นช่วงเวลา 13.00-16.00 น. เพื่อลดระยะการรอคอยในการบริการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการตรวจรักษา ประเมินสุขภาพ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ"

"ลักษณะการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นแบบแยกห้องตรวจโดยการส่งผู้ป่วยสูงอายุไปตามจุดบริการแผนกต่างๆ แล้วกลับมาในคลินิกผู้สูงอายุ หลังจากตรวจประเมินแล้วจึงมาตรวจในคลินิกผู้สูงอายุ"

- ไม่แยกชัดเจน

"ยังไม่มีแยกคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการรวมกับผู้ป่วยทั่วไป แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะให้บริการโดยไม่ต้องไปต่อคิวกับผู้รับบริการทั่วไป ผู้สูงอายุจะได้ตรวจและรับยาก่อน"

5.4.2 ด้านรูปแบบการบริการ

- แบบ One stop clinic

"One stop clinic ยกเว้นรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก"

"แยกออกมาเป็น One stop clinic"

- ไม่ใช่แบบ One stop clinic

"หลังจากที่มีการซักประวัติ คัดกรอง และนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุแล้ว จะส่งพบแพทย์ในห้องตรวจแยกเฉพาะผู้ป่วยที่นัดไว้ เป็นแพทย์ประจำคลินิกที่ลงตรวจผู้ป่วยทุกวันพฤหัสบดี 13.00 น."

"การบริการผู้สูงอายุยังอยู่ร่วมกับผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป มีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปไม่มีคิว จำนวนผู้มารับบริการส่วนใหญ่ 40-50 % เป็นผู้สูงอายุ มีห้องตรวจโรคทั่วไปอยู่ 4 ห้อง การเข้า

ตรวจห้องผู้สูงอายุ 1-2 ห้องตรวจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรอคิวในการตรวจนานขึ้น จึงไม่มีการกำหนดห้องเฉพาะของผู้สูงอายุ”

“การดำเนินการเป็นคลินิกที่ใช้สถานที่คลินิกพิเศษ ซึ่งจะรับผู้ป่วยจากคลินิกพิเศษ OPD ทั่วไป ward เดินเข้ามาเอง พยาบาลเป็นผู้ประเมิน Geriatric syndromes ตรวจร่างกายเบื้องต้นจะ Consult แพทย์ที่นั่งประจำห้องตรวจ หรือส่งต่อกายภาพ สุขภาพจิต จะมีใบนำส่งจาก ward หรือส่วนอื่นๆ ซึ่งจะทำเป็นใบนำส่งเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุมีสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุ”

<u>ตอนที่ 6</u> ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

รายการ	ประเภทโรงพยาบาล											
	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์			โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน		
	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ
1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก	0%	66.67%	33.33%	85%	15%	0%	86.54%	3.85%	9.62%	71.43%	21.43%	7.14%
2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)												
2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	88.46%	3.85%	7.69%	85.71%	14.29%	0%
2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ	0%	66.67%	33.33%	75%	25%	0%	86.54%	5.77%	7.69%	85.71%	14.29%	0%
2.3 ทางลาด	33.33%	33.33%	33.33%	85%	15%	0%	86.54%	5.77%	7.69%	23.64%	7.14%	0%
2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	33.33%	33.33%	33.33%	90%	10%	0%	90.38%	1.92%	7.69%	100%	0%	0%
3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	0%	66.67%	33.33%	95%	5%	0%	84.62%	7.69%	5.77%	78.57%	21.43%	0%
4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกฯเคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	86.54%	3.85%	9.62%	78.57%	21.43%	0%
5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	78.85%	7.69%	13.46%	71.43%	28.57%	0%
6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุ<u>ของโรงพยาบาล</u>ที่มี Geriatric Syndromes ตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ทุก 3 เดือน (Dementia, Incontinence, Fall, Osteoarthritis, Depression)	0%	66.67%	33.33%	75%	25%	0%	65.38%	11.54%	23.08%	57.14%	35.71%	7.14%

รายการ	ประเภทโรงพยาบาล											
	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์			โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน		
	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ
7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้												
7.1 ADL , IADL	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	90.38%	7.69%	13.46%	64.29%	28.57%	7.14%
7.2 Dementia	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	69.23%	7.69%	23.08%	64.29%	28.57%	7.14%
8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	0%	66.67%	33.33%	90%	10%	0%	71.15%	19.23%	9.62%	64.29%	28.57%	7.14%
9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด	0%	66.67%	33.33%	85%	15%	0%	80.77%	5.77%	13.46%	57.14%	42.86%	0%
10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)	0%	66.67%	33.33%	85%	15%	0%	71.15%	7.69%	21.15%	57.14%	42.86%	0%
11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น												
Incontinence	0%	66.67%	33.33%	80%	20%	0%	61.54%	17.31%	21.15%	50%	42.86%	7.14%
Fall	0%	66.67%	33.33%	80%	20%	0%	57.69%	17.31%	25%	50%	42.86%	7.14%
Malnutrition	0%	66.67%	33.33%	80%	20%	0%	55.77%	17.31%	26.92%	57.14%	35.71%	7.14%
Depression	0%	66.67%	33.33%	80%	20%	0%	75%	5.77%	19.23%	71.43%	21.43%	7.14%
12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	0%	66.67%	33.33%	75%	25%	0%	59.62%	17.31%	23.08%	64.29%	35.71%	0%

จากข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (ตารางที่ 7) พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์ มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 85 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.54 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.43 แต่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ไม่มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 66.67

ด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า (1) โรงพยาบาลศูนย์ มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุและหรือหน่วยบริการอย่างชัดเจน ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 88.46 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 85.71 (2) ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 75 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.54 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 85.71 (3) โรงพยาบาลศูนย์ มีทางลาด ร้อยละ 85 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.54 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 23.64 และ (4) โรงพยาบาลศูนย์มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 90.38 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ไม่มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุและหรือหน่วยบริการอย่างชัดเจน ไม่มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.67 แต่มีทางลาด และห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ร้อยละ 33.33

ด้านการบริการ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ มีคลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 95 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.54 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.57 แต่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.67

โรงพยาบาลศูนย์ มีพยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกฯ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.54 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.57 แต่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ไม่มีพยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกฯ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.67

สำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพซึ่งร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาฯ พบในโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 78.85 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.43 แต่ไม่พบในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ร้อยละ 66.67

การเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ที่มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ทุก 3 เดือน (Dementia, Incontinence, Fall, Osteoarthritis, Depression) คิดเป็นร้อยละ 75 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 65.38 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.14

คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ได้แก่ (1) ADL, IADL คิดเป็นร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 90.38 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 64.29 (2) การประเมิน/คัดกรอง Dementia โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 69.23 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 64.29

โรงพยาบาลศูนย์ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 90 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 71.15 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 64.29

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 85 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 80.77 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.14

บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง) โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 85 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 71.15 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.14

คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์ มีการประเมิน/คัดกรอง incontinence, fall, malnutrition และ depression ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น คิดเป็นอย่างละร้อยละ 80 โรงพยาบาลทั่วไป มีการประเมิน/คัดกรอง incontinence ร้อยละ 61.54 fall ร้อยละ 57.69 malnutrition ร้อยละ 55.77 depression ร้อยละ 75 และโรงพยาบาลชุมชน มีการประเมิน/คัดกรอง incontinence และ fall อย่างละร้อยละ 50 malnutrition ร้อยละ 57.14 depression ร้อยละ 71.43

โรงพยาบาลศูนย์ ที่มีแพทย์รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 75 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 59.62 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 64.29 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 บุคลากรที่มีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

ประเภทบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ	ประเภทโรงพยาบาล			
	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
แพทย์ทั่วไป	0	10	23	29①
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	2①	27②	8	6
อายุรแพทย์	1②	12	33	6
แพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatric medicine)	0	0	3	0
นักกายภาพบำบัด/นักอาชีวบำบัด	0	16	34	17③
พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ	0	14	38②	13
พยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	2①	43①	69①	13
เภสัชกร	2①	15	35③	20②
โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร	1②	16③	30	14
นักจิตวิทยา	0	12	29	6
นักสังคมสงเคราะห์	1②	15	25	1
อื่นๆ ได้แก่				
- จิตแพทย์	0	1	1	0
- แพทย์ทางเดินปัสสาวะ	0	0	1	0
- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	0	0	2	0
- พยาบาลจิตเวช	0	0	1	3
- พยาบาลเวชกรรมสังคม	0	0	4	0
- ทันตแพทย์	0	0	1	0
- ทันตาภิบาล	0	1	0	0
- แพทย์แผนไทย	0	0	4	0
- ผู้ช่วยเภสัชกร	0	0	1	0
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้	0	1	2	0
- เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	0	0	0	1
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	0	1	0	0
- คนงาน	0	1	0	0

จากการสำรวจ พบว่าบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ อันดับ 1 มีจำนวนเท่ากัน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ และเภสัชกร รองลงมาอันดับ 2 คือ อายุรแพทย์ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์มีมากที่สุดอันดับ 1 คือ พยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ รองลงมาอันดับ 2 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอันดับ 3 คือ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุมากที่สุดอันดับ 1 คือ พยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ รองลงมาอันดับ 2 คือ พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ และอันดับ 3 คือ เภสัชกร และในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ทั่วไปมีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุมากที่สุดอันดับ 1 รองลงมา คือ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด/นักอาชีวบำบัด ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

<u>ตอนที่ 7</u> ปัญหาอุปสรรคด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

ปัญหาอุปสรรคด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จากการสำรวจพบว่า

7.1 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

7.1.1 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร

“ภาระงานของโรงพยาบาลขาดแคลนพยาบาที่มีหน้าที่ดูแลเฉพาะ”

7.1.2 ปัญหาอุปสรรคด้านรูปแบบการบริการ

“กำลังดำเนินงานอยู่ ไม่มีทีมรักษาเป็นเจ้าภาพโดยตรง อาศัยห้องตรวจโรคทั่วไป ซึ่งมีภารกิจหลักในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งลักษณะงานคลินิกผู้สูงอายุจะเข้าได้กับงานเวชกรรมสังคมมากกว่า”

“อยู่ระหว่างวางแผนจัดตั้งคลินิก เนื่องจากโรงพยาบาลราชวิถี มีผู้สูงอายุมารับบริการกระจายเกือบทุกคลินิก การให้บริการจะเป็นรูปแบบ 70 ปีไม่มีคิว แต่ยังไม่สำเร็จเท่าที่ควร เพราะมีผู้สูงอายุจำนวนมากและตรวจหลายคลินิก ผู้สูงอายุต่างต้องการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางโดยตรง นอกจากนี้ถ้าจะให้ได้ผลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ควรจะเปิดคลินิกผู้สูงอายุทุกวัน เวลา 13.00-16.00 น. และประชาสัมพันธ์ คัดกรองผู้ป่วยสูงอายุจากคลินิกปกติทุกคลินิก”

7.2 โรงพยาบาลศูนย์

7.2.1 ปัญหาอุปสรรคด้านนโยบาย

“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเป็นผู้นำในด้านพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุในเชิงระบบมากขึ้น”

“รับทราบนโยบายช้า นโยบายไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่มีแนวปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันชัดเจน คนรับทราบนโยบายกับคนปฏิบัติคนละคนกัน ความเข้าใจเรื่องนโยบาย การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลยังไม่ทั่วถึงในบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ขาดการประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานสูงอายุในระดับผู้ปฏิบัติการ”

7.2.2 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร

“มีนโยบายให้ดำเนินการอย่างชัดเจน แต่ไม่ได้ดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากปัญหาด้านสถานที่ พยาบาลมีปริมาณงานมาก และอยู่ในระหว่างขาดแคลนอัตรากำลัง”

“ขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านผู้สูงอายุทุกวิชาชีพ”

“ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกรับผิดชอบหลายคลินิก”

“ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอ ปัจจุบันจึงต้องบูรณาการทำร่วมกับคลินิกอื่น ไม่ได้แยกเป็นห้องตรวจผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์ประจำห้องตรวจ ทำได้แต่เอาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากคลินิกอื่นมาจัดการให้ครอบคลุมตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ”

“ภาระงานของโรงพยาบาล และขาดแคลนพยาบาลมีหน้าที่ดูแลเฉพาะ”

“ผู้สูงอายุมีปัญหาหลายด้าน พยาบาลและแพทย์ที่ให้บริการต้องชำนาญและมีความรู้ด้านผู้สูงอายุหลายด้าน ยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ บางครั้งแพทย์ที่อยู่คนละด้านออกมาตรวจก็ไม่เข้าใจปัญหาผู้สูงอายุ การรวบรวมข้อมูลโรคด้าน Geriatric Syndromes ยังทำได้ยาก เนื่องจากแพทย์ยังไม่ระบุให้ชัดเจนจึงพบได้น้อย”

“บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุไม่ได้จบเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ขาดแพทย์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรง ขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ”

“ไม่มีพยาบาลจบเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์ด้านผู้สูงอายุ”

“เนื่องจากแพทย์ที่รับผิดชอบมีภาระงานอื่นๆ”

7.2.3 ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ

“ขาดแคลนงบประมาณ”

7.2.4 ปัญหาอุปสรรคด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

ไม่แยกสถานที่ชัดเจน

“สถานที่คับแคบและไม่พอ ชมรมผู้สูงอายุทำกิจกรรมในห้องประชุม ถ้ามีการประชุมวิชาการผู้สูงอายุก็ไม่มีห้องทำกิจกรรม ต้องเปลี่ยนไปทำกิจกรรมนอกสถานที่”

“ด้านอาคารสถานที่ ยังไม่เป็นเอกเทศ ยังต้องใช้ห้องร่วมกับห้องตรวจจิตเวชเด็ก ห้องน้ำผู้สูงอายุยังไม่ได้ตามมาตรฐานและอยู่ไกล นโยบายจะเปิดมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ยังมีปัญหาเรื่องการใช้สถานที่ ห้องตรวจและแพทย์ที่จะออกตรวจ”

“ไม่มีสถานที่ดำเนินการเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุ ใช้ห้องตรวจเด็ก”

“ด้านโครงสร้าง อาคาร สถานที่ ใช้ร่วมกับงานอายุรกรรม เกิดความแออัด และผู้สูงอายุบางคนยังสับสน”

“ขาดสถานที่ที่เหมาะสม วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ”

“เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้ทำแผนขยายบริการไว้รองรับนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงทำให้มีปัญหาด้านการจัดหาสถานที่เพื่อจัดบริการให้ได้ตามแบบมาตรฐาน”

“สถานที่คับแคบ ไม่แยกออกจากห้องตรวจอื่นๆ ทำให้ทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้ บุคลากรมีภาระงานด้านอื่นๆ มาก ทำให้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุได้ไม่เต็มที่ การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงเกี่ยวกับเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้าคลินิก”

“กำลังดำเนินงานอยู่ ไม่มีทีมรักษาที่เป็นเจ้าภาพโดยตรง ยังต้องอาศัยงานห้องตรวจโรคทั่วไป ซึ่งมีภารกิจหลักในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งลักษณะงานคลินิกผู้สูงอายุจะเข้าได้กับงานเวชกรรมสังคมมากกว่า”

7.2.5 ปัญหาอุปสรรคด้านรูปแบบการบริการ

“เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา ผู้สูงอายุที่มาตรวจมีความประสงค์ไปตรวจกับแพทย์เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีแพทย์ประจำตัวเฉพาะโรคอยู่แล้ว มาตรวจที่คลินิกพิเศษเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่มาตรวจมีช่วงเวลาที่เร่งด่วน ตรวจเสร็จรีบกลับไปพักผ่อน”

7.3 โรงพยาบาลทั่วไป

7.3.1 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร

“ไม่มีแพทย์ผู้สูงอายุและแพทย์ที่จะทดแทนในเวลาแพทย์ประจำไม่อยู่ พยาบาลผู้รับผิดชอบมีคนเดียว”

“ขาดการประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และผู้รับบริการยังไม่ทราบ ไม่มีแพทย์ออกตรวจประจำคลินิกเนื่องจากภาระงานมาก ขาดเครือข่าย”

“ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาลงประเมินมีภาระงานมาก ติดประชุม ทำให้บางครั้งต้องนัดผู้สูงอายุมาประเมินเพิ่ม ทำให้ต้องนัดผู้สูงอายุมาประเมินเพิ่มหรือประเมินใหม่ในวันถัดไป ผู้สูงอายุเดินทางมาลำบากต้องมีคนพามาโรงพยาบาล บางคนอยู่บ้านคนเดียว ในการประเมินภาวะสุขภาพและการให้ความรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพใช้เวลานานทำให้จัดสรรเวลาลำบาก เช่น บางครั้งไม่ได้ส่งพบเภสัชกรเพราะผู้ป่วยจะกลับบ้าน ผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องไปรับบริการใช้เวลานาน”

“แบบประเมินแต่ละอย่างใช้เวลาในการประเมินผู้สูงอายุแต่ละคนใช้เวลานาน บุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านผู้สูงอายุมีน้อย ไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ ทำให้ประเมินผู้สูงอายุครั้งละคนได้จำนวนผู้ป่วยน้อย สถานที่ในคลินิกผู้สูงอายุคับแคบ ไม่มีโปรแกรมสนันสนุนในการเก็บข้อมูลที่เหมือนกันทั้งประเทศแต่ละส่วนสามารถดึงข้อมูลได้เอง ลดภาระงานของผู้รับผิดชอบ”

“บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้บางครั้งเกิดปัญหาในการให้บริการ”

“บุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น”

“บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดบุคลากรรับผิดชอบ ขาดรูปแบบการดำเนินงานชัดเจน ผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญ ต้องการตรวจแล้วกลับบ้านไม่ยืดเยื้อ ควรดำเนินการในชุมชนจะดีกว่า”

“แพทย์ไม่เพียงพอ ผู้บริหารยังไม่นำนโยบายมาปฏิบัติอย่างจริงจัง”

“อัตรากำลังมีไม่เพียงพอทำให้การขับเคลื่อนงานลำบาก เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีงานมากหลายคลินิกบริการ การคัดกรอง 1 คน ใช้เวลานาน บางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ คำถามมากเกินไป ตอบลำบาก ที่ทำงานแออัด คลินิกซ้อนทับกันมากมาย ไม่มีสถานที่ทำการที่สะดวกสบายทำให้บรรยากาศไม่ค่อยดี ให้บริการแบบอึดอัด”

“เจ้าหน้าที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุมีหน้าที่หลายบทบาทและมีภาระงานหนัก ยังขาดการเชื่อมโยงคลินิกผู้สูงอายุกับชุมชน ขาดแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ”

“พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุมีภาระงานมาก แพทย์ประจำคลินิกไม่มี คลินิกเฉพาะโรคเรื้อรังเปิดบริการไม่ตรงกับวันที่เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ห้องตรวจเหมือนกับห้องตรวจทั่วๆ ไป”

“บุคลากรที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางยังไม่ได้ลงมาช่วยเต็มตัวเนื่องด้วยมีภาระงานประจำ การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานอยู่ในระหว่างดำเนินการ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังยังขาดความเข้าใจ คลินิกผู้สูงอายุทำอะไร คือการตรวจโรคทั่วไปหรือการตรวจรับยาประจำอยู่หรือเปล่า เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ความชำนาญงานในทุกด้าน”

“ขาดแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากผู้นำองค์กร”

“พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุเพียงคนเดียว ทำให้บางครั้งเมื่อพยาบาลเฉพาะทางไปประชุมหรือไปปฏิบัติราชการทำให้บางครั้งคลินิกต้องหยุดให้บริการ หรือให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ต่อเนื่อง ด้านสถานที่ห้องน้ำยังมีขนาดเล็ก รถเข็นเข้าไม่ได้ ไม่สะดวกต่อผู้มารับบริการ การส่ง Principle diagnosis ตาม ICD-10 บางครั้งยังไม่ได้ลงบันทึกที่พบทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน”

“อัตรากำลังในการให้บริการไม่เพียงพอต่อคลินิกพิเศษต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น แพทย์ไม่คำนึงถึง Geriatric Syndromes พยาบาลคัดกรองพบความผิดปกติ แต่เมื่อส่งพบแพทย์เพื่อตรวจแล้วติดตามดูผลการรักษาพบว่าไม่มีอะไร จึงไม่รู้ว่าการคัดกรอง (ตามเครื่องมือที่เคยอบรมมา) แพทย์ใช้ประกอบเป็นแนวทางเดียวกันหรือไม่ มุ่งเน้นคุณภาพ (HA) เน้นโรคมากกว่าองค์รวม กลุ่มพยาบาลยังไม่เน้นเป็นนโยบาย จึงมีงานส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งจะสำเร็จต้องเห็นความสำคัญไปพร้อมๆ กัน”

“ด้านบุคลากรเจ้าหน้าที่ 1 คน รับงานหลายอย่าง ดังนั้นงานที่ทำจึงมีเวลาให้ไม่เต็มที่ ต้องบูรณางานทั้งหมดรวมๆ กัน การทำกิจกรรมผู้สูงอายุต้องใช้เวลาต่อคนนาน เจ้าหน้าที่จะไม่พอ ด้านสถานที่โรงพยาบาลแคบมาก ไม่มีสถานที่ที่จะทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ”

“มีความจำกัดด้านบุคลากรเพื่อให้บริการเฉพาะ ด้านสถานที่บริการ และจัดกิจกรรม”

“บุคลากรไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ การดำเนินงานทำในรูปแบบของคณะทำงานบางงานต้องใช้ประบบการประสานงาน ไม่ใช้รูปแบบ One stop service สามารถเปิดบริการได้เพียง 1 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากไม่มีบุคลากรประจำเฉพาะคลินิก”

“ขาดอุปกรณ์ในห้องตรวจ มีคณะกรรมการจากการแต่งตั้ง แต่ด้านปฏิบัติมีเพียงพยาบาล 1 คน ที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุทั้งหมด ถ้าหากพยาบาลผู้รับผิดชอบติดภาระงานเร่งด่วน หรือติดประชุมทำให้ต้องปิดคลินิก ทำให้การบริการในคลินิกไม่ตรงตามกำหนด”

“ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้าน Geriatric Medicine”

“สถานที่คับแคบ ยังไม่มีแพทย์ประจำคลินิก รูปแบบงานยังไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานหลายหน้าที่”

“ขาดบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาลเฉพาะสาขา และอื่นๆ การซักแบบประเมินใช้เวลาในการคัดกรองมาก ทำให้ระยะเวลาในการรอคอยนาน กระทบความพึงพอใจในการรับบริการ”

“ภาระงานอื่นมาก ไม่สามารถจัดตั้งคลินิกแยกเฉพาะได้แต่สามารถให้บริการได้ บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดบุคลากร F/U ต่อหากคัดกรองมาก หากคัดกรองครบแต่ขาดบุคลากรในการดูแลต่อ จะเกิดปัญหามาก”

“ด้านบุคลากรมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุประจำเพียง 1 คน”

“ไม่มีแพทย์รับผิดชอบประจำคลินิก ทำให้ขาดที่ปรึกษา”

“บุคลากรยังขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ”

7.3.2 ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ

“ขาดงบประมาณในการดำเนินการ”

“ด้านงบประมาณการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะถูกส่งลงไประดับตำบล จึงไม่มีงบลงมาสู่โรงพยาบาล”

“งบประมาณปรับปรุงสถานที่ไม่มี”

- ปัญหาอุปสรรคด้านนโยบาย

“นโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ทำงานด้านคลินิกผู้สูงอายุไม่ชัดเจน จำนวนบุคลากรที่ทำงานโดยตรงกับผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย จำนวนผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งที่ OPD และ IPD มีจำนวนมาก”

“ขาดนโยบายและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน”

“ไม่มีคำสั่งจากผู้บริหารระดับสูงสุด ผู้สูงอายุมีจำนวนเยอะมากทุกคลินิกและทุกวัน”

“ความแตกต่างด้านนโยบายของส่วนกลางระหว่างกรมการแพทย์ กรมอนามัย ในงานผู้สูงอายุทำให้บุคลากรปฏิบัติสับสนยุ่งยาก และเพิ่มภาระด้านการเก็บข้อมูล กำหนดแนวทางการปฏิบัติขอให้มีความชัดเจน

และมองปัญหาเชิงลึกของข้อมูลส่วนภูมิภาค การขับเคลื่อนนโยบาย ด้านบุคลากรที่จะปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ควรกำหนดเป็นกรอบอัตรากำลัง โครงสร้างของสำนักปลัดกระทรวงให้ชัดเจน”

“นโยบายการจัดตั้งคลินิก ผู้บริหารรับทราบสั่งการแต่ในการดำเนินงานจำเป็นต้องประสานกับหลายฝ่าย หากผู้บริหารเชิงนโยบายไม่เห็นความสำคัญ การดำเนินงานก็เป็นไปได้อย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป งานคลินิกผู้สูงอายุเป็นงานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นองค์รวมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จึงต้องใช้เวลาในการพูดคุยให้คำปรึกษา รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจ บางครั้งอาจต้องใช้ทักษะการสาธิต ฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติที่ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้อง เป็นการดูแลกายใจของผู้สูงอายุ และหมายรวมถึงกายและใจของผู้ดูแลหรือญาติ เพราะผู้สูงอายุมีปัญหาหลากหลายจึงต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละราย การนำจำนวนรายมาคำนวณ เช่น น้ำหนัก P4P ทำให้รู้สึกเหนื่อยใจ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเห็นผู้สูงอายุและญาติยิ้มได้ก็รู้สึกดี คลินิกผู้สูงอายุยังไม่มีแพทย์ประจำ บางครั้งความเคยชิน การมาโรงพยาบาลต้องได้รับยากลับไป แต่เมื่อไม่ได้รับยาอีก ญาติไม่เห็นความสำคัญจึงไม่ค่อยอยากพามาในบางครั้ง”

7.3.3 ปัญหาอุปสรรคด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

ไม่แยกสถานที่ชัดเจน

“สถานที่ยังใช้ร่วมกับ OPD ไม่มีสถานที่เฉพาะของคลินิกผู้สูงอายุ”

“สถานที่คับแคบหากประเมินผู้สูงอายุพร้อมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีสมาธิ ไม่เป็นส่วนตัว มีเสียงดังรบกวน การประเมินผู้สูงอายุมีไม่ครบทุกด้าน และรูปแบบกิจกรรมการช่วยเหลือต่างๆ มีน้อย”

“ไม่มีสถานที่เฉพาะ ไม่มีการสนับสนุนอุปกรณ์ เนื่องจากภาระงานอายุรกรรมส่วนกลางปริมาณมาก”

“สถานที่ตั้งใช้บริเวณที่ให้บริการคลินิกอายุรกรรม”

“สถานที่ห้องตรวจยังคับแคบ”

7.3.4 ปัญหาอุปสรรคด้านรูปแบบการบริการ

“เลือกในวันที่มีห้องว่างและผู้ป่วยอายุรกรรมมีจำนวนไม่มาก กำหนดให้บริการในวันศุกร์เวลา 8.00-16.00 น. ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกจะได้การตรวจคัดกรองก่อนโดยพยาบาล ตามแนวทางการคัดกรอง Geriatric assessment ก่อนพบแพทย์ขั้นตอนการคัดกรองมีพยาบาลเป็นผู้คัดกรอง 1 คน แต่การคัดกรองในผู้ป่วย 1 คน มีแบบประเมิน 5-7 เรื่อง ต้องใช้เวลานานมาก ปัจจุบันพยาบาลใช้เวลาคัดกรองผู้ป่วยไว้ก่อนและนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป ยกเว้นในรายที่ต้องพบแพทย์เร่งด่วน”

“เป็นคลินิกที่เปิดดำเนินการใหม่ การคัดกรองผู้สูงอายุส่งคลินิกผู้สูงอายุบางรายไม่ตรงตามเกณฑ์ของคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจถึงประโยชน์ จุดประสงค์ในการมาคลินิกผู้สูงอายุ การประเมินคัดกรอง Geriatric Syndromes ใช้เวลาค่อนข้างนาน ประมาณ 20-30 นาทีต่อราย ในแต่ละครั้งดูแลผู้สูงอายุได้ไม่มาก ประมาณ 5 รายต่อครั้ง”

“ผู้สูงอายุการสื่อสารใช้เวลาค่อนข้างนาน ผู้สูงอายุมีความซับซ้อนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องสอบถามปัจจัยเรื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต อารมณ์”

“ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว จะรับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัดจึงอาจทำให้ไม่สะดวกที่จะต้องแยกผู้สูงอายุให้มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ขาดแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจึงทำให้การบริการไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจัดตั้งแยกคลิกนิกผู้สูงอายุที่มีห้องเฉพาะได้”

"ปัญหาในการให้บริการเพื่อการจัดตั้งและดำเนินการตามมาตรฐานค่อนข้างยุ่งยาก เพราะงานให้บริการผู้สูงอายุจะให้บริการที่ห้องตรวจโรคทั่วไปอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นผู้ที่รับผิดชอบหลักไม่มีเฉพาะ และผู้บริหารไม่ได้มีคำสั่งแต่งตั้งโดยตรง"

"ไม่มีผู้สูงอายุเดินเข้ามาใช้บริการ จำต้องไปเอาผู้สูงอายุที่มาตรวจโรคต่างๆ มาประเมินไม่ work"

"อยู่ระหว่างการดำเนินงานจัดตั้งคลินิก เริ่มเปิดบริการเดือนกรกฎาคมปี 2556"

"เพิ่งเริ่มดำเนินการ ยังทำได้ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานคลินิก ตัวผู้ดำเนินงานคลินิกต้องศึกษาแนวทางการดำเนินงานเพิ่มเติม"

"การให้บริการยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร กำลังพัฒนางานให้บูรณาการสู่ชุมชน"

"จำนวนคนไข้น้อย ส่วนมากมีแพทย์ดูแลประจำอยู่แล้วตามคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ การตั้งเป็นคลินิกอาจจะไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ"

"ยังไม่ได้ดำเนินการ กำลังจัดตั้ง"

"ยังสรุปไม่ได้ ต้องรอการปรับปรุงและพัฒนา คงตอบได้หลังจากดำเนินการอย่างน้อยประมาณ 3 เดือน"

"ปัญหาด้านการสื่อสาร เนื่องจากมีทั้งผู้สูงอายุที่เป็นชาวมุสลิม ขาวจีน ขาวไทยรวมกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักพูดภาษาไทยไม่ได้ ต้องสื่อสารผ่านญาติผู้ดูแลทำให้ในบาง case ที่มีปัญหาแต่ไม่สมัครใจเข้าคลินิก โดยมักพบเป็นชาวมุสลิมที่ไม่ค่อยเห็นความสำคัญ ยังขาดการประชาสัมพันธ์ ยังพบผู้สูงอายุตามชุมชนที่มีปัญหาแต่ไม่ได้เข้ารับบริการในคลินิก ขาดการประสานเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง"

7.4 โรงพยาบาลชุมชน

7.4.1 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร

"ผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก และส่วนใหญ่มาแล้วต้องการตรวจรักษาโดยเร็ว แต่ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก ขาดองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการต่อเนื่อง หลังจากประเมินด้านต่างๆ เสร็จแล้ว"

"บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เข้าใจนโยบายว่าทำไมต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่แต่ละคลินิกของโรงพยาบาลก็มีผู้สูงอายุมารับบริการอยู่แล้ว แบบประเมินผู้สูงอายุมีจำนวนมากต้องใช้ระยะเวลานานในการประเมิน ต้องมีการติดตามผู้สูงอายุมารับบริการประเมินเพิ่มเติม การประเมินความพึงพอใจไม่สามารถประเมินได้ในผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการ เนื่องจากต้องให้ผู้รับบริการจนครบกระบวนการบริการก่อน ซึ่งอาจต้องใช้วิธีส่งแบบสอบถามไปที่บ้านแทนการตอบแบบสอบถามหลังรับบริการ"

"ขาดบุคลากรประจำในการดูแลคลินิก เพราะบุคลากรทุกคนมีหน้าที่ประจำอยู่แล้ว การจะแยกไปปฏิบัติงานเพียงคลินิกเดียวยังไม่มี"

"ยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ยังรวมในบริการ OPD"

"พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก รับผิดชอบหลายงาน"

"จำนวนบุคลากรที่จะต้องรับผิดชอบคลินิก เนื่องจากปัจจุบันพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพออยู่แล้ว"

"การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน การส่งเสริม การกำกับติดตามให้กำลังใจการดำเนินงานที่ชัดเจน การวางรูปแบบภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ร่วมกันในระดับจังหวัด ระบบข้อมูล ICD ทางด้าน geriatric ที่อาจขาดความตระหนักในการให้รหัส ทำให้ under report"

"ปัญหาเรื่องอัตรากำลัง เนื่องจากพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุมีงานประจำอย่างอื่นด้วย ทำให้ไม่มีเวลาให้บริการผู้สูงอายุในคลินิกได้ดีพอ"

7.4.2 ปัญหาอุปสรรคด้านสถานที่

"โรงพยาบาลกำลังอยู่ในช่วงการปรับโครงสร้างด้านสถานที่ ให้มีการบริการครบ 10 เตียง ตามกรอบเพื่อให้มีสถานที่ในการบริการที่เพียงพอต่อการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุประมาณ 40-50 %ต่อวัน การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ลงตัวมากขึ้น"

"ปัญหาด้านโครงสร้าง เนื่องจากโครงสร้างเดิมบางอย่างไม่สามารถแก้ไขให้ถูกต้องตามมาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุได้ 100 %"

"เนื่องจากทางโรงพยาบาลอยู่ระหว่างสร้างอาคารใหม่ (ต้องทุบอาคารเดิม) ทำให้สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ไม่สะดวก"

"อาคารสถานที่คับแคบเนื่องจากอยู่ระหว่างการก่อสร้างอาคาร ด้านบุคลากร เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำนวนน้อย และผู้มารับบริการมีจำนวนมาก จึงทำให้คลินิกผู้สูงอายุดำเนินการได้ช้า"

7.4.3 ปัญหาอุปสรรคด้านรูปแบบการบริการ

"ก่อนรับทราบตัวชี้วัด มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจริง และยังไม่ได้คุณภาพหลังจากรับทราบตัวชี้วัดและได้ไปประชุมมาแล้วเข้าใจมากขึ้น และเริ่มทำคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินคุณภาพผู้สูงอายุ และร่วมกับ PCU ในการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ"

"ยังขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานด้วยภาระงานแต่ละคนล้นมือ จึงยังไม่มีการส่งต่อ case เข้ามาในคลินิก และผู้รับผิดชอบคลินิกต้องคัดกรองทั่วไปด้วย ทำให้ออกไปค้นหา case ในจุดบริการอื่นๆ ไม่ได้ ซึ่ง case ส่วนใหญ่มักอยู่ในคลินิกอื่นๆ เช่น DM, HT, COPD ซึ่งอยู่คนละตึกของ OPD ทั่วไป แพทย์ที่ประจำคลินิกไม่สามารถออกมาตรวจผู้ป่วยสูงอายุได้ตามวันที่มีคลินิก แล้วแต่เวรของท่านจะตรง OPD หรือเปล่า ถ้าไม่อยู่เวรตรงกับตรวจผู้ป่วยในก็แทบไม่ได้ออกมา OPD เลย พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุรับผิดชอบงานเป็นหลัก คณะกรรมการคนอื่นแค่รับ consult"

"กำลังดำเนินการจัดกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ จึงยังไม่ทราบปัญหา อุปสรรค"

<u>ตอนที่ 8</u> ความต้องการด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

ความต้องการด้านการให้บริการ/การสนับสนุนเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป มีดังนี้

8.1 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

8.1.1 ด้านนโยบาย

"นิเทศงานจัดตั้งเพื่อให้คำแนะนำในรูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละโรงพยาบาล"

8.1.2 ด้านบุคลากร

"สถานที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ อัตรากำลังด้านแพทย์ ตรวจผู้ป่วยที่สูงอายุตามมาตรฐานช่วงเวลา 13.00-16.00 น. สรรหาพยาบาลที่ผ่านการอบรม APN ผู้สูงอายุให้ไปปฏิบัติงานช่วงเวลา 13.00-16.00 น. กำหนดบุคลากรอื่นๆ ที่ต้องทำงานคลินิกผู้สูงอายุในช่วงเวลา 13.00-16.00 น."

8.1.3 ด้านงบประมาณ

"เงินอุดหนุนในการจัดดำเนินการ องค์ความรู้เกี่ยวกับ CPG ในโรคต่างๆ และการรักษาที่สามารถทำในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แต่ใช้กับ Geriatric syndromes"

8.2 โรงพยาบาลศูนย์

8.2.1 ด้านนโยบาย

“สำนักผู้ตรวจราชการ ต้องมี KPI ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในด้านการพัฒนางานเชิงระบบที่ชัดเจนมากกว่าการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามเก็บข้อมูลสายงานอย่างเดียว”

“ความชัดเจนและต่อเนื่องของโยบาย ประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวางมากขึ้นถึงความสำคัญของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป”

“นิเทศงานจัดตั้งเพื่อให้คำแนะนำในรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาล”

8.2.2 ด้านงบประมาณ

“จัดให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรือของโรงพยาบาลในด้านผู้สูงอายุ มีงบประมาณในการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจากกระทรวงสาธารณสุข มีแพทย์ที่จบทางด้านผู้สูงอายุหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบโดยตรง สนับสนุนการจัดประชุมเพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุทุกปี”

“งบประมาณดำเนินการยังไม่ชัดเจน ยังต้องของบประมาณจากภายในโรงพยาบาลอยู่”

“งบประมาณให้แพทย์อบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ งบประมาณให้พยาบาลอบรมเฉพาะทางด้านเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ควรมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเป็นระยะจากส่วนกลาง เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และให้ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรเข้าอบรมด้านผู้สูงอายุตามส่วนกลางจัด ควรมีการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ทำงานสามารถเข้าอบรม เป็นหลักสูตรอย่างน้อย 4 เดือน”

“อยากให้จัดสรรงบประมาณเพื่อปรับปรุงหรือเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการคลินิกให้บรรลุวัตถุประสงค์”

“แยกสัดส่วนงบประมาณพัฒนาการจัดระบบบริการกลุ่มผู้สูงอายุให้ชัดเจน ทั้งด้านบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ”

8.2.3 ด้านบุคลากร

“สถานที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ อัตรากำลังด้านแพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรม APN/ผู้สูงอายุ กำหนดบุคลากรอื่นๆ ที่ต้องทำงานคลินิกผู้สูงอายุ”

“การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง”

“การจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเฉพาะทางบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์”

“ต้องการบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องกับงานผู้สูงอายุโดยตรง โดยเฉพาะพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ”

“การฝึกอบรมบุคลากร”

“แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ”

“แพทย์ที่รับผิดชอบเฉพาะ และมีเวลาให้กับ Clinic ผู้สูงอายุ”

“ขอเพิ่มพยาบาลประจำคลินิก เพื่อเป็นตัวแทนเมื่ออีกคนไปประชุมหรือมีกิจกรรม สนับสนุนให้มีแพทย์ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต จะได้มีแพทย์ประจำคลินิกที่ชัดเจน”

“อยากให้มีการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพผู้รับผิดชอบงานในคลินิกผู้สูงอายุ”

- ด้านสถานที่

“ด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมและเพียงพอ”

“ปรับปรุงสถานที่ให้กว้างขึ้น สงบ และปลอดภัย (สร้างราวจับ ปรับปรุงพื้นห้องไม่ให้ลื่น)”

- ด้านวิชาการ

“ต้องการเอกสาร ตำรา แผ่นพับ หนังสือเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สนับสนุนไว้ในคลินิกผู้สูงอายุจากส่วนกลาง ด้านโรงพยาบาลต้องการห้องตรวจคลินิก (เป็นส่วนตัว)”

“ต้องการเอกสารคู่มือแจกให้ผู้สูงอายุ ต้องการให้มีการพัฒนาด้านศักยภาพ บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ เพื่อนำมาใช้ในการให้บริการผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุบางครั้งไม่มีห้องทำกิจกรรม เวลามีประชุมของหน่วยงานอื่น ห้องที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมก็ไม่ได้ทำ เพราะถูกใช้เป็นห้องรับประทานอาหาร”

8.3 โรงพยาบาลทั่วไป

8.3.1 ด้านนโยบาย

“ชี้แจงในระดับผู้นำโรงพยาบาลว่าเน้นเรื่องจำเป็นต้องทำในระดับนโยบาย สนับสนุนสื่ออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในคลินิก สนับสนุนความรู้/วิชาการ”

“นโยบายที่ชัดเจน มีระบบการจัดเก็บ ส่งต่อ เชื่อมข้อมูลที่เป็นระบบง่าย สามารถวิเคราะห์ และนำสู่การพัฒนาต่อเนื่องได้”

“ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการศึกษาดูงาน (แลกเปลี่ยนเรียนรู้) ติดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับอย่างครบถ้วน เหมาะสม และสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานผู้สูงอายุ และภาคภูมิใจในผลงานที่ได้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

“แนวทางและนโยบายที่ชัดเจน งบประมาณในการจัดตั้ง สิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ”

“นโยบายควรผลักดันให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ในการดำเนินงานคลินิกอย่างจริงจัง และมีการสนันสนุนด้านงบประมาณการดำเนินการของคลินิก”

“มีนโยบายลงมาถึงผู้บริหารโรงพยาบาลถึงการบังคับเปิดคลินิก มีงบประมาณสนับสนุน ในแต่ละโรงพยาบาลที่ไม่มีคลินิกได้มาดูงานโรงพยาบาลที่เปิดคลินิกแล้วสำเร็จเพื่อมีแนวทางการทำงาน”

“ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าถึงระบบการรักษา ไม่ปิดกั้นให้จัดบริการในรูปแบบคลินิก เพราะบริบทของการบริหารจัดการแต่ละโรงพยาบาลมีความเข้มแข็งต่างกัน ซึ่งนโยบายที่ระบุอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ก็เหมาะสมแล้ว หากมีการส่ง Consult จนได้เป็นจุดรับประสานบริการผู้สูงอายุได้สะดวกขึ้น”

“เสนอแนะให้สร้างโรงพยาบาลผู้สูงอายุไว้ทุกจังหวัดแยกจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรืออื่นๆ”

“การดำเนินงานภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตอบโจทย์ตามความต้องการของผู้รับบริการ”

“ลงตรวจเยี่ยมประเมินเพื่อปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป”

8.3.2 ด้านบุคลากร

“การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ด้านนโยบายผู้บังคับบัญชาสนับสนุน และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติ หรือมีการกำหนดผู้รับผิดชอบเฉพาะ เช่น ผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้สูงอายุ หรือผู้ที่จบหลักสูตรปริญญาโทด้านผู้สูงอายุมารับผิดชอบโดยตรง”

“สนันสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุให้กับบุคลากรในการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เนื่องจากหากส่งไปอบรมต้องใช้งบประมาณจำนวนมากแต่ถ้าสถาบันส่งผู้เชี่ยวชาญมาอบรม ให้ก็น่าจะดี (ถ้าเป็นไปได้) และ Update ความรู้อย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนโปรแกรมการลงข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ ลดความซ้ำซ้อน สนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ”

“สนับสนุนด้านวิชาการแก่แพทย์ทั่วไป”

“สนับสนุนให้มีแพทย์ผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไป กระตุ้นให้ผู้บริหารมองเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และจัดบริการให้ได้อย่างครอบคลุม”

“ควรให้ภาระงานในผู้ที่มาทำงานด้านผู้สูงอายุเพิ่ม จะได้เป็นแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาระงานเดิมของแต่ละฝ่ายมีมากอยู่แล้ว”

“สนับสนุนด้านเจ้าหน้าที่ คือ มีการจัดอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อให้มีเจ้าหน้าที่ในการบริการแก่ผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น หรือให้ได้บริการที่มีคุณภาพและเน้นไปในทิศทางเดียวกัน ให้ผู้บริหารในแต่ละโรงพยาบาลให้การสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น อยากให้ทางสถาบันจัดอบรม หรือออกเป็นลักษณะแนวทางปฏิบัติในการ Code ICD-10 เพื่อจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้องมากขึ้น สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุต่อไป”

“เพิ่มบุคคลากรทั้งแพทย์ พยาบาลเฉพาะสาขา ให้เพียงพอต่อภาระงาน”

“แพทย์ Geriatric Medicine”

“บุคลากรแพทย์ที่จะสับเปลี่ยนกับแพทย์ประจำ เมื่อมีเหตุจำเป็นที่มาออกตรวจไม่ได้”

“ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุมากขึ้น”

“ความต้องการสนับสนุนในส่วนอัตรากำลังแพทย์ การสนันสนุนช่องทางความก้าวหน้าในสายวิชาชีพด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กรอบอัตรากำลังบุคลากรแพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลยังไม่มีสาขา/แผนกผู้สูงอายุมารองรับ ทำให้ไม่มีอัตรากำลังดำเนินงานด้านนี้อย่างชัดเจน สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบในสาย รพศ., รพท. ,รพช. ,สอ. แต่นโยบายด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากกรมการแพทย์และกรมอนามัย ซึ่งบางครั้งทั้ง 2 กรมมีแนวนโยบายที่แตกต่างกันทำให้บุคลากรภาคบริการสับสน จึงอยากให้ 2 กรมนี้ประสานการทำงานกันบ้าง”

8.3.3 ด้านงบประมาณ

“เรื่องเงินสนับสนุนในการจัดดำเนินการองค์ความรู้เกี่ยวกับ CPG ในโรคต่างๆ และการรักษาที่สามารถกระทำในคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต แต่ใช้กับ Geriatric syndromes”

“ความต้องการด้านการให้บริการ งบประมาณสวัสดิการสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ลงประเมินสถานที่สำหรับคลินิกผู้สูงอายุโดยตรงที่มีรูปแบบชัดเจน เช่น มีราวจับระหว่างเดินเข้าแต่ละห้องประเมิน บุคลากรช่วยลงข้อมูล”

“สนับสนุนเรื่องงบประมาณ การศึกษาดูงาน โรงพยาบาลที่ดีเลิศ ต้องการการสนับสนุนวิทยากรและการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล”

“อยากให้มีงบประมาณมาจัดสร้าง ปรับปรุงสถานที่ จัดให้มีการอบรม ให้ความรู้บ่อยๆ เปิดหลักสูตรเรียนสาขาผู้สูงอายุ หรือเปิดเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (4 เดือน) ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม”

“งบประมาณ (การทำโครงการ ทำกิจกรรมต่างๆ การอบรม ฯลฯ) สถานที่ที่เหมาะสมแยกเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะของคลินิกผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล”

“ต้องการงบประมาณบุคลากร ความรู้ ความเข้าใจ”

“ต้องการงบประมาณสนับสนุน”

“ต้องการงบประมาณและบุคลากร”

“สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนงานวิชาการทั้งแพทย์และพยาบาล ไม่ควร fix ว่าจัดแบบใด เพราะแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถทำได้แบบเดียวกัน เพราะบริบทต่างกันจำนวนบุคลากรพอ/ไม่พอไม่เหมือนกัน บุคลากรเฉพาะทางไม่เหมือนกัน ควรให้โรงพยาบาลจัดการเอง ถ้าจะเก็บตัวชี้วัดก็ต้องเชิญ clinical ไม่ควรเก็บแบบกายภาพเพราะมีข้อจำกัดมาก”

“ทุนแพทย์ประจำบ้านสาขา Geriatric Medicine 1 ทุน เพื่อวางแผนให้เป็นแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุและหัวหน้าทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลพัทลุง โปรแกรมบันทึกข้อมูลแบบประเมินผู้สูงอายุตามแบบฟอร์ม การประชุมชี้แจงการใช้แบบประเมินอย่างละเอียด พร้อมอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการประเมิน”

8.3.4 ด้านสถานที่

“สถานที่บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านผู้สูงอายุครบทุกสายงาน”

“สถานที่ที่เหมาะสม สนับสนุนอุปกรณ์เฉพาะและบุคลากรที่เพียงพอ การเห็นความสำคัญของคลินิกผู้สูงอายุจากผู้บริหารระดับโรงพยาบาล”

“มีสถานที่เฉพาะทั้งด้านบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ มีบุคลากรประจำ มีนโยบายเน้นการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างสถานที่บริการ เครือขายบริการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และชุมชน”

“ต้องการให้แยกสถานที่ให้เป็นที่เฉพาะใน OPD ที่ไม่แออัด ทำกิจกรรมกลุ่มในห้องได้ และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกับพยาบาลที่รับผิดชอบ ต้องขับเคลื่อนเองทุกอย่างทำให้ผลงานไม่ดีเท่าที่ควร อัตรากำลังขาดแคลน”

8.3.5 ด้านวิชาการ

“แบบฟอร์มต่างๆ ใน Website ไม่สามารถ copy ได้ ทำให้การปรับปรุงงานและพัฒนาแบบฟอร์มนำมาใช้ไม่ได้ทันที ต้องเสียเวลาในการดำเนินงาน ต้องการให้สนับสนุนคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ แผ่นพับต่างๆ ต้องการให้มีวิชาการส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล เรื่องงานผู้สูงอายุ ต้องการสื่อการสอน/กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ”

“ขอสนับสนุนป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์นโยบายของกระทรวง แผนประชาสัมพันธ์ในการเข้าถึงบริการที่ตรงประเด็นกับผู้สูงอายุ องค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคิดว่ามีเพียงพอแล้วแต่อยู่ที่ว่าจะมีบุคลากรร่วมมือกันทำงานได้ดีอย่างไร ฝึกอบรมบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ”

“เอกสาร แผ่นพับ VCD เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ องค์ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก อยากให้จัดประชุมวิชาการแก่บุคลากรในคลินิก งบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ”

“การประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง สนับสนุนบุคลากรเพิ่ม สนับสนุนด้านวิชาการ สนับสนุนด้านงบประมาณ”

“ด้านการให้บริการเมื่อส่งปรึกษาไม่ควรให้รอนานมาก (ตามคลินิกที่ส่งปรึกษา) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการติดต่อ ประสานงานล่วงหน้าก่อนส่งปรึกษาก็ได้รับการอำนวยความสะดวกดีขึ้น การสนับสนุนการให้กระทรวงมีนโยบายชัดเจนมากขึ้นเป็นข้อๆ ผู้บริหารเห็นความสำคัญมากขึ้น ความร่วมมือของบุคลากร เช่น แพทย์อาจมีมากขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้บริหารเข้าใจมอบหมายเป็นนโยบายที่ต้องปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ การทำงานจะสะดวกและเข้าใจนโยบายที่จะปฏิบัติได้ดีขึ้น กระทรวงมาประเมินเยี่ยมชมการจัดตั้งคลินิกบ่อยขึ้น เป็นการกระตุ้นความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและเพื่อการพัฒนาที่รวดเร็ว”

“ต้องการสมุดคู่มือประจำตัวผู้สูงอายุและโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล ในการตรวจประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคล”

“เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย อาหารเฉพาะโรค สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตัวโตชัดเจน”

“ต้องการให้สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจัดอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง”

“องค์ความรู้การศึกษาดูงานคลินิกผู้สูงอายุต้นแบบ”

“สื่อด้านความรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่างๆ การออกกำลังกาย การลดความเครียด”

“โปสเตอร์ แผ่นพับ เอกสารต่างๆ เพื่อเผยแพร่และให้ข้อมูล งบประมาณการสร้างเครือข่าย”

“สื่อและอุปกรณ์ประกอบการให้ความรู้ การฝึกทักษะชะลอความเสื่อม สื่อประชาสัมพันธ์ สนับสนุนวิชาการด้านผู้สูงอายุทุกสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายที่เกี่ยวข้อง”

“ต้องการสื่อเอกสารที่จำเป็น ง่ายต่อการทำงาน CD, VCD, แผ่นพับ, TV, computer”

8.4 โรงพยาบาลชุมชน

8.4.1 ด้านงบประมาณ

“ต้องการราวจับตลอดแนวของทางเดินในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และบริเวณทางเดินส่วนใหญ่จะมีเก้าอี้หรือโต๊ะวางอยู่ ผู้สูงอายุต้องเดินทางเดินช่วงกลางซึ่งไม่สะดวก ต้องการรถเข็นนั่ง เพิ่มพนักงานเปลที่คอยบริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่พิการ เช่น walker, wheelchair ที่ยังขาดอุปกรณ์”

8.4.1 ด้านบุคลากร

“การจัดการพัฒนาบุคลากรผู้ดำเนินงาน เช่น การศึกษาเฉพาะทางในแต่ละสาขาวิชาชีพ การสนับสนุน พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ องค์ความรู้ ในการประชุมวิชาการประจำปีเป็นประจำสม่ำเสมอ การลงติดตามเยี่ยมเยือนการดำเนินงาน Empower ผู้ปฏิบัติงาน”

“ทุนในการศึกษาอบรมเฉพาะด้านของแพทย์ พยาบาล สนับสนุนเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์”

“การศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ขั้นตอนหรือแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ เมื่อประเมิน Geriatric เสร็จแล้วในแต่ละสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ”

8.4.1 ด้านวิชาการ

“สนับสนุนเอกสารคู่มือการจัดตั้ง”

“จัดทำแบบประเมินมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และต้องการให้ตัวชี้วัดคุณภาพเหมือนกันทุกสถาบัน”

“มีการอบรมให้ความรู้ด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลระดับอำเภอด้วยกัน ที่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กรณีโรงพยาบาลอำเภอนั้นๆ ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)”

<u>ตอนที่ 9</u> กระบวนการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

การศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษานโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรณีศึกษา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร จำนวน 8 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 13 คน และผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร มีข้อค้นพบเกี่ยวกับกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงนโยบายไปสู่การ

ปฏิบัติของหน่วยงาน อาจจำแนกปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ ได้ดังนี้

1. กระบวนการแปลงนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรค

กระบวนการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการสั่งการในลักษณะ Top down implementation รวมถึงมีผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอาจยังไม่มากพอ แต่ผู้ปฏิบัติมีจำนวนมาก สามารถสรุปข้อค้นพบ ได้ดังนี้

1. การสื่อสารนโยบายและการสนับสนุนเป็นไปในลักษณะสื่อสารทางเดียว สนับสนุนทางเดียว แม้จะมีความชัดเจนเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง มีกระบวนการติดตามความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่ก็เป็นลักษณะสั่งการมากกว่าการมุ่งทำความเข้าใจร่วมกันโดยคำนึงถึงบริบทความแตกต่างของพื้นที่

2. ความขาดแคลนกำลังคนยังคงเป็นปัญหา แม้ระดับนโยบายกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และระดับสำนักงานสาธารณสุขได้พยายามสนับสนุน และพยายามทำแผนขยายอัตรากำลังคนและนำแผนสู่การปฏิบัติในระดับหนึ่ง

3. การพัฒนากลไกในโรงพยาบาล ระดับกระทรวงสาธารณสุขมีความตั้งใจชัดเจนที่จะพัฒนาทีมงานคลินิกผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ มีงบประมาณรองรับ แต่ผลที่เกิดขึ้นจริงคือรูปแบบการสนับสนุนยังไม่ได้มุ่งพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว

4. การกำกับติดตามประเมินผล แม้มีหน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัดโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจนในกระทรวงสาธารณสุขคือสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์[1] แต่ยังไม่ได้เป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันอย่างทันสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลและหน่วยงานที่รายงานคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แม้ส่วนกลางจะมีการจัดทำคู่มือคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพสอดคล้องกับทิศทางนโยบายมากขึ้น แต่หากมีการพัฒนาระบบอิเลคทรอนิคส์เพื่อรองรับการติดตามประเมินผลจะทำให้การกำกับติดตามอาจทำได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์นโยบาย ระบบสนับสนุน และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึงความชัดเจนสอดคล้องกับการออกแบบนโยบาย ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งผู้กำหนดนโยบายท่านหนึ่งได้กล่าวถึงที่มาที่ไปและวัตถุประสงค์ของการมีนโยบายนี้

“ปัญหาของผู้สูงอายุ มี 3 ด้านใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพจิต แต่เรื่องที่เกี่ยวข้องเป็นเฉพาะเรื่องสุขภาพ ในผู้สูงอายุสุขภาพจะเสื่อมโทรมลง ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วยก็ต้องไปโรงพยาบาล และทางโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการอย่างไร มองโดยกว้างๆ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2546 เขียนไว้ว่าผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะไปโรงพยาบาลและโรงพยาบาลต้องให้ความสะดวก คือต้องมีช่องทางพิเศษ แต่จากการสำรวจโรงพยาบาลประมาณ 50% ยังไม่มีช่องทางสะดวก ผู้สูงอายุยังต้องไปเข้าคิว ความจำเป็นที่ต้องมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และต้องมีผู้ที่เข้าใจเรื่องผู้สูงอายุโดยตรง จึงเป็นแนวความคิดว่า

[1]ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ http://healthdata.moph.go.th/kpi/2555/KpiDetail.php?topic_id=71

ต้องมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มี 100 เตียงขึ้นไป เริ่มคิดโครงการคลินิกผู้สูงอายุโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลควรจะมีคลินิกผู้สูงอายุ เพราะจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และยังจะเพิ่มจำนวนอีกในอนาคต เพราะฉะนั้นการจะให้บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพต้องมีคลินิกผู้สูงอายุ การทำคลินิกผู้สูงอายุให้ได้ผลจะต้องมีการประเมินต่อไป งานเรื่องผู้สูงอายุหรืองานที่เกี่ยวกับปัญหาเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ สุขภาพจิต เดิมไม่มีใครสนใจ เพราะจำนวนผู้สูงอายุยังไม่มาก แต่ว่าองค์การสหประชาชาติมองการณ์ไกล โดยดูประชากรโลกทั้งโลก มองว่าประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้น เพราะคนอายุยืน ทำให้เกิดปัญหาด้านผู้สูงอายุ แล้วจะแก้ปัญหาอย่างไร ปี 2544 มีประชุม World assembly on aging ที่ประเทศสเปน กรมการแพทย์ก็ได้เข้าร่วมประชุมด้วย ต่อมาแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 มีรายละเอียดมากขึ้น มียุทธศาสตร์ มีมาตรการต่างๆ ชัดเจน และมีเรื่องเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งหมดนั้นจึงเป็นเรื่องให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจะต้องทำตามแผน"

ส่วนท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นต่อนโยบาย 70 ปีไม่มีคิวและนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

"ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โรคประจำตัวผู้สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้น ถ้ามีคลินิกผู้สูงอายุก็ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทำให้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ให้เป็นภาระของสังคมน้อยลงหรือเจ็บป่วยน้อยลง ให้ผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมสุขภาพได้รับบริการดูแลรักษาที่ดี เข้าถึงการบริการได้เร็วกว่าทั่วไป จาก 70 ปีไม่มีคิว มาเป็นตัวชี้วัด โรงพยาบาลระดับ 120 เตียงขึ้นไปต้องมีคลินิกผู้สูงอายุ การที่นโยบายเปลี่ยนไปมาจะทำให้ความเข้มของการดำเนินงานลดน้อยลง"

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานมีหลายปัจจัย ปัจจัยหนึ่งในนั้นก็คือ ช่องทางการรับรู้นโยบาย รวมทั้งความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

"ช่องทางรับทราบนโยบายนี้มาจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ค่อนข้างชัดเจนและเข้าใจรายละเอียดดี แต่ในวงกว้างค่อนข้างลำบาก มีความเข้าใจน้อย โดยเฉพาะถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ค่อยสนใจ หรือผู้บริหารที่มีงานมาก ก็ลำบาก ทำให้การประสานงานต้องมีการคุยกัน อยากให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างให้มากกว่านี้"

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

"ทราบจากหนังสือสั่งการและการชี้แจงของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (28 พฤษภาคม 2556) แต่ก็ไม่ค่อยได้นำเนื้อหาในนโยบายไปปฏิบัติทั้งหมด เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัจจัยหลายอย่าง สถานที่ไม่เพียงพอในการขยาย แต่รายละเอียดเรื่องสภาพแวดล้อมก็ชัดเจน คน ความรู้ของผู้ปฏิบัติ บางเรื่องมีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ เช่น การคัดกรอง การพลัดตกหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะทางจิต กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อย่างไรก็ตามควรคัดกรองจากคลินิกโรคเรื้อรัง"

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

"ได้รับทราบนโยบายจากผู้อำนวยการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ตรวจราชการ เป็นการรับรู้สื่อสารมาตามลำดับจากผู้บริหาร มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติในระดับหนึ่ง เดิมโรงพยาบาลยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ แต่เป็นคลินิกเฉพาะโรค ประกอบกับให้บริการที่เป็นแบบช่องทางด่วนพิเศษ ซึ่งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นรูปธรรมเพิ่งเริ่มเมื่อต้นปี 2556"

แพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

“รับรู้นโยบายนี้จากหัวหน้าผู้บังคับบัญชาโดยตรง และจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ นโยบายของกระทรวงจากเว็บไซต์ต่างๆ มองว่านโยบายนี้ยังไม่ค่อยชัดเจนในทางปฏิบัติ เช่น สภาพแวดล้อม ทางลาดชัน ห้องน้ำ ไปอยู่ที่แผนกบริหาร แต่การรักษาคลินิกผู้สูงอายุอยู่เวชกรรมสังคม การเยี่ยมบ้านก็อยู่เวชกรรมสังคมเช่นเดียวกัน”

พยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ประเด็นความห่วงใยต่อการปฏิบัติตามนโยบาย จากการสัมภาษณ์พบประเด็นจากผู้ปฏิบัติที่แสดงความกังวลในการปฏิบัติตามนโยบายทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

“ห่วงโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง บางแห่งก็จะมีโรงพยาบาลชุมชนให้การบริการก็จะรวมๆ กันในทุกคลินิก ถ้าคลินิกผู้สูงอายุจะมาคัดกรองสุขภาพจิตแต่ในชุมชนก็มีการคัดกรองสุขภาพจิตอยู่แล้ว ไม่แน่ใจว่าคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนจะดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้หรือไม่ เป็นห่วงโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ไม่แน่ใจว่านโยบายจะให้โรงพยาบาลขนาดเล็กทำอะไร) จากโรงพยาบาลชุมชนพอตรวจเสร็จส่งมาเข้าคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนกลางควรระบุให้ชัดว่าในโรงพยาบาลแต่ละระดับควรมีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างไร โรงพยาบาลศูนย์ทราบว่ามีนโยบายมา 2-3 ปี แต่ไม่เข้าใจว่า จะวางคลินิกผู้สูงอายุไว้ตรงไหน ไม่ทราบความชัดเจน นโยบาย 70 ปี ไม่มีคิว ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ยังงงในนโยบายแต่ถึงอย่างไรเราก็ต้องทำตามนโยบาย”

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

“เรื่องภาระงานของโรงพยาบาลใหญ่ๆ มีภาระงานมากและซับซ้อน ไม่รู้จะแบ่งงานอย่างไร เช่น งานทางด้านศัลยกรรม อายุรกรรมก็มีมากอยู่แล้ว หรือบุคลากรที่มีอยู่ก็ถือว่าขาดแคลนอยู่แล้ว หากมีภาระงานซ้ำซ้อนก็จะไม่สามารถปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้เต็มที่ ถ้าจะให้ออกมาดี ต้องให้หัวหน้างานจัดสรรเวลาให้ชัดเจน”

ตัวแทนผู้บริหาร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

การแปลงนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พบว่า แต่ละหน่วยงานสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้มากน้อยต่างกัน ซึ่งกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกลไกในการบริหารจัดการให้การปฏิบัติงานบรรลุตามนโยบายที่ได้ตั้งไว้ สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการมักมีผลทำให้การดำเนินการแตกต่างจากแนวคิดแรกเริ่ม หากวิเคราะห์คุณลักษณะของตัวนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มีคุณลักษณะบางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบ ความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด รวมทั้งการสื่อสารจากส่วนกลางเป็นการสื่อสารทางเดียว หากมีการเปิดพื้นที่ให้ผู้ปฏิบัติได้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีความยืดหยุ่นสูง และมีการพัฒนาระบบป้อนข้อมูลกลับ (Feed back) จะทำให้สามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการผู้สูงอายุได้ด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นต่อการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

“เมื่อมีนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผู้บริหารโรงพยาบาลจะกำหนดผู้รับผิดชอบ โดยเป็นผู้บริหารระดับกลาง และขอให้เขียนโครงการเพื่อรองรับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโดยใช้งบประมาณจากงบ Non UC โดยเริ่มจากต้นปี 2556 เดือนมกราคม ขอสถานที่ งบประมาณ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล

เภสัช โภชนาการฯ) มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ (แต่ยังไม่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติ) ถ้ามีปัญหาส่งพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่จะมีการคัดกรองเข้าคลินิกผู้สูงอายุ โดยประเมินจากภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุคนใดมีความเสี่ยงก็จะคัดกรองเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุแล้วทุกรายจะได้รับการคัดกรอง ADL"

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

"พร้อมที่จะจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ คนก็เตรียมความพร้อมแล้ว อยู่ที่การดำเนินการให้เต็มรูปแบบหรือมากน้อยแค่ไหนต้องวิเคราะห์ปัญหาอีกที ต้องเรียนรู้และช่วยกันแก้ปัญหา และโรงพยาบาลศูนย์ควรให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เน้นเรื่องการเตรียมผู้ดูแล การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยเมื่อปี 2554 เริ่มคัดกรองผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลงทะเบียน ติดตามปัญหา สอนเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยดำเนินการที่ OPD โรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุควรมีความชัดเจนว่าเราควรจะทำอะไร"

พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

"ยังไม่ได้ปฏิบัติตามนโยบายสักเท่าไร เลยไม่ทราบว่าจะปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน แต่ยังไงก็ต้องทำ เพราะเป็นนโยบายมา ได้มากน้อยแค่ไหนก็ค่อยๆ พัฒนา"

พยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

"สามารถปฏิบัติตามนโยบายได้ แต่ขอให้มีแนวทางที่ชัดเจน และผู้บริหารให้การสนับสนุน โดยปัจจุบันตัวชี้วัดคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทำได้ 9 ข้อถือว่าผ่านเกณฑ์"

พยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ประเด็นปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินการตามนโยบาย มีความแตกต่างกันในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ด้วยเนื้อหาของนโยบาย (Policy content) ที่ระบุว่า *"ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ให้การตรวจรักษาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ การมีภาวะสับสน มีประวัติการหกล้ม การมีผิวหนังถลอก ฉีกขาด เป็นแผล ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาล"* กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้พยายามผลักดันให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 มาตรการข้อ 4.7 ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 โดยให้เป็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการของกรมการแพทย์ และกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุว่า ภายในคลินิกผู้สูงอายุจะต้องมีกิจกรรมดังนี้ 1) มีบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ 2) มีป้าย "คลินิกผู้สูงอายุ" มีสถานที่เพื่อดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับทราบ 3) จำนวนวันที่ให้บริการอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์ 4) จัดให้มีบริการทางการแพทย์ โดยใช้หลัก Geriatric Medicine มีการประเมินสุขภาพ/คัดกรอง (Geriatric Assessment) 5) มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ 6) มีคลินิกพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุตามที่แต่ละโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญ (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหานโยบายแล้ว โอกาสประสบความสำเร็จมีทั้งสูงและต่ำ ซึ่งหากคุณลักษณะของตัวนโยบาย เทคโนโลยีที่ใช้ใน

กิจกรรมต่างๆ มีความซับซ้อน ต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก ผู้ปฏิบัติที่ต้องเกี่ยวข้องมีจำนวนมาก การแสดงเป้าประสงค์ของนโยบายไม่ชัดเจน ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติมีน้อย การสื่อสารและประสานงานมีข้อบกพร่องมาก ทรัพยากรจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานไม่สมบูรณ์ มีข้อจำกัดด้านข้อมูลข่าวสาร ประเด็นที่กล่าวมานี้เป็นบริบทที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของนโยบาย หากแต่ละโรงพยาบาลพบเจอประเด็นที่กล่าวมานี้ จะมีผลทำให้ประสบความสำเร็จได้ยาก ถึงแม้ว่าจะมีจุดอ่อนในการดำเนินการแต่หากมีการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น การเรียนรู้แล้วรีบปรับการตัดสินใจอย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินการตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

“อัตรากำลังคนของโรงพยาบาลมีจำกัด มีพยาบาลเพียง 60 คน โดย 10 คน ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมสังคม อีก 50 คน รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาล 1 คน ต้องรับผิดชอบ 2 คลินิก จะจ้างพยาบาลภายนอกก็หายากเพราะผลิตมาน้อย เงินจ้างก็น้อย ถ้านโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเข้ามาเราก็ต้องมีการส่งแพทย์ พยาบาล ไปอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อุปกรณ์อื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมอื่นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยก็ต้องปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (รถนั่ง รถนอน ทางลาด)”

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

“ไม่สามารถนำผู้สูงอายุทุกรายมาตรวจในคลินิกผู้สูงอายุได้ และแพทย์ที่ตรวจก็ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยตรง บางครั้งก็ต้องดูว่าเรามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านกี่ราย ยังไม่สามารถประเมินเวลาได้ เจ้าหน้าที่บางคนมีงานหลายอย่างที่ต้องทำ ไม่สามารถทำงานด้านผู้สูงอายุได้หมด ต้องแก้ไขโครงการวิเคราะห์ผู้ป่วยว่ามีมากน้อยเท่าใด มีปัญหาเท่าไร แล้วมาเฉลี่ยอัตรากำลังตามความต้องการ”

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“บุคลากรน้อยไม่พอ ต้องหมุนเวียนคนมาทำ แก้ไขโดยการจัดตารางให้ชัดเจน นอกจากนั้นความเชี่ยวชาญและองค์ความรู้ยังไม่เพียงพอ แก้ไขโดยส่งไปอบรมและศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ มองว่าผลักดันให้เกิดยาก ส่วนโรงพยาบาลกำลังก่อสร้างอาคารไม่สะดวกในการดำเนินการคลินิก”

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ บุคลากรของโรงพยาบาลให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุต่อนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ รวมถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการด้านสุขภาพ ส่วนปัญหาอุปสรรคต่อการมาใช้บริการด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาลก็ยังคงมีอยู่บ้าง เช่น ห้องน้ำยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางแห่งยังต้องรอคิวนาน ห้องยาให้บริการจ่ายยาช้า อยากให้พยาบาลมาพูดคุยกับผู้ป่วยให้มากกว่านี้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มารับบริการได้ให้สัมภาษณ์และแสดงความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบริการผู้สูงอายุตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไว้ดังนี้

“มีการให้ผู้สูงอายุคัดสลับกันกับคนไข้ปกติ ผู้สูงอายุได้รับคิวพิเศษก่อน เช่น 70 ปีไม่มีคิว แต่ก็ยังรอนาน คิวผู้สูงอายุเยอะ เวลามารับยาใช้เวลานาน เพราะคนไข้เยอะ ห้องกระดูกคนเยอะมาก คิวเป็นร้อยๆ คิว เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี บุคลากรดี อธิบายละเอียดดี ถ้าต้องไปตรวจที่อื่นหรือส่งต่อไปแผนกอื่นจะมีใบนำทางและอธิบายให้สามารถไปตามนั้นได้ ห้องน้ำผู้สูงอายุยังไม่ได้ทำ กำลังหารายได้สมทบทุน หมอที่นี่ใจดี เข้าใจผู้สูงอายุ ที่นี้คนไข้ก็ติด พยาบาลบางคนอาจจะมีเหนื่อยๆ บ้าง เพราะคนไข้เยอะ”

ผู้สูงอายุหญิงรายหนึ่ง

“บริการผู้สูงอายุดีแยกเป็นสัดส่วน ให้คำแนะนำดี ให้ยาใช้ได้ ถ้ามาตามนัดจะได้คิวตรงเวลา เร็ว มีเจ้าหน้าที่เช็ค 10-20 นาที แล้วรับบริการ รวมแล้วไม่เกิน 1 ชั่วโมง มีทางลาด ห้องน้ำ มีบันได”

ผู้สูงอายุชายรายหนึ่ง

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแปลงนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแปลงนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ ได้มาจากการทบทวนและวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของนโยบายนี้ ซึ่งหากทุกฝ่ายเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนา ผู้บริหารทุกระดับทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ต้องมีการติดตามที่เป็นทางการที่ชัดแจ้ง มีแผนการพัฒนา แผนงบประมาณ แผนการสนับสนุน ติดตามกำกับนโยบายนี้อย่างจริงจัง โดยสำนักตรวจและประเมินผลมีบทบาทเรื่องกำกับติดตาม สนับสนุน อาจมองว่าเป็นตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ชัดเจน ซึ่งผู้บริหารบางท่านมองว่าตัวชี้วัดนี้มีอยู่แล้วในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และถือเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์ประเด็นกลไกในการติดตามความก้าวหน้าการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มีช่องทางของกระทรวงสาธารณสุขโดยผ่านทางผู้ตรวจราชการ 12 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งกรมการแพทย์จะมีผู้จัดการสำนักการแพทย์เขตใน 12 เขต ประมาณ 15-18 คน ลงตรวจติดตามและประเมินในลักษณะ self-assessment นอกจากนั้นมีการเชิญผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาประชุมพร้อมกันเพื่อชี้แจงตัวชี้วัดว่าแต่ละข้อหมายถึงอะไร และตอบคำถามเกี่ยวข้องข้อสงสัยในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จุดแข็งของนโยบายนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นไปในแนวเดียวกันคือ เป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตจะมีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

“นโยบายชัดเจน กำกับด้วย KPI และงบประมาณตรวจสอบด้วยระบบติดตามประเมินผล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วม สามารถจัดงบจากกองทุนหมู่บ้านเข้ามาสนับสนุน ส่วนนโยบาย 70 ปีไม่มีคิว เชื่อมั่นได้ว่าผู้สูงอายุที่เดินเข้ามาในโรงพยาบาลจะได้รับการตอบรับที่ดีในทุกสถานบริการ”

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักผู้ตรวจราชการ

“ถ้ามีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุก็จะเป็นประโยชน์มาก มองว่าเป็นนโยบายที่ดี เพราะคลินิกคนท้อง คลินิกเด็กก็จะมีคลินิก Well Baby เฉพาะด้าน แต่ผู้สูงอายุมีโรคหลายโรคควรทำคลินิกผู้สูงอายุ เริ่มเร็วยิ่งดี”

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ส่วนจุดอ่อนของนโยบายนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นไปในแนวเดียวกันคือ ขาดความชัดเจนในรายละเอียดถึงแม้ว่าหลักการจะดี แต่การนำไปปฏิบัติมีความแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ จำเป็นต้องบริหารจัดการทั้งคน งาน เงิน ของ เพื่อให้นโยบายนี้ดำเนินไปได้

“จุดอ่อนของนโยบายที่มาที่ไปไม่มีการเชื่อมโยง เป็นนโยบายที่ลอยๆ มา เป็นการสั่งแบบลอยๆ เลย ไม่เป็นที่ยอมรับ การควบคุมไม่เข้มพอ ไม่มีการแสดงให้เห็นว่ามีการ participate policy จาก bottom up อยากเห็นความเชื่อมโยง มีคนเห็นด้วยแต่ไม่ได้ดึงมาเป็นภาคี การยอมรับไม่เข้มข้น การสั่งการเป็นแบบลอยๆ หากการ evaluate ไม่เข้มพอ มีโอกาสล้มได้”

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

“ยังไม่มีความชัดเจนของส่วนผู้รับผิดชอบ ปัจจุบันยังมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งดูแลกันไปคนละมิติ ทำให้ยังไม่เป็นเอกภาพจริงๆ การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นหน่วยงานเดียวดูแลไป แล้วแต่เขต ถ้าเป็นเขตเมือง การรวมตัวกันยาก การเอื้อเฟื้อกันระหว่างครอบครัวน้อย ซึ่งถ้าเป็นเขตชนบท การดูแลผู้สูงอายุจะง่ายกว่า”

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

“การ implement ในระดับพื้นที่ขึ้นกับศักยภาพของสถานบริการและความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนที่แตกต่างกัน ในบริบทของแต่ละพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในอนาคตจะทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น”

ผู้แทนหัวหน้าผู้ตรวจราชการ

“ยังไม่มีแรงจูงใจให้ทำ ในอดีตที่เคยทำมายังไงก็จะทำอย่างนั้น ประเด็นปัญหาการสร้างตัวชี้วัดนี้มีข้อจำกัดตรงที่เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในสถานบริการ ไม่ได้เป็น Comprehension ไม่ได้เห็นภาพรวมทั้งระยะสั้นและระยะยาว จึงชี้แจงและทำความเข้าใจได้ยาก เป็นเพียงจุดหนึ่งของจิกซอว์ในภาพใหญ่ แต่ถ้ามองเห็นภาพรวมทั้งหมดที่เป็น The Must ที่ต้องทำให้เชื่อมโยงกับกลไกการสร้างประชากรให้สมดุล เช่นเรื่องการวางแผนครอบครัว ก็จะมองเห็น Impact ในภาพใหญ่ร่วมกันทั้งหมด คนก็จะ willing มากขึ้น จะเข้าใจมากขึ้น ถ้าไม่ทำก็จะเกิดความเดือดร้อนในอนาคต ค่าใช้จ่ายสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้น โครงสร้างประชากรจะแย่ลง ทรัพยากรก็ลดน้อยลงเพราะแรงงานน้อยลง”

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในภาพรวมต่อนโยบายนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มองว่าการสื่อสารนโยบายเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการสื่อสารนโยบายทางเดียวมีมานานตามธรรมชาติของระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ การสื่อสารนโยบายลักษณะนี้ได้ผลน้อยลงเรื่อยๆ ในระบบบริการที่ซับซ้อนและปรับตัวตลอดเวลา แต่ความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติอาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้เป็นผลจากการสั่งการตามตัวชี้วัด แต่เป็นการสื่อสารในลักษณะกระตุ้นให้คนทำงานริเริ่มด้วยตนเอง และชี้ช่องว่ามีโอกาสสนับสนุนรออยู่ ควรเป็นแนวทางหลักในการสื่อสารนโยบาย นอกจากนั้นควรแก้ไขปัญหาด้านความขาดแคลนของบุคลากร และอบรมให้ความรู้กับบุคลากรเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพมากขึ้น

“ต้องมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ให้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ให้เป็นเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ สถานที่อาจจะเป็นระดับตำบลให้เป็นที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมควรจะมีทุกวันถ้าเป็นไปได้ ควรจะมีการหาวิธีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านหรือตำบลมากขึ้น องค์กรเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรจะมีความชัดเจน ควรมีประธานระดับต่างๆ เพื่อให้การสื่อสารกับทางราชการหรือต่างๆ สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และด้านงบประมาณ ควรจะสนับสนุนทั้งด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เครื่องมือทางการแพทย์ กายภาพบำบัด ควรจะมีมากขึ้น”

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

“ต่อไปในอนาคตเป็นสังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลต้องเตรียมค่าใช้จ่ายมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่จะเป็นเท่าไหร่ต้องมีหน่วยงานมาศึกษา มุมมองทางสังคมของผู้สูงอายุเหล่านี้ คนไทยคงไม่รวยเหมือนญี่ปุ่น มีการวางนโยบายไว้ล่วงหน้าโดยอาจมีการจัด Day Care Center ให้ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น หน่วย

บริการหรือโรงพยาบาลก็เตรียมรองรับเพิ่มมากขึ้น เพราะระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ต้องเตรียมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพราะโรคที่มากับการสูงวัยก็ต้องมีมากขึ้นแน่นอน ต้องเตรียมขยายบริการที่จะรองรับ มีการเตรียมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การเตรียม ward กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็น่าสนใจ คนไทยทำอะไรได้เยอะ คนต่างประเทศบินมาใช้บริการเรา แต่เราไม่เตรียมสำหรับคนของเรา ที่จริงใช้เงินไม่เยอะนะขึ้นกับการบริหารจัดการ ถ้าเราบริหารจัดการดีทุกอย่างก็ไปได้ดี"

ผู้แทนหัวหน้าผู้ตรวจราชการ

"คลินิกผู้สูงอายุอาจจัดตั้งที่โรงพยาบาลใหญ่ที่มีจำนวนเตียง 200 เตียงขึ้นไป และมีจำนวนบุคลากรมากพอ เพื่อจะได้คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจริงๆ งานผู้สูงอายุต้องกระจายออกไปให้ระดับล่างทำมากที่สุด เพราะผู้สูงอายุจะมาไม่ถึง เนื่องจากมีข้อจำกัดความลำบากหลายๆ อย่าง อย่าหวงความรู้ หรือหวงงานไว้ พยายามกระจายออกไป เช่น งานฟื้นฟูบางอย่างไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลก็ได้ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่จำเป็นต้องมีหมอประจำ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุต้องมีใจรัก"

ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

บทที่ 5
การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

รายงานนี้เป็นการประเมินนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการรับรู้และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่าผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดไปจนถึงระดับโรงพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้นโยบายได้ตรงตามสาระที่ส่วนกลางพยายามสื่อสาร มีการวางแผนเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เช่น จัดสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก แต่ส่วนใหญ่ก็ใช้วิธีปรับพื้นที่ให้เหมาะสมเนื่องจากมีข้อจำกัดของโรงพยาบาล ส่วนการวางแผนด้านกำลังคน ในส่วนของพยาบาลที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุที่ต้องเคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด ในส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์มองว่า โรงพยาบาลพยายามปรับตัวและส่งเสริมให้มีพยาบาลดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุตามความเหมาะสม ส่วนประเด็นอื่นๆ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ต่างก็มีการตัดสินใจโดยอิสระของพื้นที่เท่าที่กรอบการบริหารจัดการจะเอื้ออำนวย เพื่อใช้โอกาสที่มองเห็นและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับโรงพยาบาลของตนเองเพื่อตอบสนองต่อนโยบาย แม้ว่าการตอบสนองต่อนโยบายจะไม่ได้ตรงไปตรงมาเพราะมีเงื่อนไขอื่นนอกเหนือจากนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความขาดแคลนกำลังคนเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายตระหนักร่วมกัน และโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็ได้ใช้ความพยายามระดับหนึ่งที่จะคลี่คลายในขอบเขตที่ตนรับผิดชอบ

อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดนโยบายในระดับมหภาคไปยังหน่วยงานในพื้นที่ต้องอาศัยองค์กรเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดลงสู่ระดับปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ความก้าวหน้าในการดำเนินนโยบายดังกล่าวเท่าที่ปรากฏเห็นว่า อาจยังมีความจำเป็นต้องให้ความสนใจปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดนโยบายให้มีประสิทธิผลมากกว่านี้ วัฒนธรรมองค์กรและโครงสร้างองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและเป็นแนวดิ่ง อาจมีความเหมาะสมน้อยกว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการและเป็นแนวราบ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศว่าประสบความสำเร็จ ตัวอย่างเช่น การเชิญชวนกันมาปรึกษาหารือแนวทางแก้ปัญหาโรคอ้วนระหว่างฝ่ายธุรกิจ ประชาสังคมและวิชาการ นำไปสู่ยุทธศาสตร์ควบคุมโรคอ้วน[2] โครงการเผยแพร่ความรู้การปรุงน้ำตาลผงเกลือแร่แก้ไขภาวะขาดน้ำในเด็กอุจจาระร่วงรุนแรง โดยความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชน (BRAC) และเครือข่ายชาวบ้าน ทำให้การเข้าถึงน้ำตาลผงเกลือแร่ที่แม่ปรุงเองเพิ่มขึ้นจนสามารถลดอัตราการตายจากภาวะขาดน้ำรุนแรงในเด็กโรคอุจจาระร่วงได้ชัดเจน[3] นอกจากนั้นโครงการกวาดล้างไข้เลือดออกในชุมชนด้วยการใช้แมลงกินลูกน้ำยุงที่ค้นพบจากการวิจัยว่าได้ผลดีและเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในชุมชน ทำให้สามารถลดการป่วยจากไข้เลือดออกได้ร้อยละ 77 ในเวลาเพียงปีเดียว ตลอดพื้นที่ภาคกลางหลังจากประสบความสำเร็จในภาคเหนือของเวียดนาม[4] จากสามตัวอย่างที่กล่าวมา หากสังเกตความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติอาจต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์และโครงสร้างขององค์กรที่จะรองรับการถ่ายทอดนโยบายได้ดีกว่าในปัจจุบัน

---

[2] European Commission. A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. White Paper, COM (2007) 279, 30 May 2007.

[3] Sukhendra, K.S and F. Karim. Teaching ORT messages to millions: the BRAC case. Weekly Holiday. Nov 22, 2002.

[4] Vu S.N., N. Thi yen, T. Phong, et al. Elimination of Dengue by community programs using mesocyclops (copepod) against Aedes Aegypti in Central Vietnam. *Am. J. Trop. Med. Hyg.,* 72(1), 2005, pp. 67–73.

บรรณานุกรม

จิราพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ. (2551). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.

จุมพล หนิมพานิช. (2547). การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เฉลย แสงอุส่าห์. (2545, เมษายน-มิถุนายน). “นโยบายกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง: การก่อเกิดและการนำไปปฏิบัติ” วารสารเพื่อการพัฒนาชนบท. - (-): 49-65.

ถวัลย์ วรเทพพุฒิพงษ์. (2539). “การนำนโยบายไปปฏิบัติ,” ใน เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ.740 การนำนโยบายไปปฏิบัติ ฉบับที่ 1. หน้า 280-296. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทักษิณ ชินวัตร. (2545) “การปฏิรูประบบราชการ,” พิธีเปิดการสัมมนาทางวิชาการ ประจำปี 2545 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 16 มีนาคม 2545. 10.10 น.

ทิพาวดี เมฆสวรรค์. (2550, มกราคม - กุมภาพันธ์). “มิติใหม่ในการสร้างคุณค่าของทรัพยากรบุคคลในองค์การ” วารสารข้าราชการ. 52 (1): 20-24.

ธนะชัย ผดุงธิติ. (2549). พระมหากษัตริย์นักปกครอง นักกฎหมาย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติรัฐ.

บุญทัน ดอกไธสง. (2539). การจัดการองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2546). ปฏิรูประบบราชการ (1) อัปมงคล 8 ประการในระบบราชการ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http : //216.239.51.104/search?q=cache:pSdRWD-dEGQJ:www.ha.or.th/eye1.htm

ประสาร มฤคพิทักษ์ และคนอื่นๆ. (2541). อานันท์ ปันยารชุน ชีวิตความคิด และการงานของอดีตนายกรัฐมนตรีสองสมัย. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

ปรีดิยาธร เทวกุล. (2550, มกราคม - กุมภาพันธ์). “นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับการเสริมสร้างข้าราชการมืออาชีพและคุณธรรมในราชการ” วารสารข้าราชการ. 52 (1): 18-19.

ปัญญา สุขแสน, สมพิศ สุขแสน, พิสุทธิ์ ศรีจันทร์. (2547). รายงานการวิจัยห้องสมุดมีชีวิต: การบริหารจัดการสารสนเทศทางวิชาการและท้องถิ่นบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต. อุตรดิตถ์ : สำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ. (2542). การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.

ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ http://healthdata.moph.go.th/kpi/2555/KpiDetail.php?topic_id=71

รุ่ง แก้วแดง. (2538). รีเอ็นจิเนียริ่งระบบราชการไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน.

วรเดช จันทรศร. (2539). “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า,” ใน เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ.740 การนำนโยบายไปปฏิบัติ ฉบับที่ 1. หน้า 297-316. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วรเดช จันทรศร. (2541). การนำนโยบายไปปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หจก. สหายบล็อกและการพิมพ์จำกัด.

วรเดช จันทรศร. (2548). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : หจก.สหายบล็อกและการพิมพ์จำกัด.

วอมสลีย์, แกรี่ แอล. (2546). แปลงรูป เปลี่ยนราก: บริหารรัฐกิจในศตวรรษที่ 21. แปลโดย อัมพร ธำรงลักษณ์. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

วีรวุธ มาฆะศิรานนท์. (2541). การพัฒนาวิสัยทัศน์ผู้นำ “Visionary Leadership”. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทเอ็กซเปอร์เน็ท จำกัด.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. (2549). นโยบายสาธารณะ: แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมาธรรม.

สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและการส่งต่อ,” ใน การดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. หน้า 19-21. กรุงเทพฯ : บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. บริษัทธนาเพลสจำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารประกอบการประชุม). กระทรวงสาธารณสุข.

อุทัย เลาหวิเชียร. (2544). รัฐประศาสนศาสตร์ : ลักษณะวิชาและมิติต่างๆ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Hill, M. & Hupe, P. (2002). Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice. California: Sage Publications Ltd.

Siriwan Pitayarangsarit. (2004). The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Response. Thesis submitted to the University of London for the Degree of Doctor of Phillosophy. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Songkramchai Leethongdee. (2007). Health Sector Reform in Thailand: Policy Implementation in Three provinces. A thesis submitted to the University of Wales Swansea in fulfillment of the requirement for the Degree of Doctor of Phillosophy (Health Science). University of Wales Swansea.

European Commission. (2007). A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. White Paper, COM. 279, 30 May 2007.

Sukhendra, K.S and F. Karim. (2002). Teaching ORT messages to millions: the BRAC case. Weekly Holiday. Nov 22.

Vu S.N., N. Thi yen, T. Phong, et al. (2005). Elimination of Dengue by community programs using mesocyclops (copepod) against Aedes Aegypti in Central Vietnam. Am. J. Trop. Med. Hyg., 72(1), pp. 67–73.

Van Meter, Donald S. & Van Horn, Carl E. (1975). “The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework,” Administration and Society. 6 (4): 445-488.

Williams, Walter. (2539). “Implementation Analysis and Assessment,” Policy Analysis. ใน เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ.740 การนำนโยบายไปปฏิบัติ ฉบับที่ 1. หน้า 133-168. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รหัส ก 1/☐☐☐

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. โรงพยาบาล.....

2. ประเภทของโรงพยาบาล

❑ โรงพยาบาลศูนย์ ❑ โรงพยาบาลทั่วไป ❑ โรงพยาบาลชุมชน

3. ชื่อ-นามสกุล (ผู้ให้ข้อมูล).....
ตำแหน่ง.....
งานที่รับผิดชอบคือ.....

4. จำนวนเตียงรับผู้ป่วย.....เตียง

5. กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 มีนาคม 2556

จำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
1. Delirium (ICD code R41)				
2. Falls (ICD code W00-W19)				
3. Sleep disorder (ICD code F51.0)				
4. Dizziness (ICD code R42)				
5. Syncope (ICD code R55)				
6. Pressure ulcers (ICD code L89)				
7. Incontinence (ICD code N39.3, N39.4)				
8. Instability (ICD code M23.52)				
9. Immobility (ICD code M62.3)				
10. Intellectual impairment (ICD code G31.84)				
11. Inanition/malnutrition (ICD code E40-E46)				

6. โรงพยาบาลของท่านทราบถึงการประกาศนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข หรือไม่

☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

<u>ถ้าทราบ</u> ท่านได้รับทราบข้อมูลจากที่ใด

☐ ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน
☐ หัวหน้างาน
☐ เว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข
☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

7. การจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล

7.1 **<u>ก่อน</u>**รับทราบ ตัวชี้วัดระดับกระทรวงตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลมีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอยู่ก่อนหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุว่าดำเนินการอะไร อย่างไร)

.....

.....

.....

7.2 **<u>หลัง</u>**รับทราบ ตัวชี้วัดระดับกระทรวงตามนโยบายเรื่องการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุว่าดำเนินการอะไร อย่างไร)

.....

.....

.....

8. ลักษณะการจัดคลินิกผู้สูงอายุเชิงโครงสร้างของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร เช่น แยกอะไรออกมาบ้าง ต่างจากห้องตรวจผู้สูงอายุอย่างไร มีการจัดระบบอย่างไร

.....

.....

.....

9. อาคารสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ประเภท	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
คลินิกผู้สูงอายุ			....
ห้องตรวจผู้สูงอายุ			....
ชมรมผู้สูงอายุ			....

10. ลักษณะการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร One-stop clinic หรือแยกเฉพาะห้องตรวจ อย่างอื่นรวมกันหมด ฯลฯ

.....

.....

.....

.....

.....

11. ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หมายถึง มี และ X หมายถึง ไม่มี

รายการ	มี	ไม่มี
1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก		
2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)		
2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน		
2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ		
2.3 ทางลาด		
2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ		
3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์		
4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกฯเคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ		
5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ		
6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ทุก ๓ เดือน (Dementia, Incontinence, Fall, Osteoarthritis, Depression)		
7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้		
7.1 ADL , IADL		
7.2 Dementia		
8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ		
9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด		
10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)		
11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น (Incontinence, Fall, Nutrition, Depression)		
12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ		
รวม		

12. บุคลากรที่มีส่วนร่วมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน ..... คน (ณ ปัจจุบัน)

ประเภทบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ	จำนวน (คน)	หมายเหตุ
แพทย์ทั่วไป		
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว		
อายุรแพทย์		
แพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatric medicine)		
นักกายภาพบำบัด/นักอาชีวบำบัด		
พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ		
พยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ		
เภสัชกร		
โภชนากร/นักกำหนดอาหาร		
นักจิตวิทยา		
นักสังคมสงเคราะห์		
อื่นๆ ระบุ.....		

13. ปัญหาอุปสรรคด้านการให้บริการตามนโยบาย การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

.....

.....

.....

.....

.....

14. ความต้องการด้านการให้บริการ/การสนับสนุนเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์
1. ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน
3. ผู้สูงอายุ

1. แบบสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร
โครงการวิจัยการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้สัมภาษณ์ (รหัส☐/☐☐)

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....
โทรศัพท์ ..... อีเมล์ .....

ผู้สัมภาษณ์
ชื่อ-สกุล ..... วันที่สัมภาษณ์ .....
เวลาเริ่มการสัมภาษณ์ ..... น. เวลาสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ..... น.

การวิเคราะห์นโยบาย ระบบสนับสนุน และกระบวนการดำเนินงาน

1. ความชัดเจน สอดคล้องและการออกแบบระบบ

1.1 นโยบายนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร มีที่มาอย่างไร ใครเป็นคนเริ่มและปรับเปลี่ยนไปอย่างไรในระหว่างการพัฒนานโยบาย

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

1.2 นโยบายเรื่องนี้มีเป้าประสงค์เชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมอะไร

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

1.3 ท่านคิดว่านโยบายนี้ตั้งขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์ใด

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

1.4 ท่านมีแผนการพัฒนา, แผนงบประมาณ, สนับสนุน ติดตามกำกับนโยบายนี้หรือไม่ (หากมีขอดู)

.....

.....

.....

.....

.....

1.5 กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในภูมิภาค มีการดำเนินการอย่างไร และมีกลไกในการกำกับติดตามอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

1.6 อะไรคือจุดแข็งและจุดอ่อนของนโยบายนี้

.....

.....

.....

.....

.....

1.7 ท่านคาดหวังผลลัพธ์การดำเนินงานของนโยบายนี้ใน 6 เดือน ใน 1 ปีอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2. แบบสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน
โครงการวิจัยการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้สัมภาษณ์ (รหัส☐/☐☐)

ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี เพศ .....
ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....
โทรศัพท์ ..... อีเมล์ .....

ผู้สัมภาษณ์
ชื่อ-สกุล ..... วันที่สัมภาษณ์ .....
เวลาเริ่มการสัมภาษณ์ ..... น. เวลาสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ..... น.

การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

1. ท่านเข้าใจว่า นโยบายนี้มีเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์อะไร

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

2. ท่านรับรู้นโยบายนี้จากช่องทางใด มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติมากน้อยเพียงใด

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

3. ท่านมีความห่วงใยใดในการปฏิบัติตามนโยบายนี้

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

4. ท่านคิดว่าหน่วยงานท่านสามารถนำนโยบายมาปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด

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

5. ปัญหาอุปสรรคหลักในการดำเนินงานตามนโยบายนี้คืออะไร (ยกตัวอย่าง) มีการดำเนินงานแก้ไขอย่างไร

.....

.....

.....

.....

6. เวลาประสบปัญหา หน่วยงานใดเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว

.....

.....

.....

.....

7. นโยบายดังกล่าวมีผลกระทบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

8. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

การออกแบบระบบสนับสนุนของหน่วยงาน (โรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป)

1. หน่วยงานของท่านต้องมีการดำเนินงานอย่างไรบ้างเพื่อให้นโยบายนี้เกิดขึ้นจริง (การเตรียมคน ระบบ IT งบประมาณ หลักเกณฑ์การกำกับติดตาม การดูแลพัฒนาคุณภาพบริการ ฯลฯ)

.....

.....

.....

.....

2. หน่วยงานของท่านได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ

โครงการวิจัยการศึกษาความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้สัมภาษณ์ (รหัส☐/☐☐)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ..... ปี
3. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....
4. ผู้ดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....
5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....
6. แผนกที่ท่านมารับบริการในโรงพยาบาล
   - ☐ ผู้ป่วยนอก (ระบุ).....
   - ☐ ผู้ป่วยใน (ระบุ).....
   - ☐ คลินิกพิเศษ (ระบุ).....
   - ☐ คลินิกเฉพาะโรค (ระบุ).....
   - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ผู้สัมภาษณ์

ชื่อ-สกุล ..... วันที่สัมภาษณ์.....
เวลาเริ่มการสัมภาษณ์.....น. เวลาสิ้นสุดการสัมภาษณ์.....น.

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1. การให้บริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในช่วง เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๕๕

(1) .....

(2) .....

(3) .....

(4) .....

(5) .....

2. ท่านเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรหรือไม่เกี่ยวกับบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในช่วง เดือนมกราคม ถึง เมษายน ๒๕๕๖

(1) .....

(2) .....

(3) .....

(4) .....

(5) .....

3. ท่านมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนาน.....วัน .....เดือน .....ปี

เป็นประจำ ☐ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ☐ เดือนละ 1 ครั้ง

☐ ปีละ 1 ครั้ง ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

4. โรงพยาบาลมีการจัดระบบและสถานที่ในการให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นสัดส่วนและสะดวกสบายดีมากน้อยเพียงใด

☐ มากที่สุด ☐ มาก☐ ปานกลาง ☐ น้อย ☐ น้อยที่สุด

5. ความพึงพอใจโดยรวมในการมารับบริการด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

☐ มากที่สุด ☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย ☐ น้อยที่สุด

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของท่านต่อการมาใช้บริการด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

(1) .....

(2) .....

(3) .....

(4) .....

(5) .....

ภาคผนวก ค

รายชื่อโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

1. โรงพยาบาลราชวิถี
2. โรงพยาบาลเลิดสิน
3. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

โรงพยาบาลศูนย์

1. โรงพยาบาลนครพิงค์
2. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง
4. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
5. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
6. โรงพยาบาลนครปฐม
7. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
8. โรงพยาบาลชลบุรี
9. โรงพยาบาลระยอง
10. โรงพยาบาลอุดรธานี
11. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
12. โรงพยาบาลบุรีรัมย์
13. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
14. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
15. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
16. โรงพยาบาลหาดใหญ่
17. โรงพยาบาลสุรินทร์
18. โรงพยาบาลศรีสะเกษ
19. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
20. โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลทั่วไป

1. โรงพยาบาลพุทธโสธร
2. โรงพยาบาลลำพูน
3. โรงพยาบาลน่าน
4. โรงพยาบาลพะเยา
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
6. โรงพยาบาลแม่สอด
7. โรงพยาบาลกำแพงเพชร
8. โรงพยาบาลพิจิตร
9. โรงพยาบาลอุทัยธานี
10. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
11. โรงพยาบาลบ้านหมี่

12. โรงพยาบาลเสนา
13. โรงพยาบาลพระพุทธบาท
14. โรงพยาบาลปทุมธานี
15. โรงพยาบาลอินทร์บุรี
16. โรงพยาบาลอ่างทอง
17. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
18. โรงพยาบาลมะการักษ์
19. โรงพยาบาลบ้านโป่ง
20. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
21. โรงพยาบาลโพธาราม
22. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
23. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
24. โรงพยาบาลหัวหิน
25. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
26. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
27. โรงพยาบาลสมุทรปราการ
28. โรงพยาบาลมหาสารคาม
29. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
30. โรงพยาบาลหนองคาย
31. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
32. โรงพยาบาลยโสธร
33. โรงพยาบาลเกาะสมุย
34. โรงพยาบาลระนอง
35. โรงพยาบาลกระบี่
36. โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
37. โรงพยาบาลพัทลุง
38. โรงพยาบาลเบตง
39. โรงพยาบาลสงขลา
40. โรงพยาบาลสตูล
41. โรงพยาบาลแพร่
42. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
43. โรงพยาบาลนครนายก
44. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
45. โรงพยาบาลสิรินธร
46. โรงพยาบาลนครพนม
47. โรงพยาบาลมุกดาหาร
48. โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์
49. โรงพยาบาลตะกั่วป่า
50. โรงพยาบาลสิงห์บุรี

51. โรงพยาบาลปัตตานี
52. โรงพยาบาลสมุทรสาคร

โรงพยาบาลชุมชน

1. โรงพยาบาลสันป่าตอง
2. โรงพยาบาลแกลง
3. โรงพยาบาลบัวใหญ่
4. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี
5. โรงพยาบาลบ้านฉาง
6. โรงพยาบาลโคกสำโรง
7. โรงพยาบาลพนัสนิคม
8. โรงพยาบาลนางรอง
9. โรงพยาบาลสิชล
10. โรงพยาบาลสันป่าตอง
11. โรงพยาบาลพาน
12. โรงพยาบาลแม่จัน
13. โรงพยาบาลบางละมุง
14. โรงพยาบาลอรัญประเทศ

คณะผู้วิจัย

1. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. นางสาวอภิวรรณ ณัฐมนวรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

