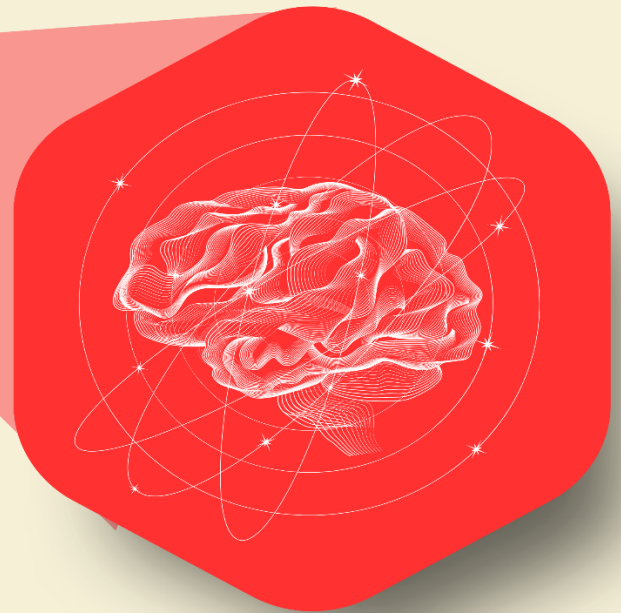
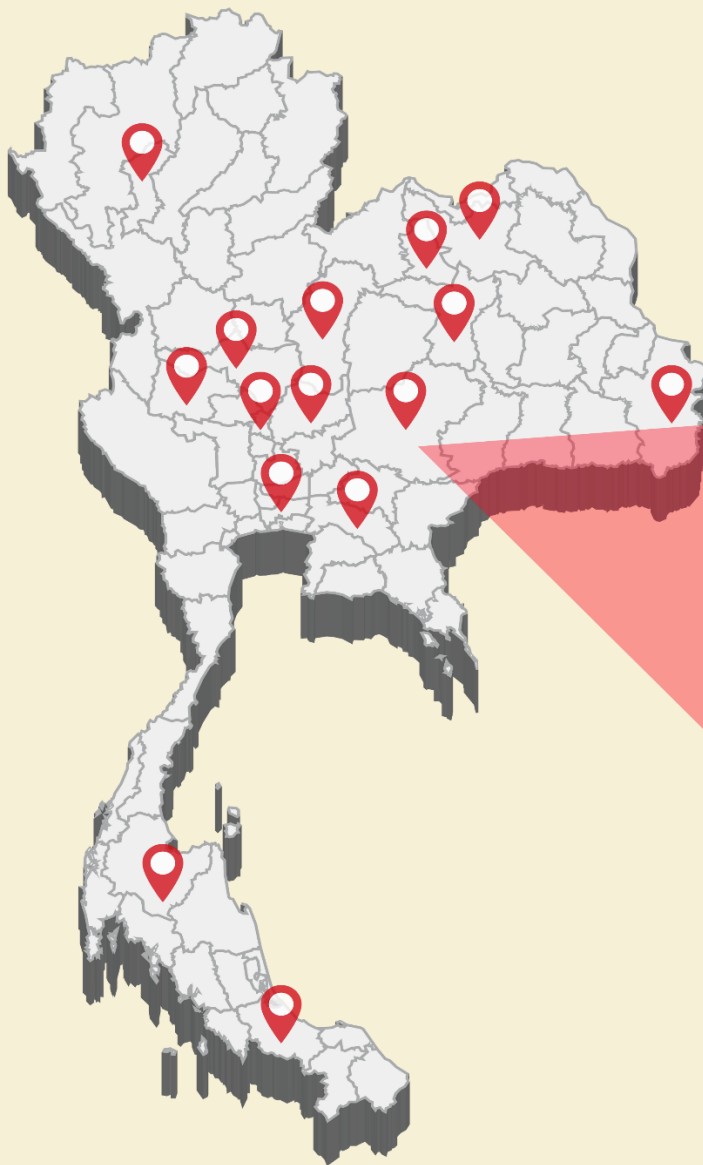


การขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)

Mobilization of Comprehensive Dementia Care System Development (Thailand)



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
(พ.ศ. 2567)



คำนิยาม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทางวิชาการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับเชิงนโยบาย การดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างและพัฒนานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งการบูรณาการงานผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะสมองเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care system; CDC system) สู่ การจัดระบบบริการในระดับพื้นที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565 ในการจัดการและดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม (กลุ่มไม่มีปัญหาความจำ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม) เป็นความร่วมมือในรูปแบบไตรภาคี (ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และชุมชน) ทำให้เกิดแนวทาง/เส้นทางการพัฒนาการดูแลและการจัดการอย่างเป็นระบบ บูรณาการเป็นงานประจำ และดำเนินงานอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับปฐมนิเทศ ซึ่งเป็นต้นน้ำในการค้นหาปัญหาสุขภาพรวมถึงปัญหาความคิดความจำ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO

การสร้างระบบการดูแลไม่ใช่งานของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง ต้องมีความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ชุมชน และภาคเอกชน ความร่วมมือกันนี้ไม่เพียงจะทำให้ระบบเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะจุดประกาย และเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปต่อยอดขยายผลจนเกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดี รวมทั้งมีการขยายผลของระบบการดูแลให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ในการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ระดับพื้นที่นั้น

ขอขอบคุณและชื่นชมหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบทั้ง 13 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดลำพูน เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี ลพบุรี ฉะเชิงเทรา อุตรธานี หนองบัวลำภู อุบลราชธานี สงขลา กรุงเทพมหานคร และ พะเยา ที่ร่วมเป็นจุดของการสะท้อนการพัฒนา การดูแลรักษาสุขภาพ ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมขึ้น และที่สำคัญจะเป็นพันธมิตรที่สำคัญและเข้มแข็ง มุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศ



(นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนิยาม

ท่ามกลางคลื่นสึนามิประชากรผู้สูงอายุที่เริ่มโถมกระหน่ำ เข้าสู่ประเทศไทย และกำลังจะรุนแรงถึงระดับสูงสุดในอีกไม่ถึง 10 ปีข้างหน้า พร้อมกับ ปัญหาใหม่ที่เริ่มร้าวเข้ามาในประเทศไทย ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา คือการ ระบาดของ โควิด 19 จนทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย ล้มตาย อย่างที่ไม่เกิดขึ้นมาในประเทศไทยมานานมาแล้ว นำไปสู่ปัญหาอีกหลายอย่าง จนกระทบกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ถึงกระนั้นก็ตาม ในระหว่างการต่อสู้ดิ้นรนกับวิกฤตดังกล่าว ปัญหาเฉพาะหน้า ก็ต้องเผชิญ และปัญหาพื้นฐานที่มีอยู่ ก็ต้องดำเนินการจัดการไป ตามศักยภาพและทรัพยากรที่มี เรื่องภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่คาดการณ์ ว่าเมื่อประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ปัญหานี้จะรุนแรงขึ้นตามลำดับ แม้ว่าสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ จะมองเห็นปัญหานี้ และได้ดำเนินการ ร่วมกับ นักวิชาการ และภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยเริ่มต้นตั้งแต่ การศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมตามบริบท และ สถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ เกิด Comprehensive Dementia Care Model Development (CDC-1) จนเข้าสู่ การขับเคลื่อนนโยบาย โดยนำรูปแบบการดูแลที่ได้สังเคราะห์ขึ้นตามบริบทของพื้นที่ มาเปิดโอกาสให้ พื้นที่ที่มีความพร้อมรับแนวคิด วิธีการ และการสนับสนุน จากสถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ ในการนำแนวคิด และกรอบของการดำเนินการเข้าไป “วาง ศึกษา ดำเนินการ และปรับเพื่อ การบริการที่ครอบคลุม” ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตามศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิผลที่ครอบคลุม และสะดวกที่สุดสำหรับผู้รับบริการและพร้อมกับฝ่ายผู้ให้บริการ เกิดการปรับเปลี่ยน พัฒนารูปแบบ และวิธีการการ ให้บริการที่ล้วนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัว

จากการดำเนินการต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาในพื้นที่ต้นแบบ 13 พื้นที่ ผ่านความยากลำบากของการจัดการงาน ในช่วงโควิด 19 ออกมาเป็นรายงานการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย) หรือ CDC-2 เล่มนี้ ข้าพเจ้าในฐานะที่ได้มีโอกาส ร่วมคิด ริเริ่ม ร่วมเดินทางวางแผน วางกลยุทธ์ วิธีการฟันฝ่าความไม่รู้ ไม่เข้าใจ ไม่อยากทำ ไม่กล้าทำ ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร และอีกมากมายหลายเรื่องที่เกิดขึ้นระหว่างการขับเคลื่อนนี้ ข้าพเจ้าทั้งขอคารวะทีมงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ ในส่วนกลาง และในพื้นที่ต้นแบบ รวมทั้งผู้บริหารของสถาบันฯ หลายท่านในมิติของอิทธิบาท 4 จนทำให้เกิด ทั้งหนังสือ เล่มนี้ และ งานจริงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

หนังสือ และการดำเนินการเรื่องการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ถือเป็นโอกาสทองของประเทศไทยที่จะได้วาง Timeline, activities & footprint เกี่ยวกับเรื่องการจัดการภาวะสมองเสื่อม ซึ่งองค์การอนามัยโลกจะรวบรวมข้อมูลดังกล่าวจากทั่วโลกในปีนี้

ด้วยความเคารพอย่างยิ่ง



ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

อายุรแพทย์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย)

คำนิยาม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทางวิชาการที่พัฒนางานด้านผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นงานด้านวิชาการ วิจัย พัฒนาต้นแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนและสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุระดับกรม ระดับกระทรวง และการบูรณาการหน่วยงานทั้งภายในและนอกกระทรวง เป้าหมายเพื่อการจัดการและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรจากประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 20.3) ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบอย่างมากมายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในขณะที่ WHO ก็ให้ความสำคัญในประเด็น ภาวะสมองเสื่อม ได้มีนโยบาย Global Dementia Observatory เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานนี้

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care system; CDC system) เริ่มมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-จนถึงปัจจุบัน เป้าหมายเพื่อการจัดการและดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มไม่มีปัญหาความจำ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นความร่วมมือในรูปแบบไตรภาคี คือ ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานสร้างระบบฯ ไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ต้องเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

ขอขอบคุณและชื่นชมหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบจำนวน 13 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดลำพูน เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี ลพบุรี ฉะเชิงเทรา อุตรธานี หนองบัวลำภู อุบลราชธานี สงขลา กรุงเทพมหานคร และพะเยา ที่ได้เข้าร่วมดำเนินงานเป็นเครือข่ายในการพัฒนาระบบฯ และสะท้อนการพัฒนาการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทำให้เกิดต้นแบบและการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับพื้นที่ และที่สำคัญจะเป็นพันธมิตรที่สำคัญและเข้มแข็ง มุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 กระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาก่อให้เกิดตัวอย่างรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลให้เกิดประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีการขยายผลของระบบการดูแลให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO การสร้างระบบการดูแลไม่ใช่งานของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง ต้องมีการบูรณาการความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ชุมชน และภาคเอกชน บูรณาการความร่วมมือกันนี้ไม่เพียงจะทำให้ระบบเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นำไปต่อยอดขยายผลจนเกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีในพื้นที่

การจัดให้มีระบบบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบครบวงจร จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการวินิจฉัยและบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การเข้าถึงบริการเพื่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ โดยได้รับการปกป้องคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม และชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนของไทย สำหรับประเทศไทยการดำเนินการให้มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อเป็นการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงอายุต่อไป

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นาร่องพัฒนาระบบฯ ทั้งหมด 13 พื้นที่ เป็นแนวทางในการวางแผนงานและสนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาเพื่อขยายพื้นที่การจัดทำระบบให้ครอบคลุม สอดคล้องและเชื่อมโยงกับนโยบายรองรับและต่อยอดการดำเนินงานระบบอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการทำงานเป็นงานประจำ และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพที่ครบถ้วน รวมทั้งการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมบุคลากร ทีมสนับสนุน ทีมไตรภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุ

คณะทำงาน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรรัตน์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นางสาวอรรณพ คุหา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวขวัญฤดี มีผิว	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม 2568

จำนวนหน้า 128 หน้า

โรงพิมพ์ : บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วรรณภา ศรีธีรรัตน์.

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
(ประเทศไทย) = Mobilization of comprehensive dementia care system
development (Thailand).-- นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2568.

128 หน้า.

1. ภาวะสมองเสื่อม. 2. ผู้สูงอายุ -- การดูแล. I. ผ่องพรรณ อรุณแสง, ผู้แต่งร่วม. II. อรรณพ
คุหา, ผู้แต่งร่วม. III. ชื่อเรื่อง.

616.83

ISBN 978-616-11-5400-4

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)

Mobilization of Comprehensive Dementia Care System Development (Thailand)

เป็นลิขสิทธิ์ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

รองอธิบดีกรมการแพทย์

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรรัตน์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสำนัก 9 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพทุกระดับ พื้นที่นำร่อง

คณะทำงาน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

นางสาวอรรณภรณ์ คูหา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางนิติกุล ทองน่วม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางมาลาศ ทองมีสิทธิ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาวปนิดา มุ่งกลาง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ

ผู้ช่วยวิจัย

นางสาวณัฐนันท์ รุ่งเรืองสหพันธ์

นักโภชนาการ

นางสาวกัญญ์ศิญา จุห้อง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวอัฐพร จันทสุข

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวขวัญฤดี มีผิว

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายพิบูลวงศ์ โปล้งวงศ์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

ภาควิชาอายุรศาสตร์

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

นางสาวจารุณี วิทยาจักษ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

นางสาวพลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

อาจารย์ทิพนเตร งามกาละ

โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.นัตตา คำนิยม	สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
--------------------	-----------------------------

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายณัฐพล ขยันเทศ

พื้นที่นาร่องการจัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

- เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำพูน และจังหวัดพะเยา
- เขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดเพชรบูรณ์
- เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี
- เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดลพบุรี และจังหวัดสิงห์บุรี
- เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา
- เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี
- เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
- เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา
- เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

เนื้อหา

หน้า

คำนำ

บทที่ 1	ปฐมบท: การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	1
	ความเป็นมา	1
	การขับเคลื่อนระบบ	2
	จุดเริ่มต้นการขับเคลื่อน	2
	การนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงของพื้นที่	5
	การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	5
	ทีมการขับเคลื่อน/ทีมโค้ชซึ่งส่วนกลาง	6
	ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร	7
	ความหมายและเป้าหมายของระบบ	7
	คุณลักษณะของระบบ	8
	การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	9
	ภาพของระบบย่อย 3 ระบบ	11
	1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก	12
	2) ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยบำบัดรักษา)	13
	3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	14
	ก. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ให้ทำ Brain exercise	15
	ข. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด/ปริชานบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้ทำ Brain training	15
	ค. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้ทำ Dementia care plan (แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม)	16
	เครื่องมือที่ใช้ในระบบ	18
	ระบบการคัดกรอง คัดแยก	18
	ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยรักษา)	18
	ระบบการดูแลต่อเนื่อง	21
	ผลลัพธ์ของระบบ	21

	เนื้อหา	หน้า
บทที่ 2	การขับเคลื่อนและประมวลผล	22
	การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	
	ความนำ	22
	บริบทพื้นที่ดำเนินการ	22
	การขับเคลื่อนและผลลัพธ์ของระบบ	26
	1. การสร้างฉันทคติในพื้นที่และพันธมิตรร่วมงาน:	26
	MOU และเครือข่ายพันธมิตรร่วมงาน	
	2. การสร้างสมรรถนะสำคัญในการพัฒนาและจัดการระบบ	28
	3. กระบวนการพัฒนาระบบของพื้นที่และผลลัพธ์ของระบบ	31
	3.1 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรอง - คัดแยก	31
	3.2 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม	42
	1) รูปแบบสภาอุกขุน	42
	2) รูปแบบการส่งต่อ	43
	3) รูปแบบการคัดกลุ่มทางไกล	44
	3.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง	47
	1) การดูแลต่อเนื่อง: กลุ่มความจำปกติ	48
	2) การดูแลต่อเนื่อง: กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	49
	3) การดูแลต่อเนื่อง: กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	50
	4. การประมวลผลการดำเนินการตามดัชนีชี้วัดของระบบ	51
	4.1 ความครบวงจร (comprehensive)	52
	4.2 ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ (seamless)	52
	4.3 ความครอบคลุม (coverage)	53
	4.4 การเข้าถึง (access)	53
	4.5 ความร่วมมือ (participation)	53
	4.6 การบูรณาการ (integration)	54
	5. ผลลัพธ์ของระบบ	55
บทที่ 3	บทเรียนรู้และข้อเสนอแนะ:	58
	การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)	
	บทเรียนรู้: การขับเคลื่อน	58

เนื้อหา	หน้า
การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	
• ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรสำหรับประเทศไทย	58
• ตัวชี้วัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	58
• การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบครบวงจรฯ	59
• ผลผลิตและผลลัพธ์ (Output & Outcomes)	59
• ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ	60
ข้อเสนอแนะ: แนวทางการจัดการ	62
เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	
1. จัดทำผังการจัดการระบบอย่างสมบูรณ์	62
2. ทำความเข้าใจการคัดกรองและคัดแยก	64
2.1. การจัดการคัดกรอง: บทบาทหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	64
2.1.1. การจัดการคัดกรองในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	64
2.1.2. การจัดการคัดกรองในบริบทหน่วยบริการสังกัดท้องถิ่น	67
2.2. การจัดการคัดแยก: บทบาทสำคัญของ “คลินิกผู้สูงอายุ”	69
3. การคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา	74
3.1. Primary diagnosis	75
3.2. Confirm diagnosis	77
4. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	79
4.1. กลุ่มความจำปกติ: ธารรงค์ brain exercise ด้วยตนเอง	80
4.2. กลุ่มปริชาน/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI): ต้องฝึกสมอง (brain training)	81
4.3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม: ทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม	82
5. การบันทึกและการส่งต่อในระบบการดูแลระยะยาว	83
6. การมีคลินิกผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง	83

	เนื้อหา	หน้า
	บทสรุป: การขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร (ประเทศไทย)	86
บรรณานุกรม		88
ภาคผนวก		90
	ภาคผนวกที่ 1	90
	1.1 เอกสารการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์	90
	1.2 รายงานผลการดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) : โดยพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด/เขตสุขภาพ	91
	1.3 การพัฒนากระบวนการคัดกลุ่ม: การให้คำปรึกษาทางไกลเพื่อการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม) โดยผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง (พ.ศ. 2562-2566)	93
	ภาคผนวกที่ 2	97
	ตารางที่ 2.1 บริบทของพื้นที่นำร่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	96
	ตารางที่ 2.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนากระบวนการดูแลภาวะสมอง เสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	106
	ตารางที่ 2.3 ภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนากระบวนการดูแล ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	113

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1	4
ภาพที่ 1.2	9
ภาพที่ 1.3	11
ภาพที่ 1.4	13
ภาพที่ 1.5	14
ภาพที่ 1.6	17
ภาพที่ 1.7	19
ภาพที่ 1.8	20
ภาพที่ 1.9	20
ภาพที่ 1.10	20
ภาพที่ 3.1	63
ภาพที่ 3.2	67
ภาพที่ 3.3	76

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	
บริบทของพื้นที่นำร่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	98
ตารางที่ 2.2	
ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	106
ตารางที่ 2.3	
ภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)	113

บทที่ 1

ปฐมบท

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ความเป็นมา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ตระหนักในความสำคัญและความจำเป็นในการเตรียมการรับมือกับภาวะสมองเสื่อม ที่จะตามติดประชากรสูงวัยมาอย่างกระชั้นชิด ซึ่งย่อมก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก หากว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีการเตรียมตัวหรือเตรียมความพร้อมในการจัดการกับภาวะนี้ สถาบันเวชฯ โดยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายหลากหลายสถาบัน ได้ศึกษาพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จวบจนปัจจุบัน ในระยะแรกปี พ.ศ. 2558-2560 เป็นการแสวงหา ความครบวงจรของระบบและการดำเนินงานระบบ ที่เหมาะสมกับประเทศ ซึ่งการศึกษามีทั้งการศึกษาวิจัยและดำเนินการเป็นโครงการพัฒนาใน 4 พื้นที่ คือ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น (เขตสุขภาพที่ 7) อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (เขตสุขภาพที่ 9) และอำเภอศรีรัตนคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

บทสังเคราะห์ที่ได้จากการศึกษาพื้นที่ต้นแบบ ในระยะแรกนี้ ได้คำตอบชัดเจนว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ต้องมีการดำเนินการเป็นระบบ ความเป็นระบบใหญ่จึงมีระบบย่อยภายใน ที่มีความสอดคล้องต่อเนื่องกันตั้งแต่การค้นหาจนกระทั่งให้การดูแลจนสามารถดูแลตนเองได้ตามสภาพ และในความเป็นระบบนั้น มีคุณลักษณะ 6 อย่างที่จะช่วยให้ระบบสามารถตอบโจทย์การดูแลที่ต้องการให้ครบวงจร และดำเนินงานเป็นงานประจำ หรืออยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร หรือ Comprehensive Dementia Care System (CDC system) ที่เป็นผลงานจากระยะแรก มีความชัดเจนทั้งประเด็นแนวคิด หลักการและแนวทางการนำใช้ และเชื่อว่าเมื่อขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการ จะได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือเป็นระบบที่ พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในระบบทั้งส่วนผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป็นการสร้างหลักประกันว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลที่เป็นธรรม หรืออย่างน้อยจะมีบริการที่สามารถเข้าถึงได้ เปรียบเช่นโรคเรื้อรังอื่นๆ อันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนแม่บท แห่งชาติของประเทศ อีกทั้งเป็นการสนองตอบแผนปฏิบัติการของโลกขององค์การอนามัยโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017-2025 ที่ต้องการให้มีแผนปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวมและเป็นรูปธรรม อันเป็นแนวทางเดียวกับระบบที่สถาบันฯ ได้พัฒนาขึ้น

จากการเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ประกอบกับมีแนวคิดและแนวทางในการดำเนินงานสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ที่มีความครบวงจร ที่จะให้ผลลัพธ์การมีระบบชัดเจน ประเมินได้ และตอบสนองต่อทั้งนโยบายของชาติและของโลก อีกทั้ง

ยังเป็นระบบที่เชื่อว่าสอดคล้องเป็นไปได้ในบริบทของประเทศไทย ที่มีระบบสาธารณสุขแตกต่างจากประเทศอื่น และน่าจะพัฒนาให้เป็นโมเดลต้นแบบสำหรับประเทศและเป็นตัวอย่างแรกของโลก

ด้วยเหตุนี้สถาบันเวชศาสตร์ฯ จึงดำเนิน **โครงการการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย** ภายใต้แผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ ข้อ 2 เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ กลยุทธ์ ข้อ 5 จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับประเทศด้านการแพทย์และเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และตัวชี้วัด ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและเสมอภาค โครงการกรมฯ ข้อ 5.3 โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่จำเป็นเหมาะสม และแผนปฏิบัติการ ของสถาบันฯ ข้อ 2 ศูนย์รวมวิทยาการและแหล่งอ้างอิงในการพัฒนานวัตกรรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของประเทศ

โครงการนี้ ดำเนินการต่อเนื่องจากโครงการการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการและรูปแบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นการดำเนินการพัฒนาต่อยอดของพื้นที่ต้นแบบระดับที่เริ่มพัฒนา เรียกว่าเป็น พื้นที่ M (Model) คือ พื้นที่ จังหวัดขอนแก่น นครราชสีมา ลพบุรี และสุราษฎร์ธานี โครงการนี้มีเป้าหมายที่จะ **ขยายและขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia care system; CDC system) และนำสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ ใน 13 จังหวัด (ประเทศไทย)** โดยในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีพื้นที่ที่สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อนำร่องการพัฒนาในระยะนี้ จำนวน 12 พื้นที่ จะเรียกว่าเป็น พื้นที่ A (Active)

การขับเคลื่อนระบบ

จุดเริ่มต้นการขับเคลื่อน

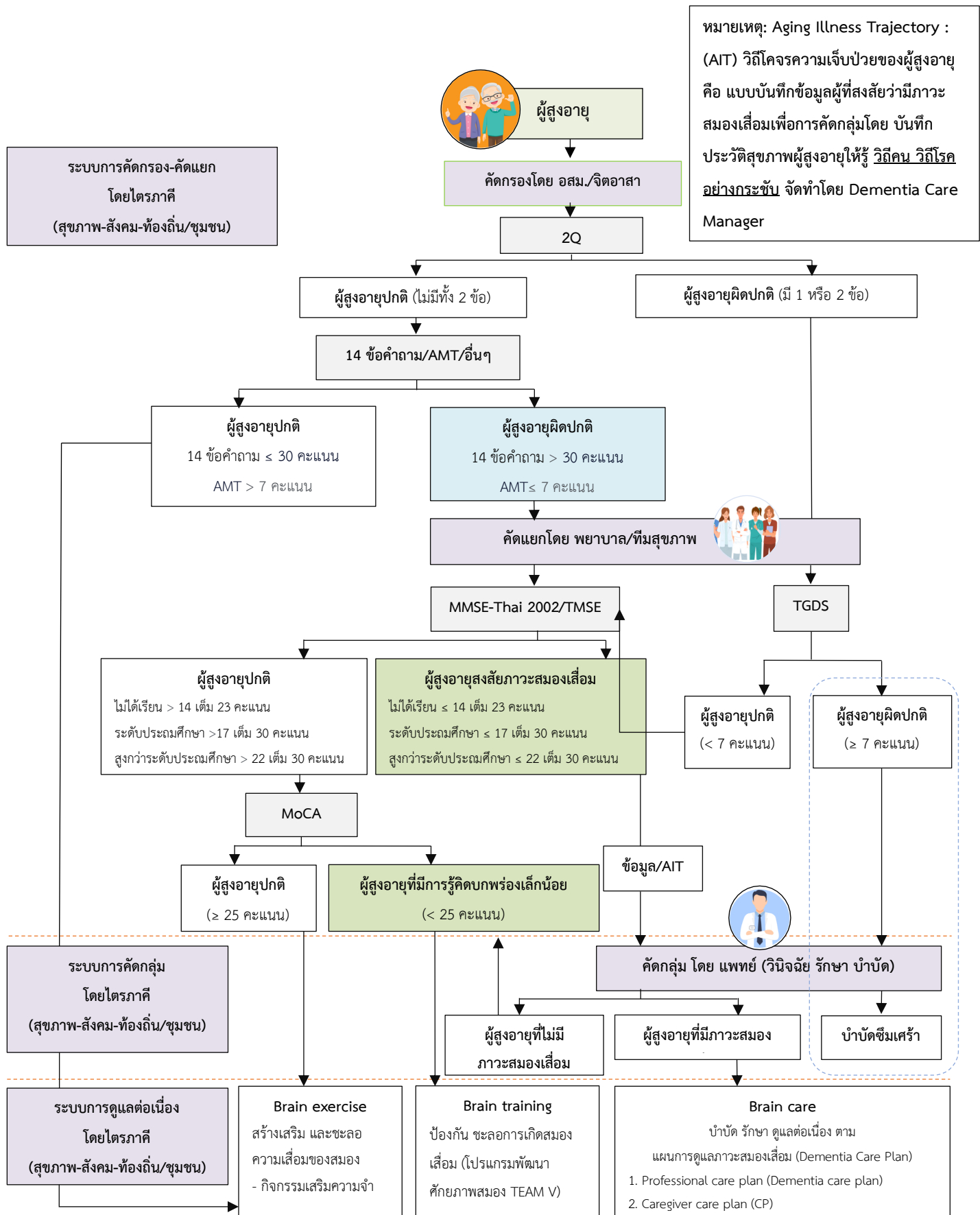
ในการขับเคลื่อนโครงการให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ภายใต้การนำทีมของสถาบันเวชศาสตร์ฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เห็นตรงกันว่า ในการดำเนินการขับเคลื่อนต้องการพื้นที่ที่สนใจจะพัฒนา มีความพร้อม และต้องการยังประโยชน์ให้ประชากรสูงอายุในพื้นที่ของตนเอง โดยในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้การพัฒนาแบบและระบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่จังหวัดนำร่อง (ประเทศไทย) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดทำระบบในพื้นที่นำร่องระดับ A (Active) และ M (Model) ในวันที่ 11-12 ธันวาคม 2562 ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 9 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีตัวแทนจากพื้นที่ดำเนินงาน CDC system จำนวน 12 จังหวัด ประกอบด้วย บุคลากรจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถาน

บริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 110 คน เพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบ ให้ได้ผลลัพธ์ที่ตอบสนองความต้องการของรัฐและของโลกในการดูแลภาวะสมองเสื่อม และนำเสนอผังในการดำเนินงานทั้งระบบ (ภาพที่ 1.1) เล่าสู่เรื่องราวของระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรที่ตอบสนองความต้องการของระบบสาธารณสุขไทย สำคัญต่อการดูแลคนกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเริ่มเสื่อมถอย ส่วนงานสำคัญที่ต้องการความร่วมมือ แนวทางในการดำเนินการ ระบบใหญ่และย่อย ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการระบบ ซึ่งขัดกลองเบี่ยงต้นในการร่วมพัฒนา คือ แนวคิดและหลักการให้เป็นไปตามระบบที่สถาบันเวชศาสตร์ฯ สังเคราะห์ไว้ แต่กระบวนการ ครอบคลุมและระยะเวลาการดำเนินงาน จะเป็นไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่และเป็นระบบร่วมจ่าย (co-payment)

เสียงตอบรับจากพื้นที่ 12 จังหวัด โดยมี มีพื้นที่ที่สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในครั้งนี้ จำนวน 12 พื้นที่ เรียงตามลำดับการเข้าร่วมดำเนินการ คือ จังหวัดอุทัยธานี หนองบัวลำภู อุตรธานี อุบลราชธานี ฉะเชิงเทรา สิงห์บุรี เพชรบูรณ์ กรุงเทพมหานคร ลำพูน ลพบุรี นครสวรรค์ และจังหวัดสงขลา กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน 3 ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564

อย่างไรก็ตาม ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2564 เกิดภาวะวิกฤตจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิดในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานโครงการฯ หยุดชะงัก พื้นที่บางแห่งหยุดดำเนินการอย่างสิ้นเชิง ทางสถาบันเวชศาสตร์ฯ จึงปรับแผน ขยายระยะเวลาการดำเนินการเป็น ปี พ.ศ. 2562 ถึง 2666 และยังให้การโค้ชชิ่งและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การขยายระยะเวลาการพัฒนานั้น หวังเพื่อให้พื้นที่ได้ดำเนินการต่อเนื่องตามที่พื้นที่ประสงค์ และจะทำให้ได้ภาพการบูรณาการเข้ากับงานประจำ ทั้งนี้ให้เป็นตามสถานการณ์และความพร้อมของพื้นที่ และได้กำหนดว่า ปี พ.ศ. 2566-2567 จะมีการประมวผล ในรูปแบบต่างๆ ตามที่วางแผนไว้

โดยสรุปจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ในครั้งนี้ จึงมี 12 จังหวัด ของประเทศไทย โดยมีการนำใช้ผังการจัดการ ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ดังภาพที่ 1.1) สู่การปฏิบัติจริงในแต่ละพื้นที่ เพื่อการจัดการ ให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรที่เหมาะสมกับบริบทของตน



ภาพที่ 1.1 ผังการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงของพื้นที่ (Implementation)

การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2562-2564 (ขยายใหม่ ถึง พ.ศ. 2566) ในปี พ.ศ. 2562 มีการวางแผนการให้ดำเนินงานใน 3 ประเด็น คือ 1) การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่มีระบบย่อย 3 ระบบ ตามบริบทของพื้นที่ หรือสร้างแบบจำลองการดำเนินงานระบบของแต่ละพื้นที่ 2) การบูรณาการ 3 ระบบย่อย เข้างานประจำของพื้นที่ และ 3) การประเมินผลและผลลัพธ์ โดยใช้รูปแบบของการลงพื้นที่เพื่อการเห็นสถานการณ์ที่แท้จริงจากเดียวกัน และร่วมหารือกันอย่างใกล้ชิด ในการหารือการประสานงาน ติดตามยังใช้ระบบออนไลน์ในหลากหลายรูปแบบ

การลงพื้นที่เป็นเครื่องมือร่วมและสนับสนุนการสร้างระบบนั้น โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ กำหนดไว้ **5 ระยะ/ครั้ง ใน 3 ปี**ของการขับเคลื่อน (2562-2564) การขับเคลื่อนระบบเป็นการร่วมกันระหว่างทีมงานสถาบันเวชศาสตร์ฯ และทีมงานของพื้นที่ โดยตั้งอยู่ที่ พัฒนาระบบครบวงจรให้เกิดขึ้นและบูรณาการเข้ากับการประจำให้มากที่สุด ทั้งนี้เป็นไปตามบริบทและต้นทุนของพื้นที่ ระยะของการดำเนินงานกำหนดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่

การประมวลผลและติดตาม มีหลายมิติ ทั้งการลงพื้นที่ การติดต่อประสานงานกันอย่างเป็นทางการและส่วนบุคคลตามลักษณะงาน การลงพื้นที่ที่ทีมกลางใช้รูปแบบ *Model coaching and teaching* เพื่อให้พื้นที่นำสาระไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชชิ่งและสอนต่อได้ กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบฯ ว่า **ระยะที่ 1 คือการลงพื้นที่ ครั้งที่ 1** การสร้างฉันทคติในพื้นที่ การแสวงหาพันธมิตรร่วมงาน และการสร้างสมรรถนะสำคัญในการพัฒนาและจัดการระบบ วางหมุดไว้ที่ สร้างความตระหนักและความจำเป็นที่ต้องมีระบบเพื่อให้เกิดฉันทานุมัติการดำเนินงาน โจทย์ที่ระบบต้องแก้ไขและพัฒนาอันได้มาจากพื้นที่ M ความรู้ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งในเรื่องระบบ การจัดการระบบ อันตั้งต้นตั้งแต่การค้นหาจนถึงการดูแล เน้นที่การนำใช้จริงที่ผ่านการทดลองนำใช้แล้ว มีการสาธิตการคัดกรอง คัดแยก การดูแลภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (group support) เป็นการสร้างสมรรถนะการนำใช้ของผู้ปฏิบัติโดยตรง **ระยะที่/การลงพื้นที่ ครั้งที่ 2** เพื่อ 1) ประเมินความถูกต้องและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบคัดกรอง คัดแยก 2) เตรียมความพร้อม รูปแบบ ในการสร้างระบบย่อยที่ 2 หรือการคัดกลุ่มของพื้นที่ รวมทั้งเครื่องมือในการคัดกลุ่ม และ 3) แนะนำกลวิธีการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม เป็นการโค้ชชิ่ง ความถูกต้อง เหมาะสม และความครอบคลุม ของการดำเนินการคัดกรอง/คัดแยกที่พื้นที่ดำเนินการ สอบทานการเตรียมการระบบคัดกลุ่มของพื้นที่ **ระยะที่/การลงพื้นที่ ครั้งที่ 3** สร้างรูปแบบการวินิจฉัยที่เหมาะสมและเป็นไปได้และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง เป็นการติดตาม ถอดบทเรียนและโค้ชชิ่ง เพื่อเรียนรู้รูปแบบการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ รวมทั้งการประสานงานกับแพทย์ ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดเส้นทางในการคัดกลุ่ม รวมทั้งให้แนวทางในพัฒนาการส่งต่อไปกลับระหว่างหน่วยบริการด้วย และเพื่อให้มีข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการ ทีมงานดำเนินการพัฒนาระบบของสถาบันเวชศาสตร์ฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ จึงลงพื้นที่ต้นแบบ

หรือพื้นที่โมเดล (พื้นที่ M) เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาระบบในประเด็นความต่อเนื่อง และการบูรณาการเป็นงานประจำในพื้นที่งานของจังหวัดนครราชสีมา ขอนแก่น และสุราษฎร์ธานี และถอดบทเรียนประมวลผลประกอบการโค้ชชิ่งในประเด็น การพัฒนาระบบอย่างไรให้สำเร็จ (How to success) เพื่อให้พื้นที่ใหม่ที่กำลังดำเนินการได้ แนวทางในการดำเนินต่อไปได้ **ระยะที่/การพบพื้นที่ ครั้งที่ 4 การดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการขับเคลื่อนระบบเข้างานประจำเพื่อคงความต่อเนื่อง** เป็นการติดตาม ถอดบทเรียน และโค้ชชิ่ง การดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมถอดบทเรียนภาพรวมของการดำเนินงานในรอบทดลอง (try out) หรือรอบปีที่ผ่านมา และขับเคลื่อนการนำระบบเข้าสู่งานประจำ โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานที่ทำทั้งระบบ **ระยะที่/การพบพื้นที่ ครั้งที่ 5 การนำเสนอผลการดำเนินการขับเคลื่อนระบบ** ความเป็นไปได้ในการสานต่อให้ยั่งยืนเป็นงานประจำ ประเด็นที่จะทำให้การพัฒนาระบบประสบความสำเร็จ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 (ปรับเป็น พ.ศ. 2566-2567) จะเป็นปีแห่งการประมวลผล

การลงพื้นที่แม้จะกำหนดจำนวนครั้งไว้ แต่ในกำหนดเวลาของการลงพื้นที่และติดตาม ไม่ได้กำหนดแน่ชัด แต่จะกำหนดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานและความพร้อมของพื้นที่ ดังนั้นการติดตามในพื้นที่จำนวนครั้งจึงยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นที่

ทีมการขับเคลื่อน/ทีมโค้ชชิ่งส่วนกลาง

ในการขับเคลื่อน ทีมการขับเคลื่อนของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ฯ นายแพทย์ สกานต์ บุญนาค เป็นหัวหน้าทีม ในขณะนั้น (พ.ศ. 2562-2564) ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านนโยบาย ด้านระบบ ด้านสมองเสื่อม ด้านการดูแลสมองเสื่อม นักวิชาการสถาบันฯ และเจ้าหน้าที่เทคนิค ซึ่งทุกคนจะร่วมวางแผนการขับเคลื่อน กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม ให้ร่วมช่วยขับเคลื่อนร่วมกับพื้นที่ให้เกิดการดำเนินการระบบ เพื่อให้มีการสร้างระบบเกิดขึ้นนั่นเอง ดังนั้นทีมการขับเคลื่อนของสถาบันเวชศาสตร์ฯ จึงเป็น **ทีมโค้ชชิ่ง (coaching)** ที่จะร่วมคิด ร่วมสร้างระบบกับพื้นที่ ด้วยการสร้างเสริมสมรรถนะในการดำเนินงานในระบบ เสริมพลังอำนาจให้พื้นที่ สนับสนุนวิชาการ และทรัพยากรที่สำคัญและจำเป็น และเป็นคู่ร่วมปรึกษาการดำเนินการระบบ ในการโค้ชชิ่ง ด้วยการลงพื้นที่ จะเตรียมผู้ทรงคุณวุฒิ และวิทยากรเฉพาะประเด็น ครอบคลุมด้านนโยบาย การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร (CDC system) วิทยากรด้านความรู้และประเด็นที่เกี่ยวกับสมองเสื่อม ความรู้และประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกระยะ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพสมองในผู้สูงอายุทุกคนที่ถือว่าเป็นผู้มีโอกาสเกิดการเสื่อมของสมองด้วย ซึ่งแน่นอนย่อมไม่ใช่เพียงผู้ทรงคุณวุฒิเท่านั้น ยังรวมถึงการเตรียมเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้งานโค้ชชิ่งได้ผลตามที่วางแผน

สิ่งที่เตรียมการให้กับพื้นที่ ได้แก่ เครื่องมือทำงานพัฒนาระบบ ผังไหลภาพรวมและผังไหลย่อยเฉพาะพื้นที่ เอกสารผลลัพธ์ เอกสารการนำเสนอผลการดำเนินการ เอกสารในกระบวนการดำเนินงาน เช่น แผนการลงพื้นที่ แผนการให้ความรู้ เอกสารความรู้เกี่ยวกับระบบและเครื่องมือในการดำเนินการ การปฏิบัติการดูแลที่

เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีทั้งรูปแบบเอกสาร และเว็บเพจ รวมทั้งหนังสือ/คู่มือที่ใช้เป็นเอกสารอ้างอิง ประกอบการดำเนินการ (ดังในภาคผนวก 1.1)

นอกจากนี้ในการลงพื้นที่หรือการพบพื้นที่ทุกครั้ง ทางทีมโค้ชซึ่งของสถาบันฯ จะขอความร่วมมือกับพื้นที่ประสานงานผู้เข้าร่วม โดยการกำหนดผู้ดำเนินการ และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงหลัก นอกจากนี้ยังมีโจทย์ที่เรียกใบงานให้พื้นที่ดำเนินการล่วงหน้าก่อนพบกันในพื้นที่ทุกครั้ง โดยปรับตามสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร

การประมวลผลลัพธ์ของโครงการพัฒนา จะมีกรอบหลัก คือ การประเมินโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ กระบวนการในการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และการดำเนินการระบบในมิติต่าง ๆ ซึ่ง จะเป็นไปตามสถานการณ์การพัฒนาหรือกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบของพื้นที่ ดังนั้นในเบื้องต้นจึงต้องทำความเข้าใจ ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทั้งด้าน ความหมายและเป้าหมายของระบบ คุณลักษณะของระบบ การจัดการระบบ ภาพของระบบย่อย และเครื่องมือที่ใช้ในระบบ

ความหมายและเป้าหมายของระบบ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสมองเสื่อมครบวงจร หรือ Comprehensive Dementia Care System for Older Persons หรือ CDC system หมายถึง ชุดของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะ สุขภาพสมอง ที่ให้บริการดูแลอย่างครบถ้วน (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบย่อย ด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและในสถาบันสุขภาพ ซึ่งทั้งสามระบบย่อยต้องต่อเนื่อง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทันเหตุการณ์ และไร้รอยต่อ (seamless) ชุดของระบบทั้งหมดจะตอบสนองการดูแลสุขภาพสมองผู้สูงอายุทุกคนและทุกสถานะสุขภาพอย่าง ครอบคลุม (coverage) และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (access) การให้บริการในระบบเป็นการ ทำงานร่วมกัน (participation) ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน การจัดบริการจะมีการบูรณาการ (integration) ชุดของบริการในระบบเข้ากับ งานประจำที่มีอยู่ ให้มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ

ระบบนี้มีเป้าหมายรวม คือ ให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้การป้องกัน ชะลอหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การ บำบัดรักษา และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อสุขภาวะของ ผู้สูงอายุทุกสภาพสมองและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

คุณลักษณะของระบบ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร มีคุณลักษณะ 6 อย่าง ที่เป็นทั้งตัวชี้้นำการดำเนินงานของระบบและเป็นดัชนีชี้วัดความสมบูรณ์ของระบบ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านั้น คือ (ภาพที่ 1.2)

1. Comprehensive หรือ ความครบวงจร ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรมี 3 ระบบย่อย หรือองค์ประกอบ คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)

เป้าหมายของระบบ คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน ที่ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มที่พึงได้รับสิทธิในการส่งเสริม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะนี้เกิดขึ้นได้รับการบำบัดและรักษา ทั้งนี้การจัดการระบบต้องมีความร่วมมือของภาคสุขภาพทุกระดับ บริการ และต้องด้วยการมีส่วนร่วมของภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรเอกชน

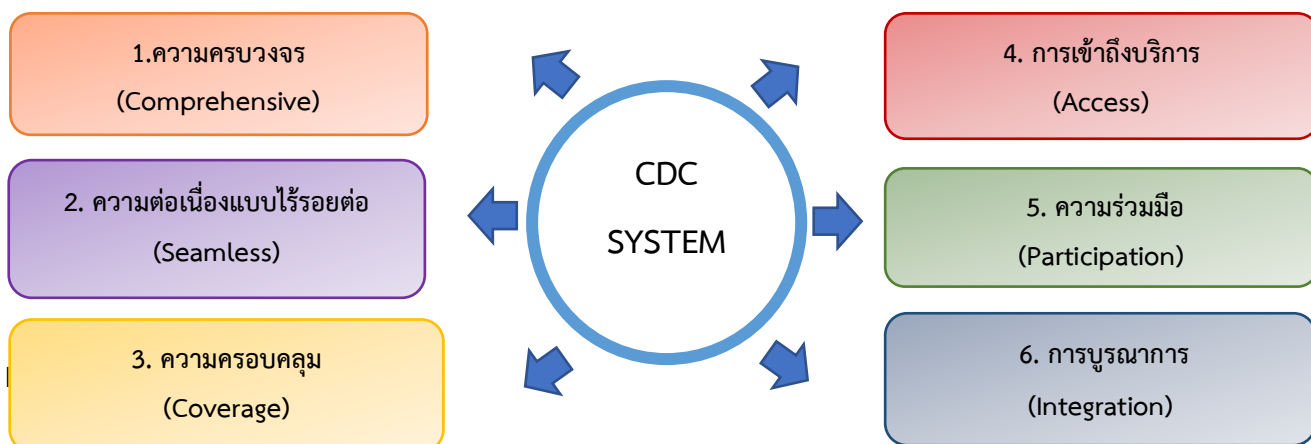
2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ การดำเนินงานของระบบย่อย มีการประสาน ส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์

3. Coverage หรือ ความครอบคลุม ระบบให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งผู้ที่ปกติ ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยเป้าหมายการระบบมุ่งหวังให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่มากที่สุด

4. Access หรือ การเข้าถึง ระบบที่จัดให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บริการสังคม และสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ในที่นี้ คือ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับบริการทางสังคม จากการดำเนินการในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และเน้นการเข้าถึงทั้งสามระบบย่อยได้ โดยสะดวก ด้วยบริการเชิงรับ เชิงรุก และครอบคลุม

5. Participation หรือ ความร่วมมือ การจัดการระบบ เป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับ บริการ คือทั้งปฐมภูมิ ทุตติภูมิ ตติยภูมิ และที่สำคัญเป็นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ประชาชนและองค์กรต่างๆทั้งของเอกชนและรัฐทั้งนี้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่

6. Integration หรือ การบูรณาการ ระบบจะบูรณาการการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเข้ากับบริการที่อยู่ในงานประจำของทุกภาคส่วนที่ทำอยู่ โดยหมายความรวมถึงการบูรณาการงานการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ชุมชน/ ท้องที่ อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมการบูรณาการแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ



ภาพที่ 1.2 คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การดำเนินการในระบบจะต้องเป็นกระบวนการ มีหลักการ มีวิชาการ ต้องต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด อีกทั้งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายภาคส่วน แม้หน่วยงานเดียวกันยังมีความเกี่ยวข้องกับงานหลายกลุ่มหลายระดับและมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพร่วมกัน ซึ่งต้องการผู้จัดการ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน นั่นคือในการพัฒนาระบบ ต้องมีการจัดการเชิงระบบ (system management) โดยผู้จัดการระบบ (system manager) ในการจัดการเชิงระบบนั้น

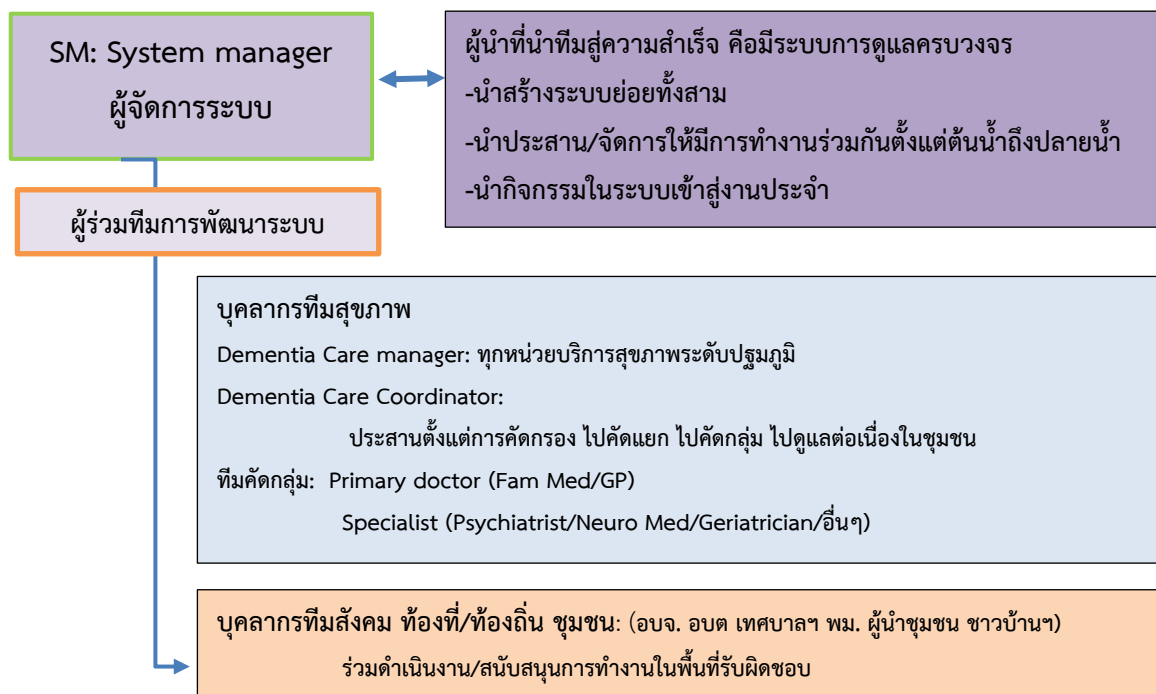
ความที่ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีระบบย่อย 3 ระบบ ที่มีลำดับการดำเนินการเป็นขั้นตอน มีหลักการวิชาการ มีผู้รับผิดชอบ และข้อกำหนดที่ต้องพิจารณาตัดสินใจ เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลลัพธ์ของระบบ จึงต้องมีแผนการดำเนินงานชัดเจน เป็นเส้นทางเฉพาะของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่เริ่มต้นคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม ตลอดถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องทั้งในชุมชนและในสถาบัน ดังนั้นการนำเสนอผังแม่บท (ภาพที่ 1.1) จึงมีความจำเป็น เพื่อให้บุคลากรที่นำใช้รับรู้ภาพรวมทั้งหมดของวงจรที่เรียกว่า การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร และสามารถประยุกต์ปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่โดยไม่ละเลยหลักการที่กำหนดไว้

การขับเคลื่อนให้พัฒนาระบบมีขึ้น ต่อเนื่องยั่งยืน และบูรณาการเข้ากับการปฏิบัติงานประจำนั้น ต้องการ **แกนนำเครือข่ายการพัฒนาระบบ** (ภาพที่ 1.3) ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบระบบใหญ่ ที่เรียกว่า **ผู้จัดการระบบ (system manager: SM)** ที่นำการพัฒนา ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตระหนักในความสำคัญที่ต้องทำให้กับประชาชน และเข้ามาเป็นผู้ร่วมงาน ให้ความร่วมมือทำงานประสานกัน หรือคือการสร้างนโยบายของความเป็นเจ้าภาพ เจ้าของ เจ้ามือ ร่วมกันเพื่อประชาชน ผู้จัดการระบบไม่เพียงแต่ *วางแผนนโยบาย การสร้างความร่วมมือ* เท่านั้น ยังเป็น**ผู้กำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และทำการโค้ช**ซึ่งให้พัฒนาระบบเข้าสู่เป้าหมาย ซึ่งในระยะที่เริ่ม

ดำเนินการโครงการ จะมี **ผู้จัดการโครงการ (project manager: PM)** ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างที่ส่วนกลางกับทีมพื้นที่ และอาจคงไว้ตลอดโครงการได้

ความที่ CDC system มีระบบย่อยอีก 3 ระบบ ที่จะต้องทำงานต่อเนื่อง ประสานกันอย่างไร้รอยต่อ (seamless) รับรู้ซึ่งกันและกัน ต้องการให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นภาคสุขภาพ สังคมท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน (participation) และที่สุดต้องการให้บูรณาการเข้ากับการประจำที่ทำอยู่ (integration) เพื่อให้มีระบบให้บริการจริง ที่ประชาชนรับรู้ถึงบริการที่พัฒนา และสามารถเข้าถึงได้ (access) อันเป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนคนกลุ่มเสี่ยงและที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการดูแลเช่นโรคอื่นๆและเป็นการตอบสนองนโยบายสาธารณสุข ของประเทศที่จะต้องดำเนินการรับมือกับการแนวโน้มของปัญหาสมองเสื่อม ดังนั้นในการดำเนินการจึงควรมี **ผู้จัดการระบบ (system manager) ของระบบย่อยทั้งสาม** คือ 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน) ซึ่งผู้จัดการระบบย่อยนี้ รับผิดชอบการพัฒนาบบย่อยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งรวมรวมถึงการประสานงาน การสร้างเครือข่ายการทำงาน การให้ข้อมูลทั้งด้านนโยบายและสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบ การโค้ชชิ่งและการสนับสนุนให้ระบบดำเนินการได้ นอกจากนี้การจัดการระบบในพื้นที่ ยังต้องการ บุคคลเพื่อนำใช้แนวทางการพัฒนาระบบในพื้นที่จริงด้วยความเข้าใจ ตระหนักในความสำคัญ ความจำเป็น ที่ต้องมีระบบในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทำหน้าที่บริหารจัดการให้การดำเนินการของระบบเป็นไปตามเป้าหมาย ปฏิบัติการดูแล ประสานงาน ติดตาม ส่งต่อ ประมวลผล เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนที่รับผิดชอบ ซึ่งในระบบ คือ **ผู้จัดการการดูแล (care manager) ภาวะสมองเสื่อม หรือ Dementia Care Manager (DCM)** และด้วยระบบ มีการประสานงาน ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง จึงควรมี **ผู้ประสานงานการจัดการดูแลของระบบ (Dementia Care Coordinator: DCC)** ในการดำเนินงานของระบบด้วย

การที่ระบบคาดหวังให้มีการร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการบูรณาการเป็นงานประจำของภาคส่วนนั้นๆ การสรรหาคณะกรรมการชุดต่างๆ นอกจากต้องการผู้ที่เกี่ยวข้องในงานจริงแล้ว ยังต้องการผู้ที่รับผิดชอบที่มีฉันทะในระบบ วิริยะในการพัฒนาระบบ และที่ขาดไม่ได้ คือ ต้องเป็นไตรภาคี ให้มีส่วนร่วม



ภาพที่ 1.3 แกนนำเครือข่ายการพัฒนาระบบ

ไม่เพียงแกนนำภาคีที่เกี่ยวข้อง จะรับรู้และเห็นภาพรวมทั้งหมดของระบบร่วมกันเท่านั้น สิ่งหนึ่งที่เป็นพันธกิจอันจำเป็นต้องมีคือ การลดความไม่รู้ และอคติต่างๆที่กระทบต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การสร้างความตระหนักรู้ในบทบาทของตนเอง และตระหนักในความสำคัญจำเป็นที่ต้องมีระบบเพื่อลดทุกภาระของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และชุมชนของตนเอง เพื่อสร้างฉันทามติในการพัฒนาระบบ และสร้างความร่วมกันในการพัฒนาระบบ เพื่อลดทุกภาระของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และชุมชนของตนเอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทุกคนในชุมชน ซึ่งที่สุดจะเป็นการสร้างสังคม และระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณภาพร่วมกัน

ภาพของระบบย่อย 3 ระบบ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ให้บริการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ด้วยบริการ 3 ระบบย่อยที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน คือ 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยบำบัดรักษา) 3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและในสถาบัน แต่ละระบบย่อยมีเป้าหมายเฉพาะ มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เป็นเฉพาะของแต่ละระบบย่อย และ ผลลัพธ์การดำเนินงานของระบบย่อยหนึ่งจะเป็นตัวนำเข้าสู่อีกระบบย่อยที่เหลือ ดังนั้นผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร จึงมาจากการดำเนินงานของทั้งสามระบบที่มีคุณภาพ

และมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพสมองที่ให้บริการดูแลอย่างครบถ้วน (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบย่อย ด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและในสถาบันสุขภาพ ดังนี้

1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก

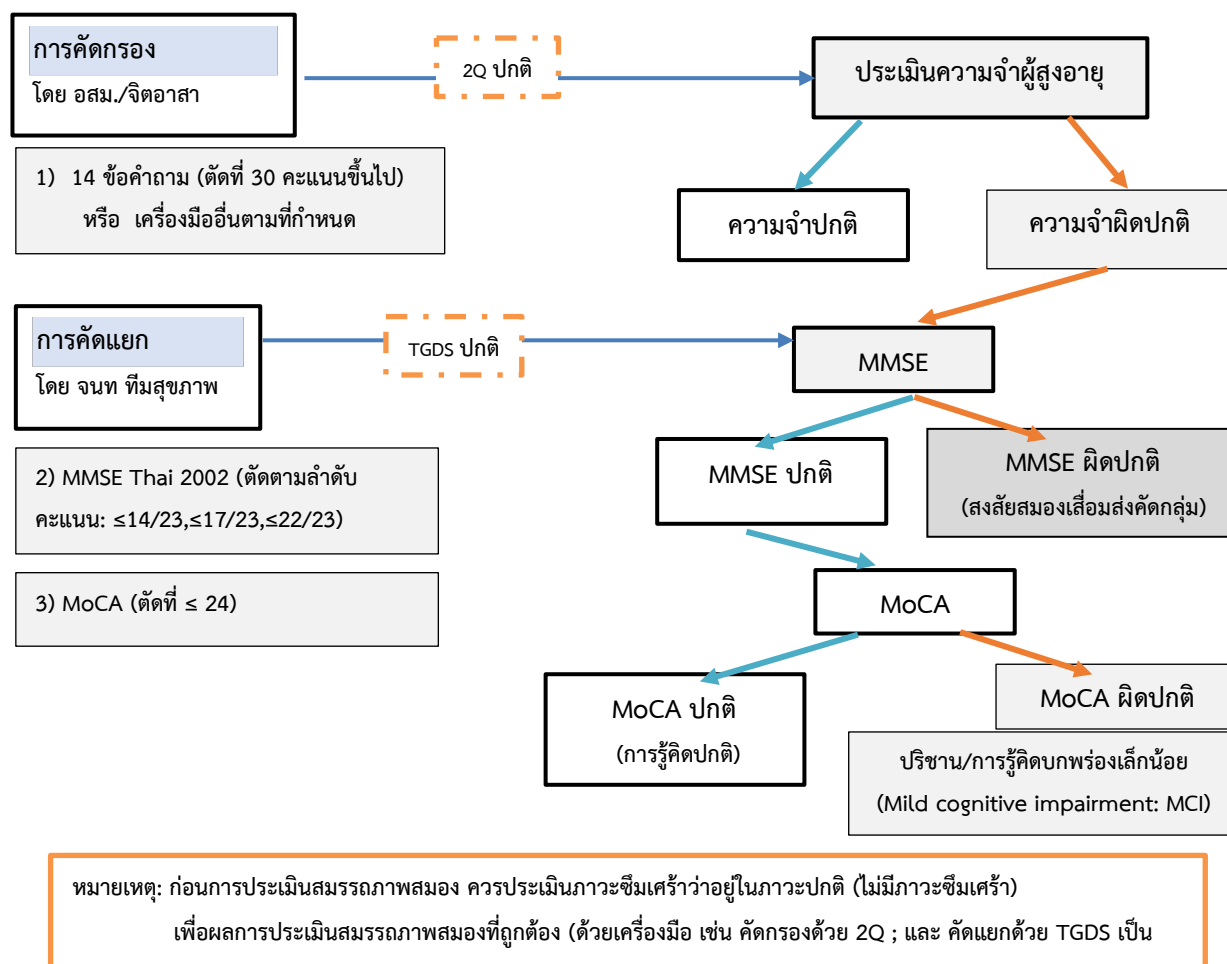
การคัดกรองและคัดแยกในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยร่วมกัน เทียบได้กับการคัดกรองโรคที่ดำเนินการโดยนักวิชาชีพ แต่ด้วยคุณลักษณะหนึ่งของระบบนี้ คือความครอบคลุมในประชากรสูงอายุ (whole population approach) ประกอบกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีลักษณะการทำงานที่เฉพาะ ดังนั้น การคัดกรองในระบบนี้ จึงปรับให้เหมาะสมกับเป้าหมายและลักษณะงาน คือ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การค้นหาผู้มีความผิดปกติของความจำ ในกลุ่มประชากรใหญ่ (ชุมชน) เพื่อค้นหา**ผู้มีความผิดปกติของความจำ** ด้วยเครื่องมือคัดกรองใช้ได้ดีและใช้ได้ง่าย ซึ่งเป็นการกรองที่ห่า แต่ด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระบบสุขภาพไทย จะสามารถทำการคัดกรองได้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ และเรียกการค้นหานี้ว่า **การคัดกรอง** 2) ค้นหาหรือตรวจคัดกรอง ผู้ที่มีความผิดปกติของความจำ (ที่มาจาก 1) เพื่อค้นหา**ผู้มีความผิดปกติของการรู้คิด (ปรีซาน)** ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมหรือเสี่ยง ด้วยเครื่องมือการทดสอบทางจิตประสาท โดยนักวิชาชีพทีมสุขภาพ และเรียกการค้นหานี้ว่า **การคัดแยก** ดังนั้นจึงสรุปกรอบการคัดกรองคัดแยกเพื่อขึ้นำการนำใช้ในพื้นที่ให้ชัดเจนได้ว่า

การคัดกรอง คือ การค้นหาผู้สูงอายุ ที่มี**ความจำไม่ปกติ** ในประชากรสูงอายุ (whole population approach) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุทุกคนใน... ตำบลของอำเภอ... ของจังหวัด... วัตถุประสงค์ คือ กรองผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ ออกจากผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ และต้องตระหนักว่า ความจำปกติ ไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรค และความจำผิดปกติ ก็ยังไม่ได้หมายถึงว่า มีภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองนี้ทำโดย อสม./ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver: CG)/ นักบริบาล/ จิตอาสา ที่ได้รับการฝึกฝน ภายใต้การกำกับของ DCM **เครื่องมือที่ใช้** คือ 2Q และ 14 ข้อคำถาม (หรือเครื่องมืออื่นตามที่กำหนด) **พื้นที่การดำเนินการ** คือ พื้นที่/ชุมชนที่หน่วยงานปฐมนูมีรับผิดชอบ **รูปแบบอาจคัดกรองเฉพาะ**ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง หรือร่วมด้วยช่วยกันทำที่ละพื้นที่ (แบบลงแขก) หรือจัดทำเป็นฐานการคัดกรองในคลินิกหรือในชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่

ผู้รับผิดชอบหลัก คือ Dementia care manager: DCM ผู้ดำเนินการหลัก คือ อสม. จิตอาสา ฯลฯ ที่มีความรู้การใช้เครื่องมือที่ผ่านการฝึกฝน รวมถึงฝ่ายสนับสนุนการดำเนินการ เช่น การจัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ การจัดอาหาร-เครื่องดื่มสนับสนุนการดำเนินการ เป็นต้น

การคัดแยก คือ การตรวจคัดแยก ผู้ที่มีปรีซานหรือการรู้คิดไม่ปกติ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองผิดปกติ ด้วยแบบประเมินทางจิตประสาท (standard mental test) **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ (จากการคัดกรอง) **วัตถุประสงค์** เพื่อจำแนกผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติตามเครื่องมือ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (R/O Dementia) และผู้สูงอายุปกติแต่ “หลงมา” ทำโดย DCM และทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝน **เครื่องมือที่ใช้** คือ TGDS, MMSE,

MoCA ผู้รับผิดชอบหลักในการประเมิน คือ DCM ผู้ดำเนินการหลัก คือ DCM, CM, นักวิชาชีพได้รับการฝึกฝนในการดำเนินการนั้น กรณีที่หน่วยปฐมภูมิมิ DCM และทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝน สามารถดำเนินการที่ปฐมภูมิหรือพื้นที่ตนเอง กรณีที่ไม่มีความพร้อมอาจส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สามารถดำเนินการได้ อาทิ คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์การดูแลต่างๆ ที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ รูปแบบการคัดแยก เป็นได้ทั้งเฉพาะพื้นที่ของตนเอง หรือลงแขก ร่วมด้วยช่วยกัน

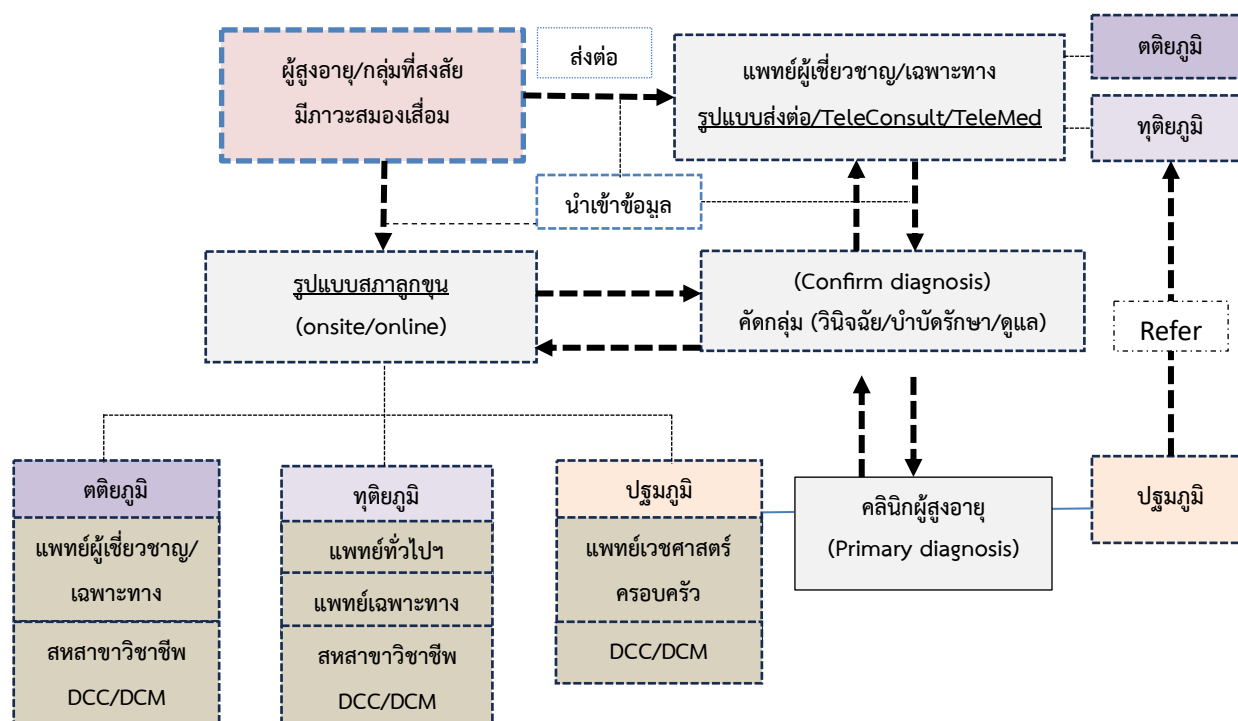


ภาพที่ 1.4 ผังการจัดการคัดกรองและคัดแยก

2) ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยบำบัดรักษา)

การคัดกลุ่มคือ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่มีสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการคัดแยก **วัตถุประสงค์** เพื่อ วินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือคัดกลุ่ม (พันธุ์) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม) และให้การรักษบำบัดรักษา ทำโดย ทีมคัดกลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ในระดับปฐมภูมิ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ **เครื่องมือที่ใช้** คือ clinical assessment: ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางจิตประสาท การตรวจทางรังสีวิทยา **การดำเนินการ** ขึ้นอยู่กับรูปแบบการวินิจฉัยที่พื้นที่มีความพร้อม รูปแบบการวินิจฉัย หรือการคัดกลุ่ม ทำให้หลายรูปแบบยังประโยชน์แตกต่างกันตามรูปแบบที่สำคัญคือ พื้นที่ที่สามารถพัฒนา รูปแบบตามความพร้อมและบริบทของตนเอง อาทิ การส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ) หรือ การให้คำปรึกษา/การส่งวินิจฉัยด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-consultation /Telemedicine) ในเครือข่าย หรือแบบ “สภาลูกขุน” โดยทีมการดูแลผู้รับผิดชอบหลัก คือ แพทย์ ผู้ดำเนินการหลัก แพทย์และทีมการดูแล (ตามรูปแบบที่เลือก) ของแต่ละพื้นที่



ภาพที่ 1.5 ผังการจัดการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม)

3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ระบบย่อยการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน และในสถาบัน มีทั้งการดูแลในรูปแบบเดิมที่เคยทำ และรูปแบบตามแนวทางของการพัฒนาระบบนี้ ที่ต้องการสร้างบริการเชิงรุก โดยร่วมกันของไตรภาคี อันสนองตอบการเข้าถึงได้ของประชาชน

การคัดกรอง การคัดแยก และการคัดกลุ่ม ทำให้ได้ผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด/ปริชานบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายของการดูแล คือผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งการจัดการให้มีการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม

มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสมองที่เหมาะสม ตามสภาพสมอง โดยมีผู้ดำเนินงาน เครื่องมือ และการดำเนินการที่มีความเฉพาะ ดังนี้

ก. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ให้ทำ Brain exercise

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ความจำอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือสมองส่วนความจำยังปกติ โดยอาจมีโรคอื่นด้วยหรือไม่ก็ได้ ด้วยความเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความเสื่อมในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง รวมทั้งหน้าที่ของสมองด้านความจำด้วย จึงถือว่าผู้สูงอายุทุกคนจัดเป็นผู้ที่อาจมีความจำเสื่อมถอยได้ เป้าหมายของการดูแล คือ การชะลอความเสื่อม สร้างเสริมและเพิ่มการจำ ซึ่งผู้ดำเนินการที่ดีที่สุด คือ ทีมพื้นที่ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้นำในชุมชน โดยธรรมชาติ **เครื่องมือที่ใช้** สามารถประยุกต์โปรแกรม cognitive stimulation program หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง และการใช้สมองสองซีก ที่มีหลากหลาย เช่น ชุดการฝึกบริหารสมอง (brain exercise) ที่สถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้พัฒนาขึ้นและมอบให้ทุกพื้นที่ไว้ประกอบการดำเนินการ

ในการดำเนินงาน ด้วยความจำกัดด้านกำลังคนด้านสาธารณสุข จึงให้ทางเลือกใหม่ คือ ให้ประสานและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมความจำ เข้าไปในกิจกรรมในทุกครั้งที่มีโครงการส่งเสริมด้านสุขภาพผู้สูงอายุทุกโครงการในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ และหรือในการจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ สังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และโดยประสานกับโรงเรียนผู้สูงอายุ/ ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ในการนำกิจกรรมสร้างเสริมความจำสอดแทรกในหลักสูตรหรือกิจกรรมกลุ่ม หรือโดยร่วมกับผู้นำโดยธรรมชาติในพื้นที่ จัดกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมความจำ นั่นคือ ให้องค์กรด้านผู้สูงอายุในชุมชนสัมปทานงานนี้ โดย DCM จะเป็นผู้สร้างความตระหนัก กระตุ้นให้คำปรึกษาการนำใช้

ข. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด/ปริชานบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้ทำ Brain training

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือปริชานบกพร่องเล็กน้อย mild cognitive impairment) ในระบบนี้ คือผู้สูงอายุที่ทำการคัดแยกโดยเครื่องมือในระบบแล้วผลการทำงานสมอง อยู่ในเกณฑ์ที่เข้าได้กับสภาพการมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ดังนั้นจึงไม่ใช่โดยการวินิจฉัยของแพทย์ การจัดการดูแลมีเป้าหมาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือ ไว้ให้นานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม **เครื่องมือ ใช้** cognitive stimulation program (เช่น TEAM V program) ที่สถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติให้แล้วบางส่วน และกำลังดำเนินการเตรียมการอยู่อีกบางส่วน ถือเป็นการดูแลระยะกลาง (intermediated care) เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มทั้งในคลินิกและในชุมชนอาจจัดบริการแบบศูนย์/โปรแกรมการดูแลยามกลางวัน หรือในคลินิกความจำ

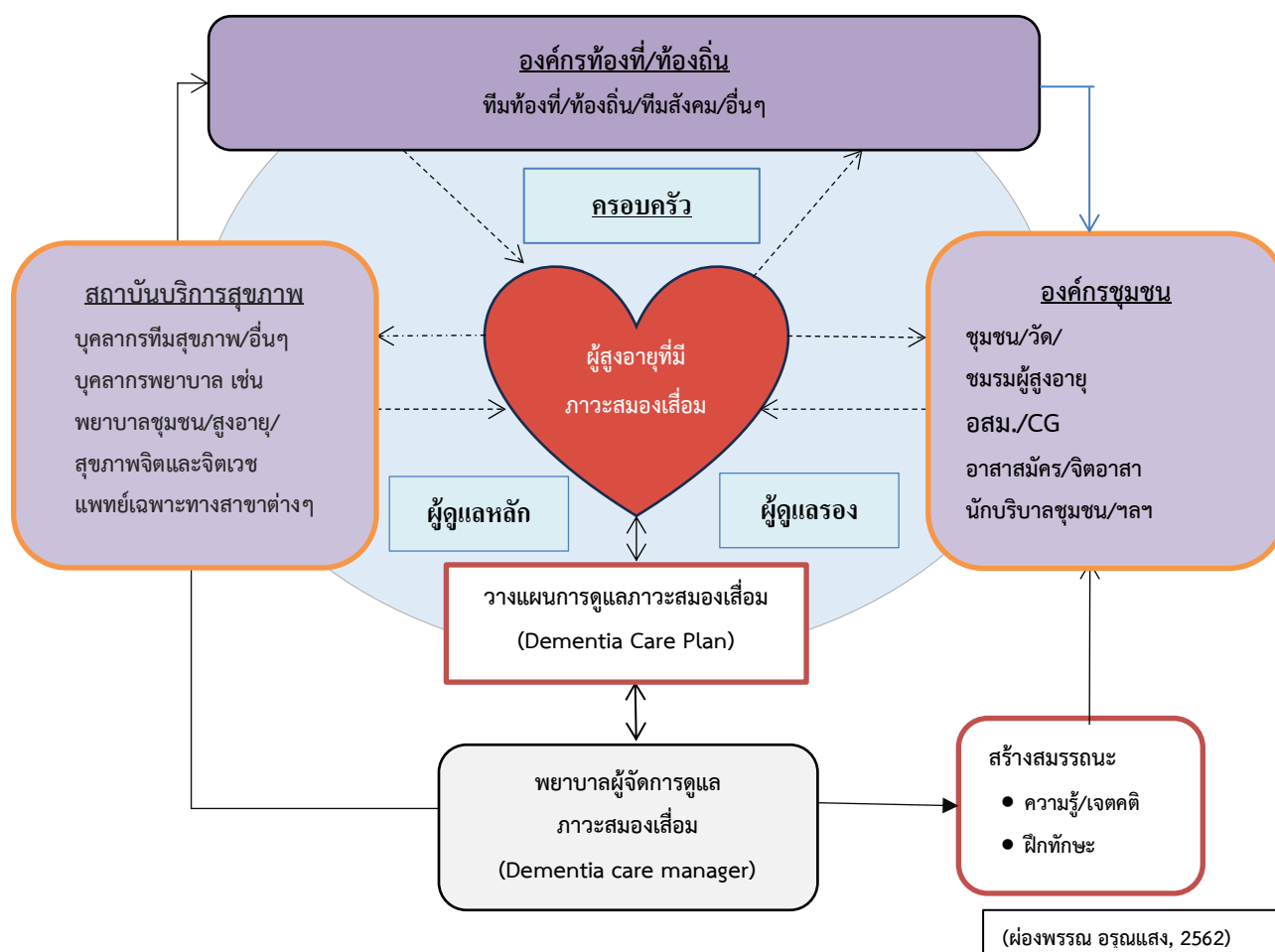
อาจดำเนินการโดย DCM หรือผู้ที่ผ่านการเตรียมการ และรู้หลักการ ในขั้นต้นจึงเน้นนักวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ที่ย่อมมีหลักการ ในการหลักการดำเนินงานตามหลักวิชาการเป็นผู้นำ และมีทีมช่วยกัน 2-3 คน จัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้สูงอายุ (จำนวน 8-15 คน) ทำกิจกรรมและประเมินตามกรอบตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรม มีการประเมินสภาพสมองก่อน ระหว่าง และภายหลังการทำโปรแกรม รวมทั้งติดตามต่อเนื่อง

ค. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้ทำ Dementia care plan (แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นการดูแลที่ซับซ้อน แตกต่างจากโรคอื่นๆ ด้วยเป็นการดูแลทั้งทางสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับและปกป้องการด้อยค่า การทารุณกรรม เป็นการดูแลที่เรียกว่าองค์รวม โดยมีผู้ดูแลหลัก คือ ครอบครัว มีชุมชนเป็นผู้เกื้อกูลสนับสนุน ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร การดูแลนี้จะเชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาว ก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาว ในอนาคต โดยหมายความว่า จะมีผู้ที่ทำหน้าที่ CM/ DCM สามารถรับช่วงต่อการดูแลนี้ได้

เป้าหมาย คือ เพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว/ชุมชน โดย การจัดการให้มีดูแล เพื่อคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระ (independence) ทำอะไรได้เองอย่างปลอดภัยมากที่สุด ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ตามระยะของสมองเสื่อม) รวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแล/ ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่องตามระยะสมองเสื่อม โดยไม่มีทุกขภาวะที่มากเกินไปจนอาจก่อให้เกิดการละเลย หรือทารุณกรรม อีกทั้งยังต้องจัดการให้ สังคมชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติที่กระทบด้วย

ดังนั้นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจึง อาจเลือกดำเนินการ เป็นรูปแบบเดิมในการดูแลในชุมชน หรือ การดูแลอย่าง “ต่อเนื่อง” โดย “ทีมไตรภาคี” อย่างมีส่วนร่วม และอย่างมี “ระบบ” โดยมี “ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง” ณ ที่บ้าน และในชุมชนของผู้สูงอายุ (ดังภาพที่ 1.6)



ภาพที่ 1.6 แนวคิดการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอย่างบูรณาการโดยไตรภาคี
(ทีมสุขภาพ ท้องที่/ท้องถิ่น ชุมชน)

เครื่องมือที่ใช้ คือ การเยี่ยมบ้าน การประเมิน/แผนการดูแลโดยไตรภาคี มี DCM เป็นผู้วางแผนการดูแลมือสม. ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) /จิตอาสา เป็นทัพหน้า ให้การดูแล และมีแนวทางการดูแลอย่างง่าย ๆ ที่ใช้สูตร “อ. ส. ย.” สำหรับ อสม./ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไว้ประกอบการเรียนรู้ (เอกสารแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครในชุมชน ดังในภาคผนวก 1.1)

การดำเนินการระบบ การสร้างระบบในส่วนนี้ต้องการความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในชุมชน จึงนำเสนอให้พื้นที่สร้างการมีส่วนร่วมด้วยการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและประสานการจัดตั้งผู้รับผิดชอบในชุมชนร่วมกับคณะกรรมการระบบย่อยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบมีหลายอย่าง อาทิ แนวทาง/ผังการพัฒนาระบบทั้งหมด (ภาพที่ 1.1) ผังของการดำเนินงานในระบบย่อย (ภาพที่ 1.4; 1.5; และ ภาพที่ 1.6) คู่มือการใช้แบบคัดกรอง คัดแยก คู่มือการบริหารสมอง คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมอง คู่มือแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม อื่นๆ (ดังในภาคผนวกที่ 1.1)

ในกระบวนการค้นหา วินิจฉัย และให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องการเครื่องมือในการดำเนินการที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งทีมโค้ชซึ่งได้พิจารณาคัดเลือกจากที่มีหลากหลาย และแนะนำให้พื้นที่นำใช้ เพื่อให้กระบวนการพัฒนาระบบกระชับและแม่นยำตรงต่อเป้าหมายที่ต้องการมากที่สุด ในที่นี้จะลำดับตามเครื่องมือที่ใช้ในระบบย่อยทั้งหมดพอสังเขปดังนี้

ระบบการคัดกรอง คัดแยก

การคัดกรอง เพื่อกรองผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ ออกจากผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ-เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง อาทิ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม (และ 2Q) แบบประเมิน Mini-Cog หรือ แบบประเมิน AMT หรือ แบบประเมิน Modified IQ Code หรือ อื่นๆ

การคัดแยก เครื่องมือการคัดแยก โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น เครื่องมือ TGDS, TMSE, MMSE, MoCA เป็นต้น

ระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยรักษา)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยรักษา) ประกอบด้วย แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) (ภาพที่ 1.7) และผังการคัดกลุ่มของพื้นที่ (ภาพที่ 1.5; 1.8; 1.9; และ ภาพที่ 1.10)

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเข้ารับการคัดกลุ่ม ได้แก่ แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) ซึ่งมีแนวทางการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

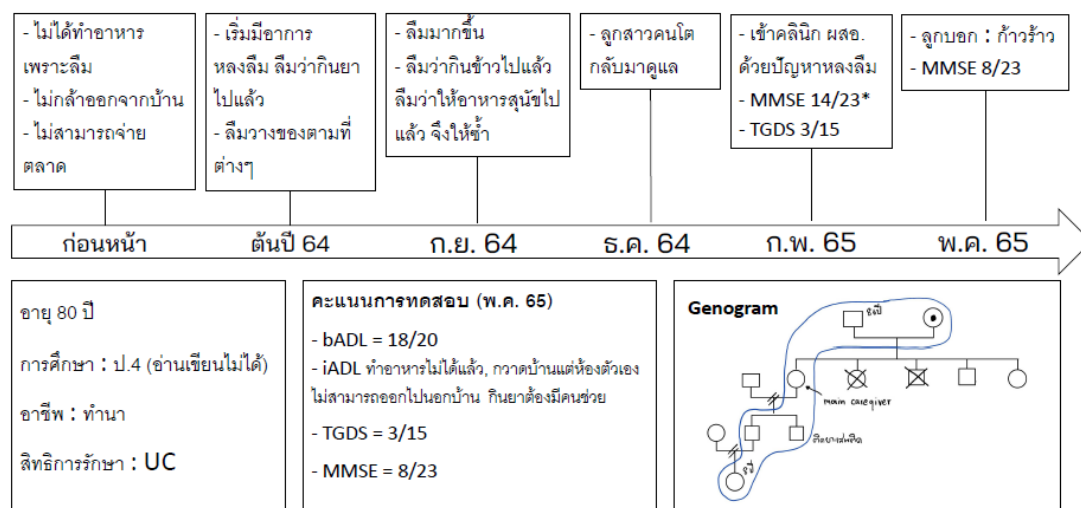
1. ประเมินความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการคิดรู้ตั้งแต่แรกเริ่มจวบจนปัจจุบัน ตามช่วงเวลาของชีวิต การเริ่มเปลี่ยนแปลงหน้าที่สมอง ด้านใดและอย่างไร และ การเริ่มเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ไว้อย่างต่อเนื่องบนเส้นตรงนี้อย่างเป็นระบบ

2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงหน้าที่สมอง และข้อมูลประกอบ ได้แก่ ประวัติการดำเนินของความเสื่อมทางพฤติกรรม อารมณ์ ประวัติและการดำเนินของความเสื่อมของการคิดรู้ (Cognition) 6 ด้าน ได้แก่ ความจำ (Memory) การตัดสินใจและการวางแผน (Executive Function) มิติสัมพันธ์ (Visuospatial) การใช้ภาษา/คำพูด (Language/Speech) สมาธิจดจ่อ (Attention) และ การรับรู้เชิงสังคม (Social cognition) เป็นต้น

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ ทั้ง BADL และ IADL

4. คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 14 ข้อคำถามหรือ AMT, TGDS, MMSE, MoCA

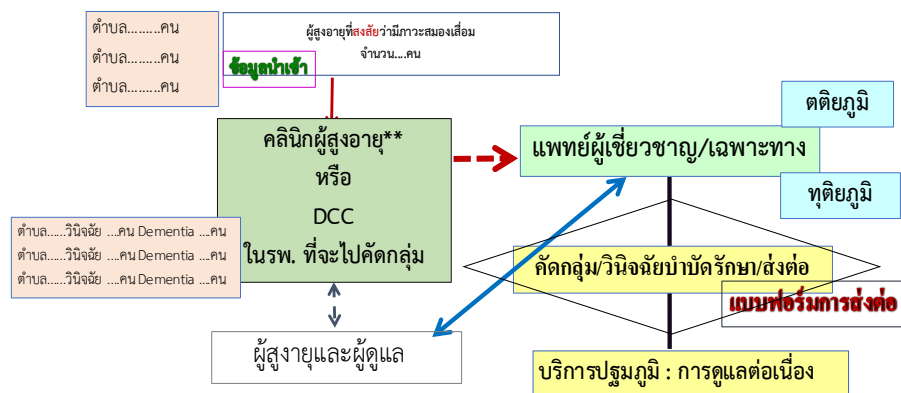
5. ผลการประเมินอื่นที่เกี่ยวข้อง



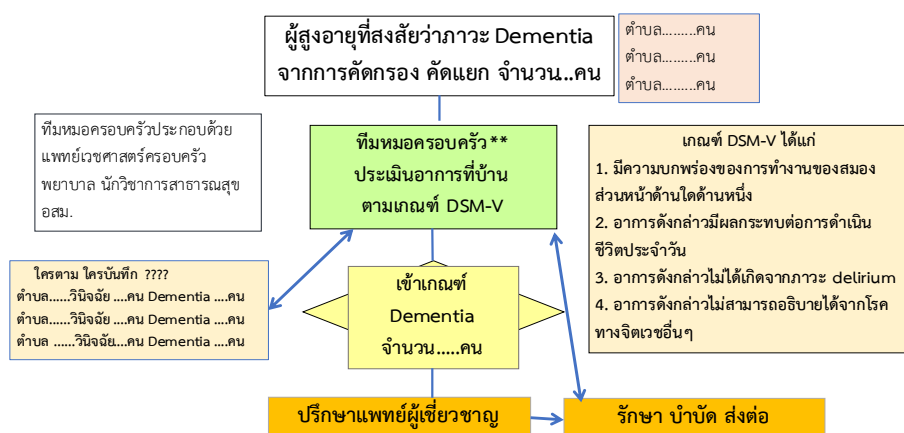
ความเปลี่ยนแปลง

Visuospatial (มิติสัมพันธ์) - ไม่กล้าออกจากบ้านไปไกล	Executive Function (การตัดสินใจ) - ไม่สามารถทำอาหารได้ - เข้าห้องน้ำแต่ไม่สามารถอาบน้ำได้	Language/Speech (ภาษา , คำพูด)
Memory (ความจำ) - หลงลืม : ลืมกินข้าว ลืมว่าให้อาหารสุนัขแล้ว ลืมวางของ - ลืมที่ลูกให้เงินผู้สูงอายุแล้วว่าไม่ได้	Attention (ความจดจ่อ , สมาธิ)	Social Cognition (การรับรู้เชิงสังคม) - ใช้คำพูดรุนแรง ก้าวร้าว กับลูกและสามี โดยไม่มีเหตุผล
bADL/ iADL - ADL ทำได้เองเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องมีคนก้ำกับบ้าง เช่น เวลาอาบน้ำ หรือ ลืมรดน้ำเวลาขยับย้าย - iADL ไม่สามารถทำอาหารได้		BPSD - อารมณ์รุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว คำสาปแช่ง และลูก โดยไม่มีเหตุผล

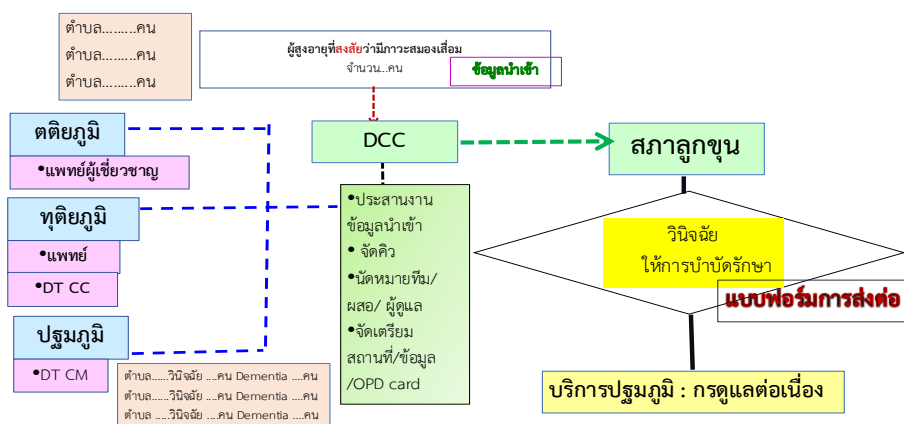
ภาพที่ 1.7 ตัวอย่างการเขียนบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT)



ภาพที่ 1.8 ตัวอย่างผังการคัดกลุ่มแบบส่งต่อของพื้นที่...



ภาพที่ 1.9 ตัวอย่างผังการคัดกลุ่มเชิงรุก (onsite) ของพื้นที่



ภาพที่ 1.10 ตัวอย่างผังการคัดกลุ่มแบบสภากาชาด ของพื้นที่

ระบบการดูแลต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้คือ คือ ชุดการบริหารสมอง สำหรับผู้สูงอายุที่ความจำปกติ โปรแกรมการฝึกสมอง และแบบบันทึกแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (สำหรับอาสาสมัครในชุมชนและสำหรับบุคลากรสุขภาพ) (ดังเอกสารแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม ดังในภาคผนวก 1.1)

การประมวลผลลัพธ์

การประมวลผลลัพธ์ของระบบ ทำในหลายรูปแบบ โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในแบบบันทึกข้อมูลการคัดกรอง-การคัดแยก การคัดกลุ่ม การดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดำเนินงาน ทั้งจากเอกสาร/ฐานข้อมูล/รายงานที่จัดเตรียมไว้ ทั้งประเด็นข้อมูลที่ต้องการ และเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของพื้นที่ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขและผลการแก้ไข รวมถึงข้อมูลจาก การนำเสนอผลงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การลงพื้นที่จริงเชิงประจักษ์ และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ถูกรวบรวม นำมาประมวลผล วิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมให้เห็นการดำเนินการพัฒนาและผลลัพธ์ที่ได้ นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล/สังเคราะห์และประมวลผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ เพื่อนำเสนอข้อมูลและผลการดำเนินการ ต่อภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ การถอดบทเรียน/จัดการความรู้ ผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อการวางแผนขับเคลื่อนระบบอย่างต่อเนื่องต่อไป (ดังเอกสารรายงานประมวลผลการดำเนินงานพัฒนาระบบฯของทั้ง 13 จังหวัด ดังในภาคผนวก 1.2) ซึ่งในเอกสารนี้ จะนำมาเป็นข้อมูลตั้งต้นเพื่อประมวลผลเป็นบทเรียนรู้ของ การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย) ในบทต่อไป

บทที่ 2

การขับเคลื่อนและประมวลผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ความนำ

แนวคิดการสร้างระบบมีกำหนดไว้ชัดเจน มีแนวทางการดำเนินการและกิจกรรมการทำงานอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ แต่การนำไปใช้ไปตามความต้องการของพื้นที่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ 13 จังหวัด (ประเทศไทย) นั้น แม้สิ่งนำเข้าในด้านหลักการและแนวคิด เครื่องมือในการดำเนินงานจะเหมือนกัน แต่บริบทต้นทุนของพื้นที่ กลไกการขับเคลื่อน กระบวนการพัฒนาของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจึงต่างกัน และมีผลต่อผลลัพธ์ของระบบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะเป็นบทเรียนรู้ เพื่อนำใช้ในการพัฒนาต่อไป

การนำเสนอในที่นี้ จะลำดับตามปัจจัยการสร้างระบบ ได้แก่ บริบทพื้นที่ที่ดำเนินการ การขับเคลื่อนและผลลัพธ์ของระบบ กระบวนการพัฒนาของพื้นที่และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการสร้างระบบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประมวลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบ สำหรับกระบวนการพัฒนาและการปฏิบัติของพื้นที่แต่ละแห่งจะประมวลเป็นภาพรวมที่ พร้อมให้ข้อสังเกตในส่วนที่แตกต่าง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นั้น ประมวลจากการที่พื้นที่รายงานทั้งรูปแบบเอกสาร และทางวาจา ที่รวบรวมได้

การนำเสนอในที่นี้ ประกอบด้วย **โครงสร้างและต้นทุน**ของพื้นที่ อันหมายถึง **บริบทพื้นที่ดำเนินการ (ทุนศักยภาพ)** กระบวนการการสร้างฉันทคติ เครือข่ายในการทำงาน ผู้นำและผู้ดำเนินการระบบ การดำเนินการคัดกรอง-คัดแยก การคัดกลุ่ม การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในคนสามกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม) ซึ่งจะประมวลทั้ง**กระบวนการและผลลัพธ์** ทั้งการดำเนินการโครงการและดัชนีชี้วัดของระบบ

บริบทพื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่ที่ร่วมดำเนินการ ของทั้ง 13 จังหวัด (ประเทศไทย) จัดเป็นพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ 1) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ศูนย์) คือ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลนครสวรรค์ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์/รพ ๕๐ พรรษา มหาวิชราลงกรณ์ (อุบลราชธานี) และ 2) โรงพยาบาลทุติยภูมิ (ทั่วไป) ประจำจังหวัด 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลพุทธโสธร (ฉะเชิงเทรา) โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (ลพบุรี) โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลพะเยา และ สังกัด 3) สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครอีก 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

การเข้าร่วมดำเนินการ มีทั้ง โดยแกนนำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแกนนำในโรงพยาบาลที่ทั้งรับรู้รับทราบและที่ได้ร่วมสร้างระบบ แต่การก่อตั้งวางแผน การดำเนินการ และประมวลผล รวมทั้งสนับสนุน

การดำเนินงานและงบประมาณชัดเจน อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับ โรงพยาบาลอุทัยธานี¹ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลพะเยา¹³ เป็นต้น

การเปิดตัวขับเคลื่อน ของแต่ละพื้นที่นั้น ทีมโค้ชซึ่ง (ส่วนกลาง) ถือเอาวันที่ *ที่มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)* และพบว่า ทุกพื้นที่เปิดตัวในปี พ.ศ. 2562 โดยมีจังหวัดอุทัยธานีเป็นแห่งแรก (วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2562) อันดับที่ 12 คือ จังหวัดสงขลา (วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2562) และท้ายสุดที่เข้าร่วม อันดับที่ 13 คือ จังหวัดพะเยา (วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2565) (ดังในภาคผนวก 2 ตารางที่ 2.1)

แกนนำในแต่ละจังหวัด เลือกสรรพื้นที่นำร่องในจังหวัดของตนตามความต้องการ พื้นที่ที่เลือกเหล่านี้ มีทั้งพื้นที่ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัดที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิของ*อำเภอเมือง* และพื้นที่ *อำเภออื่นๆ* อันเป็นพื้นที่ในเครือข่ายที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิของอำเภอตนเอง ภาพรวมของเครือข่ายในการสร้างระบบครั้งนี้ จึงมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัดโรงพยาบาลอำเภอ/ชุมชน ปรากฏในการสร้างระบบฯของแต่ละจังหวัด

การดำเนินการไม่ว่าจะเป็นอำเภอเมือง หรืออำเภออื่นใด ย่อมไม่สามารถครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งหมด ดังนั้นทั้ง 23 อำเภอ ของ 13 จังหวัด จึงเลือกสรรพื้นที่บางตำบลที่คาดว่าจะเข้าร่วม ตามเกณฑ์ที่ได้สร้างขึ้นเอง รวมตำบลที่ร่วมในโครงการนี้ มี 66 ตำบล และพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร อีก 4 เขต (มีชุมชนนำร่อง 5 แห่ง) โดยมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 87 แห่ง และสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลอีก 5 แห่ง รวมทั้ง ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) อีก 5 แห่ง ของเขต กทม. ทำให้การขับเคลื่อนระบบฯ ในครั้งนี้ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งสิ้น 123 แห่ง ใน 13 จังหวัด เป็นแกนนำดำเนินการงานในระดับปฐมภูมิ (ตารางที่ 2.1)

การสร้างระบบฯ ของพื้นที่ในโครงการ มีเส้นทางพัฒนา 1) **สายตรง** คือ แม่ข่ายโรงพยาบาลตติยภูมิ (ศูนย์) โรงพยาบาลประจำจังหวัด (ตติยภูมิ/ทุติยภูมิ) กับลูกข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นความรับผิดชอบของตนเองหรือในอำเภอเมือง (ศสม. /PCC) ซึ่งเป็นเส้นทางที่ *ทุกจังหวัดมีการดำเนินการ* 2) **สายต่อ** คือ แม่ข่ายโรงพยาบาลตติยภูมิ (ศูนย์)/ แม่ข่ายโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ตติยภูมิ/ทุติยภูมิ) กับลูกข่ายปฐมภูมิในโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน ของพื้นที่อำเภออื่นๆ รวมถึงตำบลต่างๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลตติยภูมิ (ศูนย์) อุตรธานี (อำเภอเมือง) กับโรงพยาบาลหนองหาน (อำเภอหนองหาน) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (ศูนย์) อุบลราชธานี กับ โรงพยาบาล ๕๐ พรรคมหาวิชราลงกรณ์ (อำเภอเมือง) และกับ โรงพยาบาลวารินชำราบ (อำเภวารินชำราบ) โรงพยาบาลพุทธโสธร (อำเภอเมือง ฉะเชิงเทรา) กับ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว (อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา) โรงพยาบาลสงขลา กับโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ และโรงพยาบาลสะเดา (อำเภอสะเดา) และโรงพยาบาลพะเยา (อำเภอเมือง) กับโรงพยาบาลจุน (อำเภอจุน) และโรงพยาบาลเชียงคำ (อำเภอเชียงคำ) และ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กับศูนย์บริการ

สาธารณสุข 3 แห่ง (สบส. 40, 48, และ 67) เส้นทางของเครือข่ายการพัฒนาระบบฯ เหล่านี้ ย่อมให้บทเรียนรู้ และทางเลือกในการสร้างระบบได้หลายหลากรูปแบบ

จังหวัดทั้ง 13 แห่ง ที่ร่วมในโครงการ ตามการรายงาน มีจำนวนประชากรสูงอายุที่สะท้อนการเป็นสังคมสูงอายุ (aged society) แล้วทุกจังหวัด คือ มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) โดยเกือบครึ่งเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) คือมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด^{1,7,9,12,13} (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จำนวนประชากรสูงอายุของจังหวัดในช่วงดำเนินการ ตัวเลขน้อยที่สุดที่รายงาน คือ ร้อยละ 14.89³ และสูงที่สุดคือ ร้อยละ 27.60⁹ พื้นที่นำร่องของแต่ละจังหวัด มีตัวเลขประชากรสูงอายุในพื้นที่น้อยที่สุด คือ พื้นที่อำเภอเมือง ของจังหวัดลพบุรี ร้อยละ 10.9 ของประชากรในพื้นที่นั้น และสูงที่สุด คือ พื้นที่อำเภอเมือง ของจังหวัดพะเยา ร้อยละ 22.9 ของประชากรในพื้นที่นั้น (ตารางที่ 2.1)

ต้นทุนที่ดี คือทุกพื้นที่เคยดำเนินการโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ มาแล้วทั้งสิ้น อย่างน้อยคือ การคัดกรองสุขภาพทั่วไป และสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ ที่ทุกแห่งได้ดำเนินการตามนโยบายที่รับมา และเป็นที่มาของคำจากพื้นที่ว่า “เป็นการคัดกรอง คือ กองเอาไว้ที่หน่วยงานปฐมภูมิ เพราะไม่ได้นำใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และเครื่องมือก็มากมาย...ใช้ถูกบ้างไม่ถูกบ้าง สับสน”⁶ บางพื้นที่มีดีกว่านั้น คือมีโครงการด้านสุขภาพ ที่ควบคู่กับการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาฯ นี้ เช่น โครงการคัดกรองเฉลิมพระเกียรติ นโยบายยุทธศาสตร์ 3 S ของ 4 กระทรวง และเข้าได้กับตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ “...มีนโยบายการดูแล ป้องกัน จัดการแก้ไข และส่งต่อผู้สูงอายุร้อยละร้อย จึงเริ่มงานไปพร้อมกัน” หรือ กำลังดำเนินการในโครงการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ^{1,6,9} หรือจะผสมผสานไปกับการดำเนิน Bangkok health zoning โครงการ กทม. ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง และ คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร ที่รับนโยบายมา และที่โดนใจ คือ ให้มีการคัดกรอง คัดแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ ที่ทุกเขตมี *โดยไม่จำกัดสิทธิการรักษา*⁸ อันตามมาด้วย งบประมาณดำเนินการที่ช่วยลดภาระการต้องหาและทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงด้วย การเชื่อมโยงกับสำนักงานเขตฯ⁸ หรือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)^{3,2,4,2} ทำให้มิติการดูแลด้านเศรษฐกิจ สังคม ดีขึ้น การเคยทำกิจกรรมร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ระดับชุมชน กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/เขต^{5,6,8,9} จนเกิดตำบลต้นแบบ⁹ กับคณะกรรมการพัฒนางานผู้สูงอายุของจังหวัด (พมจ.)¹ และการร่วมกับ ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการสร้างคลินิกผู้สูงอายุ^{3,2,4,2} ล้วนแล้วแต่ยังประโยชน์ต่อการสร้างระบบทั้งสิ้น ดังที่พื้นที่หนึ่งเล่าว่า “เกณฑ์การเลือกพื้นที่ดำเนินการ คือ 1) เป็นพื้นที่ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ออกตรวจทุกวัน 2) เป็นพื้นที่ที่มีการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เป็นต้นแบบการดูแลระยะยาว ของกรมอนามัย และ 3) มีแกนนำองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาคี สุขภาพ สังคม และท้องถิ่น/ชุมชน”³ นั้นหมายถึงต้นทุนทางบวกของพื้นที่ อันจะทำให้ดำเนินงานการพัฒนาระบบมีความเข้มแข็ง รวมทั้งการมีเครือข่ายที่เคยร่วมมือร่วมงานกัน ในระดับชุมชนของพื้นที่

การพัฒนาระบบที่เป็น **นโยบายของจังหวัด**¹³ เป็นต้นทุนการดำเนินงานการที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัด การมีนโยบาย การมีเจ้าภาพ เจ้ามือที่ชัดเจน ทำให้การสร้างระบบรุดหน้า มีการเข้าร่วมงานการทุกสถาบันที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลสุขภาพตำบล คณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในพื้นที่ รวมทั้งผู้บริหารท้องถิ่น มีเป้าหมายและบทบาทที่ชัดเจน เพื่อเป็นการสนองนโยบายของจังหวัด พร้อมไปกับสนองความต้องการของพื้นที่ การดำเนินงานจึงมีความสะดวกใจพอใจของทุกฝ่าย นั่นคือ **นโยบายอย่างน้อยระดับจังหวัด** เป็นทุนสำคัญในการดำเนินงานใดๆ ที่ต้องการความร่วมมือจากภาคีสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน และเป็นประเด็นที่สร้างความยั่งยืน และความต้องการที่จะพัฒนาต่อยอดด้วย¹³ (ตารางที่ 2.1)

โรงพยาบาลของทุกพื้นที่ ระดับจังหวัดมี**คลินิกผู้สูงอายุ** ยกเว้นบางจังหวัด เช่น สิงห์บุรี⁶ โรงพยาบาลในระดับอำเภอ มี**คลินิกผู้สูงอายุ** ทุกแห่ง ยกเว้นอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี^{6.1} และอำเภอเสนา จังหวัดสงขลา^{12.2} บางพื้นที่มีคลินิกความจำ (Memory clinic) เช่นที่ โรงพยาบาลนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี¹⁰ และโรงพยาบาลสงขลา¹² เป็นต้น (ตารางที่ 2.1) บางพื้นที่เป็น**ศูนย์ให้บริการครอบคลุมปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ**ด้วย อาทิ **คลินิกผู้สูงอายุศูนย์ชีวนันท์** โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์¹¹ ยังมี **คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**⁹ ในบางจังหวัด มี**คลินิกผู้สูงอายุทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ** ที่เชื่อมโยงร่วมกับ **คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล**^{3,9,13} และที่สำคัญ คือ ในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพฯ มี**คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร** และคลินิกผู้สูงอายุอบอุ่นในศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบ

บริบทของพื้นที่ที่น่าสนใจ คือ พื้นที่ที่เป็นเครือข่ายในการเรียนการสอนบุคลากรทีมสุขภาพในหลักสูตร เช่น เป็นแหล่ง ร่วมผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข⁸ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว⁹ หลักสูตรพยาบาลศาสตร์¹³ ทำให้การขับเคลื่อนระบบฯ รุดหน้า ด้วยได้เครือข่ายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มาร่วมดำเนินการ โดยเฉพาะการคัดกรอง คัดแยก ซึ่งถือเป็นการบูรณาการเข้ากับงานประจำที่มีในพื้นที่ ที่ยังประโยชน์กับทุกฝ่าย⁹ และในพื้นที่บางแห่ง มีกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดำเนินการได้ผลดีอยู่แล้ว เป็นพี่เลี้ยงดำเนินการพัฒนาและประสานงานระบบไปด้วย^{1,6,10}

ระบบการดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะท้าย (palliative care) ที่ซึ่งสุดท้ายแล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะถูกถ่ายโอนเข้าไปรับบริการบริการ ร่วมกับการให้การดูแลภาวะสมอง (brain care) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเบื้องต้น อันเป็นการดูแลระยะกลาง (intermediated care) ที่ระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรต้องการให้มีขึ้นนั้น ข้อมูลรายงานว่าทุกพื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวดำเนินการอยู่แล้ว แต่ไม่ชัดเจนว่ามีการดูแลสมองเสื่อมเป็นการเฉพาะ (specialized dementia care) หรือต่อยอดการดูแลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือไม่ (dementia on top of long term care) แต่ที่ปรากฏ คือ ร่วมดำเนินการพัฒนาครั้งนี้ด้วยต้องการขยายเป็นพื้นที่/ตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน^{1,8,9}

ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกำลังสำคัญหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพสมอง ซึ่งพบว่าในทุกพื้นที่ของจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ ในทุกจังหวัด ทุกพื้นที่มีชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ (ตารางที่ 2.1)

ซึ่งต้นทุนเหล่านี้เป็นต้นทุนทางสังคมโดยชุมชนที่จะเกื้อหนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรได้

การขับเคลื่อนและผลลัพธ์ของระบบ

ประมวลผล การขับเคลื่อนในโครงการ การพัฒนาระบบฯ ผ่านกระบวนการโค้ชชิ่ง จากส่วนกลาง ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะ ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างฉันทมติในพื้นที่และพันธมิตรร่วมงาน: MOU และเครือข่ายพันธมิตรร่วมงาน

การมีพื้นที่ใน 13 จังหวัด สนใจร่วมสร้างระบบฯ นั้น เป็นเพียงการเริ่มต้น โจทย์ที่สำคัญกว่า คือ ทำอย่างไรจึงจะมีฉันทมติหรือความเห็นพ้องต้องกันว่า น่าจะมีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ยุทธศาสตร์ด้วยเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่ นำสู่การมีส่วนร่วมกันในการพัฒนา ดังนั้นในการลงพื้นที่ ทีมโค้ชชิ่ง ต้องให้ทีมแกนนำ เข้าใจ ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีระบบ และมีความร่วมพื่อใจร่วมมือร่วมสร้าง หรือการทำให้ 3 ภาคส่วนหลัก อันได้แก่ สุขภาพ ท้องถิ่น/สังคม ชุมชนหรือประชาชน เกิดการเข้าร่วมเป็น เจ้าภาพ เจ้ามือ เจ้าของ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาความยั่งยืน

การสร้างฉันทมติในการพบกันครั้งแรกนั้น ตามเป้าหมาย คือ ต้องการให้แกนนำระดับนโยบายและบริหารได้รับรู้ รับทราบงานที่ต้องร่วมกัน และทำความเข้าใจร่วมกันในการที่จะดำเนินการ ด้วยจุดประสงค์นี้ การเชิญชวนภาคีที่คนในพื้นที่เห็นว่าเกี่ยวข้องเข้ามาร่วม เพื่อให้เกิดความตระหนัก ให้ข้อมูล ขอความร่วมมือในการร่วมสร้างจึงเกิดขึ้น และเพื่อยืนยันการร่วมดำเนินงาน ที่มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ของภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมีสถาบันเวชศาสตร์ฯ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกนนำนั้นๆ เป็นตัวหลักขับเคลื่อน

ผู้เข้าร่วมในการลงพื้นที่ ครั้งที่ 1 การสร้างฉันทมติฯ มีทั้งแกนนำและผู้ปฏิบัติ ในงานสุขภาพ/สังคม ท้องถิ่น/ท้องที่ หรือแม้แต่ภาคประชาชน/ชุมชน ซึ่งทีมโค้ชชิ่งฯ คาดว่า มีความจำเป็นในการสร้างระบบ แนวคิด และหลักการพัฒนา รวมทั้งการสร้างฉันทมติในไตรภาคีหลักจะถูกขยายออกไป อย่างน้อยคือ ในกลุ่มผู้ที่ต้องดำเนินการหลัก คือภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น โดยความร่วมมือของประชาชนคนในชุมชน และควรต้องมีการขยายประเด็นเหล่านี้ ลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการทุกระดับ และทุกจังหวัดจะนำไปขยายขยายต่อ ตามต้นทุนที่มีอยู่ การสร้างฉันทมติในพื้นที่ของแกนนำบางจังหวัดนั้นน่าสนใจ คือ การสอดประสานงานพัฒนาระบบฯ เข้าไปในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยเชื่อว่า การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้องจัดบริการสุขภาพระดับชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพราะจะทำให้เกิด “งานจริง” และ “เข้าถึง” ประชาชนได้

พื้นที่ทุกพื้นที่ได้มีการประชุมผู้เกี่ยวข้อง ทั้งการให้หลักการและแนวคิดของการพัฒนาระบบ การจัดการ การประเมินผล และทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน แต่เสียงสะท้อน ที่ว่า “... งานนี้ไม่ใช่นโยบาย... ภาระงานที่มีอยู่ ก็มากอยู่แล้ว... หรือที่ทำ ก็รู้แต่เพียงว่า ต้องทำ...เท่านั้น ไม่รู้ทั้งหมด... งานอื่นไม่รู้” ให้ข้อคิดแก่ ทีมโค้ชชิ่ง

ว่า ระบบที่จะพัฒนา จะเข้มแข็ง ยั่งยืน และเป็นไปได้ ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างฉันทมติในทั้ง 3 ภาคหลัก โดยเฉพาะผู้ให้บริการ ซึ่งจะเป็ตัวทะลวงอุปสรรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ด้วยหากมีฉันทะแล้ว การวิริยะในงาน ย่อมจะตามมา และทำให้ผู้ดำเนินการในทุกระบบย่อย รับรู้ระบบรวมทั้งหมด รู้ว่าตนเองสำคัญหรือรับผิดชอบใน ส่วนไหนของระบบ และความจำเป็นที่ต้องเชื่อมต่อกับระบบอื่นๆ อย่างทันกาลทันเวลา คือ ต้องทำให้เห็นงาน หรือ ภาพระบบทั้งหมด อันมีองค์พหุหลายส่วนที่ต้องร่วมสร้างโดยหลายฝ่ายที่ตรงงานและมีความชำนาญ ที่เชื่อมต่อกับความร่วมมือร่วมใจกัน และทำให้แต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องตระหนักรู้ว่าตนรับผิดชอบสร้างส่วนไหน จะไปเชื่อมต่อกับส่วนอื่น ให้เกิดเป็นรูปร่างที่ครบองค์ประกอบได้อย่างไร ทีมโค้ชจึง พบว่าการพัฒนาไลน์ไพล และ บรรลุเป้าได้ดีขึ้น ถ้าการสร้างระบบนั้นมีฉันทานุมติในการดำเนินงาน เช่น จากการมีนโยบายของส่วนกลางและ ส่วนพื้นที่¹³

พันธมิตรร่วมงาน ในแต่ละพื้นที่ จะสะท้อนภาพได้จากการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ซึ่งย่อมเป็นไปตามความต้องการ บริบท และสภาพการณ์การทำงานของตนเอง ดังนั้นจึงมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในระดับของจังหวัด^{1,7,9} ระดับอำเภอ¹³ ระดับตำบล^{1,7,10} และระดับโรงพยาบาล ที่น่าสนใจ คือ การมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม^{1,3,7,8,10,13} ร่วมกับการมีแนวปฏิบัติการส่งผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ได้รับการคัดกลุ่ม/วินิจฉัยในรูปแบบต่างๆ อันจะทำให้ กระบวนการคัดกลุ่มดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานและความร่วมมือให้มีความเป็นไปได้ในพื้นที่ และมีผู้รับผิดชอบประสานการทำงาน ทำให้เกิดระบบที่มีความต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

พื้นที่ลูกข่ายที่มีฉันทมติในการพัฒนาระบบฯ และตระหนักในประโยชน์อันพึงเกิดขึ้นต่อชุมชนได้จัดตั้ง คณะทำงานระดับตำบลที่มี นายก อบต.เป็นหัวหน้าทีม กรรมการ คือ แพทย์/บุคลากรทีมสุขภาพประจำ รพ.สต. กำนันตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรม อสม.ตำบล ผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นเลขานุการ เขียนโครงการเสนอ เพื่อรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และผู้อำนวยการ รพ.สต. ให้ ความเห็นว่า “ที่โครงการฯ ผ่านทันที เนื่องจาก...มีการวางแผนที่จะทำโครงการไว้แล้ว ... แม้ในช่วงแรก ทีมของ รพ.สต. ได้คุยกันถึงปัญหา อุปสรรคที่ต้องเจอ แต่เมื่อทบทวนแล้ว เห็นถึงความสำคัญ ว่าถึงเวลาแล้วที่เราจะต้อง ทำจริงๆ หลังจากที่ทำโครงการการดูแลระยะยาวในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มามากกว่า 5 ปีแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วย สมองเสื่อม เราไม่รู้วิธีการจัดการว่าจะทำอะไรต่อ ได้แต่ส่งต่อเข้ารับการรักษา เมื่อกลับมาในชุมชนจะทำการ ดูแลอย่างไรให้มีคุณภาพ... ผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายไม่แน่ใจว่าจะเป็นหรือไม่เป็นสมองเสื่อม... จะทำอย่างไรจึงจะรู้ว่า ปกติ หรือเสี่ยงกันแน่ จึงตัดสินใจเสนอโครงการ...”¹ นั่นคือ การมีเครือข่ายที่เข้าใจ เข้มแข็งและมีฉันทานุมติที่จะ ทำงานนี้ให้เกิดมรรคผลแก่ประชาชนคนของตน

คณะกรรมการ/คณะทำงานจัดทำและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่ ร่วมพัฒนาทั้งหมด มีการกำหนด ผู้จัดการระบบ (system manager: SM) ในระบบใหญ่ และมีผู้จัดการระบบ (system manager: SM) ในพื้นที่ ที่เป็นเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอและตำบล (มีทั้งที่แต่งตั้งเป็นทางการและ

จากการประสานงานโดยนัยยะ) แต่ผู้จัดการระบบย่อยทั้ง 3 ไม่ปรากฏชัดเจน มีเพียงผู้รับผิดชอบในกิจกรรม เช่น ใครเป็นผู้จัดการเรื่องการคัดกรอง-คัดแยก เป็นต้น สำหรับผู้จัดการโครงการ (project manager: PM) นั้น จะทำหน้าที่ประสานงานพื้นที่กับผู้ประสานงานโครงการส่วนกลางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ

ผู้จัดการระบบ (system manager, SM) ถือว่า เป็นบุคคลที่เป็นแกนนำสำคัญในการสร้างระบบทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยภาพรวมเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีทั้งแพทย์ระดับผู้บริหารที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิ^{3,4,7,8,9,11,13} จิตแพทย์^{1,10} อายุรแพทย์^{7,8} แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในทุกพื้นที่ พยาบาลวิชาชีพ/วิชาชีพชำนาญการ^{2,5,12} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการจังหวัด/อำเภอ^{1,13} เป็นต้น

ในทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลระดับอำเภอ/ทุติยภูมิ ใน PCC หรือ ศสม และ รพ.สต. จะมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ เป็นทีมร่วมทั้งการพัฒนาระบบและในการคัดกลุ่มเบื้องต้น (primary diagnosis) และในพื้นที่ของโรงพยาบาลอำเภอเมืองหรือระดับจังหวัดจะมีจิตแพทย์^{1,2,6,10,12} แพทย์อายุรกรรม^{7,8} แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท^{3,4,6,10,12} เป็นทีมร่วมพัฒนาระบบและในการคัดกลุ่ม ทุกพื้นที่ทุกระดับมี ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DCM) และในบางพื้นที่มีผู้ประสานงานการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DCC) ด้วย ^{1,2,3,4,9,10,12}

2. การสร้างสมรรถนะสำคัญในการพัฒนาและจัดการระบบ

ในการลงพื้นที่ครั้งที่ 1 ทีมโค้ชซึ่งได้ประมวลความรู้ แนวปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องทั้งในเรื่องระบบ การจัดการระบบ อันตั้งต้นตั้งแต่การค้นหาจนถึงการดูแล โดยเน้นการนำไปใช้จริง ระบุโจทย์ที่ระบบต้องแก้ไขและพัฒนาที่ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและจากบทเรียนรู้อันได้จากพื้นที่ M เป็นข้อมูลนำเข้า (in put) ให้กับแกนนำทั้งบริหารและแกนนำปฏิบัติ เพื่อสร้างสมรรถนะในการพัฒนาระบบ โดยวางฐานที่ความเข้าใจและการนำสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้มีความครอบคลุมทั้งความรู้เรื่องสมองเสื่อม ระบบและการพัฒนาระบบทั้งหมด ในส่วนของเครื่องมือและกลวิธีในการนำไปใช้ เช่น เครื่องมือการคัดกรอง เครื่องมือการคัดแยก นอกจากการความรู้แล้ว ยังเน้นเทคนิควิธีการ และมีภาคปฏิบัติสาธิตทดลองใช้เครื่องมือให้กับผู้ใช้โดยตรง และยังให้แนวทางและวิธีการการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (group support) เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เมื่อพบกรณีศึกษาที่มีความต้องการ ไม่เพียงเท่านั้น ปี พ.ศ. 2562 การสร้างสมรรถนะการดูแลและพัฒนาระบบ ยังมีการลงพื้นที่โค้ชซึ่งโดยการสอนและฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมให้เข้มข้นขึ้นในอีกบางจังหวัด^{1,4} ในการโค้ชซึ่ง ทีมโค้ชซึ่ง ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ จัดเตรียม เอกสารต่างๆ ให้กับพื้นที่ เพื่อไปดำเนินการขยายต่อให้กับภาคีเครือข่ายที่ไม่ได้เข้าร่วมพบปะในครั้งนี้ เอกสารมีทั้งความรู้ แนวทางดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของไตรภาคีในการร่วมพัฒนาระบบ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้บันทึกกระบวนการและผลลัพธ์ของระบบ ที่พื้นที่จะนำไปศึกษาและปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับพื้นที่ ซึ่งแกนนำพื้นที่ส่วนใหญ่ได้สานต่อการสร้างสมรรถนะในการพัฒนาระบบ โดยเฉพาะศักยภาพการคัดกรองให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สำหรับการพัฒนากระบวนการโดยพื้นที่นั้น ตามการรายงานมี การจัดประชุม/อบรม มีโครงการพัฒนาศักยภาพทีมงานสาธารณสุขเพื่อขยายแนวคิดให้กับภาคส่วนพื้นที่ที่ต้อง

ดำเนินการ^{1,7,12} และในบางส่วนขยายขยายความคิดให้พื้นที่ทั้งอำเภอเมือง¹ รวมทั้งอำเภอที่เป็นเครือข่ายทั้งหมด^{3,12} ด้วยหวังจะพัฒนาให้เกิดระบบนี้อย่างครอบคลุมจังหวัดนั่นเอง แขนงบางพื้นที่ มีการวางแผนการติดตาม นิเทศการคัดกรอง คัดแยก และการดูแลในชุมชนด้วย¹² บางพื้นที่เสริมศักยภาพ**การคัดกลุ่ม**ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วย⁹ การลงพื้นที่ครั้งที่ 1 ตามเป้าหมายนั้นให้เวลากับพื้นที่ตามความพร้อม ซึ่งพื้นที่แรกที่ดำเนินการ คือ พื้นที่จังหวัดอุทัยธานี ในวันที่ 14-18 มกราคม พ.ศ. 2562 และพื้นที่สุดท้ายของชุด 12 จังหวัด คือ พื้นที่จังหวัดสงขลา ในวันที่ 30 ตุลาคม - 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และจังหวัดท้ายสุดนี้ คือ พื้นที่จังหวัดพะเยา ในวันที่ 7 มิถุนายน 2565 (ตารางที่ 2.1)

สิ่งที่ต้องการในการ**จัดระบบ** คือ แผนในการดำเนินการพัฒนาระบบ ดังนั้นการให้ข้อมูลการดำเนินงาน พัฒนาระบบ อย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ จึงเป็น**ตัวนำเข้า (input)** ที่พื้นที่ต้องนำประกอบการวางแผนการร่วมสร้างระบบในครั้งนี้ โดยยังเน้นการมีส่วนร่วมของไตรภาคี และให้คำนึงถึงท้องถิ่นและชุมชน ดังนั้น ข้อตกลงเบื้องต้น คือ **“การวางแผนการดำเนินงาน หากต้องการความร่วมมือ ขอให้คำนึงถึงภารกิจในชุมชนของชาวบ้านด้วย หรือจะให้ดีต้องสอดคล้องกับกิจกรรมประจำของชุมชนด้วย”** ระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนาระบบ ในครั้งแรกนั้น กำหนดไว้ประมาณ 3 ปี โดยระยะแรก ให้เรียนรู้กระบวนการดำเนินงาน ทั้งหมดของระบบย่อย พร้อมกันกับการบูรณาการ (integration) เข้ากับงานประจำอย่างกลมกลืน โดยไม่ทับซ้อนงานประจำที่มีอยู่ ซึ่งหมายถึงในระยะท้ายของโครงการ จะมีระบบเกิดขึ้นในงานประจำ และดำเนินการได้ตามเป้าหมาย **ทั้งนี้ไม่ได้มุ่งให้เป็นระบบที่แยกออกมาเป็นระบบใหม่ ที่ต้องสร้างใหม่ ใช้ประมาณมากมาย**

แผนการดำเนินการ และ time line ที่ชัดเจน เป็นที่รับรู้ทั่วกัน เป็นเงื่อนไขที่ต้องกำหนดไว้ในระยะแรกของการเริ่มสร้างเป็น **ระยะสร้างแบบจำลอง (model)** ของระบบที่พื้นที่ต้องการ ที่ทำได้และเหมาะสม ต่อมาจึงเป็นการนำเข้าสู่**งานประจำ** และท้ายสุดเป็นปีแห่งการดำเนินงาน คือ **การทำให้งานการดูแลของระบบทั้งหมดเป็นงานประจำ และการจัดการผลลัพธ์** ในการจำลองแบบให้น่าชมได้นั้น ต้องคำนึงระยะเวลาเงื่อนไขต่างๆที่จะลดอุปสรรคในการสร้างระบบ อาทิ เงื่อนไขเวลา ที่สุดท้ายแล้วระบบทั้ง 3 ระบบควรบรรจุครบไว้ในรอบ 1 ปี ซึ่งถ้าหากเป็นปีงบประมาณได้น่าจะดียิ่ง แต่ในช่วงเริ่มสร้างแบบจำลองนี้ เป้าที่ต้องการคือ **การมีศักยภาพดำเนินการระบบย่อยได้ผล ทั้งกระบวนการ ปริมาณ และคุณภาพ ทั้งหมด** จึงให้แต่ละพื้นที่กำหนดตามบริบท และความต้องการ โดยให้คำนึงถึงความซ้อนเหลื่อมกันในช่วงการพัฒนา ซึ่งแน่นอนว่าจะต้องปรับในระยะที่ 2 ที่นำเข้าสู่**งานประจำ**ของพื้นที่ ทำเป็นวงจรครบระบบใน 1 ปี

การสร้างแบบจำลองของพื้นที่ส่วนของระบบย่อย การดำเนินการต้องได้รับความร่วมมือ ดังนั้นสิ่งที่แสดงความเข้าใจบริบทของพื้นที่ อาทิ “การคัดกรองช่วงนี้ ทำไม่ได้ ชาวบ้านไม่อยู่ ต้องไปทำ...” “เป็นช่วงมีงานประจำของ... ที่ควรเลี่ยง” “มีงานแนวนี้อยู่แล้วในพื้นที่...สอดคล้องไปในงานนี้ จะประหยัดเวลา และได้ผลหลายอย่าง” และการดำเนินงานที่เป็นสายป่านยาว **“ต้องใช้เวลาในการประสาน และส่งต่อ..กว่าจะรู้ผล”** จึงมีความหมายต่อการกำหนดเงื่อนไขเวลาการดำเนินการ ที่ต้องเหมาะสมในแต่ละระบบย่อยด้วย แม้การส่งต่อรับไม่

ทั้งไปและทั้งกลับ ก็ยังต้องกำหนดเงื่อนไขเวลาที่ชัดเจน และสอดคล้องกันอย่างต่อเนื่องทั้งระบบ และทันในรอบปีนั้นด้วย

ทีมโค้ชซึ่ง สถาบันเวชศาสตร์ฯ วางแผนการลงพื้นที่ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2563 ปีที่สองของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายที่ 1) ประเมินความถูกต้องและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบคัดกรอง คัดแยก 2) เตรียมความพร้อม รูปแบบ ในการสร้างระบบย่อยที่ 2 หรือการคัดกลุ่มของพื้นที่ รวมทั้งเครื่องมือในการคัดกลุ่ม 3) แนะนำกลวิธีการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม ที่จัดในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องการบริหารสมอง (brain exercise) สำหรับผู้สูงอายุที่ความจำปกติ การทำการฝึกสมอง (brain training) สำหรับกลุ่มความจำบกพร่องเล็กน้อย และการดูแลสมอง (brain care) ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทั้งหมด คือ การสร้างสมรรถนะในการพัฒนาระดับให้กับพื้นที่ โดยอาศัยข้อมูลจากพื้นที่ทั้งแผนงาน การดำเนินการ ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานในระบบคัดกรอง คัดแยก แต่การมีข้อมูลและความก้าวหน้าในการดำเนินงานในพื้นที่ดูจะไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ทิ้งไว้ ประกอบกับข้อมูลที่ได้และจากการสื่อสารทางไกลพบว่า ทุกพื้นที่การคัดกรองกำลังดำเนินการและยังไม่บรรลุตามเป้าหมายและ ในบางพื้นที่ยังไม่มี การดำเนินการ อีกทั้งเริ่มมีการระบาดของโควิดประปราย เมื่อสถานการณ์เปลี่ยน ยุทธศาสตร์การดำเนินจึงต้องปรับเปลี่ยนตาม คือ ปรับเป็น 1) ประเมินความถูกต้องและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบคัดกรอง คัดแยก 2) เตรียมความพร้อม รูปแบบ ในการสร้างระบบย่อยที่ 2 หรือการคัดกลุ่มของพื้นที่ รวมทั้งเครื่องมือ ในการคัดกลุ่ม 3) แนะนำกลวิธีการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม เป็นการโค้ชซึ่ง ความถูกต้องเหมาะสม และความครอบคลุม ของการดำเนินการคัดกรอง/คัดแยกที่พื้นที่ดำเนินการ สอบทานการเตรียมการ ระบบคัดกลุ่มของพื้นที่

การลงพื้นที่จริงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2563 ต้องปรับตามสถานการณ์ของพื้นที่ อันเป็นผลกระทบที่ได้จากวิกฤตสถานการณ์โควิด เพิ่มเป้าหมายการลงพื้นที่ให้ครบถ้วน คือพัฒนาศักยภาพการสร้างระบบทั้งหมด แต่การโค้ชซึ่งโดยการลงพื้นที่พบปะกันจริงใกล้ชิด ทำได้เพียง 7 จังหวัด^{1,2,3,5,9,10,11} อีกสองจังหวัด^{4,7} ที่ต้องทบทวนระบบใหม่ทั้งหมดเพราะมีการปรับเปลี่ยนการจัดการภายใน ส่วนจังหวัดที่เหลือ 4 จังหวัด^{6,7,12} และ 2 จังหวัดที่ ทบทวนนั้น ต้องเลือกใช้การติดตามทางออนไลน์ เพราะพื้นที่มีภาวะโควิดวิกฤตรุนแรงเกิดการชะงักงันของการ ดำเนินการ และด้วยมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing)

เมื่อวิกฤตโควิดเข้าสู่ระยะโคม่า ทุกพื้นที่ต้องวางแผนสร้างระบบ ทีมโค้ชจึงปรับขยายระยะเวลาการ ดำเนินงาน จากปี พ.ศ. 2562 -2564 เป็นปี พ.ศ. 2562-2567 เพื่อให้พื้นที่มีเวลาเก็บตก และฟื้นฟูโครงการ และมีระยะเวลาในการพัฒนาระบบของพื้นที่ให้มากที่สุดตามสถานการณ์ ก่อนการถอดบทเรียน และสรุปรายงาน ผลการดำเนินการ แต่มีการติดต่อติดตามทุกพื้นที่ทางกลุ่มไลน์และทางออนไลน์ต่อเนื่อง

การโค้ชซึ่งโดยการลงพื้นที่ ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2565 คือ การช่วยพื้นที่สร้างรูปแบบการวินิจฉัยที่เหมาะสมและเป็นไปได้และวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรมในผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม และที่จะขาด ไม่ได้ คือ แนวคิด การพัฒนาระบบอย่างไรให้สำเร็จ (How to success) เพื่อให้พื้นที่ที่กำลังดำเนินการได้

แนวทางอย่างเป็นขั้นเป็นตอนจนสำเร็จโดยสะดวกขึ้น การลงพื้นที่จริง ครั้งที่ 3 นี้ทำในทุกจังหวัด รวมทั้งพะเยา จังหวัดล่าสุดในโครงการ (เริ่มดำเนินการมกราคม พ.ศ. 2565) จึงมีทั้งบทวนการสร้างสมรรถนะการทำงานในทุกระบบย่อยที่พื้นที่ต่างเรื้อรังไปนาน เน้นเสริมให้การคัดกรอง คัดแยกเป็นไปตามเป้า คือ มีความถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุม พร้อมกับการเสนอรูปแบบการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เคยดำเนินการ และชี้นำรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ อีกทั้งยังช่วยประสานงานกับแพทย์ที่จะทำการคัดกลุ่ม ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกลุ่มด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเส้นทางในการคัดกลุ่มที่เหมาะสม รวมทั้งได้ให้แนวทางในพัฒนาการบันทึก การส่งต่อไปกลับระหว่างหน่วยบริการไว้ และที่จะต้องทำอย่างเข้มข้นคือการ**เสริมพลังทีมพื้นที่** การที่สถานการณ์การระบาดของโควิดเข้าขั้นวิกฤติขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้การพัฒนาระบบดำเนินการด้วยความยากลำบาก การสูญเสียเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการทำให้ข้อมูลสูญหายเกิดผลกระทบ การโค้ชชิ่งเพื่อสร้างสมรรถนะในการทำงานระบบอยู่ในภาวะชะงักงัน มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือกันอย่างใกล้ชิดทางทีมโค้ชชิ่ง จึงเสริมพลัง ให้คำปรึกษา ร่วมแก้ปัญหาทางช่องทางสื่อสารต่าง ๆ ทดแทน

การพบพื้นที่ครั้งที่ 4 และ 5 ที่กำหนดไว้ในรูปแบบการจัดประชุมรวมพื้นที่ต่างๆ โดยครั้งที่ 4 มุ่งเป้าที่การดูแลต่อเนื่องในชุมชนและการขับเคลื่อนระบบเข้างานประจำเพื่อคงความต่อเนื่อง และ ครั้งที่ 5 คือ การนำเสนอผลการดำเนินการขับเคลื่อนระบบ ความเป็นไปได้ในการสานต่อให้ยั่งยืนเป็นงานประจำ ประเด็นที่จะทำให้การพัฒนาระบบประสบความสำเร็จ ร่วมกับการถอดบทเรียน จำต้องปรับเปลี่ยนทั้งเวลาและวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้พื้นที่เข้าร่วมได้มากที่สุด

3. กระบวนการพัฒนาระบบของพื้นที่และผลลัพธ์ของระบบ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีระบบย่อย 3 ระบบ คือ 1) ระบบการคัดกรอง-คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ที่ต่อเนื่องกัน โดยระบบย่อยแรกจะเป็นตัวนำเข้าของระบบย่อยถัดไปเรื่อย ๆ ตามลำดับ ในที่นี้จะนำเสนอการดำเนินงานพร้อมกับผลลัพธ์ไปด้วยกันดังนี้

3.1 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรอง-คัดแยก

3.1.1 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรอง

ระบบการคัดกรอง ที่ทำในระดับปฐมภูมิหรือชุมชน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ รพ.สต. โดย อสม. นั้น เป็นขั้นตอนแรกในการค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติของความจำ ในประชากรสูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ (whole population หรือ community-based approach) การคัดกรองในระบบนี้เป็นเพียง *ส่วนเสี้ยวหนึ่ง* ของการค้นหาผู้ที่มีหรือเสี่ยงต่อมีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น การที่ต้องมีการคัดกรองในระบบการดูแลสมองเสื่อมครบวงจร เพราะคนส่วนใหญ่ รวมทั้งทีมสาธารณสุขบางส่วน ยังเข้าใจว่าสมองเสื่อม “เป็นโรคชรา” แก่แล้วก็ต้องเป็น หลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมก็ยังมีจำกัดและไม่ถ้วนหน้า ประกอบกับการเข้าถึงเพื่อรับการวินิจฉัยและบำบัดรักษามีความจำกัด เป็นอุปสรรคที่ประชาชนทั่วไปจะเข้าถึง ยิ่งไปกว่านั้นการวินิจฉัยยังทำได้ยาก ต้องใช้เวลานาน และต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง ทำให้มีข้อมูลที่นำ

กังวลสำหรับประเทศนี้ว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก ร้อยละ 91 ไม่ได้รับการวินิจฉัย และจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อเสื่อมปานกลางหรือรุนแรงแล้ว ในจำนวนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ถึง ร้อยละ 95 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และที่กังวลมากกว่า คือ ประเทศไทยในปัจจุบันเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) คือ มีผู้สูงอายุในสัดส่วนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน

การค้นหาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดผิดปกติ หรือปรีชานบกพร่อง หรือมีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่เมื่อเริ่มเป็นหรือ early detection นั้น จะช่วยให้มีการวินิจฉัยรักษาได้ทันกาล อันหมายถึงการลดปัญหาแทรกซ้อนจากโรคและการเสียชีวิตได้ การคัดกรองในระบบนี้ จึงเป็นการกรองเบื้องต้น โดย อสม. ด้วยเครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน ให้ค้นหาผู้ที่มีร่องรอยของความทรงจำไม่ปกติ เพื่อนำเข้าสู่ระบบการคัดแยกที่เป็น **การคัดกรองพิเศษหรือละเอียดขึ้น (การคัดแยก)** โดยนักวิชาชีพ ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อการค้นหาผู้ที่มีการรู้คิดผิดปกติ อันเสี่ยงต่อมีภาวะสมองเสื่อมหรืออาจมีปัญหาสมองเสื่อมแล้ว แต่อย่างไรก็ตามการคัดกรองเบื้องต้น และพิเศษนี้ หาใช่การวินิจฉัยโดยแพทย์ไม่ เป็นเพียงผลจากการใช้เครื่องมือเท่านั้น

การค้นหาผู้ที่มีร่องรอยด้านความทรงจำไม่ปกติในชุมชนอันเป็นที่อยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้น ไม่อาจทำได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ผู้ที่สามารถและมีพลังในการดำเนินการได้ คือ **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** ซึ่งเป็นกำลังหลักในการดูแลเชิงรุกด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประเทศนั่นเอง

การจัดการการคัดกรอง ของพื้นที่ เป็นการตอบโจทย์ความต้องการให้การดูแลครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ **ตัวเลขผู้ที่ถูกคัดกรอง** คือ ตัวเลขผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร **ตัวเลขของผู้สูงอายุในพื้นที่** และ **ร้อยละของผู้สูงอายุ** ที่ต้องการคัดกรอง ในแต่ละพื้นที่แตกต่างตามสรรพกำลังและแหล่งประโยชน์ของพื้นที่ แต่สะท้อนความตั้งใจที่จะดำเนินการให้กับผู้สูงอายุอย่าง **ครอบคลุม (coverage)** การตั้งเป้าหมายการคัดกรองในพื้นที่ มีหลากหลาย เช่น มีทั้งกำหนดครอบคลุม ร้อยละ 30, 50 ถึง ร้อยละ 80 หรือ ร้อยละ 100 ของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่องหรือกำหนดทำเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการดูแลระยะยาว (LTC) ที่เป็นงานประจำอยู่แล้ว หรือทำในกลุ่มติดสังคมก่อน เพราะเป็นกลุ่มใหญ่ สามารถดำเนินการเป็นกลุ่มก้อนในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือการจัดรณรงค์คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในวาระต่างๆ เป็นต้น

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง คือ จำนวนผู้สูงอายุที่ **เข้าถึง (access)** ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในแต่ละรอบหรือแต่ละปี ในรอบแรกนั้นต้องการเพียงสร้างแบบจำลองระบบ ดังนั้นร้อยละของผู้สูงอายุ ที่เข้าระบบจึงเป็นไปตามอริยาศัย แต่หากเมื่อมีการบูรณาการเป็นงานประจำแล้ว การคัดกรองต้องทำในผู้สูงอายุทั้งหมดของพื้นที่ จึงจะเป็นการเข้าถึงและมีความครอบคลุมที่ชอบธรรมของระบบฯ

ผู้รับผิดชอบหลักการคัดกรองในแต่ละพื้นที่ย่อย คือ **ผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (DCM)** โดยหัวหน้าคณะกรรมการคัดกรองของพื้นที่หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะรับผิดชอบทุกกระบวนการของการคัดกรอง ตั้งแต่การอบรมผู้ทำการคัดกรอง ให้ทำการคัดกรองได้อย่างมีคุณภาพ จัดเตรียมเอกสารการคัดกรอง มอบหมาย

ผู้รับผิดชอบ รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุและจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่จะต้องคัดกรอง เป็นที่ปรึกษาแก้ปัญหาในการคัดกรอง ติดตามกระตุ้นการคัดกรองให้เป็นไปตามแผน บรรณาธิการ (audit) ข้อมูลการคัดกรอง และบันทึกการคัดกรองอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณด้วย ซึ่งที่ทุกพื้นที่ดำเนินการ คือ การอบรมผู้ทำการคัดกรอง สำหรับกิจกรรมอื่นๆ เช่น ฆ้องวง หนักเบา ครอบคลุมหรือไม่นั้น เป็นไปตามดุลยพินิจของพื้นที่ และแน่นอนย่อมมีผลต่อการได้มาซึ่งตัวเลขของผู้ที่ได้รับการคัดกรองและผลลัพธ์ที่ได้

อาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ หมอที่ 1 (ในโครงการ 3 หมอ) ของการดูแลในชุมชน เป็นกำลังหลักในการคัดกรองนั้น จากตัวเลขจำนวนอาสาสมัครประจำตำบล ที่รายงาน ดูจะเกินพอสำหรับงานนี้ แต่อาจทำการคัดกรองไม่ได้ทุกคน จึงต้องจัดกำลังเสริมเฉพาะกิจ เช่น จาก ผู้ช่วยเหลือดูแล (caregiver: CG)^{1,3,4} จิตอาสา³ นสค. (นักสุขภาพครอบครัว) ประจำชุมชน^{2,3} อสส. (อาสาสมัครสาธารณสุข)⁸ อาสาสมัครนักรับทอนถิ่น^{2,4,7} นักศึกษาพยาบาล¹³ และที่เกินความคาดหมาย คือในพื้นที่นำร่องครั้งนี้ มีนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ³ ร่วมด้วยช่วยกันคัดกรองในพื้นที่ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้อย่างมั่นใจถึงคุณภาพของผลการคัดกรองที่ต้องการ

การได้มาซึ่งตัวเลขจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ มีปัญหาเหมือนการคัดกรองประเด็นอื่นๆ ที่เคยดำเนินการมาแล้วในระดับชุมชน คือ “จำนวนไม่จริง สะท้อนความไม่เป็นปัจจุบัน... ทั้งที่แหล่งที่ได้มาจากสำนักงานสาธารณสุข” หรือ “จากฐานข้อมูลของท้องที่/ท้องถิ่น” แต่พบว่า “มีรายชื่ออยู่ในบ้าน แต่ตัวไม่อยู่ไปอยู่กับลูกหลานที่อื่น และ ที่อยู่ก็ไม่มีรายชื่อ” “มีเจ็บป่วย ล้มหายตายจาก และย้ายถิ่นที่อยู่” งานนี้ต้องการการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรให้เป็นปัจจุบัน โดยผู้รับผิดชอบด้านนี้โดยตรง อันอาจจะเป็นไปได้ยากในการดำเนินการทีมโค้ชซึ่งจึงริเริ่มให้มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นไว้ก่อน เป็นตัวอย่าง โดยวางแผน จะรวบรวม และร่วมพัฒนาให้เกิดประโยชน์และไม่สร้างภาระอย่างมากเกินภายหลัง จึงเป็นที่มาของการร่างแบบฟอร์มการบันทึก ที่จะได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพัฒนาต่อยอด ให้กับพื้นที่ไว้ล่วงหน้า ซึ่งพื้นที่ย่อมมีการบันทึกเพิ่มขึ้นอีก และด้วยมีปัจจัยหลายอย่างกระทบการดำเนินการ อาทิ การเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการดำเนินการไม่ได้ จากสถานการณ์โควิด การบันทึกที่ตั้งใจจะพัฒนาต่อยอด เป็นฐานข้อมูลจึงไม่ต่อเนื่อง และไม่อาจเกิดขึ้น

อุปสรรคด้านผู้คัดกรองนั้นมีมากมาย บางส่วนซ้ำเติม กับที่ทีมโค้ชซึ่งของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้เคยแจกแจงให้รายละเอียดไว้ แล้ว อาทิ ทุกพื้นที่ “ผู้ทำการคัดกรองบางส่วน ไม่มีสมรรถนะในการใช้แบบสอบถาม” อันหมายถึง ขาดความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาที่ถามและเป้าหมายในการถาม รวมทั้งการให้คะแนน แม้แต่ความสูงอายุของผู้คัดกรอง เช่น อสม. ก็เป็นอุปสรรค ที่ทำให้ “ไม่เข้าใจแบบคัดกรอง เป็นภาระเพิ่มงานของเจ้าหน้าที่ในการประเมินซ้ำ” ที่น่าสนใจ คือ “ขาดความตระหนักในการคัดกรอง” แม้ทีมโค้ชซึ่งจะให้แนวทางการป้องกันไว้ล่วงหน้าแล้ว คือ ขอให้คัดเลือก อสม. ที่จะทำการคัดกรองและขอให้คัดกรองความจำ อสม. ก่อนมอบหมายงาน หรือบางพื้นที่ได้คัดเลือก อสม. ที่อ่านออกเขียนได้ สุขภาพแข็งแรง สื่อสารเข้าใจ และฝึกซ้อมทักษะ โดยผลัดกันฝึกถามตอบกันเอง แล้ว หรือทำการอบรม อสม. แล้ว แต่บางส่วนก็ยังเป็นอุปสรรค นั้นหมายถึง ต้องมีการถอดบทเรียน ทำอย่างไรจึงจะมีการคัดกรองที่มีคุณภาพ และให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งการโค้ช เรื่องนี้

การคัดให้ดีขึ้น เพื่อให้ได้ผลแม่นยำ เป็นจริง และครอบคลุมประชากร ที่จะเกิดผลในการปฏิบัติ คือ การคัดกรองที่ดี จะลดภาระการคัดแยก และทำให้ได้กลุ่มประชากร ตรงตามเป้าหมาย

รูปแบบการคัดกรอง ในการวางระบบครั้งนี้ มีรูปแบบการคัดกรอง ทั้ง อสม. คัดกรองลำพังเอง หรือ **ฉายเดี่ยว** ในบางพื้นที่ชุมชนที่ต้องการเพื่อนช่วยปรึกษาหารือกัน ก็จัดไป **แบบบัดดี้ คือคู่กัน**¹ หรือ เป็นกลุ่ม อาจจะเรียกว่าเป็น รูปแบบการลงแขกกลาย ๆ ที่ไม่ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ ซึ่งการลงแขกจริง จะหมายถึง รูปแบบ ที่มีการคัดเลือก อสม.ที่มีสมรรถนะจากทุกหมู่ มาร่วมกันเป็น **ทีมการคัดกรอง**ของตำบล แล้วร่วมกันลงพื้นที่คัดกรองที่ละหมู่บ้าน จนครบทุกหมู่บ้านในตำบล โดยมีการบริหารจัดการที่ชัดเจน เช่น มีตารางการปฏิบัติงานชัดเจน มีการมอบหมายงาน มีการนัดหมาย (เวลา/สถานที่) ล่วงหน้า โดย อสม. ที่รับผิดชอบหมู่บ้าน เป็นผู้ประสานงานการนัดหมายผู้สูงอายุและผู้ดูแลไว้ล่วงหน้า และเป็นผู้ประสานการเข้าสัมภาษณ์ การทำเช่นนี้จะลดปัญหา การไม่พบผู้สูงอายุและผู้ดูแล การเข้าบ้านไม่ได้ และทำให้การดำเนินการไม่ล่าช้าหรือเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ผู้คัดกรอง การคัดกรองดำเนินใน คลินิกผู้สูงอายุใน ศสม./ รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ และที่บ้านผู้สูงอายุ³ ที่พื้นที่เรียกกันเองว่าเป็นรูปแบบ **เชิงรุกแบบเคาะประตูบ้าน**¹⁰

ด้าน**เครื่องมือการคัดกรอง**นั้น ก่อปัญหาให้กับผู้ดำเนินการยิ่ง รายงานที่ว่า “**มีเครื่องมือ คัดกรองมาก และใช้เวลาการคัดกรองนาน**” จึงตรงประเด็นมากที่สุด โดยเฉพาะพื้นที่ ที่รวมการคัดกรองที่ต้องทำประจำปี ทั้งหมดไว้ด้วยกัน ปัญหานี้ต้องการการจัดการอย่างมีระบบร่วมกันของหน่วยงานระดับประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความสับสน ภาระงานที่เกิดขึ้น ที่น่ากังวล คือ ความน่าเชื่อถือหรือผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่รอกการพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสม ลดภาระ และสามารถนำไปให้เกิดประโยชน์จริง จากส่วนงานระดับประเทศที่รับผิดชอบ หรืออาจจะโดยการเสริมแรงด้านอื่นๆ เพื่อลดแรงเสียดทาน และสร้างขวัญให้ผู้ดำเนินการ โดยพื้นที่หนึ่งเสนอว่า ควรมีค่าตอบแทนผู้คัดกรองบ้าง³ หรือควรเพิ่มผู้ดำเนินการให้เพียงพอ³ หรือแม้แต่ขวัญและกำลังใจ จากการดำเนินงานที่ยังประโยชน์สุขแก่คนในพื้นที่บ้านเดียวกันได้จริง ที่ อสม. คนหนึ่งบอกว่า “**ดีใจที่ได้ไปคัดกรอง แล้วส่งให้หมอ หมอพาคนของฉันไปดูแลต่อ..ฉันเป็นคนคัดกรองคนนี่เอง**” อันสะท้อนว่าหากมีผลลัพธ์การดำเนินการที่ดีแล้ว ย่อมไม่คิดว่าเป็นภาระที่หนักเกินจะรับ

การคัดกรองตามระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในครั้งนี้ ไม่จำกัดว่าจะต้องใช้เครื่องมือคัดกรองของระบบ หรือ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม หรืออื่นๆ แต่ขอ**ให้ความรู้และเทคนิควิธีการที่ให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ** รวมทั้งเลี่ยงหลักปัญหาที่พบว่าผู้สูงอายุอาจทำแบบทดสอบไม่ได้ เพราะความสามารถในการเขียนอ่านลดลง มีความเสื่อมของตา หู หรือแม้แต่สมอง ที่อาจจะไม่ได้ความจริงเพราะความจำกัดร่างกาย ซึ่งแบบประเมิน 14 ข้อคำถามนั้น ใช้ประเมินความจำของผู้สูงอายุ โดยไม่ต้องใช้สมรรถนะการอ่านเขียน ที่เื้อ่มากที่สุด คือ สามารถสอบถามผู้ดูแล/ญาติใกล้ชิด หรือพร้อมกันคู่กับญาติได้ อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด บางพื้นที่เลือกใช้เครื่องมือคัดกรองที่รับมาตามนโยบาย เช่น Mini Cog, Abreviate Mental Test (AMT) บางพื้นที่ ผนวกเครื่องมือนี้ร่วมกับเครื่องมือตามนโยบาย และบางพื้นที่ใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม (14Q) เป็นเครื่องมือ หรือแม้แต่แบบคัดกรองเฉพาะของจังหวัดที่พื้นที่ได้พัฒนาขึ้น³ ในการพัฒนาระบบครั้งนี้ การใช้

เครื่องมือมีผลต่อการบันทึกข้อมูลที่กำหนดไว้ในนโยบาย ทีมโค้ชซึ่งต้องศึกษาและประสานงานการบันทึก และให้ข้อตกลงเบื้องต้นว่า 1) การบันทึกระบบตามนโยบายนั้น บันทึกเพียงปกติ หรือไม่ปกติ เท่านั้น ดังนั้น กรณีที่ใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถามเป็นเครื่องมือ ผู้ที่ตกเกณฑ์ ให้บันทึกว่าผิดปกติ 2) กรณีใช้แบบประเมินอื่นในการพัฒนาระบบนี้ ผู้ที่ตกเกณฑ์จากแบบประเมินอื่น ถือว่า เป็นผู้ความจำผิดปกติ และให้มีการคัดแยกต่อไป 3) ให้มีการบันทึกด้วยว่าใช้เครื่องมืออะไร 4) ให้มีการสร้างสมรรถนะการคัดกรองในผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ใช้แบบประเมิน 14 ข้อคำถามเป็นเครื่องมือ จากข้อตกลงเบื้องต้นนี้ พื้นที่หลายพื้นที่จึงใช้เครื่องมือคัดกรองหลายรูปแบบตามต้องการ อาทิ แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม^{1,4,5,6,8,11,12,13} AMT^{3,10} AMT ร่วมกับ 14 ข้อคำถาม⁴ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้ AMT), Mini Cog^{4,7}, Mini Cog ร่วมกับ 14 ข้อคำถาม^{2,9} (ใช้ Mini Cog ในกลุ่มฟังฟัง) ทีมโค้ชซึ่งสถาบันเวชศาสตร์ได้จัดทำ เครื่องมือ แบบประเมิน 14 ข้อคำถามที่มี การประเมิน 2Q รวมเป็นชุดเดียวกันเป็นตัวอย่างการนำไปใช้ เพิ่มความสะดวกในการใช้ และเพื่อให้มีการกรองผู้ที่อาจมีภาวะซึมเศร้าออกก่อนทำการคัดกรองความจำ เพื่อความเที่ยงตรงของการคัดกรอง

ในการลงพื้นที่ครั้งที่ 2 มีปัญหามากมายที่พบจากการคัดกรอง ที่น่าวิตกมากที่สุด คือ 1) ผลลัพธ์การคัดกรอง ไม่เป็นไปตามความน่าจะเป็นจากการศึกษาที่ทำในพื้นที่ M มาก่อน ที่ว่าประมาณร้อยละ 13 ของประชากรสูงอายุ จะมีความผิดปกติของความจำ แต่ตัวเลขที่คัดกรองได้ค่อนข้างต่ำ คือ คิดเป็นร้อยละ 4.39 ของประชากรทั้งหมด (ตารางที่ 2.2) ซึ่งเมื่อสอบถามกระบวนการคัดกรองในพื้นที่ดำเนินการ พบว่า หลังการกำหนดร้อยละของประชากรที่ต้องการคัดกรองแล้ว บางพื้นที่ไม่ได้คำนึงถึงการกระจายไปในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียงอย่างเหมาะสม จึงได้ผู้สูงอายุที่ติดสังคมและเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมอยู่แล้วในชุมชน เมื่อการณเป็นเช่นนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึง กลุ่มที่ต้องดำเนินการคัดกรองเพื่อการค้นหาผู้มีความจำ หรือการรู้คิดบกพร่อง คือกลุ่มติดบ้าน เพราะความพร่องอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดบ้านได้ ซึ่งพื้นที่รับการปรับแก้ไข ที่จะดำเนินการต่อไป คือ จะจัดการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มมากขึ้น ในส่วนที่ยังไม่ครบร้อยละที่ต้องการ หรือบางพื้นที่ที่ยังไม่ได้ดำเนินการได้รับปากว่าจะปรับเปลี่ยนวิธีการคัดกรองให้การกระจายครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น

2) ปัญหาที่ตามติดมา คือ **มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วและ/หรือผู้ที่มีปัญหาจิตเวชเข้ามาในผลลัพธ์ อย่างผิดสังเกต** ทั้งยังมีการรายงานว่า “...ทำแบบทดสอบไม่ได้ จะให้ทำอย่างไร” จากการสอบถามพบถึง การไม่ได้กำหนดเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มผู้สูงอายุที่จะทำการคัดกรอง ซึ่งทีมโค้ชซึ่งต้องจัดทำเกณฑ์ การคัดกรอง และประสานงานกับพื้นที่ทุกพื้นที่ให้มีความชัดเจน 4) บางพื้นที่ไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) ก่อน หรือบางแห่งประเมินแต่พบแล้วไม่คัดออก และ 5) การให้คะแนนแบบประเมินสับสนไม่ถูกต้อง ในทุกเครื่องมือที่พื้นที่ใช้ ทีมโค้ชซึ่ง ต้องขอให้พื้นที่ทบทวนการวิธีการดำเนินงาน และแก้ไข และบรรจุเป็นบทเรียนรู้ที่ทีมโค้ชซึ่งต้องถอดบทเรียน สร้างเป็นแนวทางที่จะลดปัญหา อีกทั้งต้องสื่อสารให้พื้นที่อื่นๆที่กำลังดำเนินการได้ตระหนักไว้ด้วย

บางปัญหาสะท้อนความเข้มข้นของการสร้างสมรรถนะการคัดกรอง เช่น การให้ อสม. ใช้ AMT การแปลงข้อคำถามในแบบสอบถามเอง การตอบหรือให้คะแนนโดยผู้ทำการคัดกรองเองเพราะเป็นคนรู้จัก ทีมโค้ชซึ่งต้องจัดการให้เข้าร่องเข้ารอย โดยทบทวนเน้นย้ำซ้ำให้เห็นความสำคัญ ความจำเป็นในการคัดกรอง

ชี้ให้เห็นถึงภาระและผลเสียเมื่อมีผลลัพธ์ที่ได้ไม่เที่ยงตรง และที่ต้องทำมากที่สุด คือ การได้มาซึ่งผู้คัดกรองที่มีคุณภาพ ที่ต้องออกแรงอย่างแท้จริง และเป็นประเด็นที่ต้องทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองที่ชัดเจน และเพื่อให้เกิดความถูกต้อง ได้ผลลัพธ์จริง ที่ต้องเน้นคือ ต้องมีมาตรการดำเนินงานและบทบาทของผู้ดำเนินการชัดเจน และมีการทวนซ้ำ ย้ำอย่างต่อเนื่อง และทุกครั้งก่อนดำเนินการ

ผลลัพธ์ของการคัดกรอง

การสรุปผลลัพธ์การดำเนินงานคัดกรองของพื้นที่ 13 จังหวัด (ประเทศไทย) นั้น จำนวนผู้ที่เข้ารับการคัดกรองเป็นจำนวนที่ได้คัดออกผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การคัดออกบางส่วน นั่นคือตัวเลขจริงที่เข้าในโครงการนี้มีมากกว่าที่แสดงไว้ ภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ในพื้นที่นาร่อง 13 จังหวัด ประมวลผลได้ว่า (ตารางที่ 2.2; 2.3)

- ผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครั้งนี้ ครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนาร่อง จำนวนรวม 243,109 คน (หรือ 243,368 คน) โดยเป็น
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการ**คัดกรอง** จำนวนทั้งสิ้น 158,903 คน (หรือ 159,228 คน) คิดเป็นร้อยละ 65.36 (หรือร้อยละ 65.42) จากการตั้งเป้าหมายการคัดกรองของแต่ละจังหวัด คือ ร้อยละ 50 หรือบางแห่งกำหนดที่ ร้อยละ 80 หรือ ร้อยละ 100 เป็นต้น)
- ผลการคัดกรองพบเป็น**กลุ่มเสี่ยง** 6,981 คน (7,085 คน) คิดเป็นร้อยละ 4.39 (ร้อยละ 4.45) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อเพื่อการคัดแยกต่อไป

กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรองที่มีความหลากหลายของผู้ทำการคัดกรอง (อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ) เครื่องมือคัดกรองที่เลือกใช้ตามนโยบาย ตามหลักวิชา และ/หรือตามบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก จำนวนความครอบคลุมกลุ่มต่างๆที่สามารถทำได้ตามกำลัง การแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้าข่ายในการคัดกรอง หรือไม่เหมาะสมในการคัดกรองด้วยเครื่องมือต่างๆ รวมถึงสมรรถนะของผู้ทำการคัดกรอง ซึ่งเป็นทั้งผู้สูงอายุและอาจเข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงด้วย แม้ในส่วนกลางจะพัฒนาแอปพลิเคชันให้ใช้เพื่อความสะดวกในการคัดกรองและในการบันทึกข้อมูล แต่พบว่าการใช้แบบบันทึกยังมีความสะดวกและคุ้นเคยมากกว่า ทั้งยังสามารถสอบทวนผลการคัดกรองได้ ความหลากหลายของการคัดกรองนี้ล้วนส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการคัดกรองในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งต้องการการทบทวนด้านนโยบายความคุ้มค่าคุ้มทุนของการดำเนินการคัดกรองแบบครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่หรือทั้งชุมชน หรือควรเลือกทำการคัดกรองในกลุ่มเฉพาะเท่านั้น อย่างไรก็ตามข้อดีของการดำเนินการคัดกรองระดับจังหวัดนี้ ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ สร้างสมรรถนะด้านการคัดกรอง การใช้เครื่องมือ และสร้างความตระหนักรู้ถึงการมีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชุมชนของตนด้วย

3.1.2 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดแยก: คอขวดที่ 1 ของระบบ

การคัดแยก เป็นการคัดกรองพิเศษหรืออย่างละเอียด ดำเนินการโดยนักวิชาชีพ เพื่อคัดแยก ผู้ที่มี
 ปรีชา (cognition) หรือการรู้คิดไม่ปกติ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ ด้วยแบบประเมินมาตรฐานทาง
 จิตประสาท (standard neurological test) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ (จากการคัดกรองของ อสม.
 หรือหมอที่ 1) จึงต้องเข้าสู่ระบบการคัดแยก เพื่อประเมินให้ชัดเจน โดย ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (DCM)
 (หมอที่ 2) และหรือทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือแล้ว อาทิ พยาบาลประจำคลินิก
 ผู้สูงอายุ^{10,11,12} พยาบาลด้านผู้สูงอายุ² พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช⁶ นักจิตวิทยาคลินิก¹ นักกิจกรรมบำบัด⁸
 และนักวิชาการสาธารณสุข⁹

ด้วยแบบประเมินทางจิตประสาท จะแยกผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่
 การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment : MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (R/O
 Dementia) และผู้สูงอายุที่ปกติแต่ “การคัดกรองพาหลงมา...”

ระบบการคัดแยกใน 13 พื้นที่นำร่อง ประมวลได้เป็น 2 รูปแบบ ใหญ่ๆ คือ 1) *ทำการคัดแยกเอง* โดย
 DCM ระดับปฐมภูมิ ที่ทำงาน^{4,7,8,9,10} 2) *การคัดแยกที่ส่งต่อผู้ชำนาญการ* คือ ส่งต่อไปโรงพยาบาลทุติยภูมิ
 หรือตติยภูมิ หรือคลินิกผู้สูงอายุ พื้นที่ของบางจังหวัดมีทั้งการคัดแยกเองและส่งต่อ ขึ้นกับว่าเป็นสายตรง หรือ
 สายต่อ

การคัดแยกเองที่หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ DCM ประจําพ.สต. ^{4,2,7,9} พยาบาลสุขภาพจิต ⁶
 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนของพื้นที่นั้น^{9,11,12} จะดำเนินการเอง หลัง
 การคัดกรอง โดยการนัดหมายมาทำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น พ.สต./ศสม./หรือสำนักงานของตนเอง หรือ
 แม้แต่สถานที่สะดวกที่สุดในชุมชนนั้น เช่นวัด¹⁰ และบางแห่งมี นโยบายช่วยการคัดแยกในชุมชน⁴ การคัดแยก
 แบบทำเอง ที่เมื่อบวกกับงานการคัดกรองที่ต้องทำ ทำให้มีปัญหามากมาย อาทิ ภาระงานในการพัฒนาระบบนี้มี
 มาก ผู้ที่ทำการคัดแยกได้น้อย แคมผู้คัดแยกเพียงแค่ฟังการอบรมแต่ยังไม่เคยปฏิบัติจริงจึงไม่ชำนาญ อีกทั้ง
 เครื่องมือที่ใช้มากมาย ใช้เวลาทำแต่ละเครื่องมือนาน และการทำจริงกับผู้สูงอายุใช้เวลานานในแต่ละคนนานมาก
 เมื่อร่วมกับภาระงานที่โรงพยาบาลปฐมภูมิมีมาก หลากด้าน ทำให้การคัดแยกไม่เข้าเป้าที่ตั้งไว้ รวมทั้งปัญหาหนัก
 คือ “บุคลากร ทีมสุขภาพขาดความรู้ที่เพียงพอ” หรือทีมคัดแยกขาดความชำนาญ ประเด็นเหล่านี้ทีมโค้ชซึ่งของ
 สถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้ตระหนักไว้ล่วงหน้าจากการศึกษาในพื้นที่ M แล้วว่า เป็นอุปสรรคในความต่อเนื่องของ
 ระบบ ที่เรียกว่า **คอขวดของระบบ** ที่ต้องเจอเป็น**ด่านที่ 1** แต่ต้องการฟังเสียงและความเห็นตรงกัน ที่ยืนยันจาก
 พื้นที่นำร่อง และต้องการทางแก้ไขที่แท้จริงจากพื้นที่ เพื่อสร้างทางเลือกการคัดแยกที่เหมาะสม เป็นไปได้ และทำ
 ได้ ของระบบนี้ ซึ่งแนวทางการปรับแก้ไขได้จากพื้นที่ อาทิ จัดทีมผู้เชี่ยวชาญการคัดแยกเสริม ผู้จัดการระบบ
 (SM) ที่ตระหนักในภาระของพื้นที่ทำงาน ได้จัด**ทีมคัดแยก**จากโรงพยาบาลจังหวัด ออกมาเสริมช่วยการคัดแยก
 และโค้ชซึ่งคนในพื้นที่ทำงาน โดยพื้นที่ที่เรียกว่า**ทีมสุขภาพชุมชนเชิงรุก** ทำงานในชุมชน ที่ทำได้เพราะ**ทีมเสริม**
เฉพาะกิจ นี้มีความมุ่งมั่น มีความเข้าอกเข้าใจกัน และร่วมมือกันแก้ปัญหา ต้องการให้เกิดคุณภาพการดูแล^{1,2,12}
 นั้นหมายถึงการมีฉันทคติและฉันทนุวัติของทีมงานของจังหวัดนั้น ซึ่งจะทำให้ได้กรณีเป็นจังหวัดที่พื้นที่รับผิดชอบ

ไม่มาก ทางเลือกที่น่าชื่นชม คือ **สร้างผู้ช่วยคัดแยกเฉพาะกิจ ในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง** โดยบูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นงานประจำอยู่แล้ว ด้วยการถ่ายทอดความรู้และเทคนิคการปฏิบัติให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มาเรียนรู้ที่โรงพยาบาลนั้น และให้ช่วยทำการคัดแยกร่วมกับ DCM และ/หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน⁹ ดังนั้นตราบเท่าที่เป็นสถานที่เรียนรู้หลักสูตรสุขภาพใดๆ ก็ตาม ย่อมพัฒนาให้มีผู้ร่วมการทำคัดแยกเฉพาะกิจได้เสมอ แต่ต้องการการบูรณาการ การวางแผนและที่ขาดไม่ได้ คือ พัฒนาศักยภาพในการคัดแยกเพื่อคุณภาพของผลลัพธ์ของการคัดแยกด้วย

การคัดแยกที่ส่งต่อนอกพื้นที่ การส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิ มายังโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ หรือคลินิก/ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ⁸ เพื่อทำการคัดแยกนั้น ขึ้นอยู่กับการวางแผนของแต่ละพื้นที่ มีทั้งส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งนี้ตามแต่ละจะเป็นสายตรง^{2,3,4,1,10} หรือสายต่อ^{1,2,12} เส้นทางนี้ต้องการระบบส่งต่อที่ดี ภาระของปฐมภูมิจะลดลง แต่ภาระเกินมาอยู่ที่คลินิกผู้สูงอายุ/ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ^{2,3,4,10} แม้จะเป็นหน่วยงานเฉพาะของผู้สูงอายุ แต่ความที่บทบาทและผู้นำเนินการรับรู้รับทราบแค่เป็นงานเฉพาะกิจ ไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน เจ้าหน้าที่จากหน่วยอื่นหมุนเวียนมาช่วยงาน (ไม่ประจำ) และไม่คุ้นเคยงานด้านผู้สูงอายุและจิตเวช แลมีจำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีน้อยด้วย^{10,11} มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ใหม่ ทำการคัดแยกไม่ได้⁴ บางพื้นที่มีช่องทางการส่งต่อเพื่อคัดแยกไว้ แต่ส่งต่อการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) อื่นๆ มีการ “ส่งใบนัด (คัดแยก) กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ทั้งหมด รวมกันมาทางไลน์ ทางเอกสาร”^{2,4,8} ซึ่งแม้จะทำให้มีการส่งต่อที่มีสะดวกขึ้นบ้าง แต่โดยภาพรวมยังต้องการพัฒนาให้เป็นระบบชัดเจน ว่าต้องส่งข้อมูลอะไรบ้างให้ใครที่ไหนอย่างไร ใครรับผิดชอบรับการส่งต่อ มีการลงทะเบียน และประสานงานไปยังส่วนใดเพื่อทำอะไร มีดำเนินการเรื่องอะไรไปบ้าง ผลที่ได้และจะส่งกลับหรือส่งต่อไปที่ไหน อย่างไรเพื่อให้สมบูรณ์ การส่งต่อให้ทีมที่ทำการคัดแยก ต้องการระบบการส่งต่อ ทั้งขาไปและกลับ ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง จึงควรมีบุคคลที่รับผิดชอบการส่งต่อ ที่เรียกว่า **ผู้ประสานงานการจัดการดูแลของระบบ หรือ DCC** ด้วย

นอกจากนี้พื้นที่ยังมี **การคัดแยกเชิงรุกที่บ้าน** ที่แสดงความตั้งใจที่จะให้ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางเข้าถึงระบบบริการนี้ ได้มีการดำเนินการโดยทีมจากโรงพยาบาลทั่วไปของอำเภอ ไปประเมิน MMSE ที่บ้านของผู้สูงอายุ เป็นการปิดประเด็น การเข้าถึงไม่ถึงของกลุ่มคนที่ติดบ้านหรือติดเตียง²

การคัดแยก โดยการส่งต่อไปยังหน่วยทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ปัญหาจะเนื่องมาจากที่โรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ หรือคลินิก/ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุนั้น ๆ เพราะนอกจากภาระงานที่จะต้องทำให้กับพื้นที่ของตนเองแล้วยังต้องรับการส่งต่อของพื้นที่อื่นอีกด้วย ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ จึงมีเสียงโอดมาว่า “...การมี DCM จำนวนน้อย ภาระงานที่ทำการรอบจกรวาล เจ้าหน้าที่เปลี่ยนงานบ่อย^{3,1} ทำให้การคัดแยกทำได้ช้า และไม่ได้ครบ เพราะต้องทำกับคนชุมชนของตนเอง ทำกับผู้ป่วยใช้บริการที่ศูนย์ (walk in) และรับจากการส่งต่อ... และถ้าจะให้ทันกาลทันเวลาต้องการกำลังเสริม^{10,11} **ทั้งคนประจำและร่วมทำเฉพาะกิจ**

บางคลินิกผู้สูงอายุที่มีบริการผู้สูงอายุต่อเนื่อง เช่น กทม. รับบริการคัดแยก แบบส่งต่อมาจาก พื้นที่นำร่อง (ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 40, 48, 67) และทำการคัดแยกคนในพื้นที่ตนเอง แต่ด้วยนโยบายที่ไม่จำกัดสิทธิ์การรักษาที่เอื้อในเรื่องงบประมาณและการจัดการ ทำให้ภาระที่มากเกินไปจะจัดการได้ ดังนั้นการแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อให้มีกำลังเสริมเฉพาะกิจเรื่องการคัดแยก โดยอาจเรียกว่า **การคัดแยกรูปแบบลงแขก** ที่ต้องการการจัดการให้ผู้ที่มีความบกพร่อง มาช่วยการทำการคัดแยก แม้งานประจำที่ทำอยู่อาจไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง แต่เป็นการร่วมงานเฉพาะกิจ ที่กำหนดไว้ให้เห็นชัดเจนว่าจะดำเนินการช่วงไหน มีการวางแผน การจัดการไว้ และแจ้งแผนการร่วมงานเฉพาะกิจนี้ล่วงหน้าในทุกๆปีที่มีดำเนินการ เป็นทางออกที่ควรพิจารณา トラバタที่ยังต้องรอและต้องการเวลาพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้มีโครงสร้างที่จะรองรับงานทั้งหมดของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้มีการเสริมสร้างสมรรถนะการใช้เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุ หรือเครื่องมือ TGDS, MMSE และ MoCA ในโครงการต่าง ๆ มาเป็นเวลากว่า 10 ปี บุคลากรเหล่านี้มีในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เป็นต้นทุนที่ดีสำหรับการคัดแยกในโรงพยาบาล หรือจะขอความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่มีเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ มาร่วมคัดกรอง หรือมาร่วมการสร้างสมรรถนะใหม่ หรือทบทวนสมรรถนะเดิมที่มีอยู่ ย่อมมีความเป็นไปได้ ทั้งนี้อยู่ที่การจัดการ ประสานความร่วมมือ และค้นหาแหล่งประโยชน์ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ นโยบายที่สนับสนุนคนอาสาเฉพาะกิจเหล่านี้ทำงานด้วยความสะดวก อาทิ การมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านกำลังคนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเจ้าภาพที่ดำเนินการจะต้องมีปฏิทินหรือแผนการทำงานที่ชัดเจน อีกทั้งต้องมีการวางแผนจัดกำลังคนโดยรัดกุมเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะทำการคัดแยกในรอบปี แม้เรื่องสถานที่ทำการคัดแยกที่มีผลต่อการเดินทางเข้ารับบริการ ยังต้องพิจารณาความสะดวกต่อประชาชน เพื่อให้เข้าถึงระบบคัดแยกได้ และในด้านการเดินทางต้องการความร่วมมือกับท้องถิ่นในการพามาเข้ารับการแยกด้วย

เครื่องมือการคัดแยก การคัดแยกในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น กำหนดไว้ 3 เครื่องมือ คือ เครื่องมือ TGDS, MMSE และ MoCA มีการใช้เป็นลำดับขั้นตอนที่ต้องทำตาม ด้วยหลักวิชาการทำแบบทดสอบมาตรฐานเหล่านี้ ต้องขจัดสิ่งที่จะทำให้การคัดแยกไม่ได้คนตามเป้า คือ *ต้องคัดเอาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกก่อนด้วยเครื่องมือ TGDS* ถ้าผลปกติจะทำการคัดแยกด้วย เครื่องมือ MMSE ถ้าหากผล MMSE ผิดปกติจะกักไว้เป็นกลุ่มที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (R/O Dementia) ที่ต้องนัดหมายการเข้าการคัดกลุ่มตามแผนที่วางไว้ในขณะที่กลุ่มคนที่ MMSE ปกติจะถูกเครื่องมือ MoCA จำแนก ออกเป็นอีก 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือกลุ่ม *mild cognitive impairment: MCI* ตามเครื่องมือ และผู้สูงอายุที่มีแค่ความจำผิดปกติไปบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ใช่การรู้คิดที่ผิดปกติใดๆทั้งสิ้น กลุ่มสุดท้ายนี้เรียกว่า หลงมา (ปกติ) เท่านั้น และกลุ่มนี้จะถูกส่งไปรวมกับผู้สูงอายุที่ความจำปกติ เป็นกลุ่มที่จะให้การดูแลที่เรียกว่า การบริหารสมอง หรือ brain exercise

การอบรมการใช้เครื่องมือที่ทีมโค้ชซึ่งของฯเวชศาสตร์ ทำให้กับแกนนำในพื้นที่ และให้พื้นที่ทุกจังหวัดนำไปขยายต่อยังพื้นที่นำร่องนั้น พื้นที่ดำเนินการทุกพื้นที่ได้รับการโค้ชซึ่งจากแกนนำพื้นที่ แต่การดำเนินการในรูปแบบต่างกันบ้าง อาทิ เป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่ที่เข้าร่วม⁶ บางแห่งมีแผนงานและงบประมาณการถ่ายทอดการใช้เครื่องมือชัดเจน การโค้ชซึ่งโดยแกนนำตามอัธยาศัยนั้น บุคลากรที่รับผิดชอบแม้จะได้รับการอบรมมาแล้ว แต่การนำไปใช้จริงยังมีปัญหา ที่เด่นชัดมากชัดเจน คือ ยังต้องการหลักการ ทักษะและความชำนาญ อันมีผลทำให้การคัดแยกในพื้นที่บางแห่งมีความสับสนในลำดับการใช้เครื่องมือ เช่น แยกวันประเมินเครื่องมือออกเป็นหลาย ๆ วัน ที่แยกการประเมินและสถานที่ทำการประเมินด้วย¹¹ เช่น ประเมิน TGDS, MMSE ที่รพ.สต หรือ PCU แล้วไปประเมิน MoCA ที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำให้ สายการคัดแยก เปลี่ยนโฉมเป็นหลายขั้นตอน ยืดยาว ผิดเป้าหมายการใช้แบบประเมิน เช่น เครื่องมือ TGDS มีอายุความเชื่อถือประมาณ 2 สัปดาห์ ก่อนทำการประเมิน MMSE และ MoCA อันกระทบทรัพยากร และเวลา และกระทบผู้สูงอายุในเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่าย จนอาจทำให้มีกรณีสูญหายไม่เข้าคัดแยกได้ พื้นที่บางแห่งไม่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อน จึงไม่สามารถยืนยันการไม่มีภาวะซึมเศร้ารวมในกลุ่มที่ได้รับการคัดแยก ปัญหาเหล่านี้บอกทีมโค้ชซึ่งส่วนกลางกลางๆว่า มาตรการที่ว่า บุคลากรที่ต้องได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือด้วยการอบรมนั้นไม่เพียงพอ แต่ต้องทำให้รู้แจ้ง ในหลักการ กลวิธี การใช้ รวมทั้งต้องสร้างทักษะการใช้เครื่องมืออย่างเหมาะสมด้วย ซึ่งควรจะเป็นบทบาทของ SM/ DCM ในระบบการคัดแยก

เนื่องจากการคัดแยกในระยะของการพัฒนานั้น มีการดำเนินงาน 2 เส้นทาง คือ มาตามระบบคัดกรองของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร และมาตามการบริการที่มีให้ในคลินิกผู้สูงอายุ เรียกว่าการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องการรับการคัดแยก และwalk in เข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุ บางส่วนเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินการ บางส่วนเป็นพื้นที่อื่น ๆ ที่ได้ข่าวคราวการมีระบบ และสนใจจะเข้ารับบริการ ดังนั้นข้อมูลการคัดแยกผู้เข้ารับการคัดแยก จึงมีทั้งมาจากโครงการนี้ และอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ คือประชากรสูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง (ผลรวมผู้สูงอายุที่เข้าในโครงการ จึงเท่ากับผู้ที่มาจากการคัดกรองตั้งแต่ต้น รวมกับผู้ที่เข้ามาในขั้นตอนการคัดแยก) ซึ่งต้องการการจำแนกว่ามาจากระบบที่สร้าง กับ ระบบ walk in อย่างละเท่าใด ก่อนนำเข้าส่งระบบคัดกลุ่ม

การส่งต่อผู้สูงอายุผู้ผ่านระบบคัดแยกมี 2 เส้นทาง คือ ส่งผลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และผู้ปกติที่หลงมา กลับชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเส้นทางที่ 2 คือ ส่งเข้าคัดกลุ่มตามผังการคัดกลุ่มของพื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินการ ไม่ระบุแน่ชัดว่าใครรับผิดชอบการส่งต่อ มีขั้นตอนอย่างไร มีการส่งต่อข้อมูลอะไรบ้าง ส่งไปให้ใครที่ไหนอย่างไร แต่มีระบุกว้างๆ ว่าส่งให้คลินิกผู้สูงอายุดำเนินการ¹² จึงคาดว่าน่าจะเป็นบทบาทของ DCC

การส่งผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือ กลุ่มที่มี MMSE ผิดปกติ เข้ารับการคัดกลุ่มนั้น มีความจำเป็นเพราะแม้มีการทำทะเบียนแล้ว และส่งต่อหลากหลายวิธีการ อาทิเช่น ทาง google form^{4,8} “ผ่านระบบ Line”⁴ แต่ ยังมี “ผู้ที่หายจากทะเบียน”² และสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจ คือ **ต้องเป็นจำนวนของผู้ที่ต้องคัดกลุ่ม**

ทั้งหมดในพื้นที่ ที่ต้องลงทะเบียนไว้ แม้จะตั้งต้นที่ว่า “... ส่งเข้ารับบริการคัดกลุ่มตามความสมัครใจ”^{1,2} แต่ยังคงต้องการการบันทึกไว้ว่ากี่คนที่ปฏิเสธการคัดกลุ่ม และมีกี่คนที่เข้ารับการคัดกลุ่มได้ผลการคัดกลุ่มอย่างไร และส่งต่อการดูแลอย่างไร โดยใคร อย่างละกี่คน

การพัฒนาการส่งต่อ ให้ครอบคลุมระบุ นับตั้งแต่ จำนวน รายชื่อที่ส่งเข้าคัดกลุ่มที่จำแนกมาจาก ระบบหรือจากการ walk in แล้ว ข้อมูลประกอบการคัดกลุ่มที่มาหรือต้องการจากพื้นที่ จะนำส่งที่ไหน (ศูนย์กลางการประสานการรับส่งต่อ) รูปแบบหรือแนวปฏิบัติการประสานงานเป็นอย่างไร แม้แต่การให้ข้อมูล การต้องเข้ารับการคัดกลุ่มต่อไปอีกเป็นอย่างไร เช่น ให้ข้อมูลเรื่อง การคัดกลุ่มและผลประโยชน์ที่จะได้รับแล้ว แต่ปฏิเสธ รวมทั้ง การนัดหมายตลอดจนระยะเวลาที่จะคัดกลุ่มของผู้สูงอายุที่ประสงค์จะคัดกลุ่ม ก็เป็นสิ่งที่ต้องกำหนดไว้ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทันการณ์ ทันเวลาของรอบปี และมีหลักฐานข้อมูลชัดเจนทั้งผู้ร่วมและไม่ประสงค์จะเข้าร่วม รวมทั้งหน่วยงานที่จะเป็น

โดยภาพรวมแล้ว ระบบการคัดกรอง คัดแยก และ (ระบบการคัดกลุ่ม) ต้องการการพัฒนาการส่งต่อ ที่ก่อประโยชน์ สร้างความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันไว้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และที่น่าจะเป็นอย่างยิ่ง คือ ทำอย่างไร ให้การบันทึกไม่ซ้ำซ้อน และเป็นภาระมาก และเป็นสิ่งนำเข้าของระบบคัดกลุ่มที่จะทำในระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ ได้ดี และมีการเชื่อมต่อเป็นสิ่งนำเข้าที่ระดับปฐมภูมิที่ต้องรับไปดูแลต่อเนื่องได้โดยไม่ตกหล่นในชุดเดียวกัน

ผลลัพธ์ของการคัดแยก

จากตารางที่ 2.2; 2.3 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง จากพื้นที่ดำเนินการใน 13 จังหวัด พบมีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ต้องส่งเข้ารับการคัดแยก รวม 4,864 คน (หรือ 4,935 คน) คิดเป็นร้อยละ 69.67 (หรือร้อยละ 69.65) ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง โดยผลการคัดแยก พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่มปกติ 3,903 คน (หรือ 3,923 คน) คิดเป็นร้อยละ 80.24 (หรือ ร้อยละ 79.49); ผู้สูงอายุกลุ่ม MCI 1,817 คน (หรือ 1,839 คน) คิดเป็น ร้อยละ 37.36 (หรือ ร้อยละ 37.26) ; ผู้สูงอายุกลุ่มสงสัยว่าเป็น Dementia 1,557 คน (หรือ 1,503 คน) คิดเป็น ร้อยละ 32.01 (ร้อยละ 30.45) ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดแยกทั้งหมด ผลลัพธ์ของการมีระบบการคัดแยกช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการจำแนกเป็นสามกลุ่มเพื่อการคัดกลุ่มหรือการได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่ายังคงปกติ หรือมีปริมาณบกพร่องเล็กน้อย หรือมีภาวะสมองเสื่อม สมควรได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมต่อไป

กระบวนการพัฒนาระบบการคัดแยก พบว่าเป็น “**คอขวดที่ 1**” ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครบวงจรอย่างไร้อยู่ต่อในหลายพื้นที่ที่น่าร่อง ที่พบมีการรายงานข้อมูลการคัดกรองตามนโยบาย แต่ยังไม่มีการดำเนินการคัดแยก (คัดแล้วกอง) โดยเฉพาะพื้นที่ที่ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเนื่องจากบุคลากรมีภาระงานมากไม่สามารถทำการคัดแยกที่ต้องใช้เวลาได้ จึงต้องส่งต่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีคลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ ซึ่งมีพยาบาลด้านผู้สูงอายุ/พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ^{2,11,12} เป็นผู้สามารถทำการคัดแยกได้ หรือในบางโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวช (จิตแพทย์เป็นแกนนำการพัฒนาฯหรือเป็นแม่ข่าย)^{1,8,10} เป็นจุดรับการคัดกลุ่ม ในกรณีเช่นนี้ จะมีนักจิตวิทยาหรือพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวชหรือบุคลากรประจำคลินิกเป็นทีมรับดำเนินการคัดแยกและประสานการส่งคัดกลุ่มไปพร้อมกันได้ ดังนั้นจึงเป็นประเด็นในเชิงระบบว่าควรมีการทบทวนนโยบายหรือจัดทำแนวปฏิบัติโดยส่วนกลางหรือส่วนพื้นที่ อย่างไรเพื่อให้สามารถลดปัญหา “คอขวด” ให้สามารถดำเนินการคัดแยกได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ พร้อมกับมีความคุ้มค่าคุ้มทุนของระบบฯได้

3.2 กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม: คอขวดที่ 2 ของการพัฒนากระบวนการ

การคัดกลุ่ม เป็นระบบย่อยที่ 2 ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เป็นระบบที่สร้างขึ้นเพื่อการพิสูจน์ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (R/O Dementia) ที่ได้จากการคัดแยก หรือผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนจากเครื่องมือ MMSE/TMSE ผิดปกติ เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ ระบบการคัดกลุ่มนี้ประยุกต์การคัดกลุ่มในชุมชนของพื้นที่ M มาใช้ มี 3 รูปแบบ ที่เป็นทางเลือก ดังนี้ คือ

1) รูปแบบสภาลูกขุน เป็นระบบที่ดำเนินการเบ็ดเสร็จที่อาจนำใช้ทำการคัดกลุ่ม ระหว่าง รพ.สต./ศสม./ PCC ที่อยู่ในปฐมภูมิ กับ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (ชุมชน) และระดับตติยภูมิ(จังหวัด) เป็นการทำงานร่วมกันของทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากทุติยภูมิ แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน หรือประจำ PCC/ศสม./ รพ.สต. ทำหน้าที่วินิจฉัย โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือทุติยภูมิมาเป็นหลักในการวินิจฉัย พร้อมกับมี DCM และ DCC ระดับตำบลที่เป็นเจ้าของไข้ และระดับอำเภอ/จังหวัดที่เกี่ยวข้อง เป็นทีมร่วมให้ข้อมูลนำเข้าเพื่อการวินิจฉัย มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้ข้อมูลการดูแล

สภาลูกขุนดำเนินการได้ทั้งในพื้นที่ปฐมภูมิ และโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ชุมชน กรณีเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากตติยภูมิอาจจะต้องมาปฏิบัติงานในชุมชน การวินิจฉัยรูปแบบสภาลูกขุนนี้ ทำให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชนจริง ทำให้ลดภาระการนำส่งผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ ที่ไม่คุ้นชิน จนอาจมีการปฏิเสธการรักษา หรือไม่สามารถพาไปรักษาได้ และทำให้เกิดการเรียนรู้งานการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพ เกิดสายงานที่ประสานกันในระดับชุมชน ที่จะยังประโยชน์ในการพัฒนางานบริการที่ต้องการความร่วมมือจากแพทย์เฉพาะทางที่มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิ แต่การที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมาปฏิบัติงานในชุมชนด้วย อาจเป็นปัญหาเพราะภาระงานที่มาก ยิ่งหากไม่ได้รับการมอบหมายชัดเจนจะเกิดการติดขัดได้

การไม่มีรูปแบบการคัดกรองเชิงรุกแบบสภาลูกขุนมาก่อนในการทำงาน อาจต้องหาระบบสนับสนุนการทำงานรูปแบบนี้ใหม่ เช่น การให้มีแพทย์เฉพาะทางมาทำการวินิจฉัย ซึ่งพื้นที่ M ได้ แพทย์อาวุโส จิตอาสา มาช่วยในคัดกลุ่มรูปแบบนี้ที่โรงพยาบาลชุมชนจนเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดียิ่ง ดังนั้นสภาลูกขุนในระบบนี้ ยังต้องการพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่แต่ละแห่ง โดยคงหลักการคัดกลุ่มให้ใกล้บ้านใกล้ใจพื้นที่นั้นให้มากที่สุดหรือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้โดยลดขั้นตอน ผู้เกี่ยวข้องการดูแลได้เรียนรู้รับรู้ มีแผนการดูแลที่ทุกฝ่ายรับรู้ด้วยกัน ในการคัดกลุ่มจะประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่จะคัดกลุ่มและคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด แพทย์ทุกระดับบริการที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น DCM, DCC สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดกลุ่ม

นอกจากนี้ยังต้องการพัฒนาชุดข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สำคัญ เพื่อให้การคัดกลุ่มกระชับ ทำได้หลายคนในการทำสภาลูกขุน หนึ่งครั้ง (พื้นที่ M คัดกลุ่มได้ 4-5 คน ใน 4 ชั่วโมง และต้องการการประสานงานที่เป็นระบบ มีระบบรายงาน บันทึกผลการวินิจฉัยคำสั่งการรักษา การบันทึกส่งต่อที่ต้องกลับไปยังระดับปฐมภูมิ และที่ต้องการการพัฒนาหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงาน มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ในการส่งต่อ ทั้งรับเข้าและส่งกลับ เพื่อสร้างให้เป็น one stop clinic ที่ใกล้บ้านใกล้ใจ สายสั้นที่แท้จริง

2) รูปแบบการส่งต่อ จะส่งไปตามลำดับขั้น ตามแบบเดิมที่มีอยู่ของประเทศ การคัดกลุ่มจะส่งจากปฐมภูมิ ไปทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามเครือข่ายสายงานการรับผิดชอบสายสามภูมินี้ ถ้าเป็นปฐมภูมิของโรงพยาบาล ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ การส่งต่อนี้ ถือว่าเป็นสายตรงที่สั้น แต่ถ้าต้องผ่านถึงสามภูมิแล้ว ย่อมใช้เวลานาน โอกาสการเข้าถึงอย่างตลอดรอดฝั่งมีน้อย หรือมีการสูญเสียระหว่างทางย่อมมากขึ้น อีกทั้งต้องสร้างระบบส่งไม้ต่อกันที่เข้มแข็งเพื่อให้ไร้รอยต่อ และที่สำคัญ คือ ระบบยังไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพราะยังเข้าถึงได้ยาก

ในระหว่างดำเนินการสร้างระบบต้องประสบกับความขัดข้องในเรื่องแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เพราะต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท แพทย์ผู้สูงอายุ แพทย์อายุรกรรมและจิตแพทย์ เรียกว่าพบกับ **คอขวดที่ 2 ของระบบ** ที่ต้องจัดการเพื่อความลื่นไหลของระบบ ทีมโค้ชจึงต้องสืบเสาะแสวงหาทั้งข้อมูลแพทย์ที่คัดกลุ่มได้ ประสานงานเรียนปรึกษาหาทางร่วมกันกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การได้พบปะพูดคุยกัน แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง ล้วนแสดงความเต็มใจในการที่จะเข้าร่วมเพื่อสร้างระบบที่ดีและเพื่อการเข้าถึงของประชาชน^{4,9,13} แต่ทุกคนต่างรอรูปแบบการประสานที่ทางพื้นที่จะวางรูปแบบมา

ข้อมูลสำคัญที่ทำให้คอขวดจะกว้างขึ้น คือ โรงพยาบาลทุติยภูมิในพื้นที่นำร่องหลายแห่ง มีแพทย์เฉพาะทางที่ทำการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น จิตแพทย์^{1,2,4} มาประจำการ ซึ่งเห็นช่องทาง การส่งต่อที่ไม่ยืดเยื้อนัก คือสิ้นสุดที่ โรงพยาบาลทุติยภูมิ เป็นสายตรงอีกรูปแบบหนึ่งได้ แต่ความจำกัดของอุปกรณ์การวินิจฉัย อาทิ เครื่อง CT scan อาจทำให้สายไม่สั้นจริง แต่ก็ยังดีกว่าที่จะต้องส่งตติยภูมิทั้งหมดทุกกรณี

การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามารับผิดชอบครอบครัวในชุมชน และเป็นหลักในการบำบัดรักษา ใน PCC, PCU, ศสม. รพ.สต. เกือบจะทั่วถึงทุกแห่งของสถานบริการในชุมชน ทำให้มีบุคลากรเข้ามาช่วยการคัดกลุ่ม อย่างน้อย 2 กลุ่ม ที่ความรับผิดชอบและบทบาทต่างกัน แต่ต้องประสานงานกันและดำเนินการตามบทบาทที่พึงจะเป็น

ทีมโค้ชจึงจึงปรึกษากับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จัดทำร่าง การวินิจฉัยไว้เป็น 2 ระดับ ตามบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และการมีแพทย์เฉพาะทางที่จะทำการวินิจฉัยได้ คือ ระดับ **primary diagnosis** และระดับ **confirm diagnosis**

1. Primary diagnosis แพทย์ที่รับผิดชอบ คือ **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine)** ที่ในประจำ PCC, PCU, ศสม. รพ.สต. (รวมทั้ง คลินิกผู้สูงอายุ ถ้ามี) ทำการประเมินซึ่งอาจทำเองหรือร่วมกับทีมที่บ้านผู้สูงอายุ หรือในหน่วยงานตามสถานการณ์ ถือเป็น **หมอที่ 3** ที่ให้การดูแลในชุมชน หมอนี้จะจำแนกว่า 1) มีอาการเกิดฉับพลัน อันอาจจะเป็นปัญหาที่ต้องวินิจฉัยด่วน (fast track) หรือไม่ 2) ค้นหา reversible

dementia โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) พิจารณาความเข้าได้กับเกณฑ์การที่จะวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ DSM-V 4) มี BPSD ที่ต้องส่งทางด่วน (fast track) จิตแพทย์บำบัดรักษาก่อน

กรณีที่เข้าเกณฑ์อาจเป็นสมองเสื่อม จะมีการเตรียมข้อมูลนำเข้าของผู้สูงอายุที่คาดว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม โดยการซักประวัติสุขภาพ สังคมเศรษฐกิจ รวมทั้งผู้ดูแล และเป้าหมายที่ต้องการของครอบครัว ทำการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น อาจใช้ เครื่องมือ วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (AIT) ประกอบเพื่อประมวลข้อมูลกระชับขึ้นในแผ่นเดียว (one page) ประสานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามสายงาน ทำการวินิจฉัยขั้นที่ 2 ที่เรียกว่า confirm diagnosis ต่อไป

2. Confirm diagnosis แพทย์ที่รับผิดชอบ คือ **แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทาง** ที่อยู่ในโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิในเครือข่าย ซึ่งจะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางจิตประสาท (standard neuro-psychological testing) การตรวจทางรังสีวิทยา และให้การวินิจฉัยบำบัดรักษาตามแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ระยะเวลาและวิธีการส่ง confirm diagnosis ตลอดจนสถานที่ที่อาจทำที่คลินิกผู้สูงอายุ² หรือในคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกจิตเวช^{1,10} คลินิกอายุรกรรมประสาท เป็นต้น เช่น นั้น ตามสถานการณ์และการตกลงร่วมกัน

แพทย์ที่ทำ confirm diagnosis ในการพัฒนาระบบครั้งนี้ มี อายุรแพทย์^{8,9} แพทย์อายุรกรรมประสาท^{4,13} แพทย์จิตเวช^{1,6,10} สำหรับสถานที่ทำ confirm diagnosis อาจทำที่คลินิกผู้สูงอายุ^{2,3,4,9,11} หรือในคลินิกนอกแผนกจิตเวช^{1,6,10} หรืออายุรกรรมของโรงพยาบาล^{4,7} โดย รพ.สต. ส่งเข้าพบแพทย์ตามวันเวลา ตารางที่แพทย์ผู้นั้นนัดตรวจ สามารถนัดตรวจได้ประมาณ สัปดาห์ละ 3-5 คน เท่านั้น

3) รูปแบบการคัดกลุ่มทางไกล (Tele-consultation)

การส่งต่อเพื่อการคัดกลุ่มในระยะแรก ค่อนข้างติดขัด เพราะไม่ได้มีนโยบายหรือเส้นทางชัดเจน อีกทั้งไม่มีการประสานกันให้ชัดเจน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลจังหวัดหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า “ได้คนที่สงสัยว่าจะเป็นสมองเสื่อมแล้ว แต่ยังวินิจฉัยไม่ได้ ไม่รู้จะประสานไปทางไหน และไม่รับทราบที่จะทำ”¹¹ เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยกระชับรวดเร็วขึ้น ประเด็นขยับต่อไม่ได้ ทางทีมโค้ชจึงต้องแสวงหารูปแบบการคัดกลุ่ม โดยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมหลายๆหน่วยงาน ได้**รูปแบบการคัดกลุ่มทางไกล (โดยทีมส่วนกลาง)** เพื่อนำร่องการวินิจฉัยรูปแบบทางเลือกใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 โดยมี 1) ทีมงานสถาบันเวชศาสตร์ฯ เป็น จุดเชื่อมประสานส่วนกลาง 2) ทีมผู้ขอคำปรึกษาจากพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ในพื้นที่ส่งข้อมูลนำเข้าของกรณีศึกษาเพื่อการนัดหมายขอคำปรึกษาล่วงหน้า มีเอกสารที่ต้องการตามที่กำหนดในแนวปฏิบัติ และทีมงานส่วนกลางประสานนัดหมาย 3) ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการนัดหมายวัน-เวลาให้คำปรึกษาแนะนำประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลรามาธิบดี ด้านประสาทสมองจากสถาบันประสาท ด้านจิตเวชจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลพระมงกุฎ รวมถึงแพทย์จากสถาบันเวชศาสตร์ฯ กรรมการแพทย์ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ 4) ทีมพื้นที่เครือข่ายร่วม

พัฒนาระบบฯ สามารถสมัครเข้าร่วมเรียนรู้การให้คำปรึกษาเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ ในวันให้คำปรึกษา มีการดำเนินการผ่านระบบทางไกลขณะทำการปรึกษา มีการเตรียมทั้งผู้สูงอายุที่นำปรึกษาและผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อการวินิจฉัยอย่างรอบด้านแบบองค์รวม และเสนอแนะแนวทางการส่งตรวจ แนวทางการบำบัดรักษาและมีการสรุปผลการปรึกษาให้ด้วย เรียก รูปแบบการวินิจฉัย นี้ว่า การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ทาง teleconsultation ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะช่วยยืนยันการวินิจฉัย ระบุระยะของสมองเสื่อม สิ่งที่ต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อการ rule out การส่งต่อเพื่อการรักษาเพิ่มเติม การให้คำแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่อง พร้อมทั้งแผนการดูแลที่สำคัญ ก่อให้เกิดผลดีเยี่ยมทั้งด้านการสร้างศักยภาพบุคลากร เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งการวินิจฉัยสมองเสื่อม การบำบัดรักษา และมีความเป็นองค์รวมในการดูแล และได้มีการวินิจฉัยต่อเนื่องมาอีกหลายกรณี และมีการพัฒนาต่อเนื่อง โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ มีคณะกรรมการของ teleconsultation และแนวทางดำเนินการเป็นการเฉพาะ เพื่อให้เป็นศูนย์กลางประสานระหว่างผู้ขอคำปรึกษาจากพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญส่วนกลาง อีกทั้งยังเปิดให้พื้นที่เครือข่ายมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 มีการดำเนินการรวม 7 ครั้ง จำนวน 12 กรณีศึกษา (ภาคผนวกที่ 1.3)

การทำ teleconsultation กับส่วนกลาง แม้จะได้แนวทางในการดำเนินการที่ดี แต่มีประเด็นปัญหาใหม่ “จะเอาข้อเสนอแนะที่ได้ ไปประสานกับใคร เพื่อให้เกิดการดำเนินการต่อได้ เพราะข้อเสนอแนะ เป็นจากระบบอื่น ที่ไม่อยู่ในสายงานของระบบของโรงพยาบาล... และในสายงานของตนเองก็ไม่สามารถทำการตรวจวินิจฉัยบางอย่างได้... หรือปรึกษาใครไปแล้ว จะมีผลกระทบอะไรอย่างไรหรือไม่”¹¹ ทีมโค้ชจึงจึงหาทางออกเบื้องต้นให้ว่า “... เป็นเพียงข้อเสนอแนะเรียนเพื่อพิจารณาเท่านั้น...ไม่ใช่คำสั่งการรักษา” จึงเป็นที่มาของโจทย์ใหม่ว่า การพัฒนาระบบการทำ Telemedicine กับส่วนกลาง สิ่งจำเป็น คือ ต้องพัฒนาต่ออีกจนทำให้เป็นที่ยอมรับผลการวินิจฉัย และนำไปปฏิบัติต่อได้ โดยไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยาก และกระทบระบบของโรงพยาบาลที่มีอยู่” ซึ่งถ้าพัฒนาให้เข้ากับระบบการรักษาทางไกลที่มีอยู่หรือเป็นระบบใหม่ที่สามารถรักษาได้ทุกที่ได้ จะเป็นบริการทางเลือกหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้เข้าถึงการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งจากส่วนกลางหรือจากโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ ในพื้นที่ ทำให้ลดปัญหาคอขวดของระบบการคัดกลุ่มในพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตามที่เกิดผลดียิ่งคือเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างเสริมสมรรถนะให้บุคลากรมีความมั่นใจในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี

การคัดกลุ่มโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เรียกว่า primary diagnosis นี้ เป็นที่ยอมรับและมีการวางแผนพัฒนาให้ต่อเนื่องได้กับการ confirm diagnosis^{3,4,9,10,11} และยังก่อประโยชน์ ในกรณีที่พื้นที่เห็นว่าการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้นอาจใช้เวลา จึงให้การดูแลเบื้องต้นก่อน โดย “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยร่วมกับ DCM ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นที่ สสม.³ หรือ ทำ Primary Dx^{3,4,9,11} วินิจฉัยว่า R/O dementia ขณะที่รอส่งต่อเข้ารับการ confirm diagnosis จะให้การดูแลประคับประคองตามอาการ และสร้างความเข้าใจกับญาติและผู้ดูแล⁴ หรือ การบริหารการฝึกสมองด้วย⁹ ซึ่งการดูแลเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการคัดกลุ่มด้วย

เหตุผลนานับประการ ไม่ถูกทอดทิ้ง และบางพื้นที่ประยุกต์ต่อยอดการวินิจฉัย เข้ากับงานประจำของตนเอง สร้างระบบเฉพาะของตน คือ ปรับระบบให้จุดสำคัญอยู่ที่ การดูแล ที่มีเหตุผลว่าต้องการดูแลให้คงสมรรถภาพ สมองมากที่สุด โดยยังคงการคัดกรอง คัดแยกไว้ ส่วนคัดกลุ่มจะส่งต่อตามระบบเดิม แต่เริ่มให้การดูแลโดยไม่ต้องรอการคัดกลุ่ม⁹

ในการลงพื้นที่ของทีมโค้ชซึ่ง เพื่อร่วมพัฒนาการคัดกลุ่ม เห็นรูปแบบการส่งต่อ ในพื้นที่ทั้งที่มีและ ไม่มี คลินิกผู้สูงอายุ ทำให้เห็นความสำคัญและจำเป็นในการประสานงานการคัดกลุ่มที่ต้องมีคลินิกผู้สูงอายุในการทำ หน้าที่เป็น DCC ทั้งในการคัดกลุ่มแบบสภากาชาด ที่ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อ หรือแบบสภากาชาดที่ใช้ teleconsultation กับผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง หรือผู้กับเชี่ยวชาญในพื้นที่ของตน และเห็นว่า ความต่อเนื่อง ของระบบจะไปได้โดยสะดวกเร็วยิ่งขึ้น ถ้ามีการประสานงานทั้งแนวราบ (ประสานภายในโรงพยาบาล ของตน) และแนวดิ่ง (ประสานสามภูมิ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ หรือตติยภูมิ) ถ้าหากมีหน่วยงาน (คลินิกผู้สูงอายุ) ที่รับผิดชอบหน้าที่นี้อย่างชัดเจน จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นได้

การดำเนินการคัดกลุ่มในพื้นที่ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการคัดกลุ่มที่พื้นที่มีความพร้อม และประสงค์จะสร้าง ให้เกิดขึ้น และขึ้นกับการแสวงหาเครือข่ายทีมการวินิจฉัยของพื้นที่ ตลอดจนสัมพันธ์ภาพ และทรัพยากรในพื้นที่ ด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด ดูจะพึงพอใจในการคัดกลุ่มแบบส่งต่อ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มี จิตแพทย์เป็นผู้จัดการระบบ (SM)^{1,10} อยู่แล้ว สามารถจะรับส่งต่อจากแพทย์ในปฐมภูมิโดยตรงทั้งแบบเร่งด่วน/ หรือกรณีฉุกเฉินและส่งต่อแบบปกติและยังเป็นจุดเชื่อมประสานกับแพทย์เฉพาะทางอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้โดยตรง ในพื้นที่อื่นๆที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะที่มีคลินิกผู้สูงอายุ มักจะเป็นสถานที่ใช้คัดกลุ่มเชิงรุกโดย เป็นผู้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นพร้อมทั้งเป็นผู้ประสานการส่งต่อเพื่อการยืนยันการวินิจฉัยด้วย⁹ แม้บางแห่งสนใจที่จะพัฒนารูปแบบวินิจฉัยแบบสภากาชาดโดยทีมคลินิกผู้สูงอายุ¹³ เพื่อให้การวินิจฉัย ณ จุดเดียว (one stop) เพื่อ ขจัดการเข้าไม่ถึงการวินิจฉัย และเพื่อสร้างทีมเรียนรู้งานสมองเสื่อมไปด้วย แต่เนื่องจากขั้นตอนการคัดแยก ดำเนินการได้น้อย และช้านานมาก อีกทั้งจำนวนผู้สูงอายุไม่พอต่อการนำเข้าสู่สภากาชาดตามที่ตั้งใจ จึงเปลี่ยนไป ใช้รูปแบบการดำเนินการเป็น **การส่งต่อ** เพื่อให้ระบบดำเนินต่อเนื่องไปได้ บางพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง หรือหาทิศทางประสานยังไม่ได้ จึงเลือกเข้าร่วม telemedicine กับส่วนกลางเพื่อการเรียนรู้และนำร่องไปก่อน ^{3,4,9} พร้อมวางแผนคัดกลุ่มแบบสภากาชาด หรือแบบ telemedicine กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเครือข่าย (รพ.ตติย ภูมิ/ตติยภูมิ) ของตนเอง³

แนวทางปฏิบัติ การส่งต่อเข้าคัดกลุ่ม มีการพัฒนาใช้ในพื้นที่ อาทิ “... มีผังไหลการส่งต่อที่เชื่อมระหว่าง PCU, รพ.สต. ถึงในคลินิก และเชื่อมต่อถึงการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล มีการนัดหมายให้พบ specialist ล่วงหน้า”¹⁰ “ระบบ ใช้ one stop service (diagnosis) โดยจัดส่ง เข้าคัดกลุ่มตามตารางการออกตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้น”² แต่การวินิจฉัยล่าช้ามี “เคส”หายจากทะเบียนส่งต่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีม วินิจฉัยส่งต่อเข้าร่วมไม่ได้” ที่สุดจึงต้องทำ primary diagnosis ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบ Tele-Medicine”² อย่างไรก็ตาม ระบบคัดกลุ่มยังต้องการพัฒนา ให้ได้สิ่งที่ต้องการในระบบ คือ ดำเนินการได้จริง มีผู้รับผิดชอบทำ

การคัดกลุ่ม มีผู้ประสานงาน มีการจัดการรับ/ ส่งต่อข้อมูล ที่การดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องชัดเจนเป็นที่รับรู้โดยถ้วนกัน อีกทั้งต้องต่อเนื่องอย่างสะดวก ทันเวลา หรือไร้รอยต่อจากปฐมภูมิไปติดยภูมิ/ตติยภูมิ และตรงประสงค์ความต้องการที่พื้นที่ต้องการ ดังนั้นจำเป็นที่ต้องมีการถอดบทเรียนและสร้างทางเลือกที่หลากหลายให้พื้นที่เลือกประยุกต์ใช้

นอกจากนี้ในการคัดกลุ่มยังรวมถึงการรายงานหรือการบันทึก การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม คำสั่งการรักษา เช่น โดยการไม่ใช้ยา และโดยการใช่ยา รวมถึง การออกไปรับรองผู้พิการและติดตามการเข้าถึงสิทธิด้วย และแม้แต่การดูแลต่อเนื่องที่ต้องการให้พื้นที่ในชุมชนดำเนินการด้วย นั้นหมายถึงระบบการส่งต่อ กลับชุมชน รวมทั้งรูปแบบการประสานงานตลอดการดูแลด้วย ในการลงพื้นที่พบการใช้ฐานข้อมูล เช่น LTC² และ COC^{1,4} ในการส่งต่อซึ่งอาจต้องมีการเสริมปรับให้ครอบคลุมการดูแลมากขึ้น และที่จำเป็นในระยะที่กำลังพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มสมองเสื่อมนี้ อาจต้องมี intermediated care รองรับก่อนส่งเข้าการดูแลระยะยาวต่อไป

ผลลัพธ์การคัดกลุ่ม

ภาพรวมของ ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ในพื้นที่นาร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย (ตารางที่ 2.2; 2.3) พบมีผลลัพธ์ของการดำเนินการ *คัดกลุ่ม* คือ มีผู้สูงอายุกลุ่มสงสัยว่าเป็น Dementia ได้รับการคัดกลุ่ม จำนวน 259 คน (หรือ 490 คน) คิดเป็น ร้อยละ 16.63 (หรือร้อยละ 32.60) ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการคัดแยก ซึ่งมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia จำนวน 134 คน (หรือ 153 คน) คิดเป็นร้อยละ 51.74 (หรือ ร้อยละ 32.60) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความพยายามในการพัฒนาระบบการคัดกลุ่มของพื้นที่ ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาคอขวดของระบบการคัดกลุ่มที่มีอยู่ได้ ซึ่งยังต้องการการพัฒนาารูปแบบการคัดกลุ่มแบบต่างๆอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

การจัดการระบบคัดกรอง คัดแยกและคัดกลุ่ม ทำให้มี ผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มความจำปกติ กลุ่มปริชาน/ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม (จากทุกสาเหตุ/ โรค) ทุกระดับความรุนแรง เป็นจำนวนของผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งย่อมสัมพันธ์และเป็นอันเดียวกับจำนวนผู้สูงอายุที่ทำการคัดกรองนั่นเอง

แม้เป้าหมายรวมของการดูแลในระบบการดูแลต่อเนื่องนี้ คือ เพื่อ **คงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว/ ชุมชน** แต่ความที่แต่ละกลุ่มมีสมรรถนะสมองที่แตกต่างกัน แม้ทางการดูแลสุขภาพกายจะเป็นองค์รวมเหมือนกัน แต่จุดเน้นในการดูแลด้านสมองจะแตกต่าง ซึ่ง**ความครอบคลุม**ของการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่มิได้ชิงขอความร่วมมือให้มีการดูแลครอบคลุมร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มอีก 2 กลุ่มที่เหลือนั้นให้เป็นไปตามศักยภาพของพื้นที่ที่จะมีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ

ดังนั้นจำนวนคนในแต่ละกลุ่มจึง เป็นข้อมูลนำเข้าของการจัดการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม อันหมายถึง ผู้รับผิดชอบหลัก/ ร่วมในการจัดการดูแล จำนวนผู้ให้การดูแลที่ต้องใช้ จำนวนครั้งที่ต้องดำเนินการให้ครอบครัวผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มตามเป้าหมายที่ต้องการ และรวมความถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ย่อมเป็นไปบริบทเดิมที่มีอยู่และความมุ่งมั่นที่จะสร้างให้มีระบบนี้

การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม นอกจากการกำหนด *ความครอบคลุม*ที่ต้องการ จำเป็นต้องสร้างแนวทางการประสานงาน แนวทางการดำเนินการ และแนวทางการติดตามประเมินผลกับแนวร่วมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งกลวิธีที่ใช้ในการแสวงหาแนวร่วม คือ *การคืนข้อมูลให้ชุมชน* หรือ คณะกรรมการที่สำคัญในชุมชน ที่เด่นชัด คือ *คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)* และต้องลงสู่ชุมชนจริงเพื่อให้ได้แนวร่วมไตรภาคีที่แท้จริงในการดำเนินงาน

การดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ดังนี้

1) การดูแลต่อเนื่อง: *กลุ่มความจำปกติ* ต้องให้การดูแลแบบสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากทุกคนเสี่ยงที่จะความเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้อง เรียนรู้และฝึกฝนการทำหน้าที่ของสมองที่เรียกว่า “*การบริหารสมอง (brain exercise)*” ที่จะช่วยชะลอความเสื่อม สร้างเสริมและเพิ่มการจำ โดยความจริงแล้ว ต้องทำอย่างสม่ำเสมอด้วยการตระหนักรู้ของตนเอง แต่การมีเจ้าภาพชัดเจนนำการดูแล น่าจะช่วยให้มีการบริหารสมองมีเป้าหมาย และความครอบคลุม ยังประโยชน์ได้มากขึ้น ทีมสุขภาพต้องประสานงานหลังการคัดแยกจะต้องส่ง จำนวน (พร้อมรายชื่อ) กลุ่มความจำปกติ ทั้งหมดที่ต้องสร้างเสริมสุขภาพ กลับไปยังแต่ละตำบลแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อจัดการดูแล โดยเจ้าภาพนั้น อาจเป็นชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มต่างๆ ที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ และมีผู้นำโดยธรรมชาติอยู่แล้วทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของกลุ่มต่าง ๆ ชุมชนของพื้นที่ และนี่คือการให้สัมปทานแก่ชุมชนในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ทุกจังหวัดที่เป็นพื้นที่ 13 จังหวัดนาร่อง มีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ในความเข้มข้น และรูปแบบแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จัดกิจกรรมที่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ แต่บางพื้นที่ไม่มีรายละเอียดว่า ประสานสัมปทานให้เจ้าภาพอย่างไร เป็นผู้สูงอายุที่มาจากการคัดกรองตามระบบหรือไม่ จำนวนเท่าไรตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ จัดกิจกรรมอย่างไร ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในภาพรวมอย่างไร คือ เป็นเพียงกิจกรรมตามธรรมชาติของชุมชน อาทิ “กิจกรรมเคลื่อนไหวป้องกันสมองเสื่อม” ของตำบลตะลุง รพ.สต.ตะลุง: ศสม. ท่าศาลา/ รพ.สต. ท่าศาลา) จังหวัดลพบุรี และ “เกมส์คอมพิวเตอร์ กิจกรรมศิลปะบำบัด โดยนักศิลปะบำบัด ส่งเสริมด้านอาชีพ การทอผ้าซาโอรีเปเปอร์มา” ของสถานสงเคราะห์คนชราร้านลพบุรี ที่ทำกิจกรรมอยู่แล้ว และพบมีส่วนดีที่เกิดขึ้น คือ บางพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรม *การบริหารสมอง* แบบพหุวัฒนธรรมประจำถิ่น ที่น่าสนใจเข้าได้กับวัฒนธรรมของชุมชนของตน ก่อให้เกิดการนำใช้อย่างกว้างขวาง เช่น “*ตำบลดอนฉิมพลี* อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา...มี กิจกรรมลิเกฮูลู-เข้าจังหวะ (ขึ้นนิ้วสลับมือซ้ายขวา แต่งโมลูกใหญ่ผ่าครึ่ง ทำประกอบเพลงดอกไม้บาน กรรไกร ไข่ ผ้าไหม) และตำบลหมอนทอง มี ชมรมดอกลำดวน (ชมรมผู้สูงอายุ) ดารุสคอยรีด และ

กิจกรรม ผ้าขาวม้าบำบัด คนตรีบำบัด Brain gym ภาษาอาหรับพาเพลิน/ออกกำลังกาย Oh Oh my love” และจังหวัดสิงห์บุรี “ตำบลบางขนาก...มีรำกลองยาวในผู้สูงอายุ อังกฤษประกอบเพลง” “ตำบลสิงห์ทอง มีกะลาียดเหี้ยดประกอบเพลง” เป็นต้น ซึ่งสามารถต่อยอดด้านวิชาการอธิบายการพัฒนาสมรรถนะสมองในมิติต่างๆเพื่อการติดตามผลการพัฒนาสมรรถนะสมองต่อไปได้

2) การดูแลต่อเนื่อง: *กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)* ที่ได้จากการประเมิน (และ/หรือการวินิจฉัย) ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพที่เหลือไว้ให้นานที่สุด หรือเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลทางวิชาการบอกว่า ในทุกปี คนกลุ่มนี้ ร้อยละ 10 จะขยับเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลคนกลุ่มนี้ใช้ “*การฝึกสมอง (brain training)*” ที่ต้องร่วมด้วยช่วยกัน โดยบุคลากรสหวิชาชีพเครือข่าย ไตรภาคี มีการจัดบริการทั้งในคลินิกและในชุมชน อย่างเป็นระบบหรือขั้นตอนที่ชัดเจน มี *ภาคีหลัก* ในการดำเนินการ คือ บุคลากรทีมสุขภาพเพราะในการจัดการดูแลต้องอาศัยความเข้าใจในเรื่องการทำหน้าที่สมองและพฤติกรรมที่เกิดจากการทำหน้าที่สมองแปรเปลี่ยน การกระตุ้นสมองที่จะให้มีการชะลอความเสื่อมที่ รวมทั้งการติดตาม กระตุ้นเตือน และประเมินผลที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพด้วย *ทีมภาคีร่วม* ในการจัดการฝึกสมอง คือ บุคลากรทีมสังคม ท้องถิ่นและชุมชน ที่น่าจะเป็นเจ้าภาพได้ดี คือ ท้องถิ่น ที่ทางทีมสุขภาพต้องส่งจำนวน (รายชื่อ) แจ้งให้ทราบเพื่อจัดการดูแลตามความครอบคลุมที่ตั้งไว้ และทีมพื้นที่ทั้งหมดมีแกนนำที่ได้เรียนรู้วิธีการจากการฝึกสร้างสมรรถนะการดูแลแล้ว เพียงแต่การประสานรวมกลุ่มจัดทีมฝึกต่อเนื่อง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง (MCI) ทุกจังหวัดมีการวางแผนที่จะดำเนินการ ที่ใช้ โปรแกรม TEAM V มีอย่างน้อย 7 จังหวัด^{1,2,3,4,9,10,11,12} ดำเนินการ (ตารางที่ 2.1 และ 2.2) โดยทีมสุขภาพใน ศสม.หรือคลินิกผู้สูงอายุ¹⁰ หรือโดยคลินิกความจำ^{10,12} มีการรายงานจำนวนคนที่เข้าร่วมแต่ไม่มีรายงานระบบบันทึกและจำนวนคนที่เข้าร่วมที่ทำครบ 6 ครั้ง ในบางพื้นที่มีการทบทวน การประเมินผลลัพธ์หลังฝึก 6 เดือน ที่ใช้ MMSE และ MoCA มี 2 พื้นที่^{1,2} คือ PCC น้ำซึม จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดหนองบัวลำภู (ภาคผนวกที่ 1.3) ผลลัพธ์คือ คะแนนประเมินไม่แตกต่างจากก่อนทำการฝึก แต่สอบถามญาติ ผู้รับการฝึกจากการ มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ทั้งครอบครัว อสม ประธานชุมชนพึงพอใจในกิจกรรม และ ความตั้งใจที่จะมี “..การทำ TEAM V mobile โดย รพ.แม่ข่าย กับพื้นที่”² แต่การรายงานผลการดำเนินงาน และกระบวนการดำเนินงานยังต้องการเพิ่มประสิทธิภาพ ตั้งแต่ ที่มีความเข้าใจว่า “brain exercise กับ brain training คือสิ่งเดียวกัน” ของบางพื้นที่⁵ จึงประยุกต์กิจกรรม ดำเนินการโดยไม่ได้คำนึงถึงหลักการของการทำ brain training “บุคลากรในศูนย์ไม่เพียงพอต่อการทำ TEAM V” “การจัดกลุ่มที่สมรรถนะสมองแตกต่างกันมากเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมกลุ่ม”^{9,11} ครอบครัวมาร่วมกิจกรรมด้วยไม่ได้...ผู้สูงอายุเดินทางเข้าร่วมลำบาก... บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องรับส่งเอง⁹ ซึ่งจะมีผลต่อการฝึกอย่างต่อเนื่อง หรือ “มีวิธีการขั้นตอนที่ยาวนาน ต้องการอุปกรณ์เฉพาะและสื่อที่ดี และที่ต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่” หรือ มี “คนหายไประหว่างดำเนินการกลุ่ม จาก 7 คน เหลือ 3 คน”¹⁰ ทั้งหมดสะท้อนว่า ทีมโค้ชซึ่งต้องถ่ายทอดสมรรถนะการฝึกสมองที่รัดกุม ตรงหลักการ หรือหากการบำบัดที่ไม่ซับซ้อน สบายคนไทย และตรงประเด็นเน้นผลจริง เพื่อการนำใช้มากขึ้น ทั้งนี้ต้องใช้การศึกษาวิจัยประกอบด้วย ในระยะ

ของการพัฒนานวัตกรรม ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมที่สุด คือ การทำ brain training ต้องมี DCM รับผิดชอบด้านหลักการ หรือด้านวิชาการของการฝึกสมอง แม้โครงการหรือเจ้าภาพจะเป็นภาคสังคม และต้องมีระบบบันทึก/ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่ตรงเป้าไว้ด้วย

3) การดูแลต่อเนื่อง: กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นเป็นการดูแลทั้งทางสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับและปกป้องการด้อยค่า การทารุณกรรม เป็นการดูแลที่เรียกว่า**องค์รวม** โดยมีผู้ดูแลหลัก คือ ครอบครัว มีชุมชนเป็นผู้เกื้อหนุนสนับสนุน **การดูแลภาวะสมอง (brain care)** ต้องด้วยความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพร้อมไปกับภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายอย่างน้อย คือ ให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างเหมาะสมตามสภาพในขณะนั้นได้ โดยไม่เป็นภาระเกินหรือไม่เกิดการละเลยทอดทิ้ง โดยมีทั้งการดูแลระยะกลาง (intermediated care) เชื่อมต่อการดูแลระยะยาวในระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรต่อไป

การดูแลระยะกลาง (intermediated care) ในระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) นั้นกำหนดร่างไว้ว่า ควรมีกระบวนการประเมินสุขภาพองค์รวมโดยร่วมกันของไตรภาคี มีการวินิจฉัยความต้องการดูแลทุกมิติของผู้สูงอายุ คือ กาย สมอง จิต สังคม เศรษฐกิจ สิทธิที่พึงได้ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่พึงมี รับรู้และมอบหมายการตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของไตรภาคี มีการติดตามประเมินผลและรายงานที่ชัดเจน หรือให้พัฒนาเป็นระบบที่ดำเนินการร่วมกัน ประสานกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ที่น่าจะเข้าได้กับการมี**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/หรือระดับตำบล** ที่เข้มแข็ง สำหรับทีมสุขภาพ DCM จะเป็นผู้จัดทำ “แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (dementia care plan)” มี อสม./ ผู้ช่วยเหลือดูแล ร่วมกับครอบครัว เป็นทัพหน้าในการดูแล

ทีมโค้ชซึ่งต้องการประเด็นการดูแลที่ชัดเจนจากการดำเนินการของพื้นที่ เพื่อต่อยอดพัฒนาให้เกิดการดูแลที่ควรมีในการดูแลระยะกลาง ที่สามารถผนวกไว้กับการดูแลในศูนย์การดูแลกลางวัน (day care) ทั้งในคลินิกและในชุมชน ที่ถูกกำหนดให้พัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลในชุมชนตนเอง หรือ การได้รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลของเจ้าหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อสร้าง dementia on top of long term care) ที่สามารถตอบโจทย์การดูแลที่เฉพาะเจาะจงได้

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้แนวทางเดิม คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการดูแลโดยส่งเข้าระบบการดูแลระยะยาว^{2,3,4,6,8} โดยมักไม่ได้มีการดูแลเฉพาะหรือการดูแลระยะกลาง (intermediated care) หรือการดูแลระยะยาวที่เฉพาะกับภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น แต่มีเพียงการวางแผนจะดำเนินการ โดย “ใช้ระบบการส่งต่อของ COC ที่มีอยู่ บันทึกการส่งกลับและดูแลรักษาต่อ ... ทีมสหวิชาชีพ^{1,4} ทีมคลินิกหมอครอบครัว (Family care team: ทีม 3 หมอ² มี การดูแลแบบ Home ward³ มีการประเมินปัญหาความต้องการ และวางแผนการดูแล ใช้การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือ การกำกับ ติดตามผ่านโปรแกรม 3 C (3 C หรือ Care manager, Care plan, Care giver) และผลการเยี่ยมคุณภาพในโปรแกรม LTC Program” หรือเพิ่มเติม “ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล”⁶ “ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจ

แนะนำให้ฝึกสมอง ฝึกสมาธิ”⁸ ระบบการส่งต่อ ใช้ โปรแกรม COC เป็นการส่งต่อมีบันทึกการส่งกลับและดูแลรักษา แต่ยังมีขาดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน ที่จะบอกได้ว่า**มีการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อยอดจากการดูแลระยะยาวในพื้นที่ และมีรายงานจำนวนผู้ที่ให้การดูแลไว้ชัดเจน**

บางจังหวัดมีการดูแลในเรื่องการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นหลัก แต่ที่ชัดเจน คือ ไม่มีการดูแลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลปัญหาเฉพาะของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ มีการฝึกอบรม เพื่อให้การดูแลบ้าง นั่นคือ ยัง**ไม่มีระบบการดูแลที่เป็นการดูแลระยะกลางและระยะยาว** เกิดขึ้นในการสร้างระบบนี้ แม้แต่ระบบการส่งต่อที่เป็นความเฉพาะ หรือมี แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวมที่ควรจะมีในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบุคลากรในการดูแลระยะยาวต้องการยิ่ง ซึ่งทางส่วนกลางฯจึงจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำเอกสาร **แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care plan: DCP)** สำหรับอาสาสมัครและสำหรับบุคลากรวิชาชีพ ตามคำเรียกร้องของพื้นที่เพื่อเป็นเครื่องมือการทำงานเสริมความเข้มแข็งในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่รับผิดชอบ (ภาคผนวกที่ 2.1)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนที่มีคุณภาพ ต้องเป็นระบบที่มีการร่วมกันของไตรภาคี ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนั้น แม้มีแนวทางที่แตกต่าง แต่ควรมีการคืนข้อมูลภาพรวมของผู้สูงอายุให้ชุมชนได้รับรู้และร่วมดูแล เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีการวางแผนการดูแล กำหนดผู้รับผิดชอบ และแนวทางดำเนินการร่วมกันในระดับพื้นที่

ผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่อง

ตามการรายงานของพื้นที่ (ภาคผนวกที่ 1.2) มีการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ตารางที่ 2.1 และ 2.2) คือ มีผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ :

1) **กลุ่มปกติ** ได้รับการดูแลโดย Brain Exercise **19,934** คน; 2) **กลุ่ม MCI** ได้รับการดูแลโดยโปรแกรม Brain Training **388** คน (Team-V); 3) **กลุ่ม Dementia** ได้รับการดูแล Brain Care **71** คน โดยทุกพื้นที่ที่มีการรายงานถึงการดูแลต่อเนื่องทั้งสามกลุ่มในงานประจำ แม้บางพื้นที่ไม่มีการรายงานข้อมูลชัดเจน แต่ปรากฏหลักฐานกรณีศึกษา และการเขียนรายงานการดูแล และยังอยู่ระหว่างการพัฒนาในงานประจำ ซึ่งยังต้องการการพัฒนาให้เป็นระบบ ให้ได้ผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. การประมวลผลการดำเนินการตามดัชนีชี้วัดของระบบ

คุณลักษณะของระบบ 6 ประการ ได้แก่ 1) **ครบวงจร (comprehensive)** 2) **ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ (seamless)** 3) **ความครอบคลุม (coverage)** 4) **การเข้าถึง (access)** 5) **ความร่วมมือ (participation)** และ 6) **การบูรณาการ (integration)** เป็นทั้งตัวชี้้นำการดำเนินงานของระบบและเป็นดัชนีชี้วัดความสมบูรณ์ของการสร้างระบบของทั้ง 13 จังหวัดในครั้งนี้ หากประเมินตามดัชนีชี้วัดของระบบ ที่ประมวลจากรายงานของพื้นที่ (ภาคผนวกที่ 1.2) มีดังนี้

4.1 ความครบวงจร (comprehensive) ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่จังหวัดพัฒนา มีระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ เกิดขึ้น คือ 1) ระบบการคัดกรอง-คัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน) มีการระบุเป็นโมเดลของจังหวัดของตนเอง อันหมายถึงเจตนาจะดำเนินการเต็มรูปแบบและต่อเนื่อง

ระบบที่ดำเนินการสร้างได้ครบทุกพื้นที่และรอการพัฒนาให้สมบูรณ์ คือ **ระบบคัดกรอง** ที่ทุกจังหวัด แต่ขอบเขตของการพัฒนา คือ **ระบบคัดแยก และ คัดกลุ่ม** ที่เป็นเพียงเงาๆ เท่านั้น การ**ทะลวงปัญหาขอบเขตของการคัดแยก** เป็นสิ่งที่ต้องทำ ต้องหาทางเลือกใหม่ที่ได้ แต่ต้องการการสนับสนุนจากหลายฝ่าย แต่มีความเป็นไปได้ และมีความจำเป็น เพราะการคัดกรอง-คัดแยก ที่หลอมรวมกันแล้ว จะเป็น การคัดกรองมาตรฐาน ของภาวะสมองเสื่อมในชุมชน อันเป็นข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุและสะท้อนการมีงานเบื้องต้นของการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมในประเทศ และใช้เทียบเคียงผลการคัดกรอง (คัดแยก) ของประเทศอื่นได้

ขอบเขตที่ 2 ของการพัฒนา คือ **การคัดกลุ่ม** ที่เจตจำนงในการพัฒนาระบบนี้ เพื่อลบความลำเอียงที่ว่าผู้สูงอายุในชุมชนประเทศนี้ กว่าร้อยละ 90 เข้าไม่ถึงการวินิจฉัย หรือพูดให้ชัดเจน คือ ประเทศไม่มีบริการตรวจรักษาอย่างเป็นรูปธรรม ที่ผู้สูงอายุในชุมชนจะสามารถเข้าถึงได้ ในการสร้างระบบคัดกลุ่มในพื้นที่ทั้ง 13 แห่งนี้ทุกพื้นที่ที่มีพัฒนาการขึ้นเป็นลำดับ จากที่ไม่มีบริการนี้เลย เป็นมีรูปร่าง รวมถึงมีแนวปฏิบัติในการส่งคัดกลุ่มรูปแบบต่างๆที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีเค้าโครงที่จะดำเนินการได้จริง เป็นระบบของประเทศ ตามรูปแบบต้นทุนที่มีอยู่จริงในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย หากแต่ต้องมีการพัฒนาร่วมกัน ทั้งฝ่ายนโยบาย ฝ่ายผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการทุกส่วน ผลักดันให้มีระบบคัดกลุ่มที่หลากหลายทางเลือก เพื่อสามารถเลือกประยุกต์และนำไปใช้ได้จริง

ส่วนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนนั้น จังหวัดที่ดำเนินการ สะท้อนเพียงมีกิจกรรมเดิมที่จังหวัดเคยดำเนินการอยู่ ตามธรรมชาติของพื้นที่ แต่ยังต้องการความเป็นระบบที่ชัดเจนว่า ใครทำอะไร อย่างไร ที่ไหน และเพื่ออะไร ปลายทางสุดท้าย คืออะไรที่ไหน และควรจะมีระบบสนับสนุน และหรือระบบบันทึก ฐานข้อมูลอะไรบ้าง

เป้าหมายของการต้องครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน ที่ซึ่งจัดเป็น **กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง** ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มที่พึงได้รับสิทธิในการส่งเสริม-ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะนี้เกิดขึ้น เป็น**กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม** จะต้องได้รับการบำบัดรักษาและดูแลต่อเนื่องนั่นเอง

4.2 ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ (seamless) ทั้ง 13 จังหวัด ล้วนต้องการโอกาสพัฒนาความต่อเนื่องต้องต่อเนื่องประเด็นอะไร ในระบบใหม่นี้ ดังนั้นความต่อเนื่องด้านข้อมูล ในการส่งต่อจากระบบคัดกรอง ไปคัดแยก ไปคัดกลุ่ม การส่งกลับผลการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่มให้กับชุมชน หรือทีมดำเนินการในชุมชน เช่น หน่วย/ทีมการดูแลการบริหารสมอง การฝึกสมอง และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การประสาน ส่งต่อนี้ต้อง

มีความชัดเจนว่าเป็นบทบาทของใคร ทำอย่างไร อะไรบ้าง ยังต้องการการตักตวงอีก อันหมายถึงดำเนินการและถอดบทเรียนไปพร้อมกัน

สำหรับศูนย์ประสานงานที่ทำให้เกิด ต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์ ทุกพื้นที่มีคลินิกผู้สูงอายุล้วนเป็นแกนนำ แกนกลางที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องได้ แต่ต้องการโอกาสและเวลาในการพัฒนา

4.3 ความครอบคลุม (coverage) ในระยะแรกของการพัฒนา **ระบบคัดกรอง** คำนึงถึงความครอบคลุมประชากร ตามที่พื้นที่คาดว่าจะสามารถดำเนินการได้ (ตามเกณฑ์ความครอบคลุม คือ ร้อยละ 80 ของประชากร และครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง) ทุกพื้นที่ร่วมดำเนินการ ทำการคัดกรองได้ครอบคลุมประชากรของพื้นที่ตามเป้า เพียงแต่ต้องการการจัดการให้มีคุณภาพเท่านั้น ส่วน**ระบบการคัดแยกคัดกลุ่ม** ความครอบคลุม คือ ผู้ที่มีปัญหาควรจะได้รับบริการคัดแยก ส่งต่อคัดกลุ่มตามสภาพสมอง ทีมพื้นที่มีการดำเนินการตามที่ควรจะเป็น แต่อุปสรรคที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นจำนวนของผู้ให้บริการและสมรรถนะที่มีความเฉพาะสูง อีกทั้งภาระงานงานประจำที่ทำอยู่ รวมกับความเป็นกิจกรรมใหม่ ที่ต้องการทักษะและเวลา รวมทั้งขวัญกำลังใจสนับสนุน แต่มีวิกฤต (สถานการณ์โควิด) ในพื้นที่ทำให้คุณลักษณะความครอบคลุมนี้เบาบางลง แต่ทุกพื้นที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาให้เกิดการคัดแยก และคัดกลุ่มได้ อันจะทำให้โอกาสการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะสมองเสื่อมถอยได้รับสิทธิการดูแล เช่น โรคเรื้อรังอื่น ๆ และได้รับการดูแลแต่เนิ่น อันจะลดภาระในอนาคตที่ครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติต้องเผชิญ

สำหรับการดูแลต่อเนื่อง มีสถานการณ์จากพื้นที่ให้ถอดบทเรียนได้ไม่มาก แต่ทุกพื้นที่ประมวลได้ว่า ยังต้องพัฒนาระบบการส่งต่อให้กับส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในส่วนการคืนข้อมูลให้รับรู้รับทราบ และการกำหนดเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ต้องการการมีส่วนร่วมของไตรภาคีอย่างยิ่ง พื้นที่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะประสานงานกับหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการ พชอ. ระบบการดูแลระยะยาว แต่ความจำกัดของเวลา ความไม่ต่อเนื่อง หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ทำให้ต้องให้โอกาสพื้นที่พัฒนา ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการได้ดีเพราะมีต้นทุนด้านบุคลากรและหน่วยงานไตรภาคีในพื้นที่ ที่ทำงานร่วมกันเป็นประจำอยู่แล้ว เพียงแต่สร้างระบบการประสาน กำหนดบทบาทและการดำเนินการของแต่ละภาคีให้ชัดเจน เป็นที่รับรู้ร่วมกัน และมีสรุป/การบันทึกรายงานที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงานของแต่ละภาคี

4.4 การเข้าถึง (access) ระบบที่ทุกจังหวัดสร้าง เป็นการดำเนินการในชุมชนคนปฐมภูมิเป็นฐาน จัดได้ว่า เป็นระบบเชิงรุก หรือใกล้บ้านใกล้ใจ และเมื่อเต็มรูปแบบจะครอบคลุมประชากรสูงอายุ บริการที่เกิดขึ้นจะให้ความเป็นธรรมแก่ผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บริการสังคม และสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จากรายงานของพื้นที่ทั้งที่สถานการณ์การระบาดอยู่ในภาวะไม่เหมาะสมแก่การดำเนินการ พื้นที่บางแห่งยังมีการขยายเชิงรุกเข้าถึงบ้าน และชุมชน มีบริการครบระบบในคลินิกสำหรับผู้ประสงค์จะได้รับการดูแลทั้งในพื้นที่ที่รับผิดชอบและต้อนรับพื้นที่อื่นด้วย

4.5 ความร่วมมือ (participation) ในการพัฒนาครั้งนี้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการทั้งอำนวยการ ดำเนินการ จัดการเพื่อให้เกิดแนวทางการทำงานที่เป็นระบบใหม่ต้องการการดูแล ภาพที่สะท้อน คือ ทุกพื้นที่มี

ความร่วมมือของทีมสุขภาพทั้งแนวราบและแนวดิ่ง แต่ต้องการการสื่อสารให้รับรู้บทบาทชัดเจน จนเป็นงานประจำตามตำแหน่ง แต่การประสานงานกับภาคีอื่น ต้องการความชัดเจนซึ่งบทบาทของแต่ละภาคี ต้องเป็นที่รับรู้รับทราบ สิ่งหนึ่ง คือ การมีนโยบายการทำงานร่วมกัน แต่การสานต่อ ยังต้องมีแนวทาง และกำหนดไว้ในหน้าที่ ของแต่ละฝ่าย เชื่อว่าจะมีพัฒนาการคุณลักษณะนี้ได้ดี เพราะการมีนโยบายระดับประเทศสร้างการดูแลแบบมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน และที่กำลังดำเนินการอยู่ คือ ให้ภาคสังคมรับผิดชอบการสร้างสุขภาพของครอบครัวของคนในพื้นที่ ด้วยนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต ให้ท้องถิ่นรับผิดชอบ เกือบทั้งประเทศ

4.6 การบูรณาการ (integration) ทุกพื้นที่ที่ร่วมพัฒนาระบบ ทีมสุขภาพมีการบูรณาการการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเข้ากับบริการที่อยู่ในงานประจำของทุกภาคส่วนที่ทำอยู่เท่าที่สามารถทำได้ ที่ทำได้ชัดเจน คือ

การคัดกรอง จะบูรณาการเข้ากับนโยบายการคัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ทำการคัดกรอง งบประมาณการคัดกรองเข้ากับงานประจำได้ไม่ติดขัด แต่การบูรณาการข้อมูลและฐานข้อมูล (information & data base) และคุณภาพข้อมูลยังต้องเสริมแรงให้เข้มข้นอีก

การคัดแยก นั้น พื้นที่ดำเนินการทุกแห่ง แม้จะรู้หลักการที่ต้องทำ ใครควรทำ ทำที่ไหนอย่างไร และดำเนินการได้บ้างบางส่วน แต่ทุกพื้นที่บอกว่า เกินกำลัง ควรมีการบูรณาการคนทำงานการคัดกรอง รูปแบบต่างๆ รวมทั้งนโยบาย และการงบประมาณต้องมาสนับสนุนด้วย การบูรณาการ ข้อมูลและฐานข้อมูล (information & data base) ต้องการโปรแกรมการนำใช้โดยสะดวก โดยไม่เป็นภาระมากเกินไป ทั้งยังต้องการระบบส่งต่อซึ่งยังไม่ชัดเจน เพราะยังบูรณาการคนดำเนินการไม่ได้ ดังนั้นถ้าต้องการพัฒนาระบบให้อยู่ในงานประจำ คงต้องมีการแก้ไขโดยผู้ที่เข้าใจระบบข้อมูลและฐานข้อมูล และนโยบายเป็นอย่างดี

การคัดกลุ่ม ที่เป็นบทบาทที่ดำเนินการโดยแพทย์ ต้องมีการบูรณาการนโยบายและแนวคิด การทำงาน 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ที่ทำ primary diagnosis และระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ที่ทำ confirm diagnosis โดยมีนโยบายที่ชัดเจน มีการกำหนดแผนไว้ชัดเจน อันจะทำให้การดำเนินงานเอื้อประโยชน์ของบุคลากรทุกฝ่ายทุกระดับที่เกี่ยวข้อง และต้องหาวิธีการบูรณาการเทคโนโลยี นำใช้ในการร่วมกันคัดกลุ่มด้วย ใหม่ๆ แม้จะขยับได้บ้างแต่ยังล่าช้า ต้องการกลยุทธ์การบูรณาการอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในเรื่องข้อมูลยังต้องการแบบบันทึกที่บูรณาการแล้วได้ประโยชน์ในการทำงานต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่อง การดูแล **กลุ่มที่มีความจำปกติ** สามารถบูรณาการกับกิจกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วในชุมชน แต่ไม่มีระบบการส่งเข้า การบันทึกที่ชัดเจนถึงผลงานการดูแล การดูแล **กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย** มีความพยายามบูรณาการเข้ากับงานคลินิกผู้สูงอายุในสถาบันและในชุมชน แต่รูปแบบที่ดำเนินการ ยังมีความซับซ้อนทั้งแนวทางการจัดกิจกรรมและเครื่องมือ อีกทั้งยังมีการดำเนินการมีเกณฑ์ มีขั้นตอนที่ใช้เวลานานทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลไม่ครบ สำหรับการบันทึกการดูแลนั้นยังต้องการความชัดเจน ที่จะต่อเนื่องเพื่อการใช้ประโยชน์ สำหรับการดูแล **กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม** นั้น พื้นที่ส่วนใหญ่ดำเนินการรูปแบบเดิม คือ เป็นการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งมีระบบส่งต่อที่ดี มีการเยี่ยมบ้าน และเป็นการทำงานร่วมไตรภาคีในชุมชน

อยู่แล้ว ซึ่งการดูแลระดับชุมชน ต้องหาแนวทางการบูรณาการความคิด บุคลากร งบประมาณ และการจัดการให้ทุกระบบย่อยเข้าเป็นงานประจำ เพื่อความสมบูรณ์ของระบบ และต้องพัฒนาต่อเนื่องจนยังประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

สรุป ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรเกิดขึ้นแล้วในบริบทของประเทศไทย ทุกระบบย่อยได้มีการดำเนินการหรืออย่างน้อยทดลองดำเนินการ ปรากฏผลที่น่าพอใจ คือ สามารถดำเนินการได้ชัดเจน คือ ระบบคัดกรอง ส่วนระบบคัดแยกและคัดกลุ่ม ต้องการการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนระดับนโยบาย ระบบการดูแลต่อเนื่องต้องการการทำความเข้าใจ ต่อเติมและต่อยอดให้เข้ากับงานประจำได้ และทุกระบบย่อยต้องพัฒนาคุณภาพให้ชัดลึก ในส่วนของความครอบคลุม การเข้าถึง การมีส่วนร่วม การบูรณาการเข้ากับงานประจำ ที่ให้ความสำคัญที่ระบบการใช้แหล่งประโยชน์ ระบบการทำงานเป็นทีม ระบบการสื่อสาร การบันทึก และส่งต่อข้อมูล ที่เป็นภาระน้อยที่สุด แต่บูรณาการและใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความซับซ้อน ต้องดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสิทธิไปพร้อมกัน อีกทั้งต้องดูแลให้ผู้ดูแล/ครอบครัว/ชุมชนให้สามารถดูแลและสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดูแลจึงเกี่ยวข้องกับบุคลากรวิชาชีพ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น/ชุมชน อีกทั้งเป็นการดูแลที่ต้องต่อเนื่องไปเป็นระยะยาว ด้วยพยาธิสภาพจะมีความเสื่อมถอยเพิ่มขึ้น ถ้าสามารถพัฒนาการดูแลระบบนี้ให้ยั่งยืนแล้ว และมีการบูรณาการกับงานประจำได้ทั้งหมด จะเป็นโมเดลต้นแบบของการดูแลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งในสังคมสูงอายุสมบูรณ์ ความชุกของปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุจะมากขึ้น จะเป็นภาระของประเทศเป็นทุกภาวะของผู้สูงอายุและผู้ดูแล อีกทั้งจะเป็นปัญหาที่ไตรภาคีต้องเผชิญ ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรเป็นเสมือนเรื่อนำร่อง ที่แสวงหา แนวทางการดูแล การนำใช้การดูแล ที่ครบวงจรและเป็นประโยชน์จริง นับตั้งแต่ การค้นหา (ทั้งผู้ที่เป็นและเสี่ยง) วินิจฉัยปัญหา และให้การบำบัดรักษาดูแล โดยครอบคลุม และต่อเนื่อง ซึ่งไม่ว่าปัญหาผู้สูงอายุจะเป็นประเด็นไหนถ้าต้องการครบวงจรแล้ว ย่อมไม่แตกต่างจากระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ดำเนินการอยู่นี้ อีกทั้งยังจะพัฒนาให้นำใช้ได้สะดวกขึ้น เพราะมีแนวปฏิบัติการนำใช้ที่เรียนรู้ได้จากระบบนี้ ที่ถือว่าเป็นการดูแลที่ซับซ้อนมากที่สุดแล้ว

5. ผลลัพธ์ของระบบ

ภาพรวมของการดำเนินงานและผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system) ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย) (ตารางที่ 2.1, 2.2, 2.3) ประมวลผลได้ว่า

- มีพื้นที่นำร่องใน 13 จังหวัด ครอบคลุม 23 อำเภอ รวม 66 ตำบล และพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร อีก 4 เขต (มีชุมชนนำร่อง 5 แห่ง)

- โรงพยาบาลที่เป็นแกนนำหลัก 13 แห่ง เรียงตามลำดับการเข้าร่วมโครงการฯ คือ โรงพยาบาลอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ (อุบลราชธานี) โรงพยาบาลพุทธโสธร (ฉะเชิงเทรา) โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (ลพบุรี) โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลพะเยา โดยมีโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมดำเนินการ รวม 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองหาน (จังหวัดอุดรธานี) โรงพยาบาลวารินชำราบ (อุบลราชธานี) โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว (ฉะเชิงเทรา) โรงพยาบาลร่มฉัตร (เอกชน) และโรงพยาบาลค่ายจิระประวัติ (นครสวรรค์) ปาดังเบซาร์ และโรงพยาบาลสะเดา (จังหวัดสงขลา) รวมถึง โรงพยาบาลจุน และโรงพยาบาลเชียงคำ (จังหวัดพะเยา)
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่เป็นแกนนำดำเนินการ รวมทั้งสิ้น 123 แห่ง ครอบคลุม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 87 แห่ง และสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลอีก 5 แห่ง รวมทั้ง ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. (ศบส.) อีก 5 แห่ง ของเขต กทม. และที่เพิ่มเติมคือ มีหน่วยบริการทางสังคม คือ สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านลพบุรี (จังหวัดลพบุรี) ร่วมดำเนินการด้วย
- จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนำร่องโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครั้งนี้ ครอบคลุมผู้สูงอายุรวม 243,109 คน (หรือ 243,368 คน)
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวนทั้งสิ้น 158,903 คน (หรือ 159,228 คน) คิดเป็นร้อยละ 65.36 (หรือร้อยละ 65.42) จากการตั้งเป้าหมายการคัดกรองของแต่ละจังหวัดที่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 50 หรือบางแห่งกำหนดที่ ร้อยละ 80 หรือ ร้อยละ 100 เป็นต้น
- ผลการคัดกรองพบเป็นกลุ่มเสี่ยง 6,981 คน (7,085 คน) คิดเป็นร้อยละ 4.39 (ร้อยละ 4.45) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งต่อเพื่อการคัดแยกต่อไป
- ผู้สูงอายุได้รับการคัดแยก 4,864 คน (หรือ 4,935 คน) คิดเป็นร้อยละ 69.67 (หรือร้อยละ 69.65) ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง โดยผลการคัดแยก พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่มปกติ 3,903 คน (หรือ 3,923 คน) คิดเป็นร้อยละ 80.24 (หรือ ร้อยละ 79.49); ผู้สูงอายุกลุ่ม MCI 1,817 คน (หรือ 1,839 คน) คิดเป็นร้อยละ 37.36 (หรือ ร้อยละ 37.26) ; ผู้สูงอายุกลุ่มสงสัยว่าเป็น Dementia 1,557 คน (หรือ 1,503 คน) คิดเป็นร้อยละ 32.01 (ร้อยละ 30.45)
- ผู้สูงอายุกลุ่มสงสัยว่าเป็น Dementia ได้รับการคัดกลุ่มจำนวน 259 คน (หรือ 490 คน) คิดเป็นร้อยละ 16.63 (ร้อยละ 32.60) ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการคัดแยก และได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia 134 คน (หรือ 153 คน) คิดเป็นร้อยละ 51.74 (หรือ ร้อยละ 32.60)
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง:

- 1) กลุ่มปกติ ได้รับการดูแลโดย Brain Exercise **19,934** คน;
- 2) กลุ่ม MCI ได้รับการดูแลโดยโปรแกรม Brain Training **388** คน (Team V);
- 3) กลุ่ม Dementia ได้รับการดูแล Brain Care **71** คน โดยทุกพื้นที่ที่มีการรายงานถึงการดูแลต่อเนื่องทั้งสามกลุ่มในงานประจำ และยังอยู่ระหว่างการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป กระบวนการพัฒนาฯ ทำให้เกิดระบบฯ (CDC system) ในทั้ง 13 จังหวัดนำร่อง บุคลากรทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมมี**ความตระหนัก**ในการพัฒนาระบบฯ มี**สมรรถนะ**ด้านการจัดการระบบฯและดำเนินการคัดกรอง-คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนานวัตกรรม/**เครื่องมือ**การทำงานเชิงระบบฯ ทั้งเครื่องมือทำงาน/ผังไหล/ปฏิทินการทำงาน/แนวปฏิบัติการทำงานคัดกรอง-คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแลต่อเนื่อง การสร้างรูปแบบของระบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ ซึ่งมีแนวโน้มการพัฒนานวัตกรรมใหม่ (เช่น โปรแกรมการพัฒนสมองเชิงพหุวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มคนในพื้นที่และที่เป็นสากลได้) ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่นำร่องฯ ควรได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายให้สามารถนำไปใช้ในงานประจำและพัฒนาต่อยอด/ ขยายผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 3

บทเรียนรู้และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)

บทเรียนรู้: การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรสำหรับประเทศไทย ที่ได้ดำเนินการมาในพื้นที่ 13 จังหวัดนั้น ประมวลผลได้ว่า **องค์ประกอบของระบบ**ที่พึงเป็น นั้น มี 3 ระบบย่อย ที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน คือ 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่มหรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา และ 3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ระบบย่อยทั้งสามมีความต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน ผลลัพธ์ของระบบย่อยที่ 1 จะเป็น ตัวป้อนเข้าของระบบย่อยที่ 2 และระบบย่อยที่ 3 เพื่อให้การจัดการดูแลเกิดขึ้น ระบบย่อยที่ 2 เป็นระบบสำคัญที่จะบอกได้ว่าประเทศไทยนั้นมีการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุได้มากขึ้น จากเดิมที่เป็นเชิงรับมีเฉพาะในสถาบันสุขภาพใหญ่ ๆ เท่านั้น และระบบย่อยที่ 2 จะเป็นคำตอบหรือเป็นตัวป้อน ให้ระบบย่อยที่ 3 ที่ทีมสุขภาพโดยรวมกับพันธมิตรให้การดูแลอย่างครอบคลุม และเป็นการดูแลที่แตกต่างตามสุขภาพสมองของ ผู้สูงอายุกลุ่มความจำปกติ กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม นั่นคือ ต้องมีการจัดการดูแลที่มีเป้าหมายแตกต่างกัน อันรวมถึงความต่างในการจัดการ ในผู้รับผิดชอบ ทรัพยากรและบุคลากรด้วย

ตัวชี้วัดระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร แม้จะใช้ชื่อต่างกันหรือมีรูปแบบที่แตกต่างหลากหลายในแต่ละพื้นที่ก็ตาม แต่ที่สุดแล้วต้องการให้เกิด 1) **ความครอบคลุม (coverage)** ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ และและ 2) **ความครบวงจร (comprehensive)** ซึ่งจำเป็นยิ่งที่ต้องมี การดำเนินงานครบ 3 ขั้นตอน หรือ ครบระบบย่อยทั้งสามของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรมันเอง การนำใช้ใน 13 จังหวัดนั้นได้บทเรียนรู้ที่ว่า ระบบย่อยทั้งสาม ต้องเพิ่ม 3) **ความต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ (seamless)** ที่ต้องสามารถ 4) **บูรณาการ (integration)** เข้ากับงานประจำได้ ซึ่งเมื่อมีการบริหารจัดการที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุ 5) **เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (access)** และที่น่าเรียนรู้คือ แต่ละระบบย่อยสามารถดำเนินการอย่างเป็นเอกเทศ แยกหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ ซึ่งต้องการ 6) **ความร่วมมือร่วมใจ (participation)** ในการทำงานอย่างเป็นเนื้อระบบเดียวกัน โดยการเชื่อมประสานกันอย่างแนบแน่นและต่อเนื่อง จึงจะเป็น ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในบริบทประเทศไทยได้ ทั้งหกประการดังกล่าวนี้จึงเป็นทั้ง **คุณลักษณะและตัวชี้วัด** ของระบบระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรในบริบทของประเทศไทยที่ถูกพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับของการพัฒนาได้

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบครบวงจร การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ ในครั้งนี้เปรียบเสมือนความพยายามของกลุ่มคนจิตอาสา (ส่วนกลางและส่วนพื้นที่ใน 13 จังหวัด) ร่วมแรงร่วมใจกันในการขับเคลื่อนเคลื่อนภูเขา (CDC system) ที่เปรียบเสมือนงานที่ยากเชิญให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งการขับเคลื่อนองคาพยพในพื้นที่นี้ ดำเนินการผ่าน “กระบวนการโค้ชชิ่ง” จากทีมส่วนกลาง (โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ) รวม 5 รอบ ในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย **1) การโค้ชชิ่งรอบที่ 1 การสร้างฉันทามติและทีมแกนนำเครือข่ายพันธมิตร** มีเป้าหมายเพื่อการสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหาของภาวะสมองเสื่อม เชิญชวนเครือข่ายพันธมิตรสร้างมตร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ โดยการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กำหนดนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของแต่ละพื้นที่ ร่วมกับการสร้างทีมแกนนำพัฒนาระบบโดยรวม และแกนนำขับเคลื่อนระบบย่อย ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบ (System manager: SM) ผู้จัดการโครงการ (Project manager: PM) ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care manager: DCM) และ ผู้ประสานการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care coordinator: DCC) ของแต่ละพื้นที่ **2) การโค้ชชิ่งรอบที่ 2 การสร้างสมรรถนะสำคัญ: การจัดการระบบ/คัดกรอง-คัดแยก** มีการเสริมองค์ความรู้เรื่องการพัฒนาและการจัดการระบบย่อย การคัดกรอง-คัดแยก อาทิ องค์ความรู้ในการใช้เครื่องมือ: คัดกรอง/ คัดแยก และพัฒนาแนวปฏิบัติ/ เครื่องมือทำงาน (การคัดกรอง/ คัดแยก) เพื่อให้สามารถทำได้จริงอย่างถูกต้องและแม่นยำตรง โดยวิทยากรจากส่วนกลางและส่วนพื้นที่ **3) การโค้ชชิ่งรอบที่ 3 การสร้างสมรรถนะสำคัญ: การจัดการระบบ/คัดกลุ่ม** ในรอบนี้ มุ่งสร้างสมรรถนะของทีมคัดกลุ่มในพื้นที่ ผ่านการใช้กรณีศึกษาจริงในพื้นที่) และร่วมพัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติการคัดกลุ่ม สร้างเครื่องมือการคัดกลุ่มที่เหมาะสมกับพื้นที่ **4) การโค้ชชิ่งรอบที่ 4 การสร้างสมรรถนะสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง** ในการดูแลทั้งสามกลุ่ม คือ กลุ่มสมรรถภาพสมองปกติ โดยการฝึกสมอง (Brain exercise) กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impaired: MCI) โดยการฝึกสมอง Brain Training และ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล **5) การโค้ชชิ่งรอบที่ 5 การเยี่ยมเสริมพลัง: เป็นการจัดการความรู้ Knowledge Management (KM)** โดยการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมแกนนำ ผู้ดำเนินงานในพื้นที่ ร่วมกับการให้ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อยอด/ต่อเนื่อง/ขยายผลจากทีมส่วนกลาง

ผลผลิตและผลลัพธ์ (Output & Outcomes) การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ ในครั้งนี้ ทำให้เกิดเป็นและเกิดมีผลดังนี้ คือ 1) เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร ในพื้นที่นำร่องของ 13 จังหวัด (ประเทศไทย) อย่างเป็นรูปธรรมขึ้น เป็น 13 รูปแบบ (ดังรายงานจากพื้นที่นำร่อง ในภาคผนวก) ที่มีระบบ/ แนวปฏิบัติ/ เครื่องมือ/ นวัตกรรมบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตน ซึ่งพื้นที่นำร่องนี้ มีศักยภาพที่สามารถจะยกระดับเป็น ศูนย์เรียนรู้ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรในระดับจังหวัด โดยสามารถสร้างเป็น ทีมโค้ชชิ่งในพื้นที่ ได้ และผลการพัฒนานี้ ก่อให้เกิด 2) มีการพัฒนา

เครือข่ายพันธมิตรร่วมทำงานในแต่ละพื้นที่ (จังหวัด) ซึ่งพบว่าคนทำงานมีสัมพันธภาพแน่นแฟ้นขึ้นจากการได้มีประสบการณ์ประสาน/ทำงานร่วมกันตลอดการขับเคลื่อนระบบฯ นี้ ซึ่งยังมีผลดีต่อการทำงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันในพื้นที่ด้วย นอกจากนี้ ยังเกิดเป็น 3) **เครือข่ายพันธมิตรร่วมทำงานการพัฒนาระบบฯ ในระหว่างพื้นที่ (จังหวัด)** ที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อการต่อยอดและขยายผลงานและร่วมเป็นแกนนำในการผลักดันงานนี้ด้วยกันในระดับประเทศได้ ทั้งนี้ ยังพบว่าทีมงานในทุกพื้นที่มี 4) **ศักยภาพ/สมรรถนะด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อมและการจัดการระบบแบบครบวงจร** เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแม้จะมีในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลจากการเสริมองค์ความรู้จากส่วนกลางฯ ร่วมกับกระบวนการลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ (action learning) และจากกระบวนการโค้ชซึ่งอย่างเป็นระบบ โดยพบว่าคนทำงานทุกระดับมีความตระหนักในเรื่องภาวะสมองเสื่อม มีองค์ความรู้ที่เพิ่มพูนขึ้นชัดเจน และสามารถบริหารจัดการดูแลอย่างเหมาะสมตามบริบทของตน แม้ยังไม่สามารถทำอย่างครอบคลุมประชากรในชุมชนแต่สามารถทำได้ในส่วนตัวเฉพาะ/ในกลุ่มคนที่รับผิดชอบได้ และที่สำคัญของการพัฒนาฯ ในครั้งนี้ คือ การมี 5) **นวัตกรรมการทำงานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร** ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ อาทิ **แนวปฏิบัติ/ผังการทำงาน/เครื่องมือทำงาน** ของระบบฯ ในภาพรวม และในระบบย่อย แนวปฏิบัติการคัดกรอง/คัดแยก การส่งคัดกลุ่มแบบเร่งด่วน/แบบปกติ แบบส่งต่อแบบออนไลน์ (Google form) การส่งปรึกษา/ส่งวินิจฉัยบำบัดรักษาทางไกล (tele-consultation/ Tele-medicine) **รูปแบบบริการ** คลินิกผู้สูงอายุเสมือนจริง (virtual geriatric clinic); โปรแกรมบริหาร/ฝึกสมอง brain exercise & brain training program) ที่เป็นสากลและที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่สามารถนำใช้ได้ทั้งในสถาบัน (คลินิกความจำ/ คลินิกผู้สูงอายุ/ day care) และศูนย์ฟื้นฟู-พัฒนาศักยภาพสมอง/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุยามกลางวันในชุมชน (day care/ day center) รวมถึงในบ้านพักคนชราได้ด้วย นอกจากนี้ ทีมส่วนกลางฯ ยังได้พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานของทีมงานในพื้นที่ตลอดระยะการดำเนินงาน คือ การพัฒนา 6) **คู่มือการทำงานการพัฒนาระบบฯ และคู่มือทำงานเฉพาะ** เช่น คู่มือ แนวทางการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับภาคประชาชนและสำหรับบุคลากรสุขภาพ คู่มือการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น (รายชื่อเอกสารดังในภาคผนวก) ซึ่งการดำเนินงานของทีมงานพื้นที่และทีมส่วนกลางยังต้องการการทำงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องและขยายผลให้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรของ 13 จังหวัด (พื้นที่ A) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2562-2566) รวมถึงของพื้นที่ต้นแบบ (พื้นที่ M) แม้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีขึ้น แต่พบมี **ปัจจัยการเปลี่ยนแปลง** ที่อาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของการพัฒนาระบบครบวงจรฯ ให้เกิดการไม่ต่อยอด ต่อเนื่องและอาจหยุดชะงักกันของการดำเนินงานระบบฯ ได้แก่ 1) **สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19** ของประเทศไทยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563-2564 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เหนือการควบคุม แต่ยังมี

ปัจจัยเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏการณ์พบเป็นประจำทุกปีและอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ คือ **2) การเปลี่ยนแปลงบุคลากรทีมงานพัฒนาระบบในทุกระดับ** ที่พบมีการขอลาออกจากกลุ่มไลน์เนื่องจากการเกษียณอายุราชการในแต่ละปี รวมถึงการโยกย้ายหน่วยงาน โดยมีบุคลากรใหม่มาทดแทน ซึ่งจำเป็นต้องมีการเริ่มต้นใหม่ตั้งแต่แนวคิดหลักการ วิธีดำเนินงาน และอื่นๆ และปัจจัยเปลี่ยนแปลงใหม่ในนโยบายระบบสาธารณสุขของประเทศไทย อีกประการ คือ **3) นโยบายการโอนย้าย รพ.สต. จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น** เริ่มปรากฏในระหว่างปี พ.ศ. 2564 ที่มีบางจังหวัด บางพื้นที่มีการโอนย้ายถึงร้อยละ 80-100 ซึ่งมีแนวโน้มว่าในอนาคต หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นทั่วประเทศอย่างครบถ้วน ยกเว้นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเมือง (ศสม.) บางแห่งที่เป็นหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ

สำหรับ **ปัจจัยการเปลี่ยนแปลง** ที่ส่งผลต่อความสำเร็จ มีผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบฯ ที่สำคัญ คือ **1) ความมุ่งมั่นของทีมงานนำการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบของพื้นที่นำร่อง** ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบฯ และได้ชักชวนเครือข่ายพันธมิตรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการอาสาเป็นพื้นที่นำร่อง และโดยเฉพาะในบางพื้นที่ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องภาวะสมองเสื่อม โดยมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม หรือพบปัญหาในการดูแลจากผู้ให้บริการที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงทำให้มีความสนใจและมีความต้องการในการพัฒนาเรื่องนี้เป็นพิเศษ ตัวอย่าง เช่น พื้นที่ที่มีผู้จัดการระบบฯ (System manager) มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม และ/หรือในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล พบปัญหาไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ จากสำนักงานพัฒนาสังคมระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบพบปัญหาไม่สามารถหาสมาชิกครอบครัวมารับดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนี้ได้⁹ จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบฯ ในครั้งนี้ นอกจากนี้ พบว่า **2) นโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับของประเทศไทย** ที่มีผลดำเนินการในช่วงปลายปี พ.ศ. 2565 ถึงต้นปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา ทำให้โรงพยาบาลในพื้นที่นำร่องที่ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ หรือมีการก่อตั้งแล้วแต่มีการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง และไม่มีการจัดบุคลากรประจำ/เฉพาะในการดำเนินการ ได้รับการสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ **คลินิกผู้สูงอายุ** สามารถดำเนินการคัดกรอง-คัดแยกได้อย่างมีศักยภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถเป็นศูนย์กลางสำคัญของระบบฯ ในการเชื่อมประสานการคัดแยก/ คัดกลุ่ม/ และดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์เฉพาะทาง ในการรับปรึกษา-ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสมได้เพิ่มขึ้น และที่สำคัญ คือ ในพื้นที่นำร่องที่มี **คลินิกผู้สูงอายุและหรือคลินิกความจำ** ที่มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรประจำคลินิกฯ จะสามารถทำบทบาทเป็น Dementia care manager (DCM) และ Dementia care coordinator (DCC) ได้เป็นอย่างดี แต่ในกรณีที่ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า โรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวชที่มีนักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถดำเนินการในบทบาทนี้ได้ดีเช่นกัน และปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ **3) การมีนโยบายระดับเขตสุขภาพ/ระดับ**

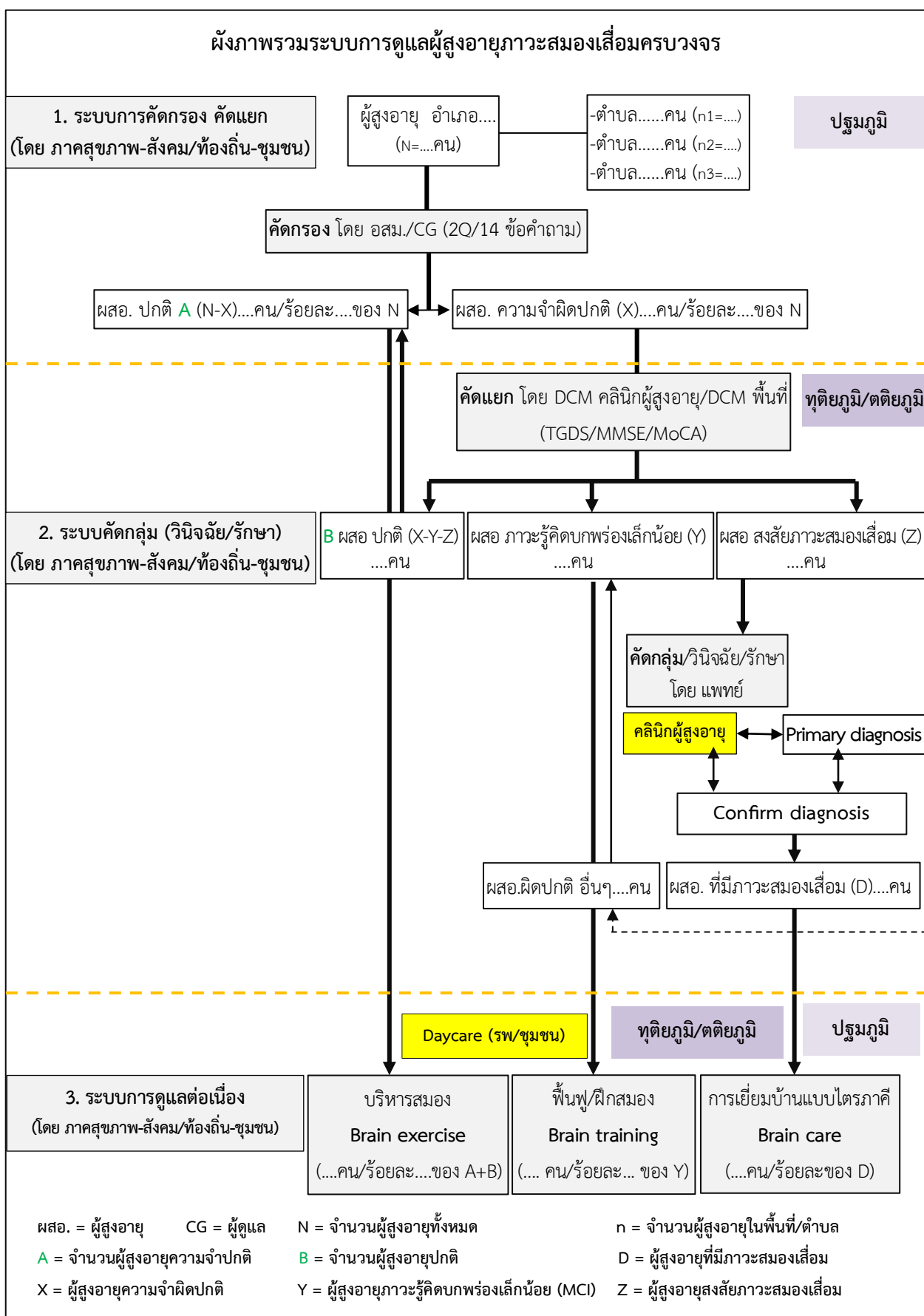
จังหวัดในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (โดยเฉพาะที่ร่วมกับสถาบัน/ องค์กรที่มีนโยบายการคัดกรอง-คัดแยกผู้สูงอายุครบวงจรในคลินิกผู้สูงอายุทั้งในสถาบันและในชุมชน) มีการสนับสนุน/ ส่งเสริมให้ดำเนินงานในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เช่น ในพื้นที่จังหวัดพะเยา (พื้นที่ Big Rock) ที่มีนโยบายและแนวทางการสนับสนุนด้านนโยบาย การดำเนินงาน บุคลากร และงบประมาณ ที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เป็นผลให้การดำเนินงานได้ผลงานอย่างรวดเร็ว โดยครอบคลุมและอย่างต่อเนื่องครบวงจร ภายในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาอันสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในพื้นที่นาร่องอื่นๆ แต่ทั้งนี้ ทุกพื้นที่ยังต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังนั้นการขับเคลื่อนแต่ละพื้นที่ควรพิจารณาถึงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ: แนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานใน 13 จังหวัดนาร่อง นำมาซึ่งข้อเสนอแนะ แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ของพื้นที่พัฒนาใหม่ ใน**การจัดการระบบอย่างครบวงจร** ดังต่อไปนี้

1. การจัดทำผังการจัดการระบบอย่างสมบูรณ์

ในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ต้องการผังภาพที่สะท้อนการพัฒนาระบบที่ทำให้ทุกคนที่ร่วมงานตระหนักได้ว่า มีภาพรวมของการทำงานอย่างไร บทบาทของตนอยู่ในส่วนไหนของทั้งระบบ มีหน้าที่รับผิดชอบอะไร โดยผังที่ว่านี้ ควรฉายภาพ 3 องค์ประกอบ/ระบบย่อย เป็น ผังการดำเนินงานภาพรวม ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในแต่ละระบบย่อย กิจกรรมหลักในการจัดการแต่ละระบบย่อยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยผังภาพรวมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของพื้นที่ ควรสามารถปรับใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ด้วย (ตัวอย่างดัง ภาพที่ 3.1)



ภาพที่ 3.1 ผังภาพรวมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

2. ทำความเข้าใจการคัดกรองและคัดแยก

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรมี 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบการคัดกรองและคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่ม และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง ความจำเป็นอันดับแรก คือ ความเข้าใจความหมายและเป้าหมายของการคัดกรองและคัดแยก เพื่อการเข้าใจเป้าหมายของงานที่ทำ

การคัดกรองและคัดแยก คือ การค้นหาผู้ที่มีความรู้คิดที่ผิดปกติ เป้าหมายเทียบเคียงได้กับการคัดกรองสุขภาพมาตรฐาน (screening) ของนักวิชาชีพด้านสุขภาพ ความเข้าใจในการคัดกรองคัดแยกมีสำคัญ ก่อนอื่นต้องเข้าใจก่อนว่า ทั้งการคัดกรองและคัดแยกเป็น การค้นหาผู้ที่มีความรู้คิดที่ผิดปกติ ในการค้นหานั้น กระทำ 2 ขั้นตอน คือ ค้นหาอย่างกว้าง ๆ (หยาบ) และอย่างละเอียด การค้นหาแบบกว้างๆ เป็นการกรองหยาบ ที่ทำในประชากรกลุ่มใหญ่ ทำในชุมชน โดยบุคลากรกลุ่มหนึ่งที่เรียกว่า อสม. ด้วยเครื่องมือทดสอบความจำง่ายๆ (14 ข้อคำถาม) ที่จำแนกความผิดปกติได้กว้าง ๆ การกรองหยาบนี้จะได้ผู้สูงอายุที่มีความจำเปี่ยงเบนจากปกติ เท่านั้น จำเป็นต้องมีการกรองละเอียดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (MMSE) โดยนักวิชาชีพหรือทีมสุขภาพ ทำการกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำที่ได้จากการกรองหยาบ การค้นหาโดยการกรองละเอียดนี้ จะได้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิด ที่เป็นไปได้ว่าน่าจะมีภาวะสมองเสื่อม แต่ก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยฟันธงได้ เพราะเป็นไปตามเครื่องมือแต่ไม่ใช่โดยการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis)

การคัดแยกไม่เพียงจำแนกผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม เท่านั้น แต่โดยการคัดแยกที่ใช้เครื่องมือมาตรฐาน (MoCA) ยังจำแนกคนที่ยังไม่คาดว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม หรือคนที่ MMSE ปกติ ออกเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment :MCI) อีกด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสำคัญและเป็นเป้าหมาย ในการดูแล ด้วยเชื่อว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หรือการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม น่าจะยังผลที่ดีกว่าการบำบัดรักษาเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เรียกการกรองหยาบโดยอาสาสมัครภาคประชาชน ว่า **การคัดกรอง** และเรียก การกรองละเอียดโดยบุคลากรวิชาชีพนี้ ว่า **การคัดแยก** และเมื่อเทียบกับมาตรฐานการคัดกรองแล้ว การคัดกรองและการคัดแยกในระบบนี้เท่ากับ คำว่า **การคัดกรอง หรือ screening test** ที่ดำเนินการโดยนักวิชาชีพนั่นเอง เพียงแต่ปรับระบบการทำงานให้เข้าถึง ครอบคลุมประชากรสูงอายุมากขึ้น และเข้าได้กับบริบทการดูแลสุขภาพในชุมชนของประเทศไทย

2.1 การจัดการคัดกรอง: บทบาทหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1.1. การจัดการคัดกรองในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การคัดกรองเป็นการกรองสุขภาพสมองของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกลุ่มงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ที่อาจอยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล ตติยภูมิ หรือทุติยภูมิ ดังนั้นงานการคัดกรองสภาพความจำของผู้สูงอายุ จึงเป็นงานในมือของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จะต้องดำเนินการ นั้นหมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและมีความรู้เรื่องการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ DCM จะรับผิดชอบจัดการให้มีการกรองนี้เกิดขึ้น บทเรียนรู้จาก 13 พื้นที่/ จังหวัดนำร่อง การบริหารจัดการการคัดกรอง

ดำเนินการโดย DCM ของหน่วยปฐมภูมิ และเพื่อให้ได้การคัดกรองที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นไปตามเป้าหมายจึงมีข้อเสนอแนะ ขั้นตอนการดำเนินงาน และ**บทบาทของ DCM** ดังนี้ คือ

การพัฒนาศักยภาพผู้คัดกรอง โดย DCM มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้แบบประเมินในการคัดกรอง และวิธีการประเมิน ของผู้ที่ทำการคัดกรอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น อสม. การพัฒนาในพื้นที่ 13 จังหวัด มีข้อเสนอแนะ ว่า **ผู้คัดกรอง (อาสาสมัครฯ)** ต้องเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ชัดเจน ผ่านการประเมินการรู้คิดหรือไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ฝึกฝนการใช้คำถามที่ตรงประเด็น เน้นย้ำถึงการให้สอบถามที่ละเอียด ไม่เหมารวม ให้เวลาในการตอบ และในการให้คะแนนต้องย้ำเรื่องเกณฑ์การให้คะแนน หรือทำการแปลผลอย่างถูกต้อง รวมถึงวิธีการบอกผลและเกริ่นบอกกรณีที่จะต้องเข้ารับการคัดแยกต่อยด้วย นั่นคือสามารถใช้แบบประเมินถูกต้องซึ่งหมายถึง นอกจากจะอบรมและสาธิตการใช้เครื่องมือแล้ว ควรต้องมี การสาธิตย้อนกลับด้วย นอกจากนี้ในการคัดกรองแต่ละรอบแต่ละปีนั้นต้องมีการทบทวน เน้นกำกับทุกครั้งแม้จะเคยทำมาก่อน เพื่อลดความสับสน และทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่แม่นยำ

กำหนดเป้าหมายหรือร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการคัดกรอง โดยให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) อย่างเหมาะสม

จัดเตรียมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน โดยประสานงานขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความคลาดเคลื่อน และประสานขอข้อมูลโรคหรือปัญหาต่างๆ ที่ต้องคัดออกผู้สูงอายุ ที่ไม่ต้องทำการคัดกรอง โดยหลักๆ คือ **ผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะ MCI แล้ว ผู้สูงอายุจิตเวช/ ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยวิกฤต/ รุนแรงต้องพักรักษาตัว ผู้สูงอายุติดเตียงระยะท้ายและ/ หรือผู้ที่ได้รับการดูแลประคับประคอง ผู้สูงอายุที่ตาบอดหูหนวก ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสาร และ/หรือไม่สามารถใช้แบบทดสอบได้อย่างเหมาะสม** เพื่อกำหนดเป้าหมายในการคัดกรองที่เหมาะสม ดังนั้นจำนวนผู้ที่ควรได้รับการคัดกรองจึงมักจะไม่ใช่ครบร้อยละ 100 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

มอบหมายพื้นที่/ผู้สูงอายุ การมอบหมาย อสม./ ผู้คัดกรองให้รับผิดชอบประเมิน ควรจัดทำเป็นเอกสาร/หรือบันทึกในแอปพลิเคชันที่กำหนด มีชื่อผู้รับผิดชอบ/ผู้คัดกรองชัดเจน เป็นหลักฐาน รูปแบบการคัดกรอง อาจใช้รูปแบบการลงแขกหรือแบบอิสระรายบุคคล/รายกลุ่มตามบริบทของพื้นที่

จัดทำผังการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงานที่เหมาะสม กำหนดวันที่ดำเนินการ และส่งแบบประเมินให้ผู้คัดกรองรับทราบ

ประสานงานกับทีมสังคม ในการคัดกรองควรขอความร่วมมือกับภาคองค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชน ในการประชาสัมพันธ์/ นัดหมายการดำเนินงาน และอำนวยความสะดวกด้าน สถานที่ การเดินทาง และอาหารเครื่องดื่ม และเพื่อการขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

จัดเตรียมแบบประเมิน แบบประเมินที่เหมาะสมจะถูกเตรียม และลำดับการใช้ได้อย่างถูกต้องโดยคำนึงถึงผู้ถูกประเมินและผู้ประเมิน จะช่วยให้ผู้ทำการคัดกรองสะดวก ไม่สับสน และช่วยให้การประเมินไม่ใช้เวลานานเกินไป ที่สำคัญคือ ช่วยให้ได้ข้อมูลครบถ้วน กรณีที่มีการประเมินร่วมหลายอย่าง จำเป็นต้องจัดชุดการประเมิน โดย

ลำดับการใช้แบบประเมินให้ถูกต้อง อาทิ การประเมินจัดแบบประเมิน 2Q และ 14 ข้อคำถามไว้แผ่นเดียวกัน และทำให้ชัดเจนว่า ให้ทำ การประเมิน 2Q (ภาวะซึมเศร้า) ก่อนถ้าปกติจึงประเมินความจำต่อ

ติดตามการดำเนินการและให้คำปรึกษาในช่วงดำเนินการมักจะมีปัญหาที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้นแก่ผู้ทำการคัดกรอง ควรจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาแห่งการคัดกรองด้วย

บรรณาธิกร (audit) ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบประเมิน

บันทึกข้อมูล ประมวลผล และจัดทำทะเบียน บันทึกจำนวนและรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดกรอง และผลการคัดกรอง สรุปประมวลผล **ทำทะเบียน** จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรอง จำนวนผู้ที่มีความจำปกติและผิดปกติ พร้อมรายชื่อผู้ที่มีความจำผิดปกติที่จะต้องส่งต่อเพื่อการคัดแยก

การคัดกรองสามารถพัฒนาให้เป็นระบบตามเป้าหมายได้ ณ หน่วยงานปฐมภูมิ ผลลัพธ์ที่สำคัญของการคัดกรอง คือ **ทะเบียนรายชื่อผู้ที่จะต้องเข้ารับการคัดแยก** ซึ่งจะมีจำนวน รายชื่อที่อยู่ของผู้สูงอายุที่จะต้องคัดแยก และรายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น มีผู้ดูแลหรือไม่ สามารถไปรับการคัดแยกในสถานที่นัดหมายได้หรือไม่ อย่างไร อันหมายถึง การนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ ที่จะทำการคัดแยกกับผู้จัดการการคัดแยก และผู้สูงอายุที่ต้องคัดแยกไว้ พร้อมกับประสานงานกับชุมชน/ท้องถิ่น ในเรื่อง จัดสถานที่ รถรับส่ง และอำนวยความสะดวกด้านอื่นๆ ด้วย ในการนัดหมายผู้สูงอายุไปทำการคัดแยก ต้องประสานกับคลินิกผู้สูงอายุที่จะส่งต่อ ถึงจำนวนที่ทางคลินิกจะรับคัดแยกได้ในแต่ละวัน และในแต่ละวันควรจัดผู้สูงอายุในโซนเดียวกันไปทำการคัดแยกเพื่อสะดวกในการรับส่ง โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการบริการรถรับส่ง ทั้งนี้ต้องประสานนัดหมายผู้สูงอายุไว้ล่วงหน้าด้วย

ในการนำใช้ในพื้นที่ 13 จังหวัดนั้น พบว่าหน่วยปฐมภูมิในชุมชน มีศักยภาพใน**การคัดแยก**ได้หลายพื้นที่ แต่ดูจะสร้างภาระหนักให้กับ DCM เพราะเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก มีจำนวนน้อย และที่เป็นปัญหา คือ บางส่วนไม่คุ้นเคยกับแบบประเมิน และการนำใช้ยังไม่ถูกต้อง แต่หากมีการพัฒนาศักยภาพแล้วสามารถที่จะทำการคัดแยกที่ระดับปฐมภูมิได้ ดังนั้น จึงควรหาทางเลือกที่เหมาะสม คือ การจัดการการคัดแยกโดยหน่วยบริการที่มีนักวิชาชีพเฉพาะที่มีศักยภาพในการประเมิน ในคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกความจำ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช หรือคลินิกอายุรกรรมประสาท ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีอยู่ ประจำอยู่ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หรือคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรง

การจัดการด้านสุขภาพ ในยุคที่มีการกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนและท้องถิ่น ต้องการความร่วมมือด้วยการมีความเข้าใจ มีฉันทามติร่วมกัน และร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งที่เหมาะสมให้กับพื้นที่ ในยุคที่คำนึงสุขภาพครอบคลุม กาย จิต สังคม สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ งานบริการสุขภาพที่ต้องทำให้กับชุมชน แต่เมื่อมีพันธมิตรมาเป็นเจ้าภาพใหม่ จะสอดคล้องประสานการทำงานกันได้อย่างไร เพื่อให้คุณภาพงานเกิดขึ้น การเตรียมการรับงาน และวางแผนบูรณาการดำเนินงานเข้าระบบ การเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องการความร่วมมือแบบเจ้าภาพเจ้ามือ เจ้าของอย่างแท้จริง อีกทั้งยังต้องมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน รัดกุมและเป็นระบบด้วย ทั้งนี้เพื่อจัดระบบการดูแลให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ และเพื่อประชากรสูงอายุทั้งหมดนั่นเอง

2.1.2. การจัดการคัดกรองในบริบทหน่วยบริการสังกัดท้องถิ่น

การจัดการคัดกรองในบริบทที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) นั้น จะมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นตัวยืนในการดำเนินการคัดกรอง ร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความเข้าใจมิติการดูแลสุขภาพองค์รวมในชุมชน และรับรู้บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชนแล้ว ก็จะสามารถจัดการคัดกรองในท้องถิ่นรับผิดชอบของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับบทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่น ในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการร่วมปรึกษารื้อกันระหว่างทีมพัฒนาระบบฯ และทีม อปท.ในระดับพื้นที่ มีข้อเสนอแนะถึง ภาพร่างของบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่น ในการเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ดังภาพที่ 3.2)

(ร่าง) บทบาท ของอปท. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม							
ระบบ	อปท.		ทีมสุขภาพ			ชุมชน	สังคม
	มี รพ.สต.	ไม่มี รพ.สต.	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ		
1. คัดกรอง/คัดแยก							
1.1 คัดกรอง ✓	++++	(✓)	++++	(+)	(+)	คุณอำนวย	คุณอำนวย
1.2 คัดแยก (✓)	(+)	(✓)	++++	++++	++++	คุณอำนวย	คุณอำนวย
2. คัดกลุ่ม	ส่งต่อ	คุณอำนวย	ส่งต่อ	++++	++++	คุณอำนวย	คุณอำนวย
3. การดูแลต่อเนื่อง ✓	++++	(✓)	++++	+	+	++	+

++++	ทำได้โดยอิสระ เป็นตัวหลัก	++	ร่วมมือการดูแล และ ประสานงาน
+	ร่วมมือ ให้คำปรึกษา	(+)	อาจทำได้ มีเกณฑ์กำหนด
✓	อปท. ทำได้	(✓)	อปท อาจทำได้ เมื่อมีการพัฒนา

ภาพที่ 3.2 บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโดยหน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น อาจใช้เป็นโอกาสแห่งการพัฒนารูปแบบและระดับการดูแลสุขภาพองค์รวมในระดับปฐมภูมิโดยท้องถิ่นได้ ตัวอย่างเช่น การมีระบบการคัดกรอง มีระบบการส่งต่อเข้ารับการคัดแยก และมีการดูแลต่อเนื่อง เป็น มาตรฐาน (standard level) ของทุกอปท. ที่ต้องมี การมีระบบ การคัดแยก และการส่งต่อเข้ารับการคัดกลุ่ม

เพิ่มเข้าไปในการดูแลมาตรฐานเดิมอีก เป็น อปท. *ระดับก้าวหน้า (advanced level)* และการสามารถจัดการให้มีการคัดกลุ่มได้ในพื้นที่ของตน และพัฒนาชุมชนให้มี ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ยามกลางวัน/ ในชุมชน) เพิ่มเติมจากระดับก้าวหน้า จัดเป็น อปท. *ระดับพรีเมียม (premium level)* ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ เพราะการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่นมากขึ้น อีกทั้งการดูแลสุขภาพของประชาชนจะเป็นความร่วมมือของไตรภาคีมากขึ้น อันเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง การนำใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 13 พื้นที่นั้น เปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่เลือกใช้เครื่องมือการคัดกรองได้ตามสะดวก ดังนั้นจึงมีทั้ง แบบประเมินเดิม คือ AMT มีแบบประเมินใหม่ที่รวมมากับการคัดกรองผู้สูงอายุที่สำคัญ 9 ด้าน คือ Mini Cog และแบบประเมินความจำในโครงการนี้ คือ 14 ข้อคำถาม จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมดำเนินงาน พบข้อดีข้อเสียของทุกแบบประเมิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ใช้ คือ อสม. หรืออาสาสมัครในชุมชน อาจสรุปได้เพียงว่า แบบประเมินที่ใช้คัดกรองที่ดี ควรคำนึงถึงผู้คัดกรองและผู้ถูกคัดกรอง ในมุมมองของผู้คัดกรองนั้น “เครื่องมือคัดกรอง ควรใช้ประเมินได้โดยง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน และไม่ยาวหรือใช้เวลามากเกินไป” ในมุมมองของผู้รับการประเมิน “การทำแบบประเมินต้องใช้ทักษะ มีความเข้าใจในคำถาม และมีประสบการณ์ ข้อคำถามในแบบคัดกรองบางอย่างที่ถามผู้สูงอายุ อาจไม่มีในพื้นที่” อันอาจทำให้การประเมินหลุดจากเป้าหมายที่ต้องการ จึงมีข้อเสนอแนะว่า “ถ้าหากสามารถแปลงบางคำถาม หรือปรับคำถามให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และเป็นภาษาถิ่นให้เข้าใจได้ง่ายจะได้ผลดียิ่ง” บทเรียนรู้พบว่า การใช้แบบประเมินไม่ถูกต้อง มีผลต่อจำนวนผู้ที่เข้ารับการประเมินละเอียด ทั้งแบบมีจำนวนมากเกินจริงและน้อยเกินไป อันก่อให้เกิดภาระงานต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น ภาระงานต่อ DCM ปฐมภูมิ ที่ต้องบรรณาธิกร บางครั้งต้องทำเองใหม่ และภาระงานต่อ DCM ในคลินิกผู้สูงอายุที่ต้องทำการกรองละเอียดหรือคัดแยกใหม่เมื่อรับการส่งต่อเข้ามา แต่การพัฒนาให้เกิดแบบประเมินที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมและมีมาตรฐานหรือมีความเที่ยงตรงในการประเมินนั้น ต้องอาศัยการศึกษาอย่างเป็นระบบ และเป็นงานที่ต้องใช้เวลา ซึ่งจากการนำใช้ ยืนยันว่า *ไม่ว่าจะใช้แบบประเมินอะไร ขอให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ผู้คัดกรองมีทักษะอย่างแท้จริง และยังเชื่อว่า แบบประเมิน 14 ข้อคำถามนั้น ยังมีประโยชน์แก่การประเมินได้ เพราะสามารถใช้สอบถามญาติ/ ผู้ดูแล/คนใกล้ชิดได้ หรือสอบถามร่วมกันเป็นสอบทานความจริงที่เกิดขึ้นกับการรับรู้ของผู้สูงอายุด้วย อีกทั้งการทำ ความชัดเจนด้านคำถาม หรือการแปลความเป็นภาษาถิ่น จะมีความเป็นไปได้ด้วย ซึ่งได้ทดลองแปลเป็น ภาษาอีสานไว้ด้วยแล้ว*

การคัดกรองผู้สูงอายุที่สำคัญ 9 ด้าน ที่เป็นแบบประเมินที่กำลังใช้ในระบบสาธารณสุขปัจจุบันในแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” นั้น เปิดประเด็นว่า เมื่อพบความผิดปกติจากการคัดกรองที่มอบหมายให้ดำเนินการ โดย อสม. จะมีการส่งต่อเข้า *คลินิกผู้สูงอายุ* เพื่อการประเมินโดยละเอียดโดยนักวิชาชีพอีกครั้ง จึงเข้าได้กับระบบ CDC ที่พัฒนา คือ กรณีที่ทำการคัดกรองแล้วพบความผิดปกติ ให้ทำทะเบียนส่งเข้ารับ *การคัดแยก* โดยนักวิชาชีพ ที่น่าจะเป็น *คลินิกผู้สูงอายุ* ที่พึงมีอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับและทุกแห่ง ดังนั้นการคัดกรองไม่ว่าจะดำเนินการโดยหน่วยปฐมภูมิทั้งของโรงพยาบาลเอง (ศสม.) และจาก รพ.สต. ที่อยู่ในเครือข่ายของสาธารณสุข

และมหาดไทย สามารถสร้างการเชื่อมต่องานคัดกรอง-คัดแยกได้ เพียงแต่ต้องการ การ**ทำระบบการส่งต่อให้ชัดเจน และสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้ตลอดทั้งสายงานการส่งต่อ**

ความชัดเจนของภาพการมี รพ.สต. ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองท้องถิ่น จะทำให้บทบาทการคัดกรองโดย รพ.สต. ของท้องถิ่น ชัดเจนขึ้นว่า รพ.สต. ของท้องถิ่น ทำการคัดกรองได้แน่นอน แต่ต้องมีระบบการส่งต่อไป-กลับ กับคลินิกผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และอย่างเป็นระบบด้วย แต่ไม่ได้ตีกรอบเพียงการคัดกรองเท่านั้น รพ.สต. ขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีศักยภาพสามารถจะพัฒนาต่อยอดในเรื่องการ**คัดแยก** **คัดกลุ่ม**ที่สามารถดำเนินการในพื้นที่ แบบเบ็ดเสร็จได้ในอนาคต แม้แต่การดูแลต่อเนื่องที่ต้องร่วมกับภาคสุขภาพนั้น ยังสามารถร่วมกันคิดหาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสม สำหรับท้องถิ่นของตนได้

โดยสรุปแล้วการคัดกรองสามารถบูรณาการ (integrate) เข้ากับงานประจำ และทำต่อเนื่องได้ แม้ในบริบทที่หน่วยงานปฐมภูมิแยกไปสังกัดกับองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้คัดกรองหลัก คือ อสม. มี DCM ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นหลักและรับผิดชอบ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ได้ตามบริบทและความสะดวก แต่ต้องให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และสร้างทัศนคติที่ดีในการประเมิน อีกทั้งต้องมีการทวนซ้ำ ย้ำส่วนสำคัญในทุกรอบของการประเมิน มีการให้คำปรึกษาและบรรณาธิกรข้อมูลโดย DCM รวมทั้งต้องการพัฒนาระบบส่งต่อที่ใช้การได้จริง

2.2 การจัดการคัดแยก: บทบาทสำคัญของ “คลินิกผู้สูงอายุ”

การคัดแยก อันหมายถึง การ**ประเมินละเอียดโดยทีมสหวิชาชีพ** ตามแนวทางที่ระบบสาธารณสุขของไทยวางไว้ คือ ดำเนินการที่ คลินิกผู้สูงอายุ บทเรียนรู้ที่ได้จากการนำใช้ระบบ กระบวนการคัดแยก จัดเป็นคอขวดที่ 1 ของระบบ ที่ทำให้การไหลลื่นของระบบเกิดการสะดุด ในการพัฒนาการนำใช้ระบบครั้งนี้ ตั้งต้นที่ว่าให้ทำการคัดแยกตามบริบทของพื้นที่ จึงมีการคัดแยกที่ปฐมภูมิร่วมด้วย และแบบส่งต่อมาคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งอาจอยู่ในพื้นที่เดียวกัน หรือนอกพื้นที่ของปฐมภูมิ ทั้งนี้แล้วแต่บริบทของปฐมภูมิที่ว่านั้นเป็นสายตรงหรือเป็น รพ.สต. สายต่อ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ และขึ้นกับศักยภาพในการคัดแยกของบุคลากรแต่ละพื้นที่ด้วย

การคัดแยกไม่ว่าจะทำที่ปฐมภูมิหรือในคลินิกผู้สูงอายุ **ปัญหาอุปสรรค** ที่พบคือ การขาดแคลนผู้ทำการคัดแยก เพราะบุคลากรในปฐมภูมิและคลินิกผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ที่**ปฐมภูมิ**มีภาระงานมากเกินไป ไม่สามารถคัดแยกให้ได้ ที่**คลินิกผู้สูงอายุ** นอกจากปัญหาภาระงานที่มากเกินไปแล้ว บางคลินิกฯ ยังสะท้อนความไม่ชัดเจนในบทบาท และความไม่ต่อเนื่องของคลินิกฯ ไม่ว่าจะเป็นไม่มีผู้ทำงานประจำ ผู้ที่มาทำงานที่คลินิกผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่เวียนกันมาทำงานชั่วคราว มีทั้งผู้ที่ผ่านและไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้งานคลินิกฯไม่ต่อเนื่อง ที่สำคัญ คือ บุคลากรในคลินิกฯมีไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากนโยบาย และบทบาทคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่ชัดเจน หรือเป็นคลินิกคลินิกผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มก่อตั้ง **ปัญหาเหล่านี้ ต้องมีการประเมินรอบด้าน** **ต้องการการแก้ไขในหลากหลายมิติ และจากหลายระดับงานที่เกี่ยวข้อง** ทั้งระดับนโยบายประเทศ นโยบายในพื้นที่หรือนโยบายของโรงพยาบาล แม้แต่ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุกฝ่าย ที่ต้องไม่ใช่คิดเพียงว่า ผู้สูงอายุคือ

ผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 60 ที่ใคร ๆ ก็ดูแลได้ และที่ต้องเข้าใจ คือ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีวัตถุประสงค์อะไร และครอบคลุมบริการอะไรบ้าง อันจะต่อเนื่องไปถึง โครงสร้าง งบประมาณ บุคลากรประจำที่ควรมีและจำนวนบุคลากรที่จะทำบทบาทหน้าที่ของคลินิกผู้สูงอายุอย่าง ได้ผล

บทบาทหนึ่งของคลินิกผู้สูงอายุนั้น คือ การค้นหาปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ก่อนที่ปัญหานั้นจะลุกลาม และสร้างภาระให้กับครอบครัว ชุมชน/ สังคมและประเทศชาติ การประเมินคัดกรองปัญหาหรือการคัดแยกโดย นักวิชาชีพ (screening) เกี่ยวกับ*ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุนั้น* ต้องการเครื่องมือมาตรฐานต่างๆ มาช่วยในการ ประเมิน และหมายถึง ความต้องการบุคลากรที่ใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการประเมินไม่เพียงแต่ ต้องการผู้ที่มีสมรรถนะเท่านั้น แต่ต้องการเวลาที่ใช้ในการประเมินด้วย ซึ่งเมื่อพบความผิดปกติจะส่งต่อเข้าพบ แพทย์เพื่อการวินิจฉัยรักษาต่อไป โดยแท้จริงแล้ว คลินิกผู้สูงอายุ เป็นด่านสำคัญที่จะค้นหาความผิดปกติหรือ ปัญหาของผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า early detection ที่ยับยั้งเป็นเชิงรุกที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดแล้ว และช่วย กรองคนที่ยังไม่มีปัญหาออก และจัดให้ผู้ที่มีปัญหาได้รับการดูแลตรงเป้าหมาย ซึ่งจะเป็นการลดภาระงานการ วินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีภาระงานที่หนักหนาอยู่แล้วด้วยการนำเสนอข้อมูลปัญหาที่ชัดเจน มีหลักฐาน ประกอบ

คลินิกผู้สูงอายุนั้นไม่ใช่คลินิกการรักษาโรคทั่วไป เฉกเช่น คลินิกอื่น ๆ แต่เป็นด่านหน้าในการประเมิน และดูแลอย่างเป็นองค์รวม และประสานการส่งต่อเข้ารับการรักษาบำบัดจากแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ตาม ความจำเป็น และมีความสำคัญในการจัดการให้เกิดการดูแลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ที่นักวิชาการหลายท่าน พยายามว่า อาจจะเกิดการระบอบของ*ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ*ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ และ ต้องการการเตรียมการรับมือหรือวางระบบในการดูแลไว้ก่อนเกิดวิกฤต การจัดการที่อาจต้องเริ่ม คือ การจัด บุคลากรในคลินิกให้เพียงพอเพื่อการคัดแยกทุกประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ประสานให้มีการรักษาและ การดูแลที่เป็นองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ประเด็นหลังนี้ต้องการการตกผลึกในงานผู้สูงอายุ และดูจะเกี่ยวข้องกับ หลายภาคส่วน และยังต้องการเวลาในการดำเนินงาน แต่ถ้าต้องการให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ทิ้งให้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ให้เป็นคนชายขอบที่เข้าไม่ถึงบริการ และต้องการให้สิทธิของผู้สูงอายุในการบำบัดปัญหาเฉพาะ ของผู้สูงอายุ เฉกเช่น คนวัยอื่นได้รับบริการแล้ว จำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจน เร่งพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุที่มี มาตรฐานที่ดี และพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมเต็มรูปแบบ ให้สามารถรองรับประชากรผู้สูงอายุที่นับวันจะทวีมากขึ้น ได้ทันการณ์

การคัดแยกแม้จะวางไว้ที่คลินิกผู้สูงอายุ แต่ไม่จำเป็นต้องทำที่คลินิกผู้สูงอายุแห่งเดียว อาจมีการคัดแยก ในพื้นที่ โดยบุคลากรสหวิชาชีพของคลินิกผู้สูงอายุไปคัดแยกพร้อมกับ DCM ในพื้นที่นั้น ๆ หรือที่เรียกว่า mobile geriatric clinic ซึ่งบางพื้นที่ในโครงการพัฒนาระบบฯ ของ 13 จังหวัดนี้ ได้ดำเนินการและประสบผลดีเป็นที่ น่าพอใจ หรือแม้แต่ในช่วงที่มีการขาดแคลนผู้ทำการคัดแยกนี้ อาจต้องหากวิธีในการจัดการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่

ต้องการ เช่น สร้างนวัตกรรมการทำงานแบบร่วมด้วยช่วยกันคัดแยก ด้วยทีมเฉพาะกิจร่วมคัดแยก ในรูปแบบการลงแขกร่วมกัน

การคัดแยกรูปแบบลงแขก เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนผู้ทำการคัดแยก ซึ่งคือขาดแคลนผู้ที่มีทักษะในการใช้เครื่องมือในการคัดแยก เครื่องมือหลัก คือ 1) MMSE/ TMSE ที่คัดผู้ที่สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อมไว้ เพื่อส่งต่อการคัดกลุ่ม 2) MoCA เครื่องมือที่ค้นหาผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ที่สมควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม 3) TGDS เครื่องมือที่คัดผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าออก เพราะจะไม่มี การตัดสินใจว่ามีภาวะสมองเสื่อมในสภาพที่มีอารมณ์เศร้า หรือไม่ต้องทำการประเมิน MMSE/ TMSE นั้นเอง

การลงแขกในการคัดแยก สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ รูปแบบที่เคยทำได้ผลมาแล้ว คือ การระดม DCM จากหลาย ๆ พื้นที่ ที่อยู่ภายในสายงานเดียวกัน มาร่วมทำการคัดแยกที่ละตำบล ช่วยกันคัดแยกในทุกตำบล วนกันไปจนครบ หรือ การคัดแยกที่ระดมทีมเฉพาะกิจคัดแยกจากหน่วยงานตนเอง หน่วยงานอื่น และสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ มาลงแขกช่วยการคัดแยก ทั้งนี้ต้องมองภาพการคัดแยกให้ชัดเจนว่า การคัดแยกนั้นไม่ได้ดำเนินการตลอดทั้งปี (ยกเว้น กรณี walk in) เป็นการดำเนินการในช่วงเวลาหนึ่งหลังการคัดกรองไม่นานนัก ที่สามารถกำหนดเวลาหรือฤดูกาลทำการคัดแยกได้ และความต้องการใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญทำการคัดแยก จำนวนวันที่ต้องทำการคัดแยก ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ จากการคัดกรอง ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องการการวางแผนจัดการเป็นช่วงเวลาชั่วคราวเท่านั้น การดำเนินงานแบบลงแขกนี้ ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องระบบไม่ชะงัก และเป็นปัญหาที่มีทางเลือกในการแก้ไขได้

ตัวตัดสินความต้องการจำนวนผู้ทำการคัดแยกเฉพาะกิจ คือ จำนวนผู้ที่ต้องคัดแยกอันเป็นตัวป้อนเข้า (input) ของระบบคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุ รับผิดชอบ โดย DCM ของคลินิกฯสามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้ว่า จะต้องใช้บุคลากรทั้งหมดเท่าไร ใช้เวลากี่วัน วันละกี่คน และประสานงานขอความร่วมมือเพื่อให้ทำการคัดแยกได้ ซึ่งทั้งนี้ทั้งนั้นย่อมต้องมีนโยบายเป็นหลักด้วย

คลินิกผู้สูงอายุที่บูรณาการการคัดแยกเข้ากับงานประจำแล้ว ยังสามารถกำหนดได้ว่า ช่วงเวลาที่จะดำเนินการในแต่ละปีเป็นประจำควรเป็นช่วงไหน ซึ่งเท่ากับเกริ่นบอกฤดูกาลที่จะมีการลงแขกคัดแยกพร้อมกันไว้ก่อน เพื่อให้ทีมลงแขกเฉพาะกิจได้เตรียมตัวนั่นเอง การมีแผนงานการคัดแยกอย่างเป็นขั้นตอน หรือระบบร่วมกับมีปฏิทินการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน จะทำให้การแสวงหาทีมเฉพาะกิจคัดแยก ได้รับความร่วมมือขึ้น

โดยแท้จริงแล้วทีมสถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้ทำการอบรมพัฒนานักวิชาชีพหลากหลายสาขาในการใช้เครื่องมือเหล่านี้ และมีการอบรม DCM หลายรุ่นต่อเนื่อง จนอาจกล่าวได้ว่ามีผู้ที่มีความรู้ด้านการคัดแยกทั้งในส่วนของหน่วยงาน ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิมีมากมาย เพียงแต่อยู่ในส่วนที่ไม่ใช่คลินิกผู้สูงอายุเท่านั้น การแสวงหาผู้ที่สามารถมาร่วมดำเนินการไม่ใช่เรื่องที่เป็นไปไม่ได้ แต่ที่ต้องมี คือนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินการ

การคัดแยกรูปแบบลงแขกเฉพาะกิจนี้ ในการสร้างระบบครั้งนี้ มีการดำเนินการหลายวิธีการ แต่ละวิธีการ ต้องการการจัดการและการบูรณาการเข้างานประจำ เช่น บางพื้นที่อาศัยความร่วมมือในฐานะเป็นสถาบัน แหล่งฝึกนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ขอความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการทำการคัดแยก ซึ่งได้รับการตอบรับจากพันธมิตร มีการบูรณาการกับงานประจำ มีการเรียนการสอน เสริมเติมประเด็นด้านวิชาการให้เข้มข้นขึ้น และร่วมติดตามนิเทศให้มีการประเมินที่แม่นยำ หรือแม้แต่หน่วยงานเดียวกัน การขอทีมคัดแยกจากผู้ที่มีศักยภาพ เช่น คลินิกจิตเวช ก็ยังให้ความร่วมมือได้เป็นอย่างดี

จุดนี้ชี้ได้ว่า เครือข่ายในการทำงานสร้างระบบนั้นต้องการพันธมิตรเครือข่ายร่วมงาน โดยการมองเห็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ มีการร่วมดำเนินการ และต่างบูรณาการเข้ากับงานประจำของตน จะทำให้เกิดระบบที่เป็นไปได้ไม่เป็นภาระที่มากเกินไป และเป็นระบบเพื่อชุมชนแท้จริง แต่ต้องใช้ทักษะการประสานงาน การสื่อสารการทำงานเป็นทีม และเป็นระบบ ร่วมกับการมีนโยบายสนับสนุนด้วย

ในการคัดแยก ไม่ว่าจะทำในคลินิก หรือทำในชุมชน DCM และสหวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุนอกจากจะร่วมลงแขกทำการคัดแยกแล้ว ยังมีหน้าที่เตรียมการรับ-ส่งกลับผู้สูงอายุที่มาทำการคัดแยกรวมทั้งผลการคัดแยก ดังนั้นหน้าที่ในการประสานงานจำเป็นต้องมีผู้รับผิดชอบ บุคคลดังกล่าว คือ DCC หรือ dementia care coordinator ซึ่งจะรับภาระทั้งการเป็น DCM และ DCC ด้วย ในการคัดแยก DCM นอกจากจะทำแผนการคัดแยกแจ้งผู้เกี่ยวข้องแล้ว ยังต้องมีการทวนซ้ำการใช้แบบประเมินให้ทีมเฉพาะกิจเข้าใจและทำได้ถูกต้อง

นอกจากนี้การจัดการคัดแยกต้องตระหนักถึงการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้เข้ารับการคัดแยกและผู้ทำการคัดแยกด้วย อาทิ เช่น เพื่อลดภาระของผู้สูงอายุที่จะต้องเข้ารับการคัดแยก หลังจากประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิต้นเรื่องการนัดหมายและการจัดส่งผู้สูงอายุจำนวนเท่าไรมาทำการคัดแยกแล้ว ควรจัดการคัดแยกโดยใช้เครื่องมือทั้งสามในคราวเดียว อันจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาทำการคัดแยกหลายครั้ง อีกทั้งยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากภาวะซึมเศร้า ที่หากมีการประเมินไวล่วงหน้าหลายวันเป็นสัปดาห์ จะทำให้ความเที่ยงตรงในการประเมิน แต่จะเกิดภาระใหม่ คือใช้เวลานานในการประเมินผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนั้นจึงต้องจัดการการคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ

ทางเลือกที่เป็นไปได้ คือ การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการคัดแยก โดยการจัดเป็นฐานการประเมิน เช่น ฐานการประเมิน TGDS/ ฐานการประเมิน MMSE/ ฐานการประเมิน MoCA และ ฐานการให้คำแนะนำเบื้องต้น โดยควรจัดให้มีเครื่องดื่มอาหารว่าง ให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมผ่อนคลายระหว่างการรอคอยการประเมินแต่ละฐาน หรือทำการประเมินเฉพาะครึ่งเช้า เพื่อให้ผู้สูงอายุกลับบ้านและพักผ่อน แต่จำนวนผู้คัดแยกต้อง จัดให้เพียงพอ ไม่ต้องให้ผู้สูงอายุรอนาน เป็นต้น

มีบางพื้นที่ ทำการคัดแยกแบบลงแขก แต่เคลื่อนที่เข้าไปทำยังชุมชนของผู้สูงอายุ โดยประสานกับหน่วยปฐมภูมิในการนัดหมาย และกำหนดจำนวนที่ดำเนินการได้ วิธีการนี้เรียกได้ว่าเป็นเชิงรุก ถูกใจผู้สูงอายุใช้ได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่สามารถเดินทางได้

การคัดแยกรูปแบบลงแขกนี้ ต้องการความร่วมมือทั้ง อสม. ประจำตำบล ท้องถิ่น ทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และญาติ ดังนั้นจึงต้องการการประสานสัมพันธ์ การอำนวยความสะดวก รวมทั้งงบประมาณดำเนินการ ทั้งนี้การมีนโยบาย การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

แม้การคัดแยกจะถูกร่างไว้ให้ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ แต่ DCM ของหน่วยงานปฐมภูมิ ยังต้องพัฒนาสมรรถนะในการคัดแยกด้วย เพราะนอกจากอาจจะต้องเป็นทีมคัดแยกเฉพาะกิจแล้ว ยังต้องทำการคัดแยกผู้ที่ติดบ้าน หรือไม่สามารถเดินทางได้ อันช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นได้รับสิทธิทางด้านสุขภาพเท่าเทียมคนอื่น เมื่อมี DCM ที่มีศักยภาพทำการคัดแยกได้ และมีจำนวนที่เพียงพอ หน่วยปฐมภูมินั้นสามารถทำการคัดแยกได้เอง โดยไม่ต้องส่งต่อให้คลินิกผู้สูงอายุเพื่อทำการคัดแยก แต่ก้าวข้ามไปส่งต่อเรื่องการคัดกลุ่ม หน่วยบริการปฐมภูมินั้นถือว่าพัฒนาสมรรถนะยกระดับเป็นขั้นก้าวหน้า (advanced level)

การส่งผลการคัดแยกกลับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อทำการคัดแยกแล้วเสร็จ ทะเบียนหรือฐานข้อมูลผลการคัดแยก เกี่ยวกับ รายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่จะต้องส่งเข้าคัดกลุ่มเพื่อ R/O Dementia รายชื่อของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาน/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI โดยเครื่องมือ) และคนที่ปกติหลงเข้ามา จะถูกส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเตรียมการดูแลต่อไป

ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อฝึกสมอง (brain training) หรือกลุ่ม MCI นั้น หน่วยบริการปฐมภูมิจะวางแผนและเตรียมการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป ส่วนผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกลุ่มต่อนั้น หน่วยปฐมภูมิต้องรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุคนใดมีภาวะเร่งด่วน ที่ต้องเข้ารับการวินิจฉัยและรับการรักษา ซึ่งต้องจัดการตามทีนัดหมาย ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ส่วนในกรณีที่ไม่เร่งด่วนจะมีการประสานงานกับคลินิกผู้สูงอายุ และครอบครัวให้ไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือคัดกลุ่มตามวันเวลาที่นัด

บางพื้นที่ เมื่อคัดแยกพบความผิดปกติ จะประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำการวินิจฉัยเบื้องต้นที่เรียกว่า primary diagnosis ในวันนั้น ซึ่งแพทย์จะประเมินสุขภาพทั่วไป ประเมินภาวะเสี่ยง ความต้องการของครอบครัวในการดูแลภาวะสมอง และให้การรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการนัดตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิธีการนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพึงพอใจ เพราะได้รับการดูแลทันที และทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับรู้ว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนนั้นต้องการการดูแลอย่างไร และจะให้การดูแลต่อไปอย่างไร

ข้อมูลการคัดแยกที่ต้องการส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จำเป็นต้องเป็นระบบ มีรายละเอียดที่ต้องสื่อสารอย่างครอบคลุม ที่ทำให้ผู้รับข้อมูล สามารถใช้ประโยชน์ และดำเนินการต่อได้ อาทิ ต้องมีคำแนะนำผลการประเมินสภาพสมองกำกับไว้ด้วย ซึ่งต้องมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องและสะดวก ดังนั้นการพัฒนากระบวนการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นยิ่ง

การคัดแยกในคลินิกผู้สูงอายุสำหรับผู้ that walk in คลินิกผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบครั้งนี้ บางแห่งได้พัฒนาการคัดแยกผู้ที่ walk in มาขอรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุด้วย ซึ่งอันดับแรกที่ต้องทำความเข้าใจ คือ ในการประเมินผู้สูงอายุทั้งหมดของชุมชนการคัดกรองและคัดแยก คือ การคัดกรองมาตรฐานในระบบสุขภาพ แต่

การประเมินในคลินิกผู้สูงอายุเป็นการประเมินในสถาบันสุขภาพที่มีนักวิชาชีพดำเนินการอยู่แล้ว ดังนั้น จึงละการคัดกรอง เหลือแต่การคัดแยก และเท่าเทียมกับการคัดกรองมาตรฐานในระบบสุขภาพ **ผู้ที่ walk in เข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุ จึงไม่ต้องทำการคัดกรอง แต่สามารถทำการคัดแยกได้เลย** โดยการประเมินสภาพสมอง ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน อาทิ MMSE/ TMSE และ MoCA

ผู้สูงอายุที่ walk in เข้ามารับการคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุนั้น จะไม่ได้มาจากการคัดกรอง แต่ประสงค์ที่จะได้รับการประเมินสภาพสมอง การใช้เครื่องมือ จะเป็นเช่นเดียวกับการคัดแยก คือ ใช้ TGDS เพื่อตัดประเด็นภาวะซึมเศร้า ใช้ MMSE/ TMSE คัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ กรณี MMSE/ TMSE ปกติ จึงคิดว่าเป็นผู้ที่มีมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ ทั้งกรณีสงสัยภาวะสมองเสื่อม หรือเป็น MCI โดยเครื่องมือ ให้คำแนะนำต่อว่าสามารถไปพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยต่อได้เอง หรือ เข้ารับการคัดกลุ่มตามระบบที่พัฒนานี้ ถ้าหากเป็นกรณีหลัง จะดำเนินการตามแผนงานที่เตรียมไว้ หรือกรณีที่คลินิกผู้สูงอายุนั้น ให้บริการพัฒนาสมองด้วย และผู้สูงอายุต้องการรับบริการนี้ที่คลินิก ต้องมีระบบนัดหมาย มีตาราง ที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงได้

โดยสรุปแล้ว การคัดแยกเป็นบทบาทที่ **คลินิกผู้สูงอายุ** ต้องพิจารณาหาทางเลือกในการรับมือที่เหมาะสม ซึ่งทุกปัญหามีทางออก และจะสามารถดำเนินการได้ดี มีประสิทธิภาพเมื่อคลินิคนั้นเข้มแข็ง มีโครงสร้างและบุคลากรพร้อมรับมือ และจัดซื้อถังชาความไม่ต่อเนื่อง ไม่เกิดประโยชน์ ที่ว่า “การคัดกรอง ก็คือ คัด แล้ว กองไว้ที่ปฐมภูมิ”

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เมื่อบูรณาการเข้าเป็นงานต่อเนื่องเป็นงานประจำแล้ว จะรับผิดชอบทำการค้นหาผู้ที่สมรรถนะสมองเปลี่ยนแปลงจนเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งตามหลักวิชาการ ให้ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นฐานข้อมูลในการคัดกรอง คัดแยกที่มีรายละเอียดที่เป็นประโยชน์จึงมีความสำคัญ และเมื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ MMSE/ TMSE และพบผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ก็จะเข้ากระบวนการคัดกลุ่มต่อไป

3. การคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยบำบัดรักษา

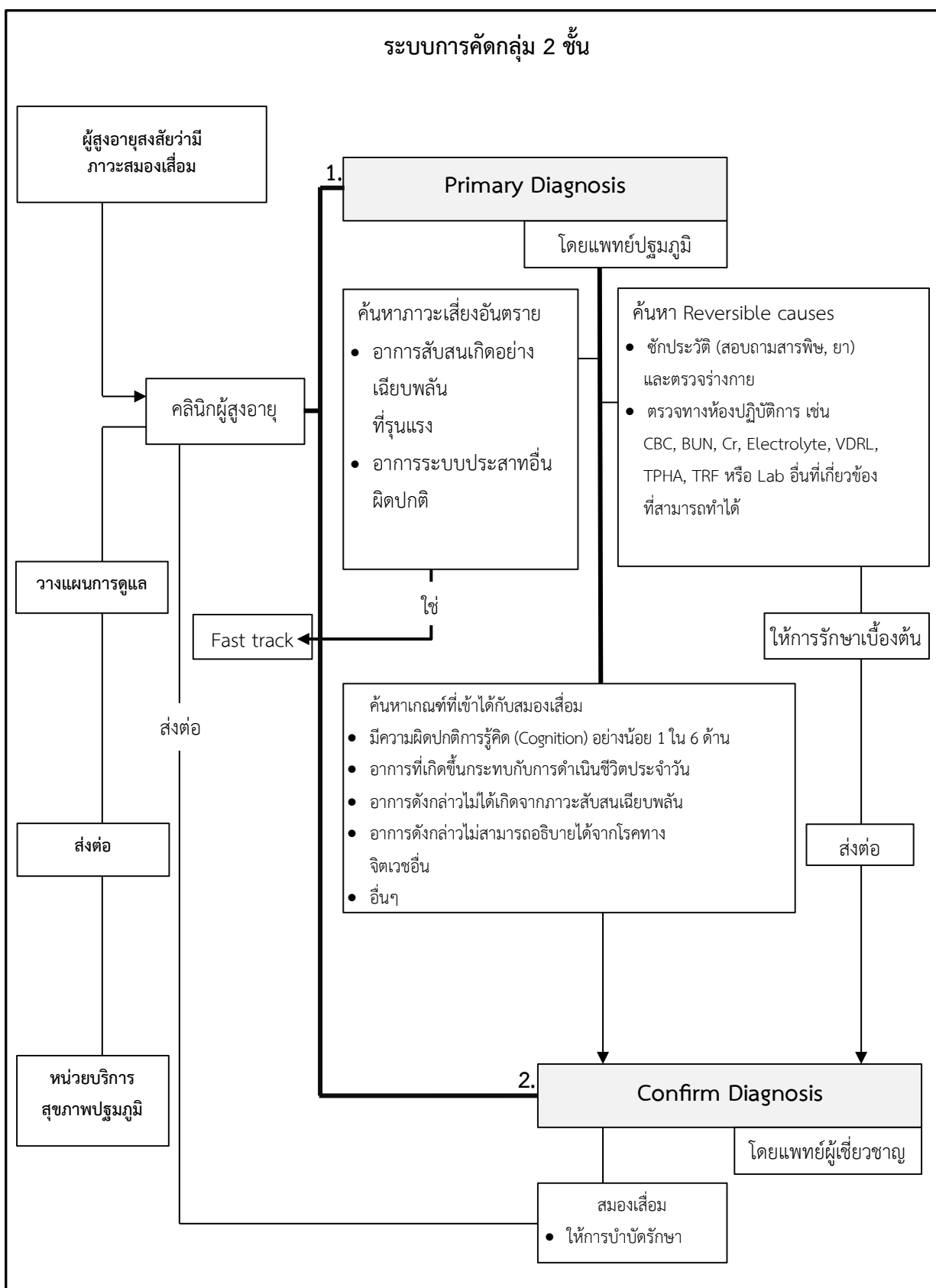
การคัดกลุ่ม เป็นการตัดสินใจว่าผู้สูงอายุที่สงสัยว่าอาจจะมีภาวะสมองเสื่อมจากการคัดแยกที่ทำโดยนักวิชาชีพนั้น มีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ อันเป็นบทบาทของแพทย์ แต่แพทย์เฉพาะทางที่จะทำการวินิจฉัยได้ มีจำกัด และมักประจำอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือระดับตติยภูมิ ดังนั้นการคัดกลุ่มจึงเป็นคอขวดที่ 2 ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

เนื่องจากในบริบทระบบสาธารณสุขของประเทศไทย มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบประจำในงานระดับปฐมภูมิ ดังนั้นการบูรณาการงานให้เข้าได้กับงานประจำจึงเกิดขึ้น เพื่อขยายคอขวดให้มีการเคลื่อนที่เลื่อนไหลได้โดยไม่ติดขัด และระบบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ จึงมีการวินิจฉัย เป็น 2 ขั้นตอน คือ **Primary diagnosis** และ **Confirm diagnosis** (ภาพที่ 3.3) ดังนี้

3.1 Primary diagnosis

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรนี้ ถือเป็นการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์จะประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าอาจจะมีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นก่อนส่งไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม ประเด็นในการประเมินที่สำคัญ คือ 1) *การค้นหาสาเหตุที่ทำให้ปรีชาน/การรู้คิดผิดปกติที่อันตราย* อันอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้สูงอายุนั้น เช่น Delirium (ภาวะสับสนฉับพลัน) ที่มีสาเหตุมากมายที่ทำให้เกิดและต้องเร่งให้การแก้ไข ภาวะ Normal pressure hydrocephalus (ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำแต่ที่มีความดันในสมองปกติ) หรือ Chronic subdural hematoma ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ แต่ต้องได้รับการรักษาดูแลที่ทันการณ์ หมายถึง มีการส่งต่อที่ทันกาล ทันเวลา (fast track) หรือแม้แต่ภาวะ depression และผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่ต้องส่งต่อให้จิตแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม 2) *การร่วมค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไข หรือหยุดยั้งไม่ให้โรคดำเนินไปมากขึ้น* หรือ ค้นหาภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการตรวจแยกโรคทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่ *ปฐมภูมิดำเนินการได้* เช่น การตรวจ complete blood count (CBC), thyroid function test, glucose test, liver and renal function test, VDRL หรือ syphilis, HIV และอื่นๆ เพื่อหาข้อมูลแยกโรคก่อนส่งปรึกษา และ 3) *ตรวจสอบสุขภาพโดยรวม*

ในการดำเนินการพัฒนาระบบครั้งนี้ หลายพื้นที่ได้ดำเนินการรูปแบบนี้ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม เกิดความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจที่ได้ให้การแก้ไขปัญหาอื่นๆ และปัญหาด้านสมองเบื้องต้นระหว่างรอการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม เป็นการลดข้อครหาที่ว่า “*มาถามกันเรื่อย ๆ ทุกปี (คัดกรอง) แต่ไม่เห็นมาดูแลอะไรเลย*”



ภาพที่ 3.3 การคัดกลุ่ม 2 ชั้น

3.2 Confirm diagnosis

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรนี้ ถือเป็นการวินิจฉัยยืนยันหรือ final diagnosis โดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทาง ที่อยู่ในโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิในเครือข่าย ซึ่งแพทย์จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เพิ่มเติม) โดยมีการตรวจทางจิตประสาท (standard neuro-psychological testing) การตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อให้การวินิจฉัยบำบัดรักษา ตามแนวปฏิบัติการทำ confirm diagnosis นั้น แพทย์จะตัดสินใจว่า มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ เป็นสมองเสื่อมชนิดใด ต้องการการตรวจอะไรเพิ่มเติม ต้องให้การบำบัดรักษาอย่างไร หรือต้องติดตามการรักษาและอาจจะแบ่งภาระของสมองเสื่อมที่เป็นด้วย

แพทย์ที่ทำการยืนยันการวินิจฉัย (confirm diagnosis) ในการพัฒนาระบบครั้งนี้ มี แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์อายุรกรรมประสาท และจิตแพทย์ สำหรับรูปแบบการยืนยันการวินิจฉัย มีทั้งรูปแบบการส่งต่อตามสายงานปกติ รูปแบบสภาลูกขุนที่ร่วมกันวินิจฉัยในพื้นที่ หรือโดยรูปแบบออนไลน์ โดยการทำ tele-consultation กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสายงานตนเอง (ในจังหวัด) หรือกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในส่วนกลาง โดยทีมงานที่ดำเนินการโดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ ซึ่งมีระบบชัดเจนสามารถขยายรูปแบบไปให้คำปรึกษาปัญหาอื่น ๆ ของผู้สูงอายุได้อีกด้วย (ในภาคผนวกที่ 1.3)

การคัดกลุ่มที่ทำเป็น 2 ขั้นตอนนี้ ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม จัดการได้ไม่ยุ่งยาก ความเป็นระบบของการดำเนินการคัดกลุ่มเช่นนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว มีช่องทางเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ ช่วยลดภาระและเวลาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยด้วย

การที่ระบบวางแผนการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน การมีศูนย์กลางประสานงานจึงมีความจำเป็นยิ่ง และศูนย์กลางที่เหมาะสมสำหรับหน้าที่นี้ คือ คลินิกผู้สูงอายุ โดยจะเป็นบทบาทของ DCC ที่จะประสานการส่งต่อ การนัดหมายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้สูงอายุและครอบครัว มาทำการคัดกลุ่ม โดยร่วมกับ DCM ที่เป็นเจ้าของใช้

การส่งต่อเข้ารับการคัดกลุ่มนั้น นอกจากแผนการนัดหมายแล้ว ยังต้องการระบบเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกประเด็นเกี่ยวกับสภาพสมองของผู้เข้าคัดกลุ่ม หรือต้องการข้อมูลจากการทดสอบสภาพสมอง ประวัติการเกิดความจำและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ประวัติโรคประจำตัวและแบบแผนชีวิตอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประวัติครอบครัว/ ผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม สังคมและ เศรษฐกิจ แม้แต่เป้าหมายที่ต้องการของครอบครัวในการดูแล นอกจากนี้ยังต้องการ ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้ทำไปแล้ว ข้อมูลเหล่านี้ต้องมีการจัดการให้เป็นหมวดหมู่ และให้ภาพเส้นทางการดำเนินของโรคและความก้าวหน้า ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน จากการนำใช้แบบบันทึกวิถีโคจรการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (aging

illness trajectory: AIT) ช่วยกระชับข้อมูลและเห็นการดำเนินของความเจ็บป่วยด้านสมองและกายได้ง่ายขึ้น) ในเอกสารแผ่นเดียว (one page) ช่วยลดเวลาในการประเมินของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เดิมนั้นการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ต้องใช้เวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่น้อย 3-4 ครั้ง ซึ่งก่อภาระต่อผู้สูงอายุและครอบครัวมาก เพราะเป็นการยากยิ่งที่นำผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีความซับซ้อนและไม่คุ้นเคย อีกทั้งครอบครัวต้องยากลำบากและมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจและเวลาเป็นอันมาก ดังนั้นการคัดกลุ่มโดยมีระบบ primary diagnosis รองรับแบบใกล้บ้านใกล้ใจ และมีการส่งต่อที่มีการเตรียมข้อมูลพร้อมไว้แล้ว ย่อมช่วยให้การคัดกลุ่มเป็นไปได้รวดเร็วขึ้น ยิ่งเป็นการคัดกลุ่มในรูปแบบ **สภาลูกขุน** หรือ **tele-consultation/tele-medicine ที่แพทย์และทีมงานปฐมภูมิเข้าร่วมด้วย** แล้ว การคัดกลุ่มนั้นจะยังประโยชน์ เทียบได้กับ บริการที่เรียกว่า one stop service (diagnosis) ในพื้นที่นั้น และก่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาสมรรถนะในงานการประเมินและการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้นไป และที่เป็นที่พึงใจของผู้รับบริการและครอบครัว ที่ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องไปรอคิวนาน ในโรงพยาบาลใหญ่

การบันทึกการคัดกลุ่ม และการทำฐานข้อมูล หลังการทำ confirm diagnosis ข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมโดย DCM ของคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นศูนย์กลางประสานการดูแล และมีการบันทึกสรุปการคัดกลุ่ม ผลลัพธ์ที่ได้จากการคัดกลุ่ม และข้อมูลส่วนของการดูแลรักษา หรือที่เปิดเผยได้ จะส่งต่อไปยัง หน่วยปฐมภูมิอย่างเป็นทางการ เพื่อการดูแลต่อไป แต่ข้อมูลที่พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุไว้ ต้องการพัฒนาเป็นฐานข้อมูลที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น

การวางแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care plan, DCP) ที่จัดการโดย DCM คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งจะจัดการวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับ **ปัญหาสมอง** ของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับ การแก้ไขหรือจัดการการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่เหมาะสม การแก้ไขหรือจัดการ BPSD ของผู้สูงอายุ การฝึกหรือให้การดูแลสุขภาพสมองที่เหมาะสมกับความเสื่อมที่เกิดขึ้น การใช้ยาทั้งยาเกี่ยวกับสมองและยารักษาโรคอื่นๆ อย่างถูกต้องและครบถ้วน รวมทั้งการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ด้วย การแนะนำครอบครัว/ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และที่จะละทิ้งไม่ได้ คือ การพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ โดยการแนะนำให้ครอบครัวดำเนินการในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น เบี้ยผู้พิการ เป็นต้น แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม นี้จะถูกส่งต่อไปยัง DCM ปฐมภูมิ สำหรับรายละเอียดในประเด็นอื่นๆ DCM ในระดับปฐมภูมิ จะไปเพิ่มเติมแผนการดูแลให้ครอบคลุมองค์รวมตามบริบทของครอบครัวและชุมชนนั้น

สรุป ข้อเสนอแนะการคัดกลุ่ม คือ ให้มีการคัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางงาน การทำ primary diagnosis โดยแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จะเป็นการแยกสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้มีภาวะสมองเสื่อมได้ เป็นการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ช่วยแยกภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ และให้การบำบัดเพื่อบรรเทาปัญหาของโรค และให้การรักษาสภาพกายอื่นที่เป็นปัญหา รวมทั้งการเตรียมการส่งเข้ารับการคัดกลุ่ม

โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การทำ confirm diagnosis โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นการยืนยันการเป็น/ไม่เป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม และให้การบำบัดรักษาโดยร่วมกับแพทย์ระดับปฐมภูมิ ผลประโยชน์ด้านการเรียนรู้ การร่วมการดูแลและการเอื้อให้ประชาชนการเข้าถึงหรือไม่นั้น ขึ้นกับรูปแบบที่พัฒนา และมีข้อเสนอแนะว่า การใช้ tele-consultation/tele-medicine เป็นรูปแบบที่ควรศึกษาและพัฒนาให้สามารถดำเนินการในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือ การพัฒนาฐานข้อมูลการคัดกลุ่มเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลและหลักฐานการดำเนินการและการติดตามผลของระบบฯ

4. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การดูแลต่อเนื่องในชุมชนของพื้นที่ใน 13 จังหวัด นั้นไม่ให้บทเรียนรู้การดำเนินงานที่ชัดเจน มีเพียงภาพกว้างๆ ว่า ได้มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุในโครงการ (คนที่เข้ารับการคัดกรองและคัดแยก) ตามปัญหาสมอง แต่ไม่ระบุกระบวนการดำเนินการพัฒนาให้เป็นระบบ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรนี้ ต้องมีความเข้าใจในประชากรเป้าหมาย เป้าหมายในการดำเนินการของแต่ละกลุ่ม และผู้มีส่วนร่วมดำเนินการ และการติดตามประเมินผลด้วย เพราะถือว่าผู้สูงอายุในโครงการฯอยู่ในระบบที่ต้องติดตามและให้การดูแลต่อเนื่อง

ประชากรเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่อง ประชากรในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรนี้ คือ **ผู้สูงอายุทุกคนที่เข้ามาในระบบ** อันอาจเข้ามาตั้งแต่การคัดกรอง หรือการคัดแยก (นักวิชาชีพทำการคัดแยก หรือ screening โดยไม่ต้องผ่านคัดกรอง) ดังนั้นเมื่อผ่านระบบ คัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่มแล้ว จะมีผู้สูงอายุ 3 กลุ่มในระบบ คือ ผู้สูงอายุที่ความจำปกติ ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ระบบจะต้องติดตามและให้การดูแลต่อเนื่องในการดูแล จึงเป็นที่มาว่า ระบบนี้ เป็นระบบที่ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกสภาพสมอง และเมื่อทำครอบคลุมชุมชนทั้งหมดแล้ว หมายถึงการดูแลผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนนั่นเอง

ดังนั้นทะเบียนรายชื่อของกลุ่มต่างๆ จึงต้องมีไว้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานต่อเนื่องกัน และใช้ในการติดตามผลด้วย

การคืนข้อมูลและการร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องโดยไตรภาคี การคืนข้อมูลส่วนที่สำคัญและจำเป็น และต้องอย่างมีจริยธรรมและมีการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ภาพ เป้าหมายและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มดีขึ้น โดยเฉพาะเป้าหมายของการดูแลที่ต้องการให้เป็นไตรภาคี มีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่การร่วมมือ การมีผู้รับผิดชอบหลัก หรือเจ้าภาพในการดูแล การสร้างฉันทคติให้เข้าใจถึงความจริงของภาวะสมองเสื่อม ที่ไม่เฉพาะเป็นผลกระทบหรือภาระต่อครอบครัว แต่อาจจะก่อภาระต่อสังคมจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ที่รบกวนหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น อันจะเป็นทุกขภาวะทั้งด้านการดูแล เศรษฐกิจและสังคม ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ต่อเนื่องไปถึงชุมชนท้องถิ่น และประเทศชาติด้วยนั้น เป็นส่วนหนึ่งในการคืนข้อมูลให้ชุมชนท้องถิ่นได้ตระหนักรู้ และเป็นฐานในการพัฒนาระบบในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมต่อไป

การคืนข้อมูลมีเวทีดำเนินการหลายรูปแบบ อาทิ ผ่านคณะกรรมการ พขอ. แต่ที่ต้องการ คือ ให้อำเภอในท้องถิ่นได้รับรู้ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล ชุมชนและท้องถิ่นที่ตระหนักในทุกขบวนการนี้ ย่อมร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้เป็นสังคมที่เอื้ออาทรดูแลทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและสังคม ร่วมเสริมการดูแลโดยวิชาชีพ อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแลในชุมชน

การคืนข้อมูลมักจะดำเนินการเมื่อผ่าน ระบบการคัดกรองคัดแยก คัดกลุ่มแล้ว มีจำนวนผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลชัดเจน การระบุเป้าหมายการดูแลและกิจกรรมที่เป็นหลักในการดูแลของแต่ละกลุ่ม รวมทั้งผู้ที่ควรจะได้รับผิชอบเป็นเจ้าภาพ เจ้ามือหลักในการจัดการและเจ้าภาพร่วม จะช่วยให้การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องร่วมกันดำเนินการ อันหมายถึง DCM ต้องเตรียมข้อมูลไว้ และมีการปรึกษาวางแผนล่วงหน้ากับผู้เกี่ยวข้องไว้แล้ว

4.1 กลุ่มความจำปกติ: รมรงค์ brain exercise ด้วยตนเอง

การจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เจ้าภาพและเจ้ามือหลักควรเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่น มีชุมชนและคนสุขภาพร่วมด้วย โดยกลุ่มคนหรือองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในท้องถิ่น อาทิ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกิจกรรมหรืออาชีพต่างๆ ในชุมชน เป็นภาคส่วนที่สัมปทานงานการดูแลผู้สูงอายุความจำปกตินี้ได้ดี โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่นเอื้อด้านงบประมาณ สถานที่และกิจกรรมกลุ่ม องค์กรสุขภาพเอื้อเรื่องความรู้และเทคนิควิธีการ

การจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นส่วนใหญ่ คือ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เข้ากระบวนการคัดกรองส่งเสริมสุขภาพสมองด้วยการบริหารสมองหรือการออกกำลังกายสมอง (brain exercise) นั้น ต้องปูแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพต้องทำด้วยตนเอง (self-care) หรือโดยการรวมกลุ่ม อย่างแข็งขัน เพราะการบริหารจะได้ผลดีต่อเมื่อทำด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ทำเป็นประจำ และอย่างสม่ำเสมอเท่านั้น และใคร คนกลุ่มใด หรือกิจกรรมใดที่จะมาทำให้ตนทำต่อเนื่องได้ ถ้าหากไม่ทำด้วยตนเอง ดังนั้นการรณรงค์ให้มีการบริหาร สมอง ควบคู่ไปกับการบริหารด้วยตนเองและโดยกลุ่มน่าจะเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้

การสร้างการตระหนักรู้และแรงจูงใจในการทำการบริหารสมองต้องการกลยุทธ์หลายด้าน และต้องมีรูปแบบที่หลากหลายเข้าได้กับวัฒนธรรมของพื้นที่ ซึ่งใน 13 จังหวัด ได้พัฒนาระบบนี้ มีหลายแห่งที่สามารถพัฒนากิจกรรมการบริหารสมองที่บูรณาการกับวัฒนธรรม และคำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มวัยได้ดี และน่าจะได้รับการพัฒนาต่อยอดเป็นนวัตกรรมประจำพื้นที่ได้ นั้นหมายถึง นอกจากจะต้องรับผิดชอบตนเองในการบริหารสมองแล้ว การมีกลุ่มหรือผู้นำมาร่วมสร้างบรรยากาศและโอกาสที่จะทำให้เกิดกิจกรรมที่มีประโยชน์และเผยแพร่ได้ น่าจะเป็นแรงจูงใจที่ดี

การรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาจไม่สามารถระบุเป็นจำนวนคนหรือร้อยละที่ต้องการได้ แต่ประมวลภาพได้ จากการมีระบบส่งต่อให้ท้องถิ่น และชุมชนดำเนินการหรือเป็นเจ้าของที่ชัดเจน การมีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับทำกิจกรรมในชุมชน การเอื้ออำนวยให้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มที่เข้าถึงได้ง่าย ใกล้บ้าน การมีกิจกรรมหลากหลายวิธีการและหลากหลายแห่งดำเนินการ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยคร่าวๆ หรือมีการพัฒนาคัดสรรวิธีการบริหารสมอง สื่อสารทางเอกสารหรือทางออนไลน์ รูปแบบต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุได้มากขึ้น

และถ้าหากการดำเนินการได้ผลอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว การคัดกรองในรอบต่อไป จำนวนผู้ที่มีความจำปกติในปีที่ผ่านมาจะยังมีความจำปกติเช่นเดิม

4.2 กลุ่มปรีชาน/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI): ต้องฝึกสมอง (brain training)

ใน 13 ที่จังหวัดที่ร่วมสร้างระบบ มีหลายพื้นที่ ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปรีชาน/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ด้วย การฝึกสมอง (brain training) อาทิ ใช้ รูปแบบ TEAM V ที่สถาบันเวชศาสตร์ฯ ได้ให้การฝึกอบรมในทุกพื้นที่ เพื่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แต่ที่ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ หรือจนสำเร็จมีน้อยแห่ง ด้วยอุปสรรคต่างๆ กัน ที่หนักมาก คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมกลุ่มได้ในช่วงมีการระบาดโรคโควิด และที่เป็นเหตุให้ต้องทบทวนการนำใช้กิจกรรมฝึกสมองหรือTEAM V คือ มีความยากในการคัดสรรเข้ากลุ่มหรือจัดกลุ่มที่มีความคล้ายกัน การฝึกใช้เวลานาน ไม่เหมาะกับงานในชุมชน ต้องมีผู้ดูแลร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลเสียเวลา ต้องการการจัดการรับส่ง ที่ต้องใช้งบประมาณ และที่น่าไตร่ตรอง คือ กิจกรรมยังไม่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ซึ่งเมื่อปรับกิจกรรมใหม่ ก็ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการฝึก

ข้อมูลเหล่านี้ ทำให้ตระหนักได้ว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มในผู้ที่มีความจำปกร่องนั้น ต้องมีทั้งศาสตร์และศิลปะในการดำเนินงาน คือ ต้องการผู้รู้จริงในการนำกิจกรรม ต้องการผู้ช่วยจัดการที่ทำหน้าที่ทั้งอำนวยความสะดวกการทำกิจกรรม และอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ ต้องการเกณฑ์การคัดสรรผู้เข้าร่วมกลุ่มที่มีสมรรถนะสมองและสถานะทางสังคมที่ใกล้เคียงกันจึงจะทำให้กระบวนการกลุ่มดำเนินต่อไปได้ การเรียนรู้หรือการฝึกทำกิจกรรมในวันฝึกไม่เพียงพอ ต้องนำกลับไปเป็นงานบ้าน ฝึกฝนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลนั่นเอง อีกทั้งระยะเวลาการฝึกยาวนานทำให้การสูญเสียสมาชิกกลุ่ม ผลลัพธ์จึงไม่ค่อยยั่งยืนนัก แต่ถ้าหากมีการพัฒนา กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมบำบัด (intervention program) จัดให้กับผู้สูงอายุที่สนใจ สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ต่อเนื่อง ในสถาบัน อาทิ ที่คลินิกผู้สูงอายุ ที่มีนักวิชาชีพด้านผู้สูงอายุหลายด้านคอยดูแล น่าจะได้ผลลัพธ์ดี

การทำกิจกรรมกลุ่มในชุมชนที่กำลังบุคลากรค่อนข้างน้อยภาระงานมาก การจัดกลุ่มกิจกรรมเช่นนี้ย่อมไม่สะดวก แต่ทีมโค้ชซึ่งให้แนวทางการนำไปใช้ไว้ว่า ให้นำไปประยุกต์ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แบบรายบุคคล (individual program) โดยเลือกกิจกรรมที่พัฒนาสมองให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความบกพร่อง 1-2 กิจกรรมไปฝึกให้กับผู้สูงอายุ โดยการเยี่ยมบ้าน (ดูความพร้อมของสมองคร่าวๆ ได้จากประวัติ และจากแบบประเมินสภาพสมองได้) สอน/แนะนำผู้ดูแลให้เป็นผู้ช่วยฝึก และมอบหมายให้ อสม.ช่วยกระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องโดยให้ตระหนักผลดีที่จะเกิดขึ้นด้วย การปรับเช่นนี้แม้จะยังผลสัมฤทธิ์ไม่ได้แต่เชื่อว่าจะดีกว่าไม่ทำ

บทเรียนรู้นี้ นำมาซึ่งข้อเสนอแนะว่า ถ้าประสงค์จะยับยั้งหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว จำเป็นต้องพัฒนากิจกรรมการฝึกสมอง/ การบำบัด ที่กระชับ มีหลักการ น่าสนใจ ทำได้ไม่ยากนัก ไม่ใช่เครื่องมือมากมายหรือซับซ้อน กิจกรรมเข้าได้กับวัฒนธรรม/บริบทชุมชน สามารถฝึกทำได้ด้วยตนเองหรืออาจมีผู้ช่วยเหลือได้บ้างไม่มาก และที่สำคัญทำแล้วต้องให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีด้วย ซึ่งต้องการการศึกษา

และพัฒนานวัตกรรมในอนาคต และที่สำคัญ คือ ควรจัดให้เป็นกิจกรรมบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มของสถานดูแลยามกลางวัน (Day care center/ clinic) ของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์การดูแล/ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุยามกลางวันในชุมชน โดยเป็นกิจกรรมบริการหนึ่งของศูนย์การดูแลต่อไป

เป้าหมายด้านวิชาการของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ การมีคะแนน MoCA ในการประเมินครั้งต่อไปไม่แตกต่าง แต่เป้าหมายที่สังเกตได้ คือ พฤติกรรมโดยเฉพาะที่เป็นปัญหาไม่เพิ่มขึ้น และยังคงการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทั้งจำนวนกลุ่มที่ได้รับ/ ยอมรับการบำบัด และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด จึงจำเป็น เพื่อรายงาน/ ศึกษาและติดตามผลต่อไป

4.3 กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม: ทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความซับซ้อน และต้องการการดูแลหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สมอง สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ การดูแลจึงต้องฝึกฝนการรู้คิดให้ดีขึ้น หรือชะลอการเสื่อมถอย การฝึกฝนจะเน้นที่การรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน ทักษะทางสังคมและพฤติกรรม เพื่อให้คงการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากที่สุด หรือคงการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมอย่างปลอดภัยให้นานที่สุด และต้องทำความเข้าใจว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้น หัวใจอยู่ที่การดูแลคนด้วยหัวใจ (humanized care) เป็นการดูแลที่ไม่ใช่ยา (non pharmacological therapy) และต้องดูแลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ และอย่างไม่เป็นภาระมากเกินไป จนเกิดทุกขภาวะอันอาจนำไปสู่ภาวะทารุณกรรมหรือการกระทำความรุนแรง (abuse & violence) โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจได้

พื้นที่ที่นำใช้ระบบการดูแลนี้ หลังการคัดกลุ่มและรับรู้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ส่วนใหญ่จะส่งต่อไปยังระบบการดูแลระยะยาว โดยไม่มี **การดูแลระยะกลาง** DCM ในพื้นที่แห่งหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า ยังต้องการความรู้เรื่องสมองเสื่อม การบำบัดรักษา การดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้มีปัญหาด้านสมองเสื่อมในระยะต่างๆ อันจะทำให้การดูแลตามแต่ละระยะมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะต่างๆ คือ **ควรจัดให้มี การดูแลระยะกลาง** จนผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสมตามบริบท ก่อนถึงเวลาต้องเข้าสู่การดูแลระยะยาว หรือยังไม่สมควรส่งเข้าการดูแลระยะยาวในขณะที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ หรือบุคลากรของการดูแลระยะยาวยังไม่มีความพร้อมรับ

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องพ่วงผู้ดูแลอย่างน้อยอีกหนึ่งคน การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คนนั้นต้องมีบุคคลอีก 1 คน ที่ต้องให้การดูแลด้วย คือ ผู้ดูแล ดังนั้น การทำให้ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เป็นงานที่ต้องใช้เวลา เพราะต้องทำให้เกิดการยอมรับบทบาทที่อาจต้องเปลี่ยนแปลงจากเดิม และมีผลกระทบต่อการรอบค้วแน่นอน ต้องให้ความรู้ สอนเทคนิคการดูแลอย่างเหมาะสมซึ่งใช้ต้องเวลา ที่แม้สอนแล้วยังต้องคอยสอนปรับเสริม ด้วยอาการสมองเสื่อมจะแปรเปลี่ยนไปได้เรื่อย ๆ วิธีการที่เคยทำสำเร็จอาจไม่สำเร็จ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการมีอารมณ์และตามด้วยสิ่งที่ไม่เหมาะสมอีกมากมาย ดังนั้นจึงต้องสอนวิธีการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแล การแก้ไขเบื้องต้น การมีกลวิธีผ่อนคลายความเครียดของ

ตนเอง หรือ แม้แต่แหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อรับมือไม่ไหว ที่จะละเลยไม่ได้ คือ การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง เพราะเป็นการดูแลที่ย่างยากซับซ้อน ยาวนานและก่อให้เกิดความเครียด

ดังนั้นการใช้เวลาระยะหนึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล ก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาวจะลดภาระของบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาวได้มาก เพราะเป็นการดูแลโดยทีม ที่มีความรู้ และทักษะ

ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ มีแนวทางการดูแลว่า หลังการคัดกลุ่มและได้รับแผนการดูแล (care plan) ที่ DCM ในคลินิกผู้สูงอายุ ได้ประเมินและวางแผนมาบางส่วน และส่งกลับแล้ว DCM ของปฐมภูมิ จะประเมินสถานะผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตัดสินความต้องการความช่วยเหลือที่ควรจะได้รับ และนำเข้าคณะกรรมการระดับตำบล หรือหน่วยงานที่มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะช่วยในการดูแล โดยหลักๆ แล้ว คือ ทีมสุขภาพ ทีมท้องถิ่น/ สังคม และทีมชุมชนหรือประชาชนในพื้นที่ ให้มาร่วมรับรู้ปัญหา และวางแผนให้ความช่วยเหลือตามขอบเขตงานของแต่ละภาคส่วน

มีการใช้ **การเยี่ยมบ้านร่วมกัน** เป็นเครื่องมือ ให้เข้าใจปัญหารอบด้าน โดยมี DCM เป็นเจ้าของไข้และเป็นผู้จัดการและกำกับดูแล (care management) มติการดูแลและระยะเวลาที่จะดำเนินการของทุกภาคส่วนจะถูกบันทึกไว้ และกำกับติดตามโดย DCM ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการในการดูแลระยะกลางนี้ คือ ปัญหาสุขภาพสมองของผู้สูงอายุได้รับการดูแล มีผู้ดูแลที่สามารถดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพพอสมควร ได้รับการดูแลสุขภาพ กาย ใจ สมอง จากการทำงานของทีมนสุขภาพ ได้รับการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่เกิดอันตราย การเฝ้าระวังด้านการกิน การอยู่ การอาศัยเพียงพอและสิทธิต่างๆ จากท้องถิ่น และได้รับความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลจากชุมชน ชุมชนมีความเข้าใจ ให้โอกาสทางสังคมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล หรือช่วยเฝ้าระวังอันตราย หรือทดแทนการดูแลให้ได้ในยามจำเป็น

5. การบันทึกและการส่งต่อในระบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะกลางและผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ จะถูกบันทึกไว้ว่า มีผู้สูงอายุในระบบการดูแลที่เป็นผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ จำนวนกี่คน แต่ละคนมีปัญหาอะไรบ้าง ได้รับการดูแลจากภาคส่วนใด โดยเฉพาะภาคสุขภาพการให้การดูแลทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ต้องมีการบันทึกไว้ด้วย

เมื่อให้การดูแลระยะกลางบรรลุเป้าหมายส่วนใหญ่ จะนำส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าระบบการดูแลระยะยาว โดยบันทึกสิ่งที่ไตรภาคีได้ดำเนินการไปแล้ว และที่ยังต้องติดตาม ปัญหาสุขภาพที่ต้องดำเนินการต่อ รวมทั้งแผนการดูแลและการคิดตามการรักษาที่มี ซึ่งทาง CM การดูแลระยะยาวจะดำเนินการต่อไป

6. การมีคลินิกผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

การถอดบทเรียน พบว่าทุกพื้นที่พัฒนาระบบฯ มีความเกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ ในการดำเนินการทั้งด้านการสร้างศักยภาพ การร่วมกันดำเนินการในทุกกระบวนย่อย ที่ชัดเจนมาก คือ ระบบการคัดแยกและการคัดกลุ่ม การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้สามารถรองรับงานด้านผู้สูงอายุอย่างมากมายในอนาคต ต้องการมี

นโยบาย การสนับสนุนทุกด้านให้บุคลากรในคลินิกสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทหน้าที่ของตน ย่อมเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลทุกระบบที่จะต้องพัฒนาต่อไปสำหรับผู้สูงอายุ

เชื่อว่าการมีคลินิกผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานและมีบุคลากรเพียงพอ จะทำให้ระบบการดูแลทุกปัญหาของผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี เพราะการมีศูนย์กลางประสานงานการดูแลสุขภาพที่ต้องการการส่งต่อส่งกลับระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ในระบบที่พัฒนานี้สหวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ ยังต้องทำการประเมินละเอียด หรือคัดแยกด้วย ซึ่งจะต้องทำการประเมินปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของผู้สูงอายุเช่นกัน ก่อนส่งเข้าการคัดกลุ่มโดยแพทย์เฉพาะทาง ในระบบที่พัฒนานี้ การประสานงานกับแพทย์ในหน่วยทุติยภูมิและตติยภูมิเพื่อการคัดกลุ่ม ต้องการการดำเนินการอย่างมีระบบและทันการณ์ทันเวลา อีกทั้งยังต้องมีการประมวลผลและแผนการรักษาของแพทย์ และ/หรืออาจต้องมีการวางแผนการดูแลร่วๆ ให้ก่อนการส่งต่อกลับให้หน่วยปฐมภูมิดำเนินการ ภารกิจเหล่านี้จะดำเนินการได้จะต้องมีการพัฒนา ตั้งแต่ระดับนโยบายเพื่อรับมือกับปัญหาสูงอายุ โครงสร้างบุคลากร จำนวน บทบาทและขอบเขตที่พึงเป็น ของบุคลากรประจำในคลินิกฯ อันจะทำให้การทำงานที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง

การถอดบทเรียนครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดการระบบอย่างครบวงจร โดยเสนอแนะ **การให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุ** ที่จะทำหน้าที่ เป็นศูนย์กลางการประสานงานที่สำคัญของระบบนี้ เพื่อให้สามารถทำการคัดกรองและคัดแยก ได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหา จากการมีการคัดแล้วกอง และเสนอแนะการปรับปรุงแบบการคัดกลุ่มให้เหมาะสมกับบริบททางสาธารณสุขของไทยที่เป็นอยู่ให้เกิดภาระงานที่เหมาะสมกับผู้เกี่ยวข้องและชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง

บทเรียนรู้การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร และข้อเสนอแนะที่ นำเสนอในครั้งนี้ เป็นการรังสรรค์จากการลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ของกลุ่มคนคณะหนึ่งที่มีหลากหลายสหสาขาวิชาชีพ หลากหลายภาคส่วน และคนในชุมชน มาร่วมกันสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจร จนเกิดผลงานให้กับประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ของตน พื้นที่ทั้ง 13 จังหวัดที่เป็นเครือข่ายการร่วมสร้างในครั้งนี้ แสดงถึงการมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะสร้างระบบที่พึงมีพึงเป็นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุ ด้วยหวังให้เป็นต้นแบบบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นต้นแบบนาร่องการดูแลปัญหาสำคัญอื่น ๆ ของผู้สูงอายุที่จะตามมาในโลกของผู้สูงอายุด้วย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ที่ก่อให้เกิดทุกขภาวะต่อตัวผู้สูงอายุเองและก่อให้เกิดทุกขภาวะต่อครอบครัว ท้องถิ่นชุมชนและประเทศชาติในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งนักวิชาการด้านผู้สูงอายุเชื่อว่า ภาวะสมองเสื่อมนี้จะมีกระบาดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และส่งผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศที่ไม่ได้เตรียมการรับมือที่ดี

การเตรียมการรับมือในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรนี้ เป็นการค้นหาผู้ที่มีภาวะนี้แต่เนิ่น ๆ โดยพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย คือ ค้นหาผู้มีความจำผิดปกติ ด้วย อาสาสมัครในชุมชน ที่เป็นพลังสำคัญในการทำงานที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน และเรียกว่า

การคัดกรอง และมีการค้นหา**คัดแยก** อย่างละเอียดด้วยนักวิชาชีพ ให้ได้คน 2 กลุ่ม ที่เป็นเป้าหมายใหญ่สำคัญของสาธารณสุขที่ต้องให้การดูแล หากต้องการชะลอทุกขภาวะของภาวะสมองเสื่อมที่จะเกิดขึ้น กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปริมาตร/การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่สงสัยต้องได้รับการ**คัดกลุ่ม** (primary diagnosis และ/หรือ secondary diagnosis) เพื่อแยกแยะประเภทสมองเสื่อม จัดสาเหตุ และให้การบำบัดรักษา อันเป็นบทบาทโดยตรงของทีมสุขภาพ และเป็นสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ควรจะได้รับเฉกเช่นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ สำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของประเทศไทยนั้น จะอยู่ในมือของผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการดูแลจึงมีภาคปฏิบัติในชุมชนที่ครอบครัวของผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั่นเอง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างครบวงจรในชุมชนนั้น ไม่มีโมเดลของประเทศใดๆ หรือแม้แต่ประเทศไทยเองให้เลียนแบบได้ ดังนั้นการพัฒนาจึงเกิดขึ้นด้วยความพอใจ ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะสร้างขึ้น ดังนั้นจึงต้องชื่นชม 13 พื้นที่ที่เข้าร่วมการพัฒนารั้งนี้ ที่สะท้อนให้เห็นว่า ต้องการยังประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุ และระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างแท้จริง การดำเนินการพัฒนาระบบฯ ต้องการความวิริยะอย่างยิ่ง เพราะดำเนินการภายใต้ภาวะวิกฤตที่คุกคามอย่างหนักเป็น และระยะเวลานานนับปีด้วย แต่ทุกพื้นที่แสดงความตั้งใจ และพยายามดำเนินการเต็มที่ แม้ความสำเร็จจะฉายภาพไม่ครบทุกระบบก็ตาม แต่ยืนยันได้ว่าระบบนี้สามารถต่อยอดการพัฒนาให้สมบูรณ์ได้ ถ้าหากมีความเข้าใจตรงกันว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยเฉพาะในชุมชนและรูปแบบเชิงรุก ย่อมต้องประกอบด้วยกระบวนการค้นหา กระบวนการวินิจฉัย บำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการค้นหาเชิงรุกหรือในชุมชนคนจำนวนมากนั้น ย่อมต้องมีการกรองเป็นลำดับเพื่อลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนและเพื่อความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย ที่เรียกว่า การคัดกรองและการคัดแยกนั่นเอง และพื้นที่ที่ดำเนินการเป็นชุมชน งานส่วนนี้จึงเป็นส่วนของปฐมภูมิ ส่วนการคัดแยกบางส่วนและการวินิจฉัยนั้นการดำเนินการจะเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพในระบบทุติยภูมิหรือตติยภูมิโดยปฐมภูมิจะร่วมด้วยช่วยกัน สำหรับพื้นที่ดำเนินการนั้นไม่จำกัด และที่สุดเมื่อคัดกลุ่มแล้วเสร็จ การดูแลจะเกิดในพื้นที่หรือความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในระดับปฐมภูมิโดยร่วมกับภาคสุขภาพ

การที่ระบบย่อยของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรนี้ ได้แยกแยะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินระบบย่อยแต่ละระบบไว้ การพัฒนาระบบจึงเกิดขึ้นได้ ทั้งในลักษณะทำทุกระบบย่อยในสายงานของภาคส่วนเดียวกัน และทำแยกภาคส่วนแยกหน่วยงาน ตามความรับผิดชอบหลักของลักษณะงาน อาทิ หน่วยปฐมภูมิรับผิดชอบเรื่องการคัดกรอง คัดแยกบางส่วน หน่วยงานระดับทุติยภูมิและตติยภูมิรับระบบการคัดแยกและการคัดกลุ่ม ส่วนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นงานหลักร่วมกันของภาคท้องถิ่นและภาคสุขภาพ โดยมีภาคชุมชนร่วมทีมสนับสนุน แต่ระบบนี้ต้องการการพัฒนากระบวนการส่งต่อ ไปกลับรับคืนที่มีประสิทธิภาพ

บทสรุป: การขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)

สรุปบทเรียนรู้และข้อเสนอแนะ **การขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)** จากการถอดบทเรียนด้วยตนเองของพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด ที่มีประสบการณ์ทำงานและลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ (รายงาน ดังในภาคผนวก 2) และจากประสบการณ์ทำงานของทีมสนับสนุนทีมวิชาการ และทีมโค้ชซึ่งจากส่วนกลาง (โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ) ในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อสรุป ของ **ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)** ว่า มีสามระบบย่อย คือ ระบบการคัดกรอง-คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย/ บำบัดรักษา) และ ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

โดย **ระบบการคัดกรอง-คัดแยก** ด้าน **การคัดกรอง** (ดำเนินการโดยอาสาสมัครในชุมชน) ทุกพื้นที่สามารถดำเนินการได้ แต่ไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ แม้จะเป็นนโยบายจากส่วนกลาง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเคลือบแคลงด้านความน่าเชื่อถือของผลการคัดกรองที่รายงานในฐานข้อมูล HDC ที่มีอยู่ ซึ่งควรพิจารณาทบทวน เป้าหมายความครอบคลุมและกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองเฉพาะ ที่เหมาะสมร่วมด้วย เช่น การคัดกรองใน กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน/ ติดเตียง หรือกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค (อาทิ กลุ่ม NCD) ที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในคลินิกและในชุมชนที่รับผิดชอบได้ **ด้านเครื่องมือคัดกรอง** ทุกพื้นที่ยังต้องการเครื่องมือคัดกรองที่สะดวกรวดเร็วเหมาะสมกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นเครื่องมือที่สามารถสอบถามผู้สูงอายุหรือผู้คนที่รู้จักใกล้ชิดผู้สูงอายุแทนได้ (ที่มีทั้งใช้แบบประเมินและบันทึกบนมือถือที่ได้มีการพัฒนาขึ้น) ซึ่งแต่ละพื้นที่/ชุมชนมีกลยุทธ์วิธีการในการดำเนินการคัดกรองเพื่อสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถดำเนินการโดยทั้งภาคสุขภาพและหรือภาคท้องถิ่นได้ โดยการปรับปรุงกลวิธีการดำเนินการให้รัดกุมเพียงเล็กน้อย (กรณี รพ.สต. มีการโอนย้ายไปส่วนท้องถิ่น)

ด้านการจัดการ การคัดแยก นั้นสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ โดยปรับยุทธวิธีในการดำเนินงานที่ต้องการนโยบายสนับสนุน การพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุให้ดำเนินการคัดแยกได้อย่างเป็นรูปธรรมมีนโยบาย มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและมีทางเลือกในการดำเนินการ จะสามารถพัฒนาระบบคัดแยกที่เป็นระบบ ชัดเจน มีเจ้าภาพ และเจ้ามือ และนำร่องการคัดแยกปัญหาอื่นๆ ในอนาคตที่ต้องการสร้างระบบด้วย **การคัดกลุ่ม** ที่ดำเนินการในรูปแบบ 2 ชั้น (tier) นี้ได้ผลดีและเหมาะกับบุคลากรในระบบสาธารณสุขไทยทั้งยังให้ความพึงพอใจทั้งผู้ให้และรับบริการด้วย สำหรับผู้ให้บริการ ยังเห็นบทบาทของตนในการดำเนินงานที่ชัดเจนและเห็นโอกาสแห่งการพัฒนาด้วย สำหรับ **การดูแลต่อเนื่อง** นั้น ต้องการให้มีการดูแลระยะกลางในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการคิดนวัตกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล และกลุ่มความจำปตินั้นต้องการรณรงค์ให้มีการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสมอง โดยมีท้องถิ่น องค์กร กลุ่ม และชมรมต่างๆ ในชุมชนร่วมมือ แต่ที่ต้องศึกษาและพัฒนาอีก คือ ระบบการส่งต่อ ไปกลับที่มีการบันทึกข้อมูลที่จะใช้ในการดูแลและก่อประโยชน์โดยไม่ซ้ำซ้อนหรือเป็นภาระมากมาย

การพัฒนาใดๆ ก็ตามต้องมีการเริ่มต้น และไม่มีที่สิ้นสุด เพราะเมื่อสถานการณ์เปลี่ยน กลยุทธ์ก็ต้องเปลี่ยน **บทเรียนรู้และข้อเสนอแนะ** ที่ได้จากการดำเนินการใน 13 พื้นที่นี้ ถือเป็นบทเริ่มต้นที่ดำเนินการด้วยความตั้งใจนำ ไม่ใช่ด้วยนโยบายของรัฐบาลการพัฒนา แต่มุ่งผลที่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อคุณภาพของระบบ และดำเนินการสร้างระบบได้ครบระบบย่อย บูรณาการกับงานประจำได้ในระดับหนึ่ง แม้จะไม่สมบูรณ์ทุกระบบ จึงน่าจะเป็นบทเรียนรู้ สำหรับภาคส่วนองค์กรที่ประสงค์จะให้มียุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ของตนหรือในประเทศไทย บทเรียนรู้ครั้งนี้เชื่อว่า จะช่วยให้เกิดการพัฒนต่อยอดเพื่อการนำไปใช้ที่เหมาะสมต่อไปได้ รูปธรรมของ ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทั้ง 13 รูปแบบ (13 จังหวัด) ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพของประเทศไทย สะท้อนว่า **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย) ได้มีการขับเคลื่อนเกิดขึ้นแล้ว**

บรรณานุกรม

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณาธิการ). (2559). *การป้องกัน และการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2562). *แนวทางการจัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร*. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนท์กรุ๊ป จำกัด.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2563ก). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: บริษัท อีส ออกัส จำกัด.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2563ข). *คู่มือการจัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.
6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2559). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น*. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนท์กรุ๊ป จำกัด.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2560). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนท์กรุ๊ป จำกัด.
8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2563ค). *คู่มือดูแลอย่างไรทางไกลสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.
9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2563ง). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนท์กรุ๊ป จำกัด.
10. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2563จ). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มสุขภาพความจำดี)*. นนทบุรี: Agingthai.dms.go.th.
11. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2563ฉ). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อย สำหรับบุคลากรสุขภาพ*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.

12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2566ก). *คู่มือการจัดกิจกรรม Brain exercise สำหรับผู้นำกิจกรรม*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, (2566ข). *คู่มือการจัดกิจกรรม Brain training สำหรับผู้นำกิจกรรม*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.
14. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566ค). *คู่มือการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสุขภาพ*. นนทบุรี: บริษัททวิสินการพิมพ์จำกัด. บริษัททวิสินการพิมพ์ จำกัด.

ภาคผนวก 1

1.1 เอกสารการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์

1.2 รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) :
โดยพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด/เขตสุขภาพ

1.3 การพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม: การให้คำปรึกษาทางไกลเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม) โดยผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง (พ.ศ. 2562-2566)

1.1 เอกสารการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ
กรมการแพทย์

ลำดับที่	รายชื่อเอกสาร	ผู้จัดพิมพ์	ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์
	เอกสารพัฒนาระบบฯ		
1	แนวทางการจัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร	สถาบันเวชฯ	2562
2	คู่มือการจัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการภาวะสมองเสื่อม	สถาบันเวชฯ	2563ก
3	คู่มือการจัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สถาบันเวชฯ	2563ข
	เอกสารพัฒนาระบบย่อย: การดูแลต่อเนื่อง		
4	คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น	สถาบันเวชฯ	2559
5	คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชน	สถาบันเวชฯ	2560
6	คู่มือดูแลอย่างไรทางไกลสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว	สถาบันเวชฯ	2563ค
7	คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชน	สถาบันเวชฯ	2563ง
8	คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มสุขภาพความจำดี)	สถาบันเวชฯ	2563จ

ลำดับที่	รายชื่อเอกสาร	ผู้จัดพิมพ์	ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์
9	คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีความรู้บกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ	สถาบันเวชฯ	2563ฉ, 2564
10	คู่มือการจัดกิจกรรม Brain exercise สำหรับผู้นำกิจกรรม	สถาบันเวชฯ	2566ก
11	คู่มือการจัดกิจกรรม Brain training สำหรับผู้นำกิจกรรม	สถาบันเวชฯ	2566ข
12	คู่มือการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพ	สถาบันเวชฯ	2566ค
	สรุปประมวลผลงานการพัฒนาระบบฯ		
13	การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ประเทศไทย)	สถาบันเวชฯ	2567

1.2 รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเทศไทย) : โดยพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด/เขตสุขภาพ

ลำดับ ที่	รายชื่อเอกสาร (ปี พ.ศ.)	สถาบัน/องค์กร	ผู้เขียนรายงาน/ ผู้รวบรวม
1	รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดอุทัยธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	ดร.นลินี บุญธรรม
2	รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	นางภารดี สิทธิปกรณ์
3	รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดอุดรธานี พื้นที่นำร่องจังหวัดอุดรธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลหนองหาน	นางอมรพรรณ ไชยกิจ นพ.อนิรุทธ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์
4	รายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดอุบลราชธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิชราลงกรณ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ	นางสายใจ นิปการสุนทร นางมนิดา ศรีลวน นางสาวกนกวรรณ ลอยนวล

ลำดับ ที่	รายชื่อเอกสาร (ปี พ.ศ.)	สถาบัน/องค์กร	ผู้เขียนรายงาน/ ผู้รวบรวม
5	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัด ฉะเชิงเทรา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว	นางสำราญ ศุภพิชน์
6	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดสิงห์บุรี	โรงพยาบาลสิงห์บุรี	นางสาวงามตา อักษรไพโร
7	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัด เพชรบูรณ์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	นางกัลยันพร เกียรติบัณฑิต
8	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัด กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ศบส.67	พญ.วริชา เอี่ยมจินณสุวัฒน์ พญ.สุธี สฤกษ์ศิริ
9	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดลำพูน	โรงพยาบาลลำพูน	นพ.โกคิน ศักรินทร์กุล พญ.กชกร ไตรศรีวิรัตน์
10	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดลพบุรี	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	นางศิริรัตน์ สุวรรณรัตน์ พญ.ชิดชนก ศิริวิบูลยกิจ
11	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัด นครสวรรค์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์
12	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดสงขลา	องค์กรบริการส่วนจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา	นางสาวจตุพร จตุรวิทย์ พญ.พัชรี พุทธิชาติ
13	รายงานผลการดำเนินการพัฒนา ระบบฯ: พื้นที่นำร่องจังหวัดพะเยา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	นางมนัสภรณ์ พิชัยจุมพล

QR cord

รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
พื้นที่นำร่อง 13 พื้นที่ ปี พ.ศ. 2562-2565



1.3 การพัฒนาระบบการคัดกลุ่ม: การให้คำปรึกษาทางไกลเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม) โดย
ผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง (พ.ศ. 2562-2566)

ครั้งที่ (ว/ด/ป)	ทีมพื้นที่นำร่อง ที่นำเสนอกรณีศึกษา เพื่อขอคำปรึกษา	ทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ที่ให้คำปรึกษาในการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม)	ทีมเครือข่ายร่วมเรียนรู้ (สมรรถนะ: คัดกลุ่ม)
ครั้งที่ 1 22 ต.ค. 62 เวลา 13.30 – 15.00 น.	นพ.สาริกข์ พรหมมาร์ตัน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน (จำนวน 1 ราย)	นพ.สแกนต์ บุณนาค สถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน พญ.ทัศนีย์ ตันตฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัชช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คลินิกผู้สูงอายุ รพ. ลำพูน จำนวน 3 คน รพ.ลำพูน จำนวน 1 คน รพ.สต. จำนวน 2 คน
ครั้งที่ 2 16 พ.ย. 2563 เวลา 13.30 – 15.00 น.	นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรคภ์ประชารักษ์ (จำนวน 1 ราย)	พญ.ทัศนีย์ ตันตฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	ทีมจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 18 คน ทีมส่วนกลาง จำนวน 6 คน

ครั้งที่ (ว/ด/ป)	ทีมพื้นที่นำร่อง ที่นำเสนอกรณีศึกษา เพื่อขอคำปรึกษา	ทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ที่ให้คำปรึกษาในการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม)	ทีมเครือข่ายร่วมเรียนรู้ (สมรรถนะ: คัดกลุ่ม)
		รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ท.หญิง ผ.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
ครั้งที่ 3 17 มิ.ย. 2564 เวลา 13.30 – 15.00 น.	นพ.อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ รพ.หนองหาน (จำนวน 3 ราย)	พญ.อารดา อุดมโรจนศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ท.หญิง ผ.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนาฯ จำนวน 30-40 คน
ครั้งที่ 4 20 ก.ย. 2565 เวลา 13.30 – 16.00 น.	พญ.ภัทรกานต์ รพ.วารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี (จำนวน 2 ราย)	พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ท.หญิง ผ.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนาฯ จำนวน 30-40 คน
ครั้งที่ 5 8 ก.พ. 66 เวลา 13.30 – 16.00 น.	พญ.กชกร ไตรศรีวิรัตน์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน (จำนวน 2 ราย)	พญ.บุษกร โลหารชุน สถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์ พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ท.หญิง ผ.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนาฯ จำนวน 30-40 คน
ครั้งที่ 6 วันที่ 20 มี.ค. 66	นพ.ภาณุพงศ์ เลิศวิกรานต์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (จำนวน 1 ราย)	พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน และ	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนาฯ จำนวน 46-50 คน

ครั้งที่ (ว/ด/ป)	ทีมพื้นที่นำร่อง ที่นำเสนอกรณีศึกษา เพื่อขอคำปรึกษา	ทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ที่ให้คำปรึกษาในการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม)	ทีมเครือข่ายร่วมเรียนรู้ (สมรรถนะ: คัดกลุ่ม)
เวลา 13.30 – 16.00 น.		อ.นพ.จิโรจ พละเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พญ.พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว สถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์	
ครั้งที่ 7 วันที่ 24 พ.ค. 66 เวลา 13.30 – 16.00 น.	นพ.อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ รพ.หนองหาน (จำนวน 2 ราย)	ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน อ.นพ.จิโรจ พละเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นพ.เจษฎา เขียวขจี สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนา จำนวน 30-40 คน
ครั้งที่ 8 วันที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 13.30 – 16.00 น.	พญ.อัญชลี สีกัน รพ.น่าน (จำนวน 2 ราย)	พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.อ.หญิง ร.ศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนา จำนวน 280 คน
ครั้งที่ 9 วันที่ 3 มกราคม 2567 เวลา 13.30 – 16.00 น.	นพ.อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ รพ.หนองหาน (จำนวน 1 ราย)	พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.อ.หญิง ร.ศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อ.นพ.จิโรจ พละเลิศ	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนา จำนวน 224 คน

ครั้งที่ (ว/ด/ป)	ทีมพื้นที่นำร่อง ที่นำเสนอกรณีศึกษา เพื่อขอคำปรึกษา	ทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ที่ให้คำปรึกษาในการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม (คัดกลุ่ม)	ทีมเครือข่ายร่วมเรียนรู้ (สมรรถนะ: คัดกลุ่ม)
		คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	
ครั้งที่ 10 7 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 13.30 – 16.00 น.	นพ.ณัฐฐ มณีขาว รพ.โพนทอง (จำนวน 1 ราย)	ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.อ.หญิง ร.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อ.นพ.จิโรจ พลเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พญ.มานิตา กิตติเลิศวรกุล สถาบันเวชศาสตร์ฯ กรมการแพทย์ นพ.เจษฎา เขียวขจี สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	ทีมเครือข่ายร่วมพัฒนาฯ จำนวน 127 คน

หมายเหตุ: มีการดำเนินการต่อเนื่องเปิดโอกาสให้พื้นที่อื่นเข้าร่วมนำเสนอกรณีศึกษาด้วย

ภาคผนวก 2

- ตารางที่ 2.1 บริบทของพื้นที่นำร่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)
- ตารางที่ 2.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)
- ตารางที่ 2.3 ภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)

ตารางที่ 2.1 บริบทของพื้นที่นําร่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นําร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นําร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วคป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
1	จ. อุทัยธานี (MOU: 4 ม.ค. 62) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u> (จังหวัด) (18.86%)	<u>อ.เมือง (1)</u>	<u>ตำบล (3)</u> ต.อุทัยใหม่ (1) ต.น้ำซึม (1) ต.เกาะเทโพ (1)	8,059 คน (NA%) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u> 8,059 คน (NA%)	<u>PCC (3)/ศสม. (2)/ รพ.สต.</u> (7) PCC เมือง/ ศสม. (2) PCC น้ำซึม/ รพ.สต. (3) PCC เกาะเทโพ/ รพ.สต. (4) Fam Med (3) DCM (3)	โรงพยาบาลอุทัยธานี (รพท) (1) มีคลินิกสุขภาพจิต <u>Psychiatrist (SM)*</u> พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม (DCC) นักจิตวิทยาคลินิกกลุ่มงานจิตเวช (DCC) สสจ. อุทัยธานี (DCC)	เทศบาลเมืองฯ <u>อบต. (อุทัยใหม่/ น้ำซึม/</u> <u>เกาะเทโพ)</u> มี LTC ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ
2	จ.หนองบัวลำภู (MOU: 28 ม.ค. 62) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u> (จังหวัด) 72,243 คน (13.72%)	<u>อ.เมือง (1)</u> <u>ปชก</u> <u>ผู้สูงอายุ</u> (อำเภอ) 18,987 คน (12.23%)	<u>ตำบล (3)</u> ต.หนองบัว (1) ต.นามะเพือง (1) ต.ซ่งโง้ง (1)	3,005 คน (16.7%)	<u>PCC (2):ศสม. (1)/รพ.สต. (2)</u> ศสม. (1) รพ.สต. นามะเพือง (1) รพ.สต. ซ่งโง้ง (1)	รพ. หนองบัวลำภู (รพท) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (2) Psychiatrist (2) (ไม่มีจิตแพทย์/NeuroMed)* <u>Nurses COC (SM)*</u> คลินิก ผสอ (GNP: DCC) *	สสจ. /อบท. เทศบาลตำบลนามะเพือง มี LTC ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ ผลงานด้านผู้สูงอายุ (รางวัลระดับจังหวัด/ ประเทศ)
3	จ. อุตรดิตถ์ (MOU: 28 ม.ค. 62) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u>	<u>อ.เมือง (1)</u>	<u>ตำบล (1)</u> ต.หมากแข้ง (1)	8,341 คน (18.07%) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u> 12,033 คน	<u>ศสม. (3)</u> ศสม. 1 (1) ศสม. 2 (1) ศสม. วัดป่า (1)	รพ. อุตรดิตถ์ (รพ. ตติยภูมิ) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกจิตเวช Fam Med (5) (SM)*	มีคณะกรรมการ พชอ. /พชต. ประเด็นผู้สูงอายุ มีตำบลต้นแบบ LTC

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
	(จังหวัด) 235,198 คน (ร้อยละ 14.89)			<u>(18-23%)</u>		Neuro Med (1) ;จิตแพทย์ (1)	มีศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ
		อ.หนองหาน (1) <u>ปชก. ผู้สูงอายุ (อำเภอ)</u> 15,517 คน (13.19%)	<u>ตำบล (2)</u> ต.หนองหาน (1) ต.หนองไผ่ (1)	3,692 คน (23.8%)	<u>PCU (1)/รพ.สต. (1)</u> PCU รพ.หนองหาน (1) รพ.สต.หนองบัวแดง (1)	รพ. หนองหาน (<u>รพ. ทศวิทยภูมิ</u>) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (1) (SM)*	ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มีตำบลต้นแบบ LTC
4	จ. อุบลราชธานี (MOU: 11 ก.พ. 62)	อ.เมือง (1) <u>ปชก. ผู้สูงอายุ (อำเภอ)</u> 21,004 คน (19.09%)	<u>ตำบล (3)</u> ต.ไรร้อย (1) ต.ปทุม (1) ต.ขามใหญ่ (1)	9,564 คน (18.54%) 31,227 (16-18%)	<u>PCU (1)/รพ.สต.(8)</u> PCU (1) รพ.สต.ยางส้อม (1) รพ.สต.คำแย (1) รพ.สต.ดงแสนสุข (1) รพ.สต.ขามใหญ่ (1) รพ.สต.หัวคูน (1) รพ.สต.ด้ามพร้าว (1) รพ.สต.ดงห้องแห่ (1) รพ.สต.ประทุม (1)	รพ. 50 พรรษาฯ และ รพ. สรรพสิทธิประสงค์* (<u>รพ. ทศวิทยภูมิ</u>) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (10) (SM)* อายุรแพทย์ (1) จิตแพทย์ (1) (มี Neuro Med จาก รพ สรรพสิทธิประสงค์)*	รพ. มีทีมเฝ้าระวัง CUP ร่วม คัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มีตำบลต้นแบบ LTC

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
		อ.วารินชำ ราบ (1) <u>ปชก. ผู้สูงอายุ (อำเภอ)</u> 20,236 คน (NA%)	<u>ตำบล (15)</u> ต.คำน้ำแซบ (1) ต.บึงหวาย (1) ต.สระสมิง (1) ต.ธาตุ (1) ต.คำขวาง (1) ต.คูเมือง (1) ต.ศรีโค (1) ต.โพธิ์ใหญ่ (1) ต.โนนผึ้ง (1) ต.ท่าลาด (1) ต.โนนโพน (1) ต.บึงไผ่ (1) ต.แสนสุข (1) ต.หนองกินเพล (1) ต.ห้วยขยุง	21,663 คน (16.2%)	<u>PCC/PCU (1)/รพ.สต.(19)</u> PCC/PCU (1) รพ.สต.(19)	รพ.วารินชำราบ (<u>รพท.</u>) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ (มี Gero Nurse ประจำ) Fam Med (9) (SM)*	อปท. / พชอ./ สสอ. เทศบาล (3) มี LTC ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ (วิทยาลัยผู้สูงอายุ)
5	จ. ฉะเชิงเทรา (MOU: 25 ก.พ.62)	<u>อ.เมือง (1)</u> <u>ปชก. ผู้สูงอายุ</u> <u>24,788 คน</u>	<u>ตำบล (5)/ชุมชน (7)</u> ต. หนามแดง (1) ต.คลองเปรง (2) ต.คลองหลวงแพ่ง (2)	(10,673 คน) (NA%) เป้าหมาย	<u>PCC(3):ศสม.(2)/รพ.สต.(5)</u> รพ.สต.หนามแดง (1) รพ.สต.คลองเปรง (1) รพ.สต.บ้านสมอเช (1)	รพ.พุทธโสธร <u>รพท. (1)</u> <u>คลินิกผู้สูงอายุ</u> คลินิกจิตเวช	เทศบาลเมือง/ตำบลฯ มีตำบลต้นแบบ LTC ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
		(15.62%)	ต.บ้านใหม่ (1) ต.หน้าเมือง (1)	คัดกรอง 30 % (คิดเป็น 3,200 คน)	รพ.สต.คลองอุดมชลจร (1) รพ.สต.คลองหลวงแพ่ง (1) ศสม.วัดจีนประชาสโมสร (1) ศสม.วัดโสธรวราราม (1)	Psychiatrist (4) SM* Neuro Med (1) Fam Med (1) สสจ. (DCC)	
		อ.บางน้ำ เปรี้ยว (1)	ตำบล (8) ต.บางน้ำเปรี้ยว (1) ต.สิงโตทอง (1) ต.บางขนาก (1) ต.บึงน้ำรักษ์ (1) ต.บ้านคลอง 21 (1) ต.ศาลาแดง (1) ต.ดอนเกาะกา (2) ต.ดอนฉิมพลี (1)	12,368 คน (28.7%)	PCU (1)/รพ.สต. (7) สอ.สิงโตทอง (1) รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ (1) รพ.สต.บางขนาก (1) รพ.สต.บึงน้ำรักษ์ (1) รพ.สต.ศาลาแดง (1) รพ.สต.บ้านคลอง 21 (1) รพ.สต.ดอนเกาะกา (1) รพ.สต.ดอนฉิมพลี (1)	รพ.บางน้ำเปรี้ยว รพ.ทุติยภูมิ (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (1)	อปท./คปสอ. เทศบาลตำบล/อบต มี LTC มีโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ (มีกิจกรรมกระตุ้นสมอง)
6	จ. สิงห์บุรี (MOU: 4 มี.ค. 62)	อำเภอ (6) อ.เมือง อ.อินทร์บุรี อ.พรหมบุรี อ.ท่าช้าง อ.บางระจัน	ตำบล (6) ต. ม่วงหมี่ ต.น้ำตาล ต.พระงาม ต.โพธิ์ประทับช้าง ต.เชิงกลัด ต.โพธิ์ทะเล	5,387 คน (NA)	รพ.ทุติยภูมิ (2)/รพ.สต.(4) รพ.สต.ม่วงหมี่ (1) รพ.สต. ตาล (1) รพ.สต.พระงาม (1) รพ.ท่าช้าง (รพ.ทุติยภูมิ) รพ.บางระจัน (รพ.ทุติยภูมิ) รพ.สต.โพธิ์ทะเล (1)	รพ.สิงห์บุรี รพท. (1) จิตแพทย์ (2) * Neuro Med (1) กลุ่มงานจิตเวชฯ (DCC) สสจ. สิงห์บุรี (DCC)	

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
		อ.ค่าย บางระจัน			Fam Med มีคลินิกผู้สูงอายุ (DCM)		
7	จ. เพชรบูรณ์ (MOU: 1 มี.ค.62)	<u>อ.เมือง (1)</u>	<u>ตำบล (4)</u> ต.โนนเมือง (1) ต.นายม (1) ต.ท่าพล (1)	8,628 คน (22.5%) (9,116 คน) (8,386 คน)	<u>PCCคลองศาลา (1)/รพ.สต.(4)</u> รพ.สต.หนองผักบุ้ง (1) รพ.สต.ถ้ำน้ำบึง (1) รพ.สต.ท่าพล (1) รพ.สต.วังทอง (1)	รพ.เพชรบูรณ์ รพท. (1) -มีคลินิกผู้สูงอายุ ● Gen Med (1) (SM)* ● Fam Med (1) ● Psychiatrist (1) ● Neuro Med (1)	เทศบาลเมือง (1) เทศบาลตำบล (2) อบต. (2) มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มี LTC
8	กทม (MOU: 10 มี.ย.62)	<u>พื้นที่ (4</u> <u>เขต)</u> เขตบางแค เขตทวีวัฒนา เขตหนอง แขม เขตหนองแค	<u>ชุมชนนำร่อง (5)</u> เขตบางแค เขตทวีวัฒนา	<u>2,071 คน</u> <u>(NA%)</u> 1,050 คน (NA%)	<u>ศูนย์บริการสาธารณสุข (5)</u> ● <u>ศบส. 40</u> (1) ● <u>ศบส. 48</u> (1) ● <u>ศบส.67</u> (1) ● ศบส. 49 (1) ● ศบส.62 (1)	<u>รพ.ราชพิพัฒน์-(รพท) (1)</u> มีคลินิกเครือข่าย คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร (คลินิกสุขใจสูงวัยระดับประจักษ์) Fam Med (2) Gen Med (1) (SM)* Geriatrician (1)	สำนักงานแพทย์ กทม. สำนักงานเขตบางแค- มี LTC/ PC ครบวงจร มีชมรมผู้สูงอายุ ใน รพ./ ในชุมชน
9	จ. ลำพูน (MOU: 19 มี.ย. 62)	<u>อ.เมือง (1)</u>	<u>ตำบล (5)</u> <u>ต.ต้นธง</u> <u>ต.หนองจี้</u> <u>ต.หนองหนาม</u>	(29,237 คน) (22.81%)	<u>PCC/PCU (5)/รพ.สต. (4)</u> <u>รพ.สต. หนองจี้ (1)</u> <u>รพ.สต. หนองหนาม (1)</u> <u>รพ.สต. หนองช้างคืน (1)</u>	<u>รพ. ลำพูน (รพท.) (1)</u> มีคลินิกผู้สูงอายุ ● Fam Med (8) (SM)* ● Gen Med (1)	ตำบลต้นธง มี รพ.สต.ติดดาว ชมรม/ โรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรมพัฒนาสมอง

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
			ต.หนองช้างคืน ต.อุโมงค์		รพ.สต. อุโมงค์ (1)	● Neuro Med (1)	มีระบบ LTC
10	จ. ลพบุรี (MOU: 24 มิ.ย. 62) <u>ปชก ผู้สูงอายุ</u> 135,042 คน (18.02%)	อ.เมือง (1)	<u>ตำบล (2)</u> ต.ท่าศาลา (1) ต.ตะลุง (1) (<u>ต.เขาสามยอด</u>)	3,368 คน (10.9%)	<u>PCU (1)/ รพ.สต. (2)</u> รพ.สต. ท่าศาลา (1) PCU ท่าศาลา (1) รพ.สต.ตะลุง (1)	<u>รพ. พระนารายณ์มหาราช รพท (1)</u> Psychiatrist (1) (SM)* Neuro Med (1) Fam Med (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ (และ Memory clinic) (มีพยาบาลประจำ)*	สถานสงเคราะห์คนชราบ้าน ลพบุรี (1) ชมรม/ โรงเรียนผู้สูงอายุ มีตำบลต้นแบบ LTC
11	จ. นครสวรรค์ เริ่มดำเนินการ (MOU: 22 ก.ค. 62)	<u>อ.เมือง (1)</u> <u>ปชก</u> <u>ผู้สูงอายุ</u> (อำเภอ) 44,438 คน (18.1%)	<u>ตำบล (3)/ชุมชน (8)</u> ต.ปากน้ำโพ (5) ต.นครสวรรค์ ต.วันตก (2) ต.วัดไทร (1)	13,603 คน (NA%)	<u>ศสม. (6)/ รพ.สต. (1)</u>	รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (<u>รพ.ตติยภูมิ</u>) (1) มีคลินิกผู้สูงอายุ (ศูนย์ชิวันนท์) Fam Med (1) (SM*) Psychiatrist (1) Neuro Med (1) รพ.ร่มฉัตร (เอกชน) รพ.ค่ายจิระประวัติ	สสจ. เทศบาลเมืองนครสวรรค์ ชมรม/ โรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรม brain exercise (กองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น) (อบต. วัดไทร) วพบ. สวรรค์ประชารักษ์

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
12	จ. สงขลา (MOU: 30 ต.ค.62)	<u>อ.เมือง (1)</u> ปชก <u>ผู้สูงอายุ</u> <u>(อำเภอ)</u> 27,586 คน (20.9%)	<u>ตำบล (2)</u> ค พะวง (1) ต.เขารูปช้าง (1)	7,215 คน (22.7) 11,974 (22 %)	<u>รพ.สต. (2)/สอ. (5)</u> ศูนย์ สธ เทศบาล สระเกษ (1) ศสช.ใจกลาง (1) ศสช.กุโบว์ (1) สอ.ต.เขารูปช้าง(สาขา1) (1) สอ.ต.เขารูปช้าง(สาขา 2)(1) รพ.สต.ทรายขาว (1) รพ.สต.บ้านทุ่งใหญ่ (1)	<u>รพ.สงขลา (รพท.) (1)</u> Gero-Nurses (2) คลินิก ผสอ (SM)* คลินิกความจำ คลินิกสุขภาพใจ คลินิกอายุรกรรมประสาท Neuro Med (2) Psychiatrist (2) Fam Med (1)	อบจ/ศูนย์บริการผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ (ในรพ และ ในชุมชน) มี LTC
		<u>อ.สะเดา (1)</u>	<u>ตำบล (1)</u> ต.ปาดังเปซาร์	4,756 คน (NA)	<u>มี 2 รพ./2 เครือข่ายฯ</u> <u>PCU (2)/ รพ.สต. (18)</u> ศูนย์บริการสธ เทศบาล (2)	<u>รพ.ปาดังเบซาร์ รพช. (1)</u> <u>รพ.สะเดา (รพช.)</u> ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (NA) พยาบาลจิตเวช (2) มี 2 เครือข่าย/ 2 รพ. /18 รพ.สต./2 PCU /2 ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	NA

ลำดับ ที่	ข้อมูลพื้นที่นำร่อง				หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรในพื้นที่ และงานด้านผู้สูงอายุ
	จังหวัด (MOU: วดป)	อำเภอ (แห่ง)	ตำบล/ชุมชน (แห่ง)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน/ร้อยละ)	บริการระดับปฐมภูมิ (แห่ง/คน)	โรงพยาบาล (แห่ง/คน)	
13	จ.พะเยา (MOU: 7 มิ.ย.65) ปกก ผู้สูงอายุ 54,336 คน (22.43%)	<u>อ.เมือง (1)</u>	<u>ตำบล (1)</u> <u>ต.แม่ใส</u>	(27,909 คน) (23.8%)	<u>รพ.สต.(1)</u> <u>รพ.สต.แม่ใส (1)</u>	รพ. พะเยา <u>รพท. (1)</u> มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (2) (SM)* Geriatric Med (1)	พื้นที่ Big rock สสอ./อบต./คปสอ. มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มี LTC คณะพยาบาลศาสตร์ & คณะแพทยศาสตร์ ม. พะเยา
		<u>อ.เชียงคำ (1)</u>	<u>ตำบล (1)</u> <u>ต.ทุ่งผาสุข</u>	(15,527 คน) (20.38%)	<u>รพ.สต. (1)</u> <u>รพ.สต.ทุ่งผาสุข (1)</u>	<u>รพ.เชียงคำ (รพท.) (1)</u> มีคลินิกผู้สูงอายุ GP (1) Fam Med (SM)*	สสอ./อบต./คปสอ. มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มี LTC
		<u>อ.จุน (1)</u>	<u>ตำบล (1)</u> <u>ต.พระธาตุช้างแก</u>	(10,900 คน) (22.38%)	<u>รพ.สต.(1)</u> <u>รพ.สต.พระธาตุช้างแก (1)</u>	<u>รพ.จุน (รพช.) (1)</u> มีคลินิกผู้สูงอายุ Fam Med (1 คน) (SM)*	สสอ./อบต./คปสอ. มีชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มี LTC
รวม	<u>จังหวัด (13)</u>	<u>อำเภอ (23)</u> <u>กทม. (4</u> <u>เขต)</u>	<u>ตำบล (66)</u> <u>ชุมชน กทม. (5)</u>	<u>จำนวนผู้สูงอายุ</u> <u>200,966 คน</u>	<u>PCC (9)/ PCU (26)/</u> <u>รพ.สต.(87)/สอ (5)/</u> <u>ศบส. กทม. (5)</u> <u>รวม 123 แห่ง</u>	<u>ทุกจังหวัดมีคลินิกผู้สูงอายุ</u> <u>ยกเว้นจังหวัดสิงห์บุรี</u>	<u>สถานสงเคราะห์</u> <u>จังหวัดลพบุรี (1)</u>

ที่มาของข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงานใน 13 จังหวัดนำร่องการพัฒนาฯ (ภาคผนวก 1.2) : พื้นที่จังหวัดอุทัยธานี (1); พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู (2); พื้นที่จังหวัดอุดรธานี (3);

พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (4); พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา (5); พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี (6); พื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (7); พื้นที่กรุงเทพมหานคร (8);

พื้นที่จังหวัดลำพูน (9); พื้นที่จังหวัดลพบุรี (10); พื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ (11); พื้นที่จังหวัดสงขลา (12); พื้นที่จังหวัดพะเยา (13)

หมายเหตุ: NA= ไม่มีข้อมูล ; SM=System Manager; DCC=Dementia care coordinator; LTC= Long term care (กรณีมีการรายงานข้อมูลแตกต่างกันจะเพิ่มวงเล็บกำกับด้วย)

ตารางที่ 2.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นำร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)

จังหวัด นำร่อง (ลำดับที่)	พื้นที่นำร่อง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจัย)	วินิจัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
อุทัยธานี (1) (2562/63) 3 PCC	3 PCC (เมือง/ น้ำซึม/ เกาะ เทโพ)	8059	5494	5,221	273	272	124	65	85	67	67	✓	22	LTC
		7534	6045	5,818	290	204	185	77	19	19	19	✓	21	LTC
	รวม (1)	(15,573)	(11,539)	(11,039)	(563)	(476)	(309)	(142)	(104)	(86) (จิตแพทย์)	(86)	✓	(43)	✓
หนองบัวลำภู (2) (2563) 3 ตำบล (หนองบัว/ นา มะเฟือง/ ช้อง โป)	3 ตำบล (5 โซน)	18,419	16,303	16,146	157	139	102	29	26	20	6	16,248	17	18
	รวม (2)	(18,419)	(16,303)	(16,146)	(157)	(139)	(102)	(29)	(26)	(20)	(6)	(16,248)	(17)	(18)
อุดรธานี (3) (2562-63) 3 ตำบล (8 รพ.สต; 1 PCU)	ศสม.1	1,930	1,826	1,799	183	183	109	34	5	✓	NA	✓	✓	✓
	ศสม.2	2,547	2,347	2,207	241	241	75	62	3	✓	NA	✓	✓	✓
	ศสม.วัดป่า	2,425	2,393	2,089	212	212	11	25	9	✓	NA	✓	✓	✓
	รวม (อ.เมือง)	(6,902)	(6,560)	(6,095)	(636)	(636)	(195)	(121)	(17)	(17)	(NA)	(NA)	(85)	(NA)
	PCU รพ.หนอง หาน	15,517	12,979	12,477	502	NA	NA	NA	(18)	✓	NA	NA	NA	LTC
	รพ.สต.หนองบัว (2562)	(NA)	661	(596)	65	(85)	(75)	NA	(10)	(10)	NA	NA	NA	LTC
	รวม (อ.หนอง หาน)	(15,517)	(13,640)	(13,073)	(567)	(85)	(75)	NA	(28)	(10)	NA	NA	NA	LTC

จังหวัด น่านรอง (ลำดับที่)	พื้นที่น่านรอง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
				(19,168)	(1,203)	(721)	(270)	(121)	(45)	(27)	NA	✓	(85)	✓
อุบลราชธานี (4) (p. 417) (2565) (คัดกรอง 80%)	ต.ปทุม	925	855	747	108	108	95	15	13	✓	NA	NA	NA	NA
	ต.ด้ามพริ้ว	2,449	1,964	1,739	172	172	140	03	2	2	NA	90	15	2
	ต.ห้องแห่	516	516	465	51	51	37	11	3	3	NA	502	11	2
	ต.ดงแสนสุข	884	708	576	65	65	16	20	4	NA	NA	502	NA	NA
	ต.หัวตูม	1,285	822	722	50	50	11	9	30	-✓	NA	783	NA	NA-
	ต.ตำแย	584	584	518	62	62	23	35	4	✓	NA	542	35	NA
	ต.ยางลุ่ม	1,148	974	896	80	73	19	17	37	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.ขามใหญ่	1,287	855	649	153	153	139	12	2	NA	NA	788	NA	NA
	รวม (อ. เมือง)	(10,078)	(8,556)	(6,768)	(1,092)	(789)	(535)	(130)	(140)	(7)	(NA)	(3,566)	(106)	(4)
	รวม (อ.วารินฯ)	19,834	14,336	12,817	1,519	1,377	(1,072)	(NA)	305	✓	(NA)	✓	✓	✓
	รวม (4)	(29,912)	(22,892)	(19,585)	(2,611)	(2,166)	(1,607)	(130)	(445)	(7)	(NA)	(3,566)	(106)	(4)
ฉะเชิงเทรา (5) (2563)	รวม (อ. เมือง/ อ. บางน้ำ เปรี้ยว)	6,618	6,342	(6,066)	276	(184)	(161)	12(46)	23	NA	NA	✓	NA	NA
	รวม (5)	(6,618)	(6,342)	(6,066)	(276)	(184)	(161)	12(46)	(23)	(NA)	(NA)	✓	(NA)	(NA)
สิงห์บุรี (6) (2563;2565) (6 ตำบล/ อำเภอ) (3 รพ.สต.; 3 รพ.)	ต.ม่วงหมุ่/ อ.เมือง	1,067	947	879	68	64	(5)	(8)	NA	(32)	(19)	NA	NA	NA
	ต.พระงาม/ อ.พรหมบุรี	747	726	670	56	(28)	(5)	9	(14)	14	5	NA	NA	NA
	ต.น้ำตาล/ อ.อินทร์บุรี	760	738	(697)	41	(36)	(5)	17	14	(5)	5	NA	NA	NA

จังหวัด น่าน (ลำดับที่)	พื้นที่นาร่อง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจัย)	วินิจัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
	ต.โพประจักษ์/ อ.ท่าช้าง	752	745	684	61	20	11	9	0	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.โพทะเล/ อ.คำชะอี	1,006 (1,085)	698 (990)	NA	NA	NA	NA	7	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.เชิงกลัด/ อ.บางระจัน	966 (1,146)	4 (37)	NA (30)	NA (7)	NA (7)	NA (5)	NA (0)	NA (0)	NA	NA	NA	NA	NA
	รวม (6)	5,298 (5,557)	3,858 (4,183)	2,930 (2,960)	226 (233)	84 (155)	11 (31)	42 (50)	14 (28)	14 (51)	10 (29) (จิตแพทย์)	NA	NA	NA
เพชรบูรณ์ (7)	ต.ในเมือง	4,303	1,893	1,664	229	210	126	42	42	32	NA	✓	✓	✓
	ต.ท่าพล	2,980	2,776	2,681	91	81	42	NA	NA	31	NA	✓	✓	✓
	ต.นายม (รพ.สต. ถ้ำน้ำบึง)	469	469	447	22	(6)	NA	NA	6	(6)	1 (รอ 5 คน)	✓	✓	✓
	ต.นายม (รพ.สต. หนองผักบุ้ง)	634	634	597	37	(37)	NA	35	2	NA	NA	NA	NA	NA
	รวม (7)	(8,386)	(5,772)	(5,389)	(470)	(334)	(168)	(77)	(50)	(69)	(1)	✓	✓	✓
กรุงเทพฯ (8) (รพ.ราช พิพัฒน์; ศบส. 40, 48, 67)	รพ.ราชพิพัฒน์ (GC) และ เครือข่าย	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	1,647	(1,106)	95	446	22	(NA)	✓	✓	✓
	ศบส. 67 ทวี วัฒนา	(3,168)	(1,813) (ติดสังคม)	(1,710)	(103)	(1,808)	(NA)	(760)	(129)	✓	(NA)	✓	✓	✓
	รวม (8)	(3,168)	(1,813)	(1,710)	(103)	(3,455)	(1,106)	(855)?	(575)?	(22)	(NA)	✓	✓	✓

จังหวัด น่านรอง (ลำดับที่)	พื้นที่น่านรอง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
ลำพูน (9) (2562/2563) 5 ตำบล (ต้น ธง/เหมืองจี้/ หนองหนาม/ หนองข้างคีน/ อุโมงค์)	5 ตำบล (2562) (1 รพ. / 4 รพ. สต.)	28,524	26,213	26,058	155	NA	NA	NA	NA	✓	NA	✓	✓	✓
	5 ตำบล (2563) (1 รพ. / 4 รพ. สต.)	30,122	24,566	24,526	40	NA	NA	NA	NA	✓	NA	✓	✓	✓
	รวม (9)	(58,646)	(50,779)	(50,584)	(195)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	✓	✓	✓
ลพบุรี (10) (2562) 2 ตำบล (ตะลุง / ท่า ศาลา) (จิตแพทย์)	รพ.สต.ตะลุง	897	527	(495)	32	NA	NA	14	12	NA	NA	✓	✓	✓
	รพ.สต.ท่าศาลา	1,020	513	(586)	27	NA	NA	6	6	NA	NA	✓	✓	✓
	ศูนย์แพทย์ท่า ศาลา	1,332	885	(816)	60	NA	NA	7	34	NA	NA	✓	✓	✓
	สถานสงเคราะห์ คนชราบ้าน ลพบุรี	119	77	(32)	45	NA	NA	16	29	NA	NA	✓	✓	✓
	รวม (10.1)	(3,368)	(2044)	(1,929)	(184)	(NA)	(NA)	(43)	(81)	(NA)	(NA)	✓	✓	✓
ลพบุรี (10) (2563)	รพ.สต.ตะลุง	897	527	(495)	32	(32)*	6	(14)	(12)	(32)*	9	20	0	9
	รพ.สต.ท่าศาลา	1,004	787	(687)	26	20	10	11(9)	6	(27)	6	21	0	6
	ศูนย์แพทย์ท่า ศาลา	1286	885	(839)	(46)	36	(NA)	14 (12)	36(2)	14	(2)	47	11	2

จังหวัด นำร่อง (ลำดับที่)	พื้นที่นำร่อง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจัย)	วินิจัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
	สถานสงเคราะห์ คนชราบ้าน ลพบุรี	119	77	(32)	45	(45)	8	16 (11)	29	(27)	16	11	16	(NA)
	รวม (10.2)	(3,306)	(2,276)	(2,053)	(149)	(133)	(24)	41(46)	71(14)	14(86)	31(2)	(99)	(27)	(17)
ลพบุรี (10) (2565) (2564 Covid) (ไม่รวมข้อมูล จาก คลินิก ความจำ /จิต เวช รพฯ)	รพ.สต.ตะลุง	1,028	758	(152)	(24/12 8)	(NA)	(3)	9 (2)	13 (7)	(12)	7	(NA)	(NA)	7
	รพ.สต.ท่าศาลา	1,108	982	(NA)	(NA)	40	22(23)	40(35)	35 (2)	(50)	2	(NA)	11	(NA)
	ศูนย์แพทย์ท่า ศาลา	1,600	(1,058)	804	258	(NA)	(NA)	(12)	(13)	(25)	(6)	14	14	6
	สถานสงเคราะห์ คนชราบ้าน ลพบุรี	106	52	(27)	35	(35)	7	(12)	(16)	35	(16)	7	12	16
	รวม (10.3)	(3,842)	(2,850)	(983)	317 (421)	(75)	22 (26)	4 9(61)	48(38)	(122)	(31)	(21)	(37)	(29)
	รวม (10)	(10,516)	(7,170)	(4,965)	650 (754)	(208)	(57)	133 (107)	201 (133)	14 (208)	31 (33)	(120)	(64)	(46)
นครสวรรค์ (11) (รพ. สวรรค์ประชา รักษ์/รพ.ร่วม ฉัตร/รพ. ค่าย ฯ)	(5 PCU /1 รพ. สต./ รพ.รณฉัตร)	12,053	3,415	NA	NA	20	NA	NA	NA	✓	NA	✓	✓	✓
	รวม (11)	(12,053)	(3,415)	(NA)	(NA)	(20)	(NA)	(49)	(31)	(✓)	(NA)	(✓)	(39)	(3)

จังหวัด น่านรอง (ลำดับที่)	พื้นที่น่านรอง	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจฉัย)	วินิจฉัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
สงขลา (12) อ.เมือง (6 ตำบล); อ.สะเดา (รพ. ปาดังเปซาร์ (2 เครือข่าย/ 2 รพ. /18 รพ.สต./2 PCU /2 ศูนย์บริการ สาธารณสุข เทศบาล)	คลินิกผู้สูงอายุ (รพ.)	NA	(520)	NA	(172)	131	NA	21	NA	NA	NA	✓	34	✓
	ต.เขารูปช้าง*	8,368	2,941	2,938	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.บ่อทอง	10,451	1,485	1,481	4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.เกาะแก้ว	1,964	1,423	1,377	46	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.พะวง	4,900	1,115	1,114	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.ทุ่งหวัง	2,419	747	746	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	ต.เกาะยอ	1,046	743	741	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	รวม (อ.เมือง)	(29,148)	(8,454)	(8,397)	56	131	NA	21	NA	NA	NA	✓	34	✓
	รพ.ปาดังเปซาร์ (และเครือข่าย)	4,756	เป้าหมาย (85%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	รพ.สะเดา (และเครือข่าย)	9,324	เป้าหมาย (50%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
พะเยา(13) (3 อำเภอ) อ.เมือง อ.เชียงคำ อ.จุน	รวม (อ.สะเดา)	(14,080)	(NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	รวม (12)	(43,228)	(8,454)	(8,397)	(56)	(131)	(NA)	(21)	(NA)	✓	✓	✓	(34)	✓
	รพ.สต.แม่ใส	1,542	1,542	(1,131)	411	154	(45)	98	11	✓	✓	✓	✓	✓
	อ.เมือง (รวม 13.1)	(1,542)	(1,542)	(1,131)	(411)	(154)	(45)	(98)	(11)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)
	รพ.สต.ทุ่งผาสุก	713	637	577	60	60	(15)	8	0	NA	NA	NA	NA	NA
	คลินิกผู้สูงอายุ รพ.	NA	NA	NA	NA	5	0	0	5	NA	NA	NA	NA	NA
	อ.เชียงคำ	(713)	(637)	(577)	(60)	(65)	(15)	(8)	(8)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)

จังหวัด น่าน (ลำดับที่)	พื้นที่น่าน	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัด กลุ่ม (วินิจัย)	วินิจัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
				ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
	(รวม 13.2)													
	อ.จุน (รพ.สต. พระธาตุช้าง แก่ง)**	NA	NA	NA	NA	182	(52)	106	24	NA	NA	NA	NA	NA
	อ.จุน (รวม 13.3)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(182)	(52)	(106)	(24)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)	(NA)
	รวม (13)	2,255	2,179	(1,708)	(471)	(401)	(112)	(212)	(43)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)
ภาพรวม 13 จังหวัด		243,109 (243,368)	158,903 (159,2228)	147,687 (147,717)	6,981 (7,085)	4,864	3,903 (3923)	1,817 (1839)	1,557 (1,503)	259 (490)	134 (153)	19,934	388	71

ที่มาของข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงานใน 13 จังหวัดน่านการพัฒนาฯ (ภาคผนวก 1.2) : พื้นที่จังหวัดอุทัยธานี (1); พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู (2); พื้นที่จังหวัดอุดรธานี (3); พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (4); พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา (5); พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี (6); พื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (7); พื้นที่กรุงเทพมหานคร (8); พื้นที่จังหวัดลำพูน (9); พื้นที่จังหวัดลพบุรี (10); พื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ (11); พื้นที่จังหวัดสงขลา (12); พื้นที่จังหวัดพะเยา (13)

หมายเหตุ: ✓ มีการดำเนินการ; NA= ไม่มีข้อมูล ; (กรณีมีการรายงานข้อมูลแตกต่างกันจะเพิ่มวงเล็บกำกับด้วย)

ตารางที่ 2.3 ภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในพื้นที่นาร่อง 13 จังหวัด (ประเทศไทย)

จังหวัด นาร่อง (ลำดับที่)	จำนวน ผู้สูงอายุ (คน)	ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดกรอง (คน)	ผลการคัดกรอง (1)		ผู้สูงอายุที่ ได้รับการ คัดแยก (คน)	ผลการคัดแยก (2)			ผู้สูงอายุที่ ได้รับ การคัดกลุ่ม (วินิจัย)	วินิจัย สมอง เสื่อม (คน)	ผลการดูแลต่อเนื่อง (3)		
			ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)		ปกติ (คน)	MCI (คน)	สงสัย Dementia (คน)			Brain exercise	Brain training	Brain care
พื้นที่จังหวัดอุทัยธานี (1)	15,573	11,539	11,039	563	476	(309)	142	104	86	86	✓	43	✓
พื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู (2)	18,419	16,303	16,146	157	139	102	29	26	20	6	16,248	17	18
พื้นที่จังหวัดอุดรธานี (3)	22,419	20,200	19,168	1,203	721	270	121	45	27	NA	✓	85	✓
พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (4)	29,912	22,892	19,585	2,611	2,166	1,607	130	445	7	NA	3,566	106	(4)
พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา (5)	6,618	6,342	6,066	276	184	161	12 (46)	23	NA	NA	✓	NA	NA
พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี (6)	5,298 (5,557)	3,858 (4,183)	2,930 (2,960)	226 (233)	84 (155)	11 (31)	42 (50)	14 (28)	14 (51)	10 (29)	NA	NA	NA
พื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (7)	8,386	5,772	5,389	470	334	168	77	50	69	1	✓	✓	✓
พื้นที่กรุงเทพมหานคร (8)	3,168	1,813	1,710	103	3,455	1,106	855?	575	22	NA	✓	✓	✓
พื้นที่จังหวัดลำพูน (9)	58,646	50,779	50,584	195	NA	NA	NA	NA	NA	NA	✓	✓	✓
พื้นที่จังหวัดลพบุรี (10)	10,516	7,170	4,965	650 (754)	208	57	133 (107)	201 (133)	14 (208)	31 (33)	120	64	(46)
พื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ (11)	12,053	3,415	NA	NA	20	NA	(49)	31	✓	NA	✓	39	(3)
พื้นที่จังหวัดสงขลา (12)	43,228	8,454	8,397	56	131	NA	21	NA	✓	✓	✓	34	✓
พื้นที่จังหวัดพะเยา (13)	2,255	2,179	1,708	471	401	112	212	43	✓	✓	✓	✓	✓
ภาพรวม 13 จังหวัด	243,109 (243,368)	158,903 (159,228)	147,687 (147,717)	6,981 (7,085)	4,864 (4,935)	3,903 (3923)	1,817 (1839)	1,557 (1,503)	259 (490)	134 (153)	19,934	388	71

ที่มาของข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงานใน 13 จังหวัดนาร่องการพัฒนาระบบฯ (เรียงตามลำดับของการเริ่มดำเนินการ)

หมายเหตุ: ✓ มีการดำเนินการ; NA= ไม่มีข้อมูล ; (กรณีมีการรายงานข้อมูลแตกต่างกันจะเพิ่มวงเล็บกำกับด้วย)

