

รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในบริบทประเทศไทย



สารบัญ

บทสรุปเพื่อการพัฒนา	2
บทที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากการวิจัยและพัฒนาในพื้นที่ต้นแบบ	11
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	11
กลไกหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ	22
ปัญหาและอุปสรรค	23
ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย	23
บทที่ 2 การดำเนินงานการพัฒนาในรูปแบบระบบการดูแล	25
ผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ	25
พื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	25
พื้นที่อำเภอศรีรัตนคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี	50
พื้นที่ศูนย์การแพทย์สุขภาพชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	72
พื้นที่อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี	91
ภาคผนวก	108
คณะทำงาน	132

บทสรุปเพื่อการพัฒนา



ตัวอย่างของการพัฒนาระบบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ พบว่าประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4 คือเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน (รายการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2551) ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมี 7.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าจะบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ในเพศชาย 69.5 เพศหญิง 76.3 และ อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (ผู้ที่อายุ 60 ปี จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ผู้ชาย 19.4 และผู้หญิง 21.9 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล, 2552) ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Sociality) ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (รายการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550) และพบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมากกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า และมีรายงานว่าผู้สูงอายุ ประมาณ 4 ใน 5 (72.5) จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีเพียงร้อยละ 27.5 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะรู้สึกสุขภาพดีไม่ปรากฏโรค ในกรณีการเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น พบว่าป่วยหนึ่งโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพร้อยละ 18.3 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 61.8 หากพบโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค และจากการประมาณการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 980,000 คนในปี 2543 เป็น 2,010,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบว่าสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

โรคสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของสมองทั้งในส่วนเปลือกสมองหรือส่วนอื่น ทำให้มีการตายของเซลล์สมองและการขาดความเชื่อมโยงของการทำงานของสมอง โรคสมองเสื่อมเริ่มพบมากขึ้นและกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ สังคม และครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้ป่วยโรคมากขึ้นตามค่าอายุเฉลี่ยของประชากร โรคนี้มีทั้งขนาดและความรุนแรงของปัญหา และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติและครอบครัว เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สร้างความลำบากแก่ญาติและผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้สาเหตุและกลไกที่แท้จริงของการเกิดโรคนี้อย่างไรยังไม่ทราบแน่ชัด ถึงแม้จะมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้มากมายก็ตาม อัตราการเกิดโรคนี้นั้นผู้สูงอายุจะเป็นแบบทวีคูณอีก ประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และ ร้อยละ 50 หรือ 1 ใน 2 คน ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป จากรายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก สรุปได้ว่า ในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปี ข้างหน้า ในประเทศไทยความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 229,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า คนไทยมากกว่า 450,000 คน และเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี 2593 หรืออีกเพียง 50 ปีข้างหน้าเท่านั้น (สุขภาพคนไทย ปี 2550) นอกจากจะทำให้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการงาน การตัดสินใจแล้ว ยังพบว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากหากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลและมีค่าดูแล ประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเองและจากรายงานของ HITAP พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ซึ่งที่ค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ

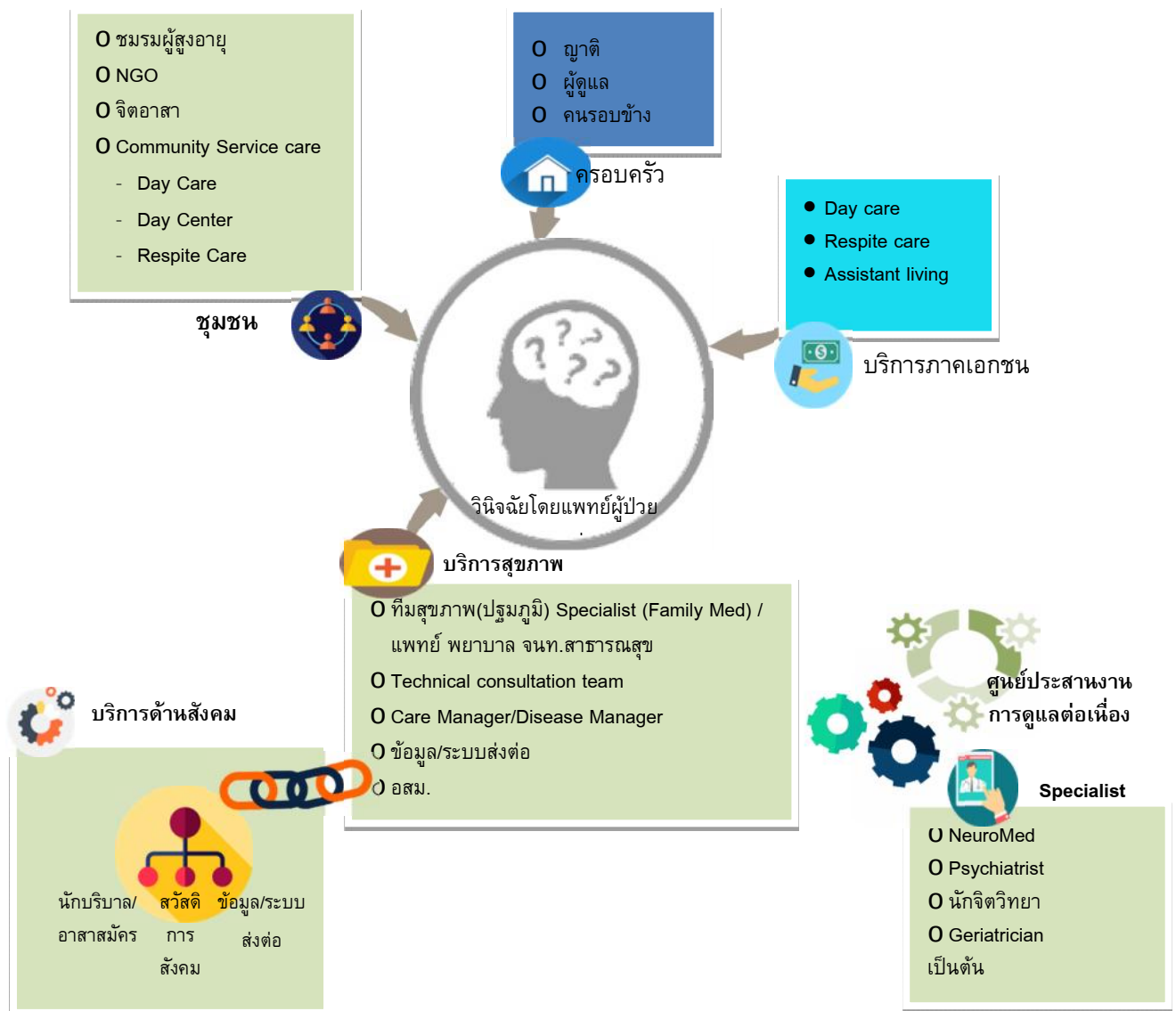
กิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษานี้ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่าค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาท ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อาจถึง 50,000 บาท ต่อเดือน ในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมากกว่า 1 คน หรือบริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาคีเครือข่ายการทำงานมองเห็นปัญหาและตระหนักถึงมหันตภัยนี้และได้ดำเนินการสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยและมุ่งจะให้ครอบคลุมทั่วประเทศ



แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

โครงการได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศ ตั้งแต่ ปี 2558-2560 โดยเลือกพื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ จากการดำเนินงานตามแผนงานของโครงการ ในลักษณะ Research and Development โดยทำเป็นลักษณะ Demonstration Unit ใน 5 พื้นที่ ภายใต้แนวคิดการดำเนินงาน ดังนี้



จากการดำเนินงานใน Demonstration Unit 5 พื้นที่ พบว่า แนวทางการพัฒนา “ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร” ดังนี้



หลักการสำคัญในการออกแบบระบบ

1. การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชน เน้นการบูรณาการด้านบริการสุขภาพ บริการด้านสังคม ชุมชนและครอบครัว
2. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกของโรคซึ่งการดูแลจะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
3. การป้องกันและการกระตุ้นสมองในรูปแบบต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดและชะลออาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมออกไปให้นานที่สุด
4. การสร้าง Empowerment ให้กับทีมบุคลากรทางสุขภาพในการทำงานและพัฒนางานในพื้นที่ โดยมีทีมที่ปรึกษา มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
5. การสร้าง Empowerment ในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามาช่วยกันเพื่อการค้นหาผู้ป่วยและจัดการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ รวมทั้งครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี
6. เน้นความมั่นคง ยั่งยืน ศักยภาพความพร้อม และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง



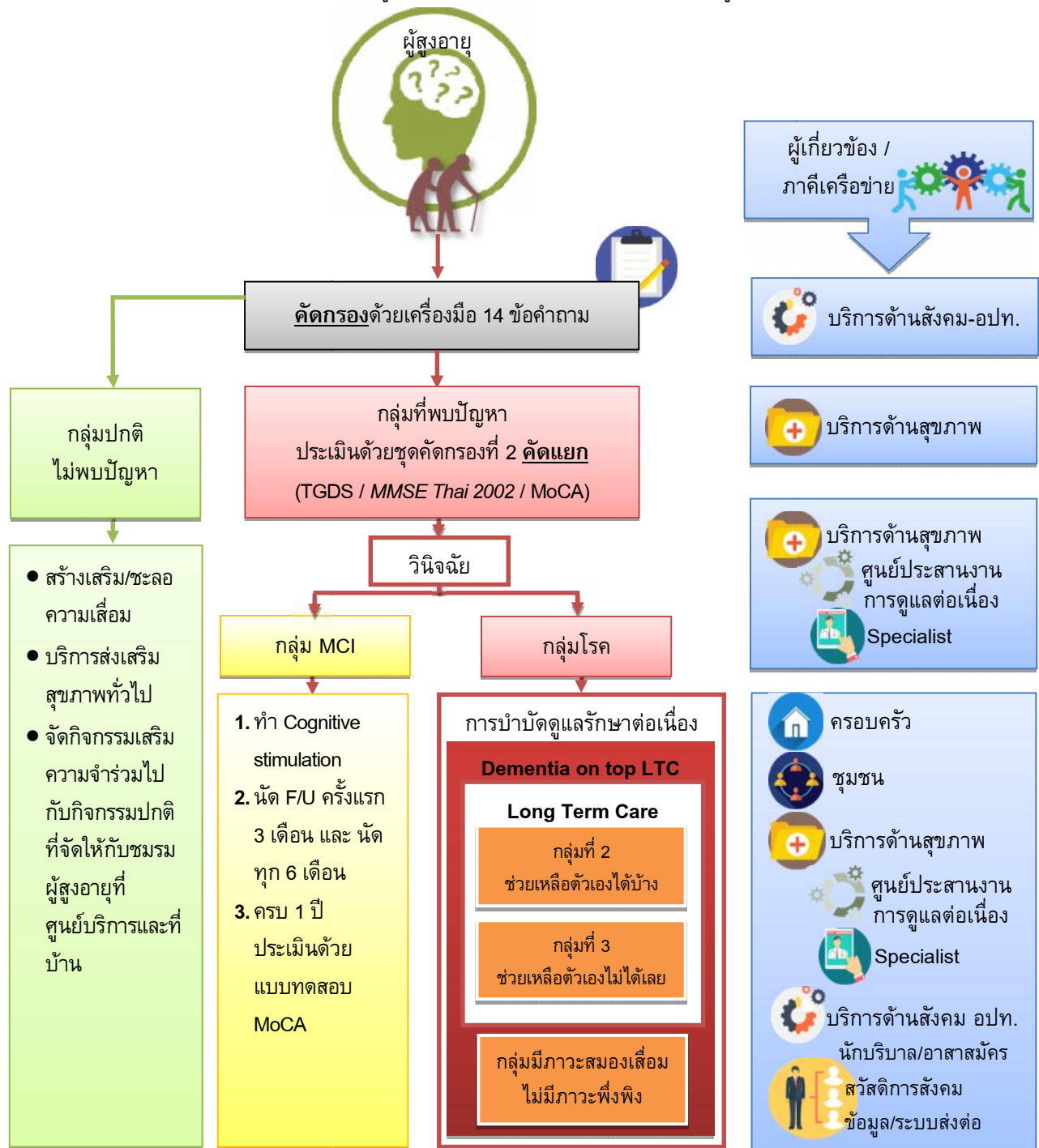
ประเด็นปัญหาสำคัญที่ค้นพบในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. บุคลากรสาธารณสุขไม่มีองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. Care giver burden
3. ไม่มีแนวทาง ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นระบบ มีเพียงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานส่วนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
4. ไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีเพียงการประเมินสมรรถภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหา Cognitive Impairment ในคลินิกผู้สูงอายุ
5. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
6. ภาคประชาชนและชุมชนไม่เห็นความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม ยังคงมีความเข้าใจว่าเป็นการหลงลืมตามวัย หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต
7. ไม่มีหน่วยงานสนับสนุนด้านการดูแลทั้งระบบทางสุขภาพและสังคม



ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้แนวคิดที่ว่า “**Dementia on top long term care**” โดยการดูแลรักษาเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้ง Home care + Hospital care + Community Care ให้การดูแลรักษาในลักษณะเฉพาะเจาะจงเฉพาะผู้ป่วยแต่ละรายดังนี้



สู่การพัฒนาารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้าน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแล มีการประเมินถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกสูงถึง 604 พันล้านดอลลาร์ ในปี พ.ศ. 2553 (1) แม้จะมีการค้นคว้าหาวิธีรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างมากมาย แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาภาวะสมองเสื่อม หรือหยุดการเสื่อมลงของสมอง โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ให้หายขาด ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง คือเพียงแค่ชะลอการเสื่อมลงเท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมไม่เท่ากัน และความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการของแต่ละปัจจัยเสี่ยงไม่เท่ากัน เช่น อายุที่มากขึ้นเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม 25 เท่า มีหลักฐานทางวิชาการชัดเจน แต่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดและการดำเนินชีวิตที่เพิ่มความเสี่ยง ประมาณ 2 เท่า มีหลักฐานทางวิชาการปานกลางหรือยังไม่เพียงพอ แต่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งไม่ได้แปลว่าปัจจัยต่างๆ ไม่ได้เป็นปัจจัยการเกิดโรค เนื่องจากการเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ระยะเวลาการดำเนินโรคนาน และปัจจัยนั้นอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงในวัยกลางคนและหรือวัยสูงอายุ

การพัฒนาารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย เริ่มดำเนินการในพื้นที่ 5 แห่ง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น นครราชสีมา ลพบุรี สุราษฎร์ธานี และเชียงใหม่ โดยเลือกพื้นที่ที่มีการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long term care) ด้วยแนวคิดว่าจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on top LTC) ที่กำลังมีการดำเนินงานในปัจจุบัน โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบในปี พศ. 2558-2560 เริ่มจากการสร้างความตระหนักในภาคประชาชน สังคม และเครือข่ายในพื้นที่ การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและเครื่องมือในการคัดกรองคัดแยกเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย การพัฒนาโปรแกรมเพื่อการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการสร้างกลุ่มผู้ดูแลในระดับสถานบริการ และชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ จากการพัฒนาทั้งหมด 5 พื้นที่ พบว่าการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ไม่สามารถดำเนินงานตามแผนงานของโครงการที่กำหนดไว้ได้ ด้วยติดภารกิจภายในองค์กรทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนงานของโครงการ ทำให้การพัฒนาารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมดำเนินงานได้ 4 พื้นที่

จากการการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ 4 พื้นที่ พบว่ามีความชุกภาวะสมองเสื่อมดังนี้

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละผลการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง

ข้อมูล	รวม	ร้อยละ
Normal	14,931	92.48
MCI	392	2.43
Dementia	179	1.11
Other	643	3.98
รวม	16,145	100.00

ที่มา: ข้อมูล ณ 23 มกราคม 2560

จากการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 16,145 คน ใน 4 พื้นที่ต้นแบบ พบว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.04 มีภาวะ Mild cognitver impairment (MCI) ร้อยละ 2.43 และอื่นๆ ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้าย ร้อยละ 4.05 ในขณะที่พบว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ร้อยละ 92.48

จากการศึกษาและพัฒนา พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถพัฒนาและจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ (primary care) เริ่มจากการคัดกรองคัดแยกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องสามารถเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพได้ทั่วถึงมากขึ้นและมาเชื่อมโยงกับระบบที่กำลังมีการพัฒนาขึ้นในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าถึงระบบบริการได้เร็วและสามารถได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on top LTC) เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิเชื่อมโยงกับระดับชุมชน ในระดับสถานบริการปฐมภูมิ เริ่มจากการคัดกรองคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่อง และนำเข้าสู่วิธีการวินิจฉัยในสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแพทย์ร่วมกับสภาชุมชนทำการวินิจฉัยร่วมและวางแผนการดูแลรักษา ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นหลัก แบ่งการจัดบริการสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีให้สามารถคงศักยภาพสมอง (Maintain function) กลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก (Mild cognitive impairment) มีการจัดโปรแกรม cognitive stimulation และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้าย จัดบริการดูแลสุขภาพแบบ specialization care ซึ่งมีนักบริบาลในชุมชนเป็นตัวประสานและทำงานเชื่อมระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแล กับทีมหมอครอบครัวและ FCT เกิดระบบ การดูแลสนับสนุนขึ้นที่บ้าน ได้แก่ respite care ในพื้นที่ต้นแบบที่ทำการศึกษาและพัฒนา รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนี้

โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการทำข้อตกลงความร่วมมือภายในพื้นที่ เริ่มต้นการค้นหาผู้ป่วยจากการคัดกรองคัดแยก ภายใต้การทำงาน เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา เมื่อสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาก็นำไปสู่การพัฒนาระบบการวินิจฉัยในระดับปฐมภูมิ ด้วย **ระบบสภาชุมชน** ที่ประกอบไปด้วย แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชา และมีจิตแพทย์ จากโรงพยาบาลขอนแก่น (ระดับตติยภูมิ) มาช่วยร่วมในการวินิจฉัยเพื่อให้ความมั่นใจในการดำเนินงานของพื้นที่ ซึ่งเป็นการบูรณาการของระดับสถานบริการของพื้นที่ และเกิดระบบการดูแลในชุมชน **“ชุมชนเป็นหัวใจ”** ในการป้องกันและคุ้มครองผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น กรณีเดินออกจากบ้าน และหายไป ชุมชนมีความรู้และเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม จะช่วยในการดูแลและนำส่งกลับ

โรงพยาบาลศิริราชธน กรุงเทพมหานคร มีพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนทุกพื้นที่ของอำเภอภายใต้ระบบ District Health Systems (DHS) เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอทุกภาคส่วน เมื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้ามาในระบบ มีการวินิจฉัยในระดับ primary โดยแพทย์ทั่วไป และส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหา Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) ร่วม เพื่อยืนยันการวินิจฉัยในระดับตติยภูมิผ่านระบบส่งต่อ และเกิดการพัฒนาแบบส่งต่อแบบ **Dementia fast tract** ระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (Dementia care manager) ประสานงานส่งข้อมูลของผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ (nurse –codinatro) ของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลและรักษารวดเร็วขึ้น และก่อให้เกิดความร่วมมือกันภายในพื้นที่ โดยมีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์ประสานความร่วมมือในระดับจังหวัด เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันในเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาเร็วขึ้น

โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (ลำสนธิ โมเดล) ภายใต้สโลแกนในการดำเนินงานของพื้นที่ว่า **คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน** มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านและชุมชน เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ **ลำสนธิ พลัส โมเดล** โดยมี และ มีนักบริบาลซึ่งมีบทบาทเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแลและครอบครัว และเกิดระบบการดูแลในชุมชน **ชุมชนเป็นหัวใจ** มีการจัดบริการในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องเน้นการทำการกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองที่บ้านเป็นหลัก การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้ายจะมีการดูแลแบบเฉพาะ (specialization care) เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะมีฝ่ายปกครองและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสนับสนุน ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะเน้นการคงศักยภาพสมอง

นอกจากนี้เกิดระบบการดูแลสนับสนุนขึ้นที่บ้านแบบ **respite care** ที่บ้าน โดยมีนักบริบาลเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วย ในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ไปทำธุระ หรือไปพักผ่อนในช่วงเวลาหนึ่ง ระบบและรูปแบบการดูแลแบบ **ล่ำสนธิ พลัส โมเดล** ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว **ล่ำสนธิ โมเดล** ทำให้เกิดการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมกลับไปอยู่ในชุมชน

ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีบริบทเป็นลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (suburban) เริ่มการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับ primary care (ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ) ภายใต้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เริ่มดำเนินการจากการคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชนและนำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ศูนย์การแพทย์ชุมชนจอหอ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำการวินิจฉัยเบื้องต้น และส่งเข้าสู่ระบบบริการระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) เพื่อแก้ไขปัญหาทางพฤติกรรมและการวินิจฉัยที่คลินิกความจำของกลุ่มงานจิตเวช ด้วยระบบการปรึกษาในโรงพยาบาลในระยะแรก และเกิดการพัฒนาเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ จะถูกส่งต่อไปที่คลินิกผู้สูงอายุ และกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีปัญหา **BPSD** ร่วมก็จะส่งไปรักษาที่คลินิกความจำ ของกลุ่มงานจิตเวช เป็นการบูรณาการการทำงานภายในหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านระดับตติยภูมิ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงและได้รับการบริการที่ทันทั่วถึง

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยและพัฒนาสามารถสรุปได้ว่า การพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดำเนินการได้จริงและมีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ จากตัวอย่างที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต้นแบบโรงพยาบาลบ้านฝาง โรงพยาบาลศิริราชธน และสามารถจัดบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้ศูนย์แพทย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนในเชิงรุกสามารถจัดบริการและวินิจฉัยได้ และส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและร่วมวางแผนการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิซึ่งมีระบบหรือหน่วยงานที่รองรับการบริการอยู่แล้ว ตัวอย่างที่เกิดขึ้นในพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทำให้เกิดการทำงานและการจัดบริการที่ชัดเจนและเป็นระบบที่บูรณาการเข้ากับระบบของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ

ในส่วนของการบออัตรากำลังหรือจำนวนที่บุคลากรที่จะดำเนินการจัดบริการระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย

Term	รพ.สต./ PCU	รพช./ สสอ.	รพท./ รพศ.
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ *	-	-	1
อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา (Neuro medicine)*	-	-	1
จิตแพทย์ (Psychiatrist) *	-	-	1
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ทั่วไป (Family medicine/GP)	-	1-2	2
พยาบาล (Nurse) ผ่านการอบรม Dementia care manager	2	2	2
พยาบาล (Nurse) พยาบาลจิตเวช	-	1	1
นักจิตวิทยา**	-	1	1
นักกิจกรรมบำบัด**	-	1	1
นักกายภาพบำบัด**	-	1	1
นักโภชนาการ**	-	1	1
เภสัชกร**	-	1	1

*เป็นแพทย์สาขาใดสาขาหนึ่งก็ได้

**เป็นสหสาขาวิชาชีพร่วมในการดำเนินงาน สามารถผ่านระบบการปรึกษาระหว่างวิชาชีพ
และเมื่อนำโครงการฯ มาวิเคราะห์ตาม six building box พบว่า

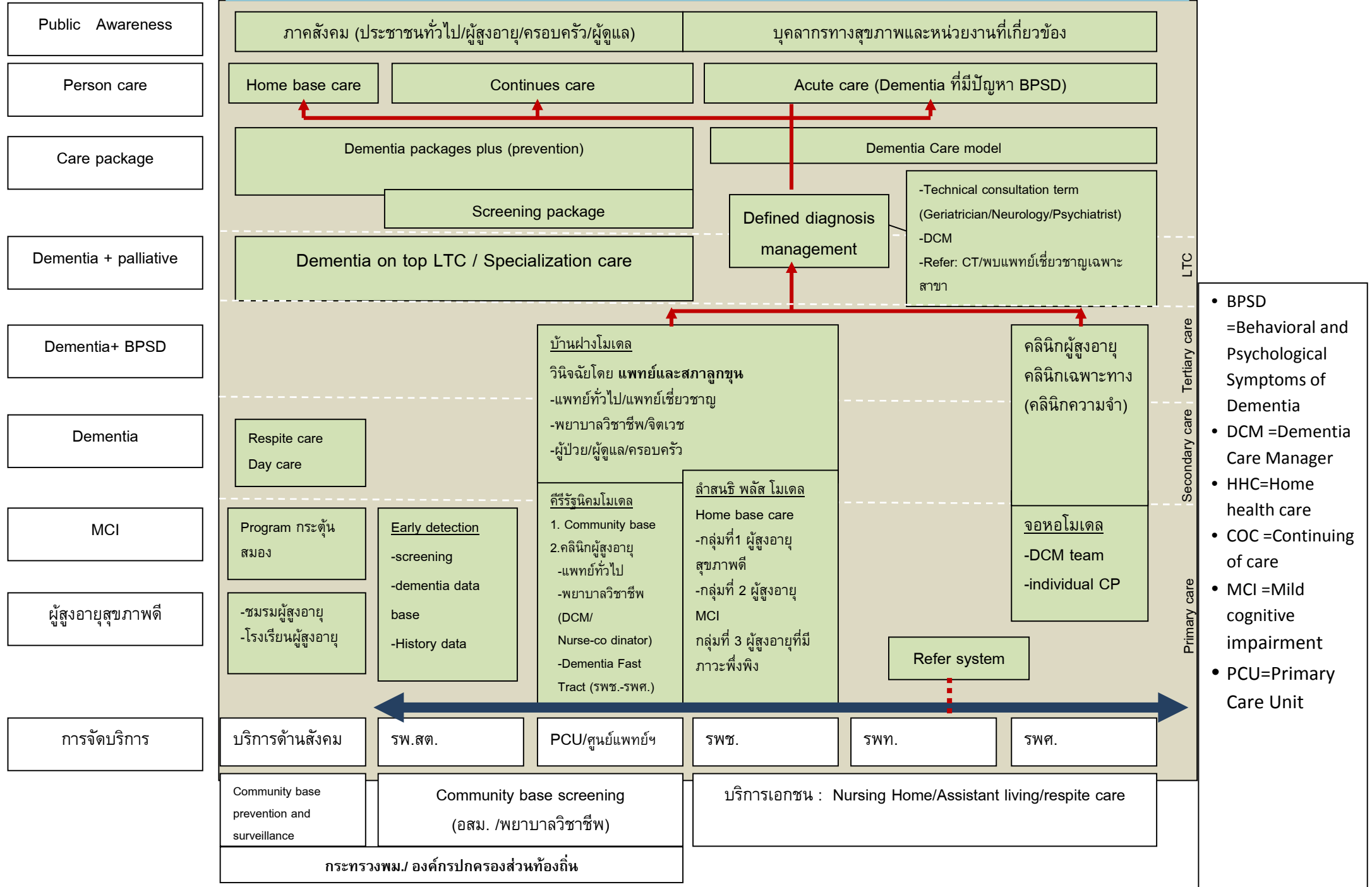
6 Building Blocks	การเข้าถึง / ครอบคลุม / คุณภาพ / ความปลอดภัย (Access / Coverage / Quality / Safety)	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ (Goals / Outcomes)
1. ระบบบริการ (SERVICE DELIVERY)	1. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการนำพื้นที่ที่มีระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ มาพัฒนาต่อยอดการบริการ	1. รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย โดยใช้ Dementia on top long term care การดูแลรักษาเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้ง Home care + Hospital care + Community Care ให้การดูแลรักษาในลักษณะเฉพาะเจาะจงเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย
	2. พัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	1. Implementation ให้ครอบคลุมเขต 12 บริการสุขภาพ 2.อบรม train for trainer ใน 10 พื้นที่
	3. พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี (กำลังพัฒนาโปรแกรม)	พื้นที่วิจัยร่วม จำนวน 12 พื้นที่
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (HEALTH WORKFORCE)	พัฒนาบุคลากรทางสุขภาพบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข	1. บุคลากรทางด้านสุขภาพได้รับองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อรองรับการจัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ 480 คน 2. ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับองค์ความรู้และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม group support 3. จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม มีความรู้และเข้าใจการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 183 หน่วยงาน 4. Dementia Care Manager ในพื้นที่ 12 เขตบริการ 284 คน 5. Trainer ในการสอนผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ใน 12 เขตบริการสุขภาพ 1 พื้นที่(พื้นที่ขอนแก่น)
	จำนวนทีมบุคลากรในการดำเนินงาน	อัตรากำลังในการพัฒนาระบบและจัดการบริการ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน (สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือเวชศาสตร์ครอบครัวหรือจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป)

6 Building Blocks	การเข้าถึง / ครอบคลุม / คุณภาพ / ความปลอดภัย (Access / Coverage / Quality / Safety)	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ (Goals / Outcomes)
		พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ (จิตเวช) 1 คน สหสาขาวิชาการ จำนวน 2 คน (นักกิจกรรมบำบัดหรือนักกายภาพบำบัดหรือนักโภชนาการหรือนักจิตวิทยาหรือนักวิชาการสาธารณสุข) อาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (FINANCING)	1. ค่าใช้จ่ายเรียกตามสิทธิของผู้ป่วยที่มารับบริการ 2. พัฒนาเพื่อการศึกษาเพิ่มเติมต่อยอดจากโครงการนี้	1. OPD เรียกเก็บค่าบริการตามสิทธิของผู้ป่วยที่มารับบริการ 2. IPD เรียกค่าบริการตามระบบ DRGs และสิทธิของผู้ป่วยที่มารับบริการ
4. สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทาง การแพทย์ (ASSESS TO ESSENTIAL MEDICINES)	กิจกรรมสร้างการเรียนรู้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุให้กับสังคมไทย	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม Public awareness : รู้จักโรค ความเสี่ยง และการใช้ชีวิต ที่ลดความเสี่ยงของสมองเสื่อมทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1,007 คน
5. ระบบข้อมูล สารสนเทศ (HEALTH INFORMATION SYSTEM)	พัฒนาระบบสารสนเทศผู้ที่มีปัญหาบกพร่องด้านความจำและผู้ป่วยสมองเสื่อม (โปรแกรม R&D และ MCI) เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บ วิเคราะห์ ประมวลผลสารสนเทศผู้ป่วยสมองเสื่อม	ระบบสารสนเทศผู้ที่มีปัญหาบกพร่องด้านความจำและผู้ป่วยสมองเสื่อม (โปรแกรม R&D และ MCI)
6. ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล (LEADERSHIP/GOVERNMENT)		ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างครบวงจรเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ ต่อ -การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ -คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้จากจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ การดำเนินงาน จนถึงความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นนั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในภาคประชาชน สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเพิ่มศักยภาพและ Empowerment ให้กับบุคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (caregiver support) รวมทั้งการกำกับด้านนโยบาย การจัดทำยุทธศาสตร์เรื่องสมองเสื่อมให้มีความชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีทั้งเครือข่ายด้านสุขภาพและสังคม จากข้อมูลในพื้นที่ต้นแบบสามารถสรุปเป็นรูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร (Dementia Model care) ดังนี้



รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย



บทที่ 1

ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากการวิจัยและพัฒนาในพื้นที่ต้นแบบ

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย เริ่มพัฒนาระบบในพื้นที่ต้นแบบ 5 แห่ง ประกอบด้วย

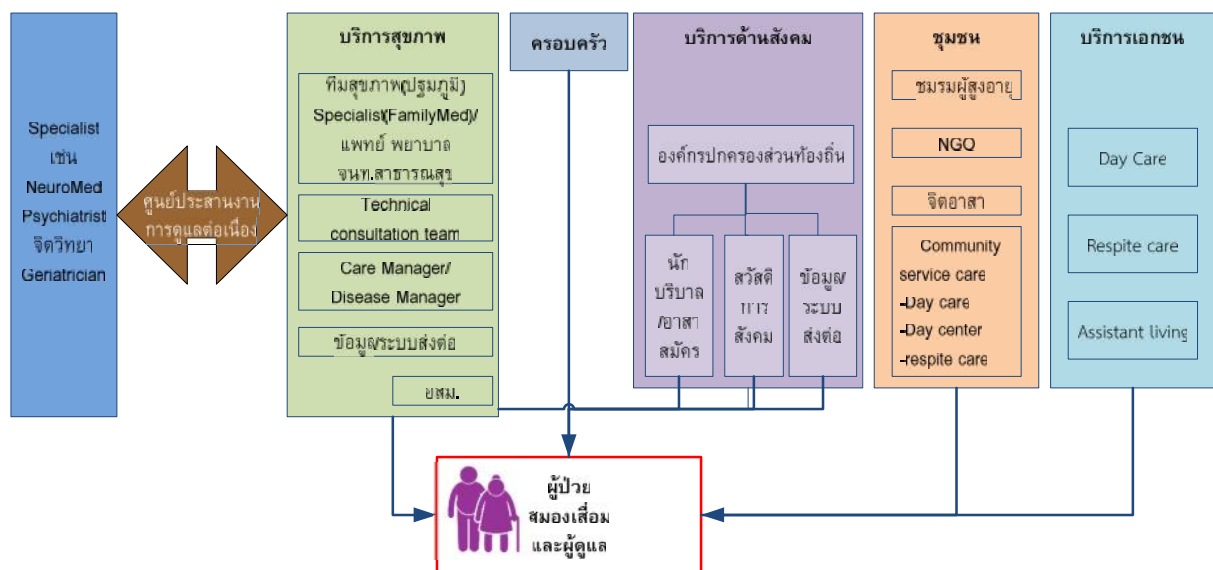
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ร่วมดำเนินการกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

เริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศ ตั้งแต่ ปี 2558-2560 โดยเลือกพื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ เนื่องจากระบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพัฒนาภายใต้ แนวคิดที่ว่า Dementia on top long term care จากแนวคิดนี้ได้สรุปแผนการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบดังนี้



ปรับปรุงจาก นายแพทย์ถาวร สกุกพาศิษฐ์ , 2557

จากแนวคิดนี้ไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร คณะทำงานได้นำเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในพื้นที่

1. พื้นที่โรงพยาบาลบ้านฝาง การดำเนินงานในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลบ้านฝาง ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นพื้นที่ที่ได้รับรางวัลการดำเนินงานเรื่องการดูแลระยะยาวจากกรมอนามัย บุคลากรในพื้นที่มีความสนใจในการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพื้นที่มีเทคนิคในการเริ่มดำเนินการด้วยการทำความเข้าใจความตกลงความร่วมมือ ระหว่างฝ่ายสุขภาพ ฝ่ายสังคม และองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น มีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สำคัญ คือ วัด เข้ามาเป็นแกนนำในภาคชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้พื้นที่ และมีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

ได้เริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง ได้แก่ ตำบลบ้านฝาง ตำบลหนองบัว และตำบลโนนหม้อง จากแนวคิดที่ว่า **เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา** เริ่มจากการคัดแยกคัดกรองก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมได้เข้าสู่ระบบการดูแล และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยขึ้นในระดับปฐมภูมิ (primary care) ดำเนินการโดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการคัดกรองคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องด้วยเครื่องมือตามมาตรฐานและคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข บูรณาการเชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรอง Geriatric syndrome ในผู้สูงอายุ

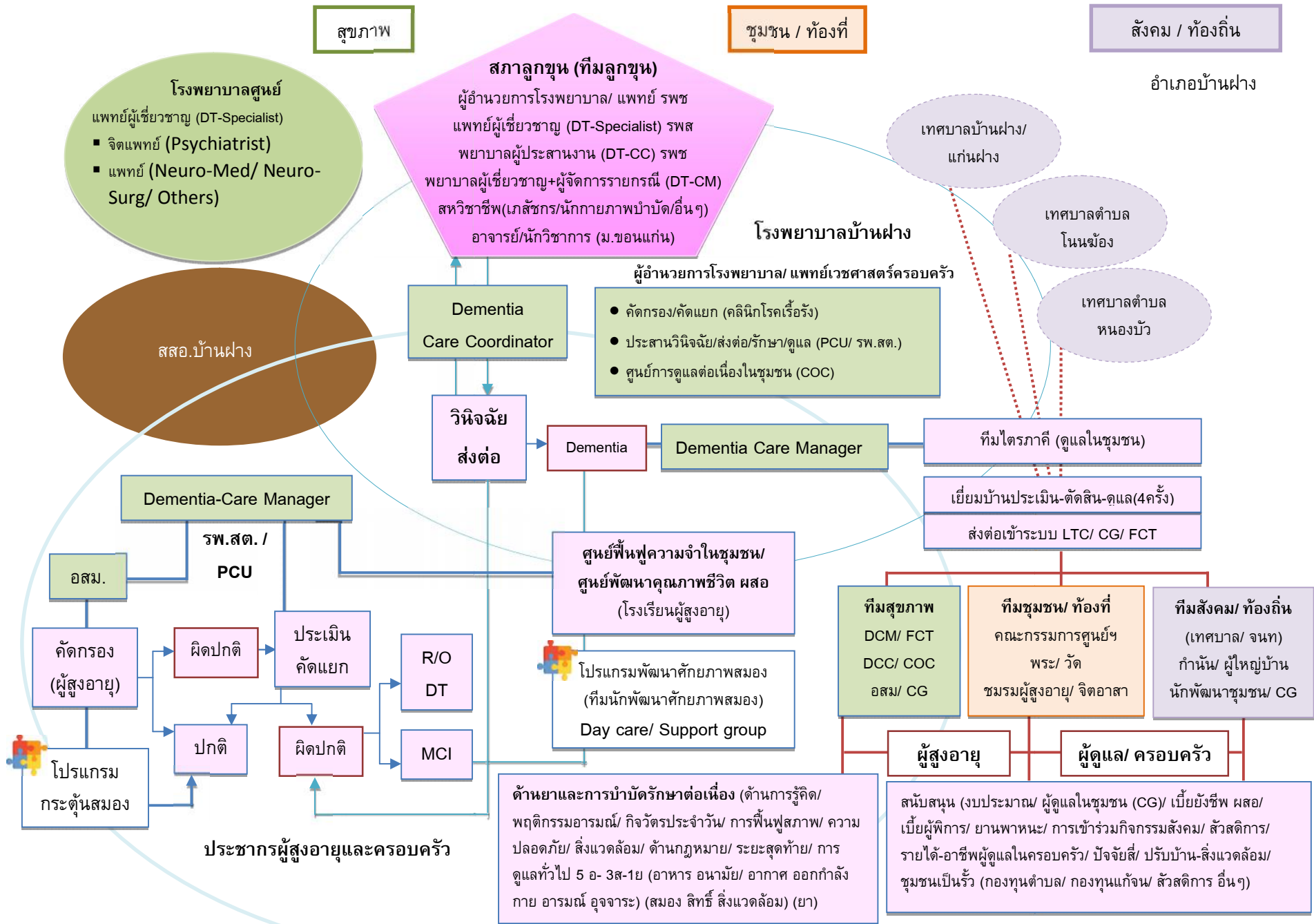
เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำตาม domain ของภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินพบว่ามีปัญหา ที่งานระดับ primary care ต้องซักประวัติและรวบรวมข้อมูล และมิติด้านต่างๆ ของผู้ป่วยนำสู่การวินิจฉัยใน **สภาลูกขุน** ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลบ้านฝาง ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับสถานบริการโดยเป็นการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และประสานงานร่วมกับสถานบริการระดับตติยภูมิ (จิตแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น) เพื่อร่วมการวินิจฉัยในสภาลูกขุน เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาลระดับชุมชนในการวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อม และส่งไปยืนยันการวินิจฉัยเพิ่มตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ที่โรงพยาบาลขอนแก่น แบบ one stop services

นอกจากนี้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนที่เกิดขึ้น คือ **ชุมชนเป็นรั้ว** เป็นการช่วยเหลือคนในชุมชนด้วย เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาระหลงเดินออกไปข้างนอกและกลับบ้านไม่ได้ ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมองเสื่อม ก็จะเป็นกันชนให้ผู้ป่วย และนำผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถป้องกันผู้ป่วยหายได้เป็นอย่างดี

การเพิ่มศักยภาพให้พื้นที่เพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. การพัฒนาบุคลากร โดยการเพิ่มองค์ความรู้ในเรื่องสมองเสื่อม การคัดกรอง การใช้เครื่องมือ
 - a. การอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
 - b. การอบรมการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล
2. การศึกษาและทำcase study ในระดับ primary care ร่วมกับตติยภูมิ
3. การสร้างผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในพื้นที่
4. การจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบล ดำเนินการร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด และคนในชุมชน
5. การทำงานวิจัยและสนับสนุนการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพนักวิจัยในพื้นที่

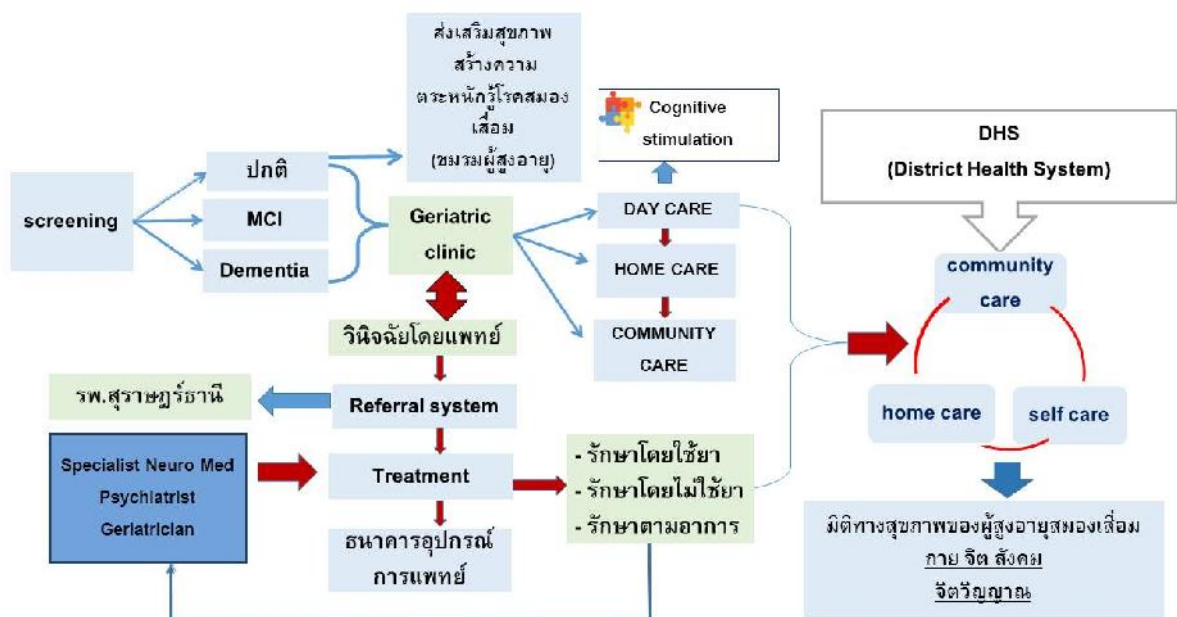
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : บ้านฝางโมเดล



2. พื้นที่โรงพยาบาลศิริราช การดำเนินในพื้นที่อำเภอศิริราช มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครอบคลุมในทุกตำบล จำนวน 8 ตำบล เนื่องจากพื้นที่ที่จุดแข็งที่สำคัญคือ อำเภอศิริราชที่มีการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อมมานาน และผู้บริหารและบุคลากรทางสุขภาพมีความสนใจที่จะดำเนินการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร รวมทั้งมีการดำเนินงานการดูแลระยะยาวในพื้นที่ที่เข้มแข็ง

ดำเนินงานในพื้นที่อำเภอศิริราช โดยโรงพยาบาลศิริราชใช้ระบบ District Health Systems (DHS) ในพื้นที่เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน เริ่มจากการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่เพื่อการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย การสร้างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเชี่ยวชาญ และนำผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำบกพร่องเข้าสู่การวินิจฉัยในเบื้องต้น โดยแพทย์ที่จะทำการวินิจฉัยเป็นแพทย์ทั่วไป (GP) ที่ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เมื่อคัดกรองและวินิจฉัยในเบื้องต้นจะมีการเชื่อมโยงกับระบบการส่งต่อไปที่สถานบริการระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) พัฒนาระบบการส่งต่อเป็น **Dementia fast track** เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและดูแลรักษาปัญหาทางพฤติกรรมตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) โดยแพทย์อายุรกรรมสาขาประสาทวิทยา โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็น **dementia care manager (DCM)** ของโรงพยาบาลศิริราช ประสานงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็น **nurse coordinator** จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการส่งต่อ-รับผู้ป่วย แบบ **one stop services** โดยบูรณาการเข้ากับระบบส่งต่อที่มีอยู่ในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วจะถูกส่งกลับไปรับการดูแลรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบ District Health Systems (DHS) ของพื้นที่

เพื่อให้การวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์ประสานความร่วมมือภายในจังหวัด รวมเป็นทีมงานเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและปัญหาทางพฤติกรรมในระดับจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเร็วขึ้น และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบการบริการและสามารถนำผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบได้รวดเร็วขึ้นเพื่อการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีนโยบายที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด จะขยายพื้นที่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากต้นแบบโรงพยาบาลศิริราชเป็นแนวทางการพัฒนาในพื้นที่ต่อไป

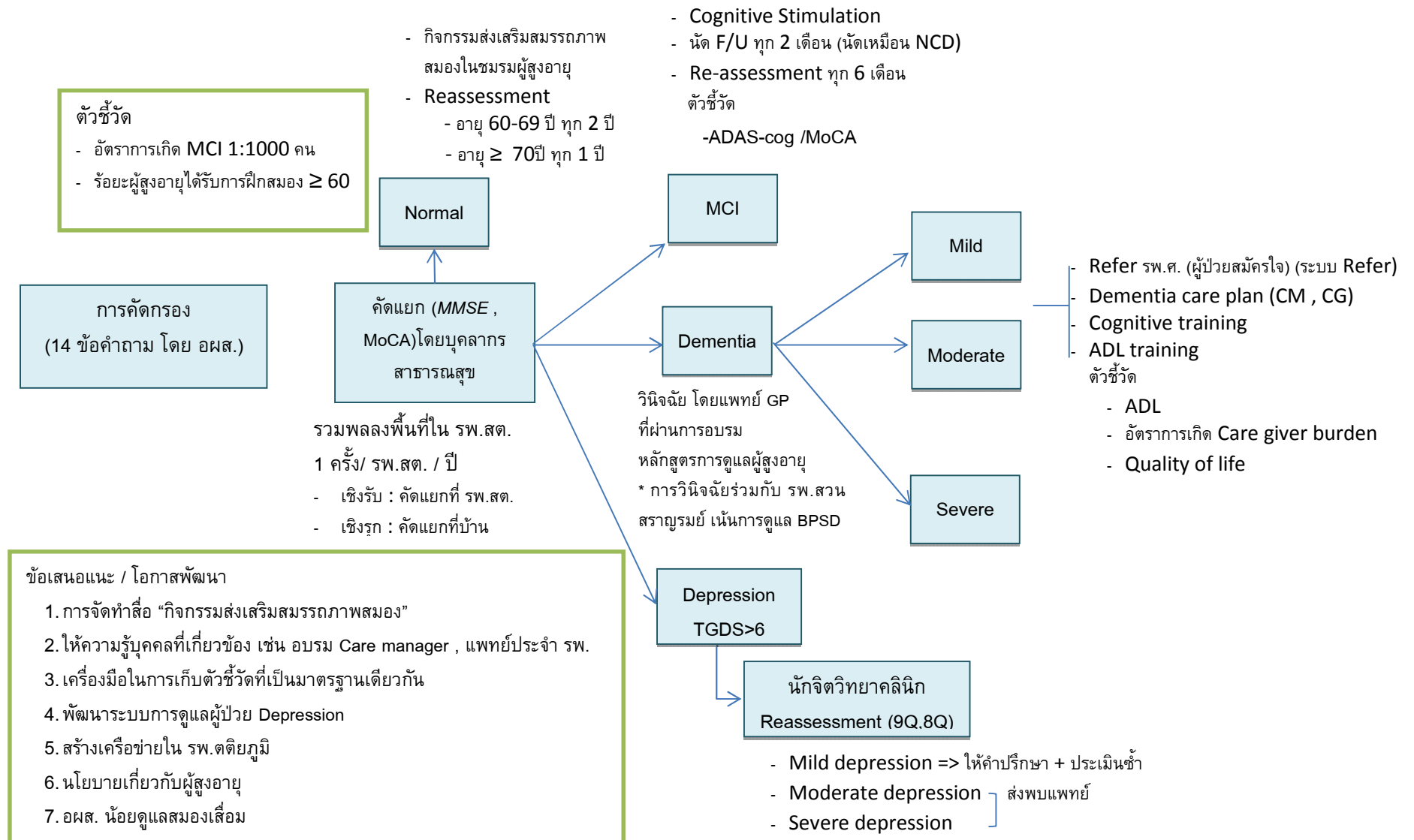


การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ศิริราชโมเดล

การพัฒนาในพื้นที่เพื่อรองรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. มีแนวนโยบายระดับจังหวัดที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. การเก็บข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ทุกปี
3. การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ
4. การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอาสาสมัครเชี่ยวชาญสมองเสื่อม
5. การขยายพื้นที่การทำกิจกรรม cognitive stimulation เพื่อการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม
6. การร่วมมือการทำงานวิจัยเพื่อสนับสนุนและพัฒนาเพิ่มศักยภาพนักวิจัยในพื้นที่

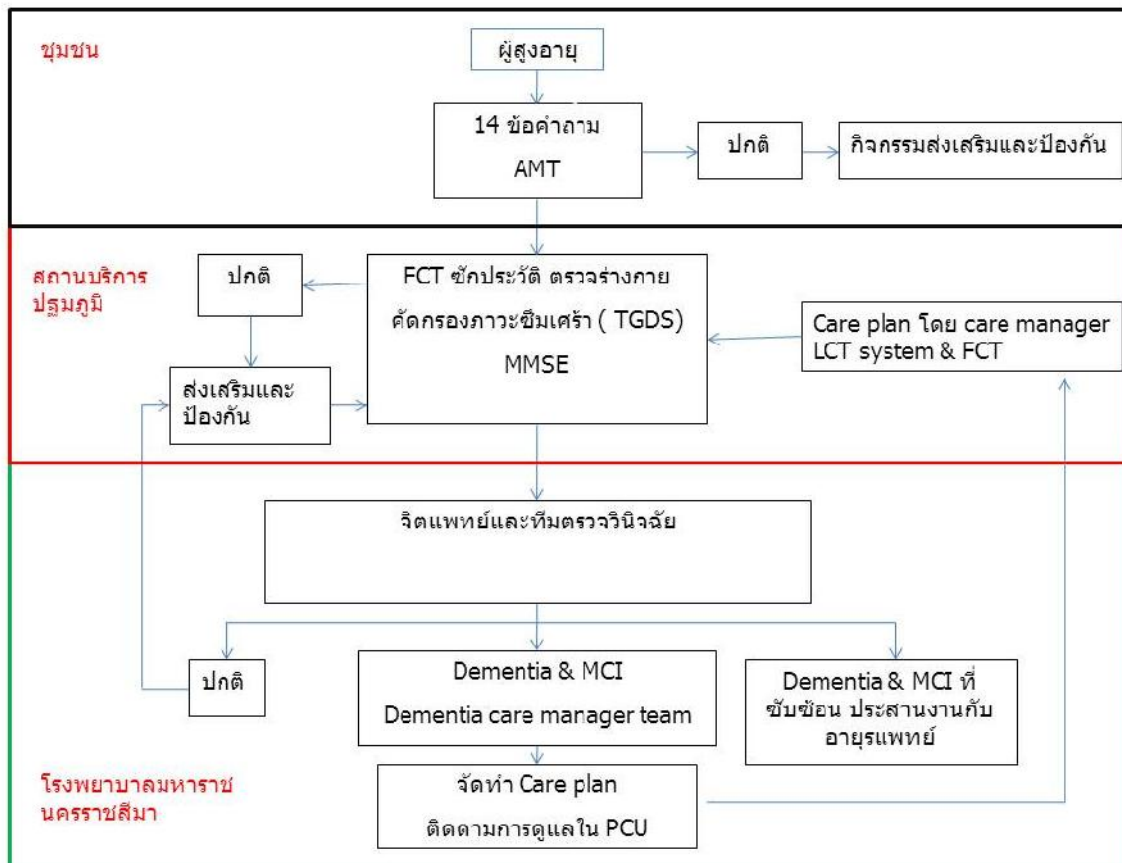
รูปแบบและการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ศิริรัฐนิคมโมเดล



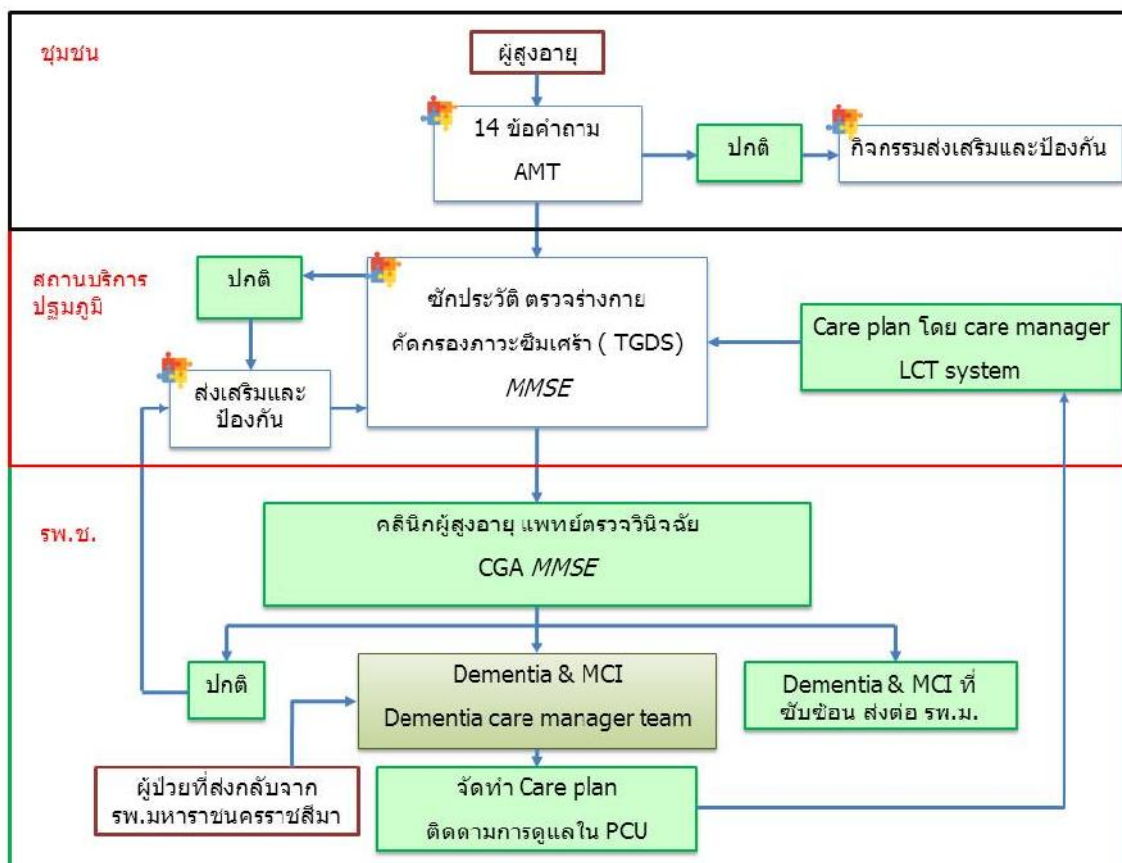
3. พื้นที่ศูนย์การแพทย์สุขภาพชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ JICA ประเทศญี่ปุ่น ลักษณะพื้นที่เป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท (sub urban) การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (จอหอ โมเดล) เริ่มต้นที่ระดับ primary care ดำเนินงานที่ศูนย์การแพทย์สุขภาพชุมชนจอหอ และมีแผนงานที่จะขยายไปในศูนย์แพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เริ่มพัฒนาระบบจากการคัดกรองในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของศสช.จอหอ (ศูนย์การแพทย์สุขภาพชุมชนจอหอ) เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่ค่อนข้างมีหลากหลายของพื้นที่เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องเข้าสู่ระบบเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษา โดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำจะผ่านการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ระดับ primary care (PCU) และส่งเข้าสู่ระบบการจัดบริการในระดับตติยภูมิคือ **คลินิกผู้สูงอายุ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน** กรณีมีผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม (BPSD) ก็ใช้ระบบการปรึกษาไปที่คลินิกความจำ ของกลุ่มงานจิตเวช เป็นการบูรณาการระบบการทำงานภายในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัย การรักษา และวางแผนการรักษา ก็จะส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการพัฒนารูปแบบการดูแล **จัดทำ Care plan รายบุคคลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย** เพื่อให้ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทีมสุขภาพ ในพื้นที่สามารถดูแลได้ต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ดำเนินการอยู่

การพัฒนาในพื้นที่เพื่อรองรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. การขับเคลื่อนการทำงานโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ
2. การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ
3. การจัดทำ care plan ในผู้ป่วยทุกราย
4. ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่และเครือข่ายสุขภาพ ในเรื่อง Dementia care manager และ cognitive stimulation



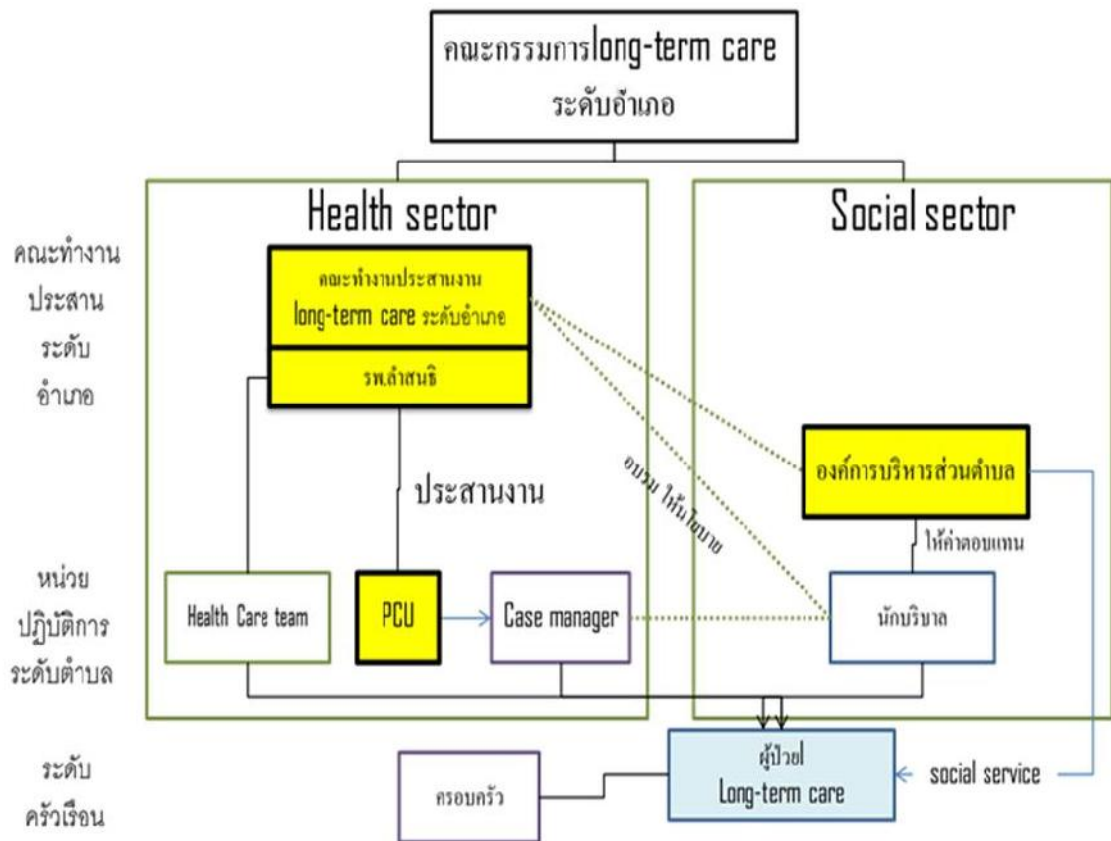
รูปแบบและการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 : จอหอโมเดล



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะที่ 3 : จอหอโมเดล

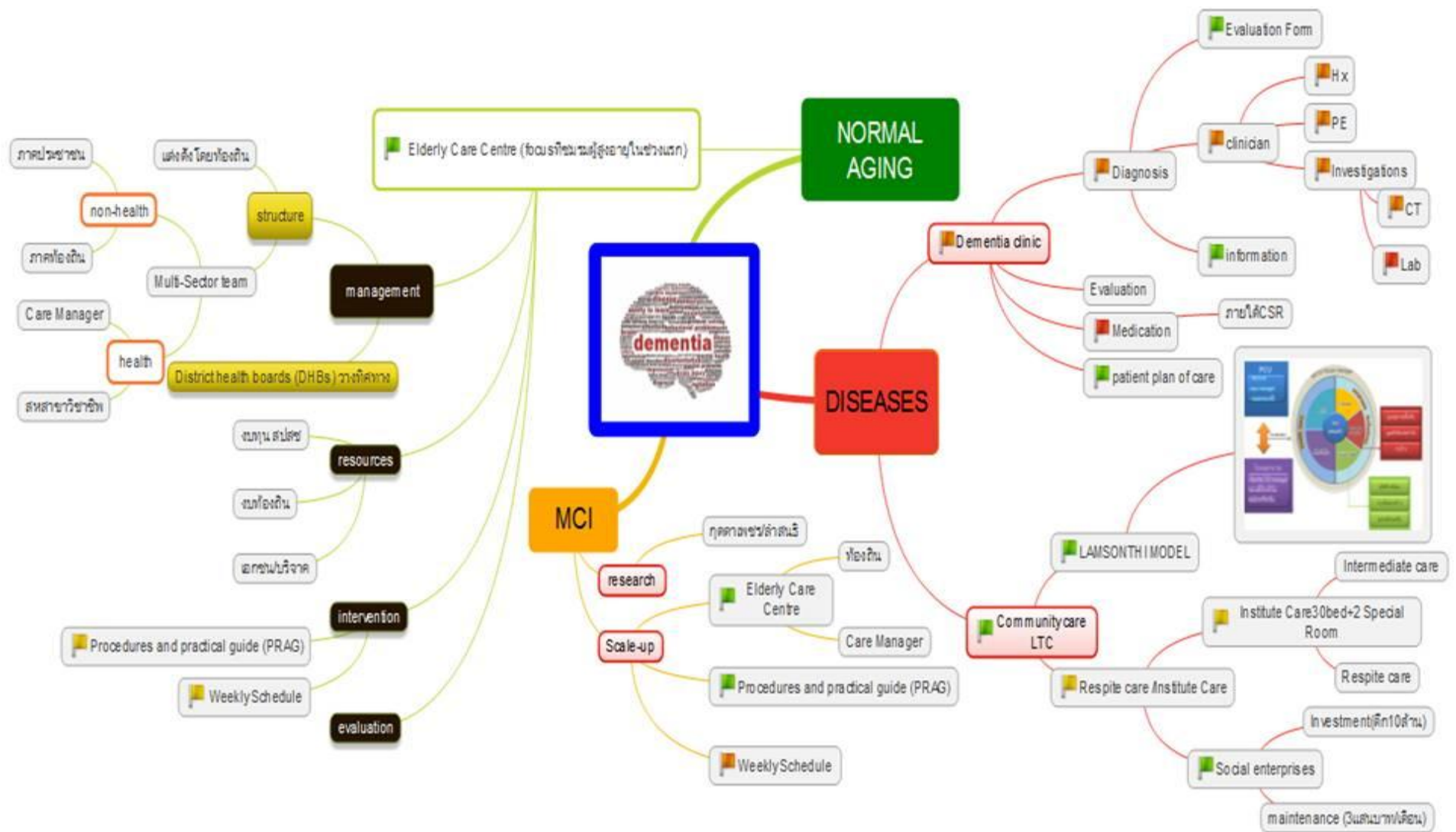
4. พื้นที่โรงพยาบาลลำสนธิจังหวัดลพบุรี เป็นพื้นที่ที่มีระบบการดูแลระยะยาวที่เข้มแข็ง ได้รับรางวัลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข เป็นความร่วมมือการทำงานระหว่างโรงพยาบาลลำสนธิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ภายใต้สโลแกนว่า **คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน** และโรงพยาบาลลำสนธิมีความต้องการจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาวที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากเมื่อพบผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ ทางทีมบุคลากรสุขภาพพบปัญหาและไม่สามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต้องการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบันคือ **ลำสนธิ โมเดล** และลักษณะพื้นที่ของโรงพยาบาลลำสนธิอยู่ค่อนข้างห่างไกลจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช) จึงเกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม **ลำสนธิ พลัส โมเดล** ภายใต้การดำเนินงานของหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และสหสาขาวิชาชีพ และจะมีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่มาฝึกงานในพื้นที่ร่วมดำเนินงานด้วย **การจัดบริการสุขภาพและดูแลที่บ้านเป็นหลัก ชุมชนเป็นรั้ว** มีการจัดบริการในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ยังสุขภาพดีเน้นการคงสภาพสมอง ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกจะมีโปรแกรมสำหรับการพัฒนาศักยภาพสมอง และผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องพึ่งพิงและระยะท้าย จะให้การดูแลคงสภาพสมอง และการดูแลแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย เชื่อมโยงกับระบบ HHC และ COC ของโรงพยาบาล

ในพื้นที่จะมี**นักบริบาล** ซึ่งเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) ที่ผ่านการฝึกอบรม ร่วมเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่านักบริบาลมีบทบาทสำคัญในการทำงานในชุมชน เป็นตัวประสานเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ดูแล/ครอบครัวเป็นอย่างดี และสามารถช่วยเหลือและลดภาระ burden ของผู้ดูแล/ครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลสนับสนุนที่บ้าน **respite care ที่บ้าน** ทำให้ผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถไปทำธุระ หรือผ่อนคลายระยะเวลาหนึ่งจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างดี จากนโยบายของผู้บริหารของโรงพยาบาลลำสนธิ ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งกำลังมีการก่อสร้างสถานบริการสนับสนุนการดูแลแบบ respite care และ hospice care ในสถานบริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) เพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่คนลำพังหรือมีภาวะพึ่งพิง และมีการร่วมมือกับองค์กรเอกชนเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน โดยการตั้งมูลนิธิเพื่อหารายได้สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม



ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในพื้นที่ลำสนธิที่มีอยู่เดิม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ลำสนธิ พลัส โมเดล



จากการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง โรงพยาบาลศิริราชธน โรงพยาบาลลำสนธิ และศูนย์การแพทย์สุขภาพชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สรุปได้ว่า รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดำเนินการและจัดบริการได้ในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยเริ่มจากการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย และคัดแยกเพื่อแยกกลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่อง กลุ่มที่มีอาการเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย มีการพัฒนาเป็นระบบ **Dementia fast tract** ระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกับระบบการส่งต่อในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการบริการได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษา และวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับระบบการดูแลในชุมชน “ชุมชนเป็นรั้ว” เพื่อร่วมกันการดูแล และป้องกันผู้ป่วยหายในชุมชน จากการพัฒนาระบบในพื้นที่ต้นแบบ สามารถสรุประบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ 3 รูปแบบ คือ

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ระดับ Primary care (PCU) และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ตามรูปแบบของ บ้านฝาง โมเดล และ ศิริราชธนโมเดล
2. ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านเป็นหลัก ตามรูปแบบ ลำสนธิ พลัส โมเดล
3. ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ระดับ Primary care (PCU) ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตามรูปแบบ จอหอโมเดล

กลไกหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระดับ PROCESS

- ☐ การสร้างความตระหนักและสังคมการเรียนรู้เรื่องสมองเสื่อมในภาคประชาสังคม
- ☐ Early detection ผู้สูงอายุด้วย screening packages
- ☐ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข
- ☐ การดูแลแบบสหวิชาชีพ มีการวางแผนร่วมกับระหว่าง Family care team (FCT) / Primary Care Custer (PCC) และหมอครอบครัว
- ☐ การพัฒนาศักยภาพของ Care giver ร่วมกันดูแลกับ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักบริบาล
- ☐ การจัดการระบบการวินิจฉัยในระดับ primary care และโรงพยาบาลชุมชน รวมกับระดับตติยภูมิ
- ☐ การจัดการระบบการส่งต่อ แบบ dementia fast tract และการจัดบริการแบบ one stop services
- ☐ การจัดทำ care plan รายบุคคล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- ☐ ชุมชน เทศบาล อบต. ร่วมสนับสนุน เยี่ยมไข้ จัดรถ รับ-ส่ง ปรับสิ่งแวดล้อม ให้ความช่วยเหลือด้านสังคม
- ☐ การพัฒนาระบบมีความเชื่อมโยงกับ ระบบ Refer ระบบ LTC ภายใต้การกำกับของระบบ DHS เกิดการบูรณาการและภาคีการทำงานร่วมกันในพื้นที่

ระดับ OUTPUT

- ☐ Care System
 - มีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นใน
 - Community : ชุมชนเป็นรั้ว
 - Institute : การวินิจฉัยในระดับ primary and secondary care : โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง
 - LTC : เกิดการดูแลแบบ specialize care ร่วมกับระบบ LTC

☐ ผู้ป่วย

- Early detection : ได้รับการคัดกรอง
- Improve ADL : คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- Maintain Function : ได้รับการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก
- Continues of care : ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

☐ ผู้ดูแล / ญาติ

- ผู้ดูแลและญาติมีองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- ลด Burden ของผู้ดูแลและญาติ
- การสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐ และชุมชน (เพื่อนบ้าน วัด โรงเรียน)

ปัญหาและอุปสรรค

1. ไม่มีแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นระบบ ไม่มีระบบบริการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและยังไม่มีระบบที่สามารถเชื่อมโยงผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชนได้
2. ไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนเมื่อพบผู้ป่วย การดำเนินโรคมักเป็นระยะท้ายของสมองเสื่อม
3. มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย (คัดแล้วกอง)แต่ยังไม่มีช่องทางการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลและส่งต่อการรักษาและเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
4. การขาดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม
 - 4.1 บุคลากรด้านสุขภาพไม่มีองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 4.2 ประชาชน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม(ส่วนใหญ่คิดว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ และถ้ามีพฤติกรรมผิดปกติมักจะเข้าใจว่าเป็น ความผิดปกติทางจิต หรือ ผีบ้า) และไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันที่ถูกต้อง การได้รับความรู้ยังได้รับเฉพาะกลุ่มป่วย
5. มีความยากลำบากด้านระยะทางและในการพาผู้ป่วยสมองเสื่อมไปรับบริการในระดับตติยภูมิตามสิทธิบัตรค่าใช้จ่ายในการนำผู้ป่วยมาสถานบริการ ส่วนใหญ่เลือกดูแลกันเองในครอบครัว ไม่มาพบแพทย์ หรือไม่รับการรักษาต่อเนื่อง
6. บริการระดับตติยภูมิยังมุ่งเน้นการรักษา(ด้วยยา)มากกว่าการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม และยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง/และอย่างเป็นองค์รวม
7. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
8. ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความเครียด หรือปัญหาทางอารมณ์ บางครั้งรู้สึกผิด ไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนเองทำ
9. ยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมยังมีข้อจำกัดในด้านสิทธิการรักษาที่ไม่สามารถจัดสรรยาได้ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

ระดับจังหวัด

1. นโยบายจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นร่มใหญ่ มีการสร้างวิชาชีพมาร่วมดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม (นักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุ)

2. วางระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความเชื่อมโยงระบบการดูแล ระบบการส่งต่อที่ชัดเจน และเพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษให้ครอบคลุม
3. โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยและจัดระบบบริการที่สามารถให้กลุ่มผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว
4. ระดับจังหวัด : ใช้ authority ของจังหวัดในการขับเคลื่อน

ระดับประเทศ

1. นโยบายระดับประเทศควรให้ความสำคัญในเรื่องของการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้จริงจังและมีความชัดเจน
2. ควรมีระบบการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. การจัดบูรณาการบริการ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการจัดทำภารกิจที่ซ้ำซ้อน
4. พัฒนาบุคลากรให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รองรับให้เพียงพอในกรณีต้องดูแลระยะยาวและเมื่อต้องอยู่ในระยะฟุ้งฟิง
5. องค์การภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ให้เป็นวาระแห่งชาติ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรืออื่นๆ
6. กระทรวง ทบวง/กรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บรรจุนโยบาย/แผนงาน/ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ต่อยอดจากพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ต้นแบบการดูแลระยะยาว ทั่วประเทศ
7. แหล่งทุนต่างๆ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเชิงพื้นที่ ทั้งภายในและระหว่างพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล เพื่อให้เกิดการขยายเครือข่ายการดำเนินงาน
8. นโยบายระดับชาติ ต้องชัด กำหนดภารกิจให้ท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การทำงานก็จะสำเร็จได้ง่าย ได้ผลงานด้วยกัน ผู้สูงอายุก็ได้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ/กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติมีการเตรียมการผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะฟุ้งฟิง
9. ระดับประเทศ/ กระทรวง : เนื่องจากขณะนี้รัฐมีการจัดงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการดูแลในกลุ่มที่มีภาวะฟุ้งฟิงทั้งติดบ้านและติดเตียงมีการออกแบบบริการเพื่อดูแล ผ่านcare plan ในระดับพื้นที่ จะประสบความสำเร็จมากในการวางแผนดูแล โดยเฉพาะ 1,063 พื้นที่นำร่องที่ต้องดูแลในกลุ่ม2ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการเป็นอย่างมาก ต้องแทรกซึมไปให้ได้สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ/ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : สนับสนุนการพัฒนาระบบบูรณาการด้านสังคม+สุขภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งทั้งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสมองเสื่อมยุทธศาสตร์แสงเลเซอร์

กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติ/สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ

1. มีนโยบายคุ้มครองดูแลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครอบคลุมไปถึงการจัดสวัสดิการคุ้มครองในกรณีที่ขาดผู้ดูแล
2. ควรมีการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ถูกกลั่นแกล้งทำร้าย ให้ความเคารพนับถืออย่างสมศักดิ์ศรี

ประชากรผู้สูงอายุ สามตำบลมีประชากรทั้งสิ้น 21,633 คน

จำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 3,311 คน คิดเป็นร้อยละ 15.31

แบ่งเป็น เพศชาย 1,539 คน คิดเป็นร้อยละ 49.59

เพศหญิง 1,772 คน คิดเป็นร้อยละ 53.52

โดยแจกแจงตามช่วงอายุดังนี้

อายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
60 – 69 ปี	1,866	56.36
70 – 79 ปี	1,039	31.38
80 ปีขึ้นไป	406	12.26

2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ได้ ดังนี้

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
1. ระบบการดูแล/การเข้าถึงบริการ	(ระยะก่อนการพัฒนา) 1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในพื้นที่ฯ - ยังไม่มีการจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในสถานบริการและในชุมชน - มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย (คัดแล้วกอง)แต่ยังไม่มีช่องทางการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลและส่งต่อการรักษาและเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2. ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ในพื้นที่ฯ - มีการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการ 3 แห่ง(โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจิตเวชฯ) - แต่ยังไม่มีการเชื่อมต่อเชื่อมโยงข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 3. การเข้าถึงบริการ - ผู้ใช้บริการมีความยากลำบากด้านระยะทางและในการพาผู้ป่วยสมองเสื่อมไปรับบริการในระดับตติยภูมิตามสิทธิบัตร - บริการระดับตติยภูมิยังมุ่งเน้นการรักษา (ด้วยยา) มากกว่าการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม และยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง/และอย่างต่อเนื่อง
2. การคัดกรองและวินิจฉัย	การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ ฯ 1. มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยด้วย MMSE ตามนโยบาย (คัดแล้วกอง)แต่ยังไม่มีช่องทางการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลต่อเนื่อง 2. แพทย์ในระดับทุติยภูมิ ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ 3. แพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิยังขาดข้อมูลแบบองค์รวม ที่อาจทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในครั้งแรก 4. แพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิ ยังขาดการเชื่อมต่อ เชื่อมโยงข้อมูลกับทุกระดับบริการ (ในระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ)
3. องค์ความรู้ของ	บุคลากรที่มีสุขภาพในระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ประเด็น	สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
บุคลากรทางสุขภาพ	(กรณีพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก อาจเข้าใจว่าเป็น โรคทางจิตเวช หรือในกรณีที่มีอาการหลงลืม จะคิดว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น ทำให้มีการจัดการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลจิตเวช เป็นหลัก
4. องค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	องค์ความรู้ประชาชน/ผู้ดูแล ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (ส่วนใหญ่คิดว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ และถ้ามีพฤติกรรมผิดปกติ มักจะเข้าใจว่าเป็น ความผิดปกติทางจิต หรือ ฝืนๆ)
5. ค่าใช้จ่าย	การเดินทางไปรักษาระดับตติยภูมิ จะมีค่าใช้จ่าย ด้าน 1. ค่ายาและพาหนะในการเดินทางไปรับบริการในตัวเมือง/ในจังหวัด 2. มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการต้องจ้างผู้ดูแล/ฝากดูแลและ/หรือ 3. ผู้ดูแลในครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทำให้มีปัญหาด้านรายได้/ไม่มีอาชีพ
6. ประเด็นในมุมมองของ 6.1 ผู้ให้บริการ และ ผู้เกี่ยวข้อง 6.2 ครอบครัว/ผู้ดูแล 6.3 ชุมชน	ในระยะก่อนการพัฒนาฯ ในมุมมองของ ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง/ครอบครัว/ผู้ดูแล/ชุมชน รับรู้ในพื้นที่ที่ยังไม่มีปัญหานี้
7. ปัญหาอุปสรรค	ปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ คือ การมีนโยบาย/หรือมีการสั่งการจำนวนมากจากหลากหลายหน่วยงาน ทั้งจากระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (หลายหน่วยงาน) ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่/ท้องถิ่น ที่ลงสู่พื้นที่ๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ 2-3 คน) ต้องนำนโยบายต่างๆ มาบูรณาการการทำงาน

3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในโครงการจำนวน 3,103 คน

แบ่งตามเพศ

เพศชาย จำนวน 1,406 คน คิดเป็นร้อยละ 45.31

เพศหญิง จำนวน 1,697 คน คิดเป็นร้อยละ 54.69

แบ่งเป็นช่วงอายุ

60-69 ปี จำนวน 1,917 คน คิดเป็นร้อยละ 61.78

70-79 ปี จำนวน 877 คน คิดเป็นร้อยละ 28.26

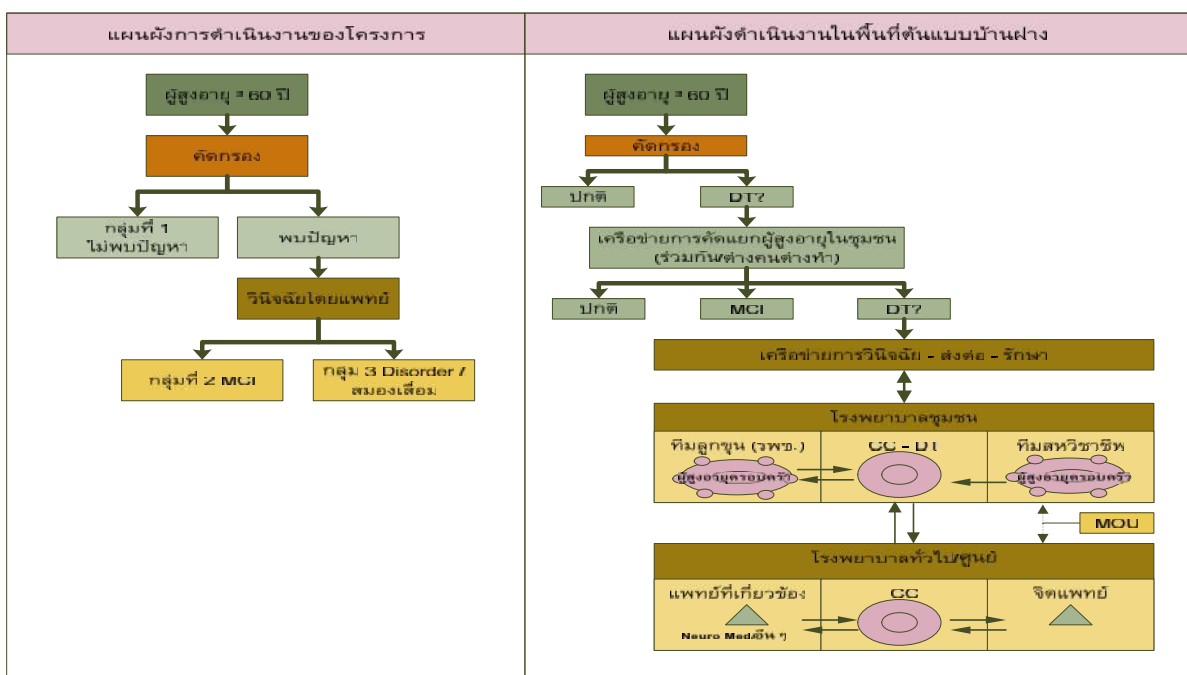
80 ปีขึ้นไป จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 9.96

แบบประเมิน	จำนวน (n/N)	ร้อยละ
ปกติ [(14 ข้อคำถาม<30)+(MOCA≥25)]	2,757	88.85
MCI	120	3.87
Dementia	32	1.03
Other	194	6.25
รวม	3,103	100.00

4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ



5. แผนผังการดำเนินงาน



6. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

6.1 การคัดกรอง

กระบวนการ ก่อนเข้าร่วมโครงการ	กระบวนการหลังเข้าร่วมโครงการ
มีการคัดกรองผู้ป่วยด้วย MMSE-Thai2002 ตาม นโยบาย แต่ไม่มีช่องทาง การนำข้อมูลมาใช้เพื่อ ดูแลต่อเนื่อง	เกิดกระบวนการการทำงานแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมกับ 9 ภาควิชา และเกิดนวัตกรรม การ“ลงแขก” ในการคัดกรองร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1.การจัดประชุมคณะทำงานและทีมงานในพื้นที่พิจารณาแนวทางการดำเนินงานเพื่อสำรวจและ คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ศึกษา 2. การสร้างภาควิชาและจัดทำเวทีประชาคมประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 3.สร้างข้อตกลงภาควิชาการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือใน การดำเนินงานระหว่าง 9 ภาควิชา “บ้านฝางรวมใจร่วมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร” ในโครงการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบ วงจรระหว่างนายอำเภอบ้านฝาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง นายกเทศมนตรีเทศบาล ตำบลบ้านฝาง ปลัดเทศบาลตำบลแก่งฝาง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านโนนฆ้อง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลหนองบัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ สมาคม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (มีเอกสารบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ) “MOU พิธีการ พิธีกรรม แห่ง ความร่วมมือ”

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพของการพัฒนาระบบการคัดกรอง

ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ คัดกรอง-คัดแยก-คัดกลุ่ม : การคัดกรอง
ผู้สูงอายุ 3 ตำบล โดย ทีม อสม. การคัดแยกผู้สูงอายุ 3 ตำบล โดยทีม รพ.สต./PCU ทีมวิจัย และ จิตอาสา จาก
การคัดกรอง-คัดแยก ทำให้ได้ข้อมูล ดังนี้

◆ มีฐานข้อมูลการคัดกรอง (โดย อสม.) การคัดแยก (โดยพยาบาล) การคัดกลุ่ม (โดยทีมการ
วิจัย-ทีมลูกขุน) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตำบลบ้านฝาง ตำบลโนนฆ้อง และตำบลหนองบัว

◆ มีข้อมูลรายกรณีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านภาวะสมองเสื่อม,
DCM) ที่นำเข้าสู่การคัดกลุ่ม ของสามตำบล อำเภอบ้านฝาง

6.2 การวินิจฉัย

กระบวนการก่อนเข้าร่วมโครงการ	กระบวนการหลังเข้าร่วมโครงการ
- แพทย์ในระดับทุติยภูมิ ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ - แพทย์ในระดับตติยภูมิ ยังขาดข้อมูลการดูแลแบบองค์รวม ที่อาจทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในครั้งแรก - แพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิยังขาดการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลให้กับสถานบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ	1. มีกระบวนการและขั้นตอนการวินิจฉัยที่ชัดเจนมากขึ้น ดำเนินการโดยคณะทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เรียกองค์กรดังกล่าวว่า “สภาลูกขุน” มีทีมการวินิจฉัย เรียกว่า “ทีมลูกขุน” ซึ่งพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้ 1.1 วิถีโคจรของความเจ็บป่วย 1.2 ผลการประเมินจากแบบทดสอบสภาพทางสมอง และเครื่องมือต่างๆ 1.3 ประเมินอาการ 6 Domain 1.4 การวินิจฉัยโรคแนวทางการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม 1.5 แนวทางการบำบัดรักษา/ดูแลต่อเนื่อง/การออกไปรับรองความพิการ 1.6 การตั้งคำถาม/การจัดทำแผนการดูแลและอื่นๆ 2. มีการวินิจฉัยร่วมกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยร่วมกับจิตแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น
ผลลัพธ์เชิงคุณภาพหลังพัฒนาระบบการวินิจฉัย เกิดคณะทำงาน “สภาลูกขุน/ทีมลูกขุน” ซึ่งเป็น Technical Consultation team ในการวินิจฉัย ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพจากสถานบริการสามระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) และภาควิชาการ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลลัพธ์เชิงปริมาณหลังพัฒนาระบบการวินิจฉัย ได้รับการวินิจฉัยโดยสภาลูกขุน จำนวน 5 ครั้ง รวม 33 คน เป็น Dementia จำนวน 21 คน อื่นๆ 12 คน	

6.3 การส่งต่อ-รักษา

• การส่งต่อ

ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อตามระบบเกิดความล่าช้า และผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้งกว่าจะได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษา	- มีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลบ้านฝางและโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยการจัดทำเครื่องมือการทำงาน (แบบการส่งต่อ/ ตารางการเข้ารับการรักษา) วินิจฉัยในเวทีลูกขุน/ สรุปการวินิจฉัย) ซึ่งจัดทำโดย DCC - มีระบบการประสานงานที่ดี ซึ่งมีผู้รับผิดชอบโดยตรง คือ Dementia Care Coordinator (DCC) ทำให้ระบบการทำงานรวดเร็วขึ้น - การส่งต่อ: CT =>การรักษา Consult Neuro - med และ Neuro - surgery - แนวทางการส่งต่อ ให้เวลาญาติและผู้ป่วยตัดสินใจใน 1 เดือน - ประสานงาน นัดหมาย ภายใน 2 สัปดาห์ (อาจารย์แพทย์ นัดให้ได้ภายใน 1 วัน) ส่งตัวพบผู้เชี่ยวชาญในการดูแลระดับตติยภูมิ แบบ one stop service

• การรักษา

ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
ผู้รับบริการได้รับการรักษาโดยการให้ยาเพียงอย่างเดียว	มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาในทุกระดับสถานบริการ ระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ใช้กระบวนการรักษาแบบ Non-Pharmacological คือ -การจัด Cognitive Stimulation program ในกลุ่ม MCI และ -การจัดทำ Care Plan ในกลุ่ม Dementia ในชุมชน ทำให้สามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

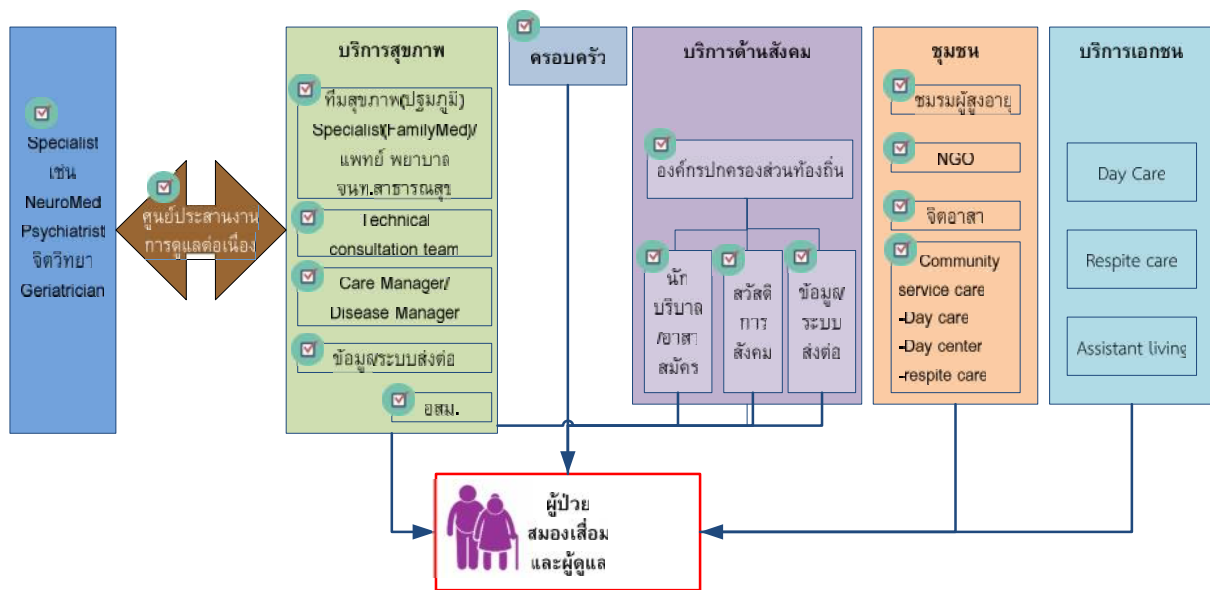
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
	ระดับตติยภูมิ -ใช้กระบวนการรักษาทั้งแบบ Pharmacological และ Non-Pharmacological ควบคู่กัน และ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ มีเชื่อมต่อ-เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลกรณีศึกษาาระหว่างสถานบริการสามระดับ มีการจัดทำฐานข้อมูลการวินิจฉัย และมี Care Plan ทั้งรายบุคคลและโดยภาพรวม เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการรักษาและระบบการดำเนินงานร่วมกัน

6.4 ระบบการดูแลที่สามารถพัฒนาขึ้นในพื้นที่

ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในพื้นที่ - ยังไม่มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในสถานบริการและในชุมชน - มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย (คัดแล้วกอง)แต่ยังไม่มีช่องทางการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลและส่งต่อการรักษาและเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2. ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ในพื้นที่ - มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการ 3 แห่ง(โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจิตเวช) - ไม่มีการเชื่อมต่อเชื่อมโยงข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 3. การเข้าถึงบริการ - ผู้ใช้บริการมีความยากลำบากด้านระยะทางและในการพาผู้ป่วยสมองเสื่อมไปรับบริการในระดับตติยภูมิตามสิทธิบัตร - บริการระดับตติยภูมิยังมุ่งเน้นการรักษา (ด้วยยา) มากกว่าการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม และยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง/และอย่างเป็นองค์รวม	1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในพื้นที่ - การคัดแยก (ร่วมกันระหว่างเครือข่าย DCM ของแต่ละตำบล) - การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” ของโรงพยาบาลบ้านฝาง - ฝึกอบรมผู้ดูแลในชุมชน (caregiver) เรื่องกิจกรรมกระตุ้นสมอง-การดูแลที่บ้าน/ในชุมชน(5อ-3ส-1ย) - ดำเนินโปรแกรมการกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation program) กลุ่ม MCI (โดยบุคลากรทางสุขภาพ/สังคม)(ร่วมกันระหว่างเครือข่าย DCM) (กิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง/ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 กลุ่ม) (ประเมินก่อน-หลังการทำกิจกรรม) - ดำเนินการเยี่ยมบ้าน - ดำเนินการจัดตั้งศูนย์การฟื้นฟูความจำในชุมชน (ตำบลละ 1 แห่ง)และ จัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของไทรภาคีในชุมชน (ในบางตำบล)จัดทำแผนการจัดการกลุ่มสนับสนุน/กิจกรรมดูแลรายกลุ่ม (Group Support/ Group Care Plan, GRP) 2. ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ในพื้นที่ - การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” - การประสาน/การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลขอนแก่น - การประสานและให้คำปรึกษา (ไม่เป็นทางการ-ทางโทรศัพท์/ทางไลน์/อีเมลล์/อื่นๆ) - การจัดทำฐานข้อมูลการประสานการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการให้คำปรึกษา (รายบุคคล/รายกลุ่ม) 3. การเข้าถึงบริการ - มีระบบบริการที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลบ้านฝางเพื่อการวินิจฉัยแบบ One stop service และดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม

ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
	(ฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้ารักษาในทีมสุขภาพชุมชน รายครึ่งและรายปี) - มีฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/การให้คำปรึกษาเพื่อการวินิจฉัย/การรักษา/ดูแลเป็นกรณีพิเศษ (รายครึ่งและรายปี)

6.5 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเทียบกับ Model Dementia on top LTC



มิติ/ผู้เกี่ยวข้อง	ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
Specialist	Psychiatrist, Neuro - med และ Neuro – surgery เป็นที่ปรึกษาในการรักษา (แพทย์เฉพาะทาง)
ศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง	- COC โรงพยาบาลบ้านฝาง (DCC) - PCU บ้านฝาง (DCM) - รพ.สต.โนนฆ้อง (DCM) - รพ.สต.หนองบัว (DCM)
บริการสุขภาพ	- การคัดกรอง (อสม.2Q/14 คำถาม) - การคัดแยก/คัดกลุ่ม โดยPCU/รพ.สต.(พยาบาล DCM) - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (DT-SM) - Technical consultation team: “ทีมสุขภาพ” วินิจฉัยผู้ป่วย - ข้อมูล/ระบบส่งต่อ: ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลบ้านฝางและโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น - พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ: จิตแพทย์ - แบบ one stop services - ทีมสุขภาพ : แพทย์ (แพทย์ประจำ ณ โรงพยาบาลบ้านฝาง จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย เวชปฏิบัติทั่วไป 4 เวชศาสตร์ครอบครัว 1 เวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก 1) พยาบาล

มิติ/ ผู้เกี่ยวข้อง	ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
	วิชาชีพ 46 ท่าน โรงพยาบาลบ้านฝาง ไม่มีนักจิตวิทยา (ข้อมูลจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสุขภาพ http://gishealth.moph.go.th)
ครอบครัว	ญาติ ผู้ดูแล คนรอบข้าง ต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น
บริการด้าน สังคม	- การทำ MOU 9 ภาคีเครือข่าย “บ้านฝางรวมใจร่วมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมครบวงจร” โครงการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กับ - นายอำเภอบ้านฝาง - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง - สาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง - นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านฝาง - ปลัดเทศบาลตำบลบ้านฝาง - นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านโนนฆ้อง - นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลหนองบัว - คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น - สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - นักพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย (ทุกเทศบาลตำบล)
บริการชุมชน	- พัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน 3 center (มีคณะกรรมการศูนย์จากไตรภาคี) - ศูนย์ฟื้นฟูความจำชุมชน ตำบลบ้านฝาง “วัดนา วัดร่วม ชุมชนขับเคลื่อน ภาคีสันติสุข” (วัดสระแก้ว) - ศูนย์ฟื้นฟูความจำ ตำบลโนนฆ้อง (ในศูนย์ปัจฉิมเบญจสุข หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ) - ศูนย์ฟื้นฟูพัฒนาสมองผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัว(วัดเกาะแก้ว) - วัด (พระภิกษุ): ที่ปรึกษาคณะกรรมการศูนย์และร่วมดูแลในชุมชน - จิตอาสา: ร่วมคัดแยกผู้สูงอายุ
บริการเอกชน	ไม่มีในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง
นักวิชาการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ-การพยาบาลชุมชน)

7. ประสบการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงาน

7.1 การดำเนินงานระยะที่ 1

- การจัดทำ MOU: เกิดประชาคมระดมพลังไตรภาคี (สุขภาพ-สังคม/ท้องถิ่น-ชุมชน/ท้องที่) มีพื้นฐานมาจากชุมชนที่เข้มแข็ง
- การติดต่อทางปัญญาให้ทีมงานพัฒนา (ทีมพื้นที่และทีมวิจัย) โดยทีมจากส่วนกลาง-ในจังหวัด
- การมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานบริการสุขภาพ 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ)
- การพัฒนากระบวนการ: การวินิจฉัยบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา (3 ระดับ: ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ)
 - ปฐมภูมิ คือ กลไกแกนนำขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จของระบบครบวงจร
 - ทูติยภูมิ คือ หัวหอกแห่งความสำเร็จและความยั่งยืน และเป็นจุดประสานเชื่อมต่อการบริการภายในระดับทุติยภูมิ (ตั้งทีม NCD+COC)-และ-เชื่อมโยงบริการกับปฐมภูมิและตติยภูมิในการวินิจฉัย-

บำบัดรักษา-ดูแล (ต้องสร้างคน คือ DCC ขึ้นมาทำหน้าที่เชื่อมต่อ-เชื่อมโยงบริการ โดยมีพยาบาลจิตเวช มาเป็นจุดเชื่อมต่อ-เชื่อมโยง)

- ดิถีภูมิ คือ คนสำคัญเกื้อหนุนให้เกิดระบบครบวงจรที่เชื่อมโยงอย่างบูรณาการในสามระดับ
- อาจารย์พี่เลี้ยง (ภาควิชาการ-วิจัย) คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคน-พัฒนาระบบครบวงจร
- ทีมวิชาการจากส่วนกลาง คือ ผู้สนับสนุนสำคัญ (พลังงาน-พลังปัญญา/วิชาการ)

7.2 การดำเนินงานระยะที่ 2

7.2.1 การดำเนินงานพัฒนาระบบครบวงจร และบูรณาการสู่งานประจำ: รูปแบบการดูแล

7.2.1.1 กระบวนการดำเนินการของระบบบริการ

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
Primary care	1. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้/ฝึกอบรม (บุคลากรทีมสุขภาพ/อสม. โดยทีมวิทยากรจากส่วนกลาง/วิทยากรในพื้นที่)	1. มี MOU การร่วมมือพัฒนาระบบ-โมเดลอำเภอบ้านฝาง (ระหว่าง 9 ภาคี)
	2. จัดทำปฏิทินชุมชนการดำเนินงานประจำปี (รายปี)	2. มี MOU การพัฒนาระบบร่วมวินิจัยระหว่าง 4 ภาคี (โรงพยาบาลขอนแก่น-โรงพยาบาลบ้านฝาง-สาธารณสุขอำเภอ-คณะพยาบาลศาสตร์)
	3. การคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ 14 ข้อคำถาม (โดย ทีม อสม. ที่ผ่านการอบรมและมีศักยภาพ) (ตามกำหนดในปฏิทินชุมชนเป็นรายปี)	3. มีนวัตกรรมเชิงระบบ/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจรและต่อเนื่องอย่างบูรณาการ (บูรณาการงาน-สมองเสื่อมเชื่อมกับงานประจำ)(บูรณาการคน-ภาคีสุขภาพ/สังคมท้องถิ่น/ชุมชน-ท้องที่)(บูรณาการองค์ความรู้-สมองเสื่อม-จิตเวช-ผู้สูงอายุ) (บูรณาการวิธีทำงาน-และแหล่งประโยชน์-เชิงรุก/องค์กรรวม/ต่อเนื่อง/ลดขั้นตอน/ลงแขก/ลงขัน)
	4. การคัดแยกแบบ “ลงแขก” (ร่วมกันระหว่างเครือข่าย DCM ของแต่ละตำบล) (ตามกำหนดในปฏิทินชุมชนเป็นรายปี)	
	5. การร่วมวินิจัยกับ “ทีมลูกชุมชน” ของโรงพยาบาลบ้านฝาง (ตามกำหนดในปฏิทินชุมชนเป็นสามเดือนหรือตามที่กำหนด)	
	6. การฝึกอบรมผู้ดูแลในชุมชน (caregiver) เรื่องกิจกรรมกระตุ้นสมอง-การดูแลที่บ้าน/ในชุมชน (รายปี/ตามโครงการที่กำหนด)	
	7. ดำเนินโปรแกรมการกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation program) กลุ่ม MCI (โดยบุคลากรทางสุขภาพ/สังคม) (ร่วมกันระหว่างเครือข่าย DCM) (กิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง/ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 กลุ่ม)(ประเมินก่อน-หลังการทำกิจกรรม) (รายปี)	
	8. DCM ของแต่ละตำบล ดำเนินการเยี่ยมบ้าน เพื่อ - ประเมิน/คัดแยก/วินิจัย/ประสานการจัดบริการ/ดูแลในชุมชนอย่างน้อย 4-5 ครั้ง/ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 ราย และจัดทำ Individual Care Plan (แผนการดูแลรายบุคคลทุกราย) - จัดทำแบบประเมินสภาพความเป็นจริงโดยการมีส่วนร่วมของทีมไตรภาคีทุกราย	
	9. DCM ของแต่ละตำบลดำเนินการจัดตั้งศูนย์การฟื้นฟูความจำในชุมชน (ตำบลละ 1 แห่ง)และ จัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของไตรภาคีในชุมชน (ในบางตำบล)จัดทำ Group Care Plan (รายกลุ่ม)	

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
Secondary Care	1. DCC ของโรงพยาบาลบ้านฝาง ประสานกับ DCM ของแต่ละตำบล ในการส่งผู้ป่วยเข้าร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” ของโรงพยาบาลบ้านฝาง (ตามกำหนดในปฏิทินการดำเนินงานรายสามเดือน หรือตามที่กำหนด) และจัดเตรียมข้อมูลประกอบการปรึกษา-และจัดทำแผนการวินิจฉัย (รายบุคคล/รายกลุ่มทุกครั้ง)	1. วินิจฉัยโดย “ทีมลูกขุน” -จำนวน 7 ครั้งรวม 45 คน (Dementia= 25; Others=20) (สรุป 17/11/59) 2. ผลการประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 2 คน เป็น
Secondary Care & Tertiary Care	1. DCC ของโรงพยาบาลบ้านฝาง ประสานงานกับ DCC ของโรงพยาบาลขอนแก่น ในการเข้าร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” ของโรงพยาบาลบ้านฝาง (รายสามเดือนหรือตามที่กำหนด) และประสานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการตรวจพิเศษหรือยืนยันการวินิจฉัยเพิ่มเติม ที่โรงพยาบาลขอนแก่นเพิ่มเติม (เฉพาะรายที่มีปัญหา ตามที่กำหนดเป็นรายบุคคล)	- CT Brain = Subarachnoid cyst 1 คน - พบ Neuro Med ทำ LP = Syphilis Dementia 1 คน 3. ปฏิเสธไม่ยอมไปตรวจ = 1 คน 4. เสียชีวิต 4 คน (นางเขียว Sepsis เบาหวานแผลที่เท้า; นายพร; นางอุบล; 1 คน รอยืนยัน)
Secondary Care & Primary Care	1. DCC รับการส่งต่อผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนด (เช่น มีภาวะหลงลืมในการรับประทานยา) เพื่อรับการคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุและนำผู้ป่วยที่เข้าข่ายเข้ารับการวินิจฉัยโดย “ทีมลูกขุน” ของโรงพยาบาลบ้านฝาง (ร่วมกันระหว่างเครือข่าย DCM ของแต่ละตำบล) (ตามกำหนดในปฏิทินการดำเนินงานทุกสามเดือน/เป็นรายปี/หรือตามที่กำหนด)	5. ออกสิทธิบัตรผู้พิการ 17 คน (2 คนได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวช; ไม่ต้องการ 1 คน) 6. ดูแลในชุมชน 25 คน (โดยทีม รพช-รพสต)
Secondary Care & Primary Care	1. DCC ของโรงพยาบาลบ้านฝาง ประสานกับ DCM ของแต่ละตำบล ในการวางแผนการเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการวินิจฉัยโดย “ทีมลูกขุน” ของโรงพยาบาลบ้านฝางในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการประเมิน/การปรับยา/หรืออื่นๆ (เฉพาะรายที่มีปัญหา)	
Tertiary Care	1. การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” 2. การประสาน/การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลขอนแก่น 3. การประสานและให้คำปรึกษา (ไม่เป็นทางการ-ทางโทรศัพท์/ทางไลน์/อีเมลล์/อื่นๆ) 4. การจัดทำฐานข้อมูลการประสานการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการให้คำปรึกษา (รายบุคคล/รายกลุ่ม) จัดเก็บในรูปแบบเอกสารไปส่งตัวระหว่างสถานบริการ	1. การร่วมวินิจฉัยจำนวน 7 ครั้ง รวม 45 คน 2. ประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 2 คน -ส่ง CT Brain = Subarachnoid cyst 1 คน -ส่งพบ Neuro med ผล LP = Syphilis Dementia 1 คน 3. ประสานให้คำปรึกษาไม่เป็นทางการ (ทางไลน์และอื่นๆ)

7.2.1.2 กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบ่งตามระดับของการดูแล

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการรักษา ใช้ยาและไม่ใช้ยา	ผลลัพธ์
Primary care	กลุ่มปกติ/กลุ่มทั่วไป	1. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้ (บุคลากรทีมสุขภาพ/อสม/ชมรมผู้สูงอายุ/พระภิกษุ) 2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง	1. จำนวนคนที่ได้รับความรู้/การอบรมเรื่องสมองเสื่อม 2. จำนวนคนที่สามารถบอกอาการและส่งต่อผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมได้ (รวมที่มาด้วยตนเอง)
	กลุ่ม MCI 84 คน (กลุ่มทดลอง 45 คน/ กลุ่มควบคุม 39 คน)	1. Cognitive stimulation program (กิจกรรม 6 ครั้ง/ประเมิน 3 ครั้ง) (โดยบุคลากรทางสุขภาพและสังคม)	1. ร้อยละของผู้เป็น MCI ได้เข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นสมองต่อเนื่องและครบถ้วน 2. คะแนนสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้น (อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล)
	กลุ่ม Dementia	1. การประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย (45 คน) 2. การประสานด้านสิทธิผู้พิการ (17 คน) 3. การดูแลในชุมชนโดย DCM และ DT-CG และโดยไตรภาคี (ทุกคน) 4. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (4 คน)	1. จำนวน ผู้ผ่านการคัดแยกและนำเข้ากระบวนการวินิจฉัยใน "ทีมสุขภาพชุมชน" (45 คน) 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการออกบัตรรับรองสิทธิผู้พิการ (17 คน) 3. จำนวนผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลโดยบริการสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น (25 คน ในสามตำบล)
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลในชุมชน (ทุกคน)	1. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลในชุมชน (ทุกคน)
Secondary care	กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) แผนกผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์การส่งต่อเพื่อประเมิน/คัดแยกภาวะสมองเสื่อม	1. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการประเมิน/คัดแยกภาวะสมองเสื่อม(คน) 2. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเข้าปรึกษาใน ทีมสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยและดูแล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทั้งหมด(รายปี) 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกและส่งสัยมีภาวะสมองเสื่อม และได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะ MCI และ Dementia
	กลุ่มผู้ที่ผ่านการคัดแยกและส่งสัยภาวะสมองเสื่อม	1. การวินิจฉัยโดย ทีมสุขภาพ ตามแผนการดำเนินงาน (ทุก 3 เดือนหรือตามที่กำหนด) 2. การประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อมและการแยกโรคที่โรงพยาบาลขอนแก่น 3. การประสานการออกไปรับรองสิทธิผู้พิการ	1. จำนวนครั้งของการจัดให้มีการวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพ (จำนวน 4 ครั้ง/ต่อปี) 2. จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าและได้รับการวินิจฉัยโดย ทีมสุขภาพ (จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อม/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำเข้าวินิจฉัยแต่ละครั้ง/รายปี) 3. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการ

ระดับ การดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการรักษา ใช้ยาและไม่ใช้ยา	ผลลัพธ์
		4. การประสานการส่งต่อการดูแลในชุมชน 5. การจัดทำฐานข้อมูล และแผนการวินิจฉัย-ดูแลผู้ป่วย (รายบุคคล/รายกลุ่ม/และภาพรวม) (ในแต่ละครั้งและเป็นรายปี)	ประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลขอนแก่น 4. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อการรักษา 5. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือปฏิเสธการออกไปรับรองสิทธิผู้พิการ 6. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต/ย้ายที่อยู่/และอื่นๆ
	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	1. การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) โดยทีมสหสาขาของโรงพยาบาลบ้านฝาง	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีม COC โรงพยาบาลบ้านฝางร่วมกับทีม รพ.สต. 2. จำนวนผู้ป่วยที่มี Care plan (ทุกคน)
Tertiary care	กลุ่ม Dementia และกลุ่มอื่นๆ	1. การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” (ทุก 3 เดือน หรือตามที่กำหนด) 2. การประสาน/การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลขอนแก่น 3. การประสานและให้คำปรึกษา (ไม่เป็นทางการ-ทางโทรศัพท์/ทางไลน์/อีเมล/อื่นๆ) 4. การจัดทำฐานข้อมูลการประสานการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการให้คำปรึกษา (รายบุคคล/รายกลุ่ม)	1. มีระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลบ้านฝางเพื่อการวินิจฉัยแบบ One stop service และดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม (ฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าปรึกษาในทีมสภาลูกขุน รายครั้งและรายปี) 2. มีฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/การให้คำปรึกษาเพื่อการวินิจฉัย/การรักษา/ดูแลเป็นกรณีพิเศษ (รายครั้งและรายปี)

7.2.1.3 กระบวนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ความต้องการ/ ภาระการทำงาน
ความต้องการของ ผู้ป่วย/ญาติ/ ครอบครัว	1. ต้องการเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา 2. ต้องการไปรับรองสิทธิผู้พิการ 3. ต้องการการเยี่ยมบ้าน/การดูแลในชุมชน 4. ต้องการการสนับสนุนด้านผู้ดูแล/เพื่อนบ้านในชุมชน 5. ต้องการการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน/อื่นๆ 6. ต้องการการปรับปรุงที่อยู่อาศัย/ห้องน้ำ/ทางเดิน/สภาพแวดล้อม 7. ต้องการการสนับสนุนด้านอาชีพที่บ้าน/ในชุมชน (2 ราย) 8. ต้องการการสนับสนุนด้านรายได้/ปัจจัยชี/อื่นๆ

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ความต้องการ/ ภาระการทำงาน
จำนวนเคส/ ภาระงานที่มี	1) รพ.สต./PCU แต่ละแห่งมีภาระงานเพิ่มขึ้นในการ 1.1 ประเมินคัดกรอง /คัดแยก /คัดกลุ่ม/ 1.2 ประสานการจัดการรายกรณี 1.3 ประสานส่งต่อการวินิจฉัย-ให้การดูแลรายกรณีในชุมชน 1.4 พัฒนาศักยภาพในการดูแลของครอบครัว/ชุมชน/บุคลากรผู้ดูแล (3-5 ครั้ง/แห่ง) 1.5 นำทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย 4 ครั้งต่อรายกรณีในรอบ 1 ปี) และ 1 ครั้งต่อรายกรณี เป็นการเยี่ยมประเมินสภาพความเป็นจริงโดยทีมไทรภาคี 1.6 จัดทำแผนการดูแลรายกลุ่ม-รายบุคคล (ทุกราย) 1.7 จัดทำฐานข้อมูล/รายงาน (คัดกรอง/คัดแยก/คัดกลุ่ม/ดูแล) เป็นรายตำบลที่รับผิดชอบ 2) รพ.ชุมชน มีภาระงานเพิ่มขึ้นในการ 2.1 ประเมินคัดกรอง /คัดแยก /คัดกลุ่ม 2.2 ประสานการจัดการรายกรณี ดูแลในชุมชน ในความรับผิดชอบ PCU/รพ.สต. 2.3 ประสานการรับ-ส่งต่อการวินิจฉัย 2.4 พัฒนาศักยภาพทีมการดูแล ของโรงพยาบาล/รพสต 2.5 นำทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อรายกรณี) 2.6 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล-รายกลุ่ม-รายภาพรวม 2.7 จัดเวทีประชุมทีมลูกขุน-จัดเวทีประชุมร่วมวินิจฉัยระหว่าง รพชุมชนและ รพ ตติยภูมิ 2.8 จัดทำฐานข้อมูล-จัดทำรายงานภาพรวมเป็นรายอำเภอที่รับผิดชอบ 3) รพ ศูนย์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในการ 3.1 ประสานการรับ-ส่งต่อการวินิจฉัยภายในโรงพยาบาล (ระหว่างแผนก) และระหว่างโรงพยาบาล (กับ รพ.บ้านฝาง) 3.2 พัฒนาศักยภาพทีมการดูแล(ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ) 3.3 ร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล-รายกลุ่ม-รายภาพรวม 3.4 ร่วมเวทีประชุมวินิจฉัย “ทีมลูกขุน” กับระดับปฐมภูมิ และทติยภูมิ 3.5 ให้คำปรึกษาในการดูแลต่อเนื่อง(แบบเป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ) 3.6 ร่วมจัดทำฐานข้อมูล-จัดทำรายงานภาพรวม ของการให้คำปรึกษา-รับ-ส่งต่อในกลุ่มที่รับผิดชอบ
ผลลัพธ์ที่ครอบครัวคาดหวัง/ผลลัพธ์ที่เจ้าหน้าที่คาดหวัง	ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 1. ผู้ป่วยไม่มีปัญหา BPSD ที่รบกวนตนเอง/ผู้ดูแล/ผู้อื่น 2. คนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและไม่ทะเลาะกันเพราะความไม่รู้ 3. ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและสังคม/ชุมชนได้อย่างปกติสุข 4. ผู้ป่วยได้รับสวัสดิการผู้พิการตามสิทธิ และการสนับสนุนด้านอื่นๆ 5. มีชุมชนเป็นรั้ว (ผู้ป่วยหลงทาง-คนในชุมชนรับรู้ ช่วยเฝ้าระวังไม่ให้ไปไกล หรือสามารถพากลับมาส่งที่บ้านได้)

7.2.2 การพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ

7.2.2.1 การพัฒนา Dementia care manager

ระดับ Care manager	ระดับ Care manager ในพื้นที่
CM (Care Manager)	ทีม DCM (Dementia Care Manager) จำนวนรวม 7 คน (PCU บ้านฝาง = 4 คน; รพ.สต. โนนฆ้อง = 2 คน; รพ.สต. หนองบัว = 1 คน)
DCM (Dementia Care Manager)	ทีม DCC (Dementia Care Coordinator) จำนวนรวม 2 คน (คุณสงกรานต์-โรงพยาบาล บ้านฝาง/คุณผ่องศรี-โรงพยาบาลขอนแก่น)
Super DCM (Super Dementia Care Manager)	- ทีม DT System manager (DT-SM) จำนวนรวม 4 คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง-หัวหน้าทีม) - Primary Care (คุณกัญญาจนา) - Secondary (แพทย์ รพ.บ้านฝาง) - Tertiary care (พญ.ศิริณา รพ.ขอนแก่น) - นักวิชาการ(อ.สุทธินันท์คณะพยาบาลศาสตร์) หมายเหตุ: เป็นการทำงานร่วมกันเป็นแบบทีม
DT specialist	ทีม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนรวม 2 คน จิตแพทย์ 1 คน (พญ.ศิริณา) และ อายุรแพทย์ด้านประสาทวิทยา 1 คน

การดำเนินงานในพื้นที่ของบุคลากร

พื้นที่	การดำเนินงานในพื้นที่ (process)			มีการดำเนินการ อย่างน้อยแค่ไหน ได้ประโยชน์อย่างไร
	Dementia CM	Dementia Care Coordinator	DT System manager	
อำเภอ บ้านฝาง (มี DCM/ DCC/ DSM) (ทั้ง 3 ทีม/ 3 เสาเป็นแกน หลักของ ระบบการ ดูแลของ โมเดลอำเภอ บ้านฝาง)	- จัดทำ service plan (แผนงานโครงการ การจัดการบริการ ประจำปี) - จัดทำปฏิทินชุมชน การดำเนินงาน ประจำปีของ รพ.สต - ประสานงานกับ ผู้ป่วย/ครอบครัว - ประสานงานกับ รพช - ประสานงานกับ ทีม สังคม/ชุมชน/ ท้องถิ่น - จัดทำแนวปฏิบัติ (การคัดกรอง/คัด แยก/คัดกลุ่ม) (เครือข่ายทีม	- จัดทำแผนการ ดำเนินงานโครงการ ประชุมทีมลูกขุน/ทีมร่วม วินิจฉัย - ประสานงานกับ รพ.สต. - ประสานงานกับ รพช - ประสานงานกับ รพศ - จัดทำแนวปฏิบัติ (เครือข่ายทีมลูกขุน) (เครือข่ายร่วมวินิจฉัย) - จัดทำเครื่องมือการ ทำงาน (แบบการส่งต่อ/ ตารางการเข้ารับ การวินิจฉัยในเวทีลูกขุนและ เวทีร่วมวินิจฉัย/สรุปผล การวินิจฉัย/การรักษา แจกแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง/ จัดทำแผนการนิเทศ/ให้	- จัดทำแผนงาน/ โครงการจัดการบริการ ประจำปี (service plan) ของโรงพยาบาล - จัดทำแนวปฏิบัติ (เครือข่ายทีมลูกขุน) (เครือข่ายร่วมวินิจฉัย) - จัดทำเครื่องมือการ ทำงาน - จัดทำแผนการสรุปและ นำใช้ข้อมูลเพื่อการ นิเทศและ - จัดทำแผนงาน- โครงการจัดการบริการ ผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ - บุคลากร/งบประมาณ/ อื่นๆ - จัดทำฐานข้อมูล/	- มีการค้นหาผู้ป่วย เพื่อครอบคลุม เข้าถึงการวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน - ลดขั้นตอนในการส่ง ต่อ-เชื่อมต่อ- เชื่อมโยงบริการ - มีการดูแลต่อเนื่อง- เชื่อมต่อ-เชื่อมโยงใน ทุกระดับบริการ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ) - มีการทำงานแบบ ไตรภาคี (ทีมสุขภาพ ทีมสังคม/ท้องถิ่น (อปท. อปต.) และทีม ชุมชน/ท้องถิ่น)

พื้นที่	การดำเนินงานในพื้นที่ (process)			มีการดำเนินการ มากน้อยแค่ไหน ได้ประโยชน์อย่างไร
	Dementia CM	Dementia Care Coordinator	DT System manager	
	ลูกขุน) (เครือข่าย การดูแลในชุมชน) 7. จัดทำเครื่องมือการ ทำงาน(ชุดเครื่องมือ การประเมิน AMT/ การคัดกรอง/ คัดแยก/คัดกลุ่ม) (ชุดการเยี่ยมบ้าน/ ผังครอบครัว/แบบ ประเมินสภาพความ เป็นจริง/แบบการส่ง ต่อ/แผนการดูแล โดยทีมการดูแลของ รพสต/ ทีมชุมชน/ และโดย caregiver ในชุมชน) 8. จัดทำฐานข้อมูล/ แผนการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ประจำหน่วยงาน/ รายงานการ จัดบริการผู้ป่วยและ ครอบครัว รายบุคคล/รายกลุ่ม	คำปรึกษาการดูแลโดย ทีมหมอครอบครัว) จัดทำฐานข้อมูล/รายงาน การจัดบริการผู้ป่วยและ ครอบครัวรายบุคคล/ราย กลุ่ม/ในภาพรวม	รายงานการจัดบริการ ผู้ป่วยและครอบครัว รายบุคคล/รายกลุ่ม/ใน ภาพรวมของหน่วยงาน	5. ยังต้องการจัดทำคู่มือ เพื่อให้ระบบยั่งยืน

7.2.2.2 บุคลากรในทีมที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน Dementia care

จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ

Term	รพ.สต./ PCU	รพช./ สสอ.	รพท./ รพศ.	เคยผ่าน การอบรม
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ (มีเฉพาะในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย)	-	-	1	-
อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา (Neuro medicine)	-	-	1	-
จิตแพทย์ (Psychiatrist)	-	-	1	-
เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ทั่วไป(Family medicine/GP)	-	1	-	✓
พยาบาล (Nurse) ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	7	-	-	✓
พยาบาล (Nurse) พยาบาลจิตเวช-คลินิกผู้สูงอายุ/กลุ่มงานจิตเวช	-	1	1	✓
เภสัชกร	-	1	-	-
นักกายภาพบำบัด	-	1	-	-



Term	รพ.สต./ PCU	รพช./ สสอ.	รพท./ รพศ.	เคยผ่าน การอบรม
สาธารณสุขอำเภอ/ผอ.รพสต./นักวิชาการสาธารณสุข	2	3(สสอ.)	-	-
นายกเทศมนตรี/ปลัดเทศมนตรี เทศบาลตำบล/นายก อบต./นักพัฒนาชุมชน	3-6	-	-	-
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิกเทศบาล	9	-	-	-
พระภิกษุ/ประธานชมรมผู้สูงอายุ	9	-	-	-
อสม/อผส/caregivers	30	-	-	✓
อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ/ด้านเวชปฏิบัติชุมชน (ทีมวิจัย)	-	-	4	✓

7.3 การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

7.3.1 ระดับ Primary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.
Screening dementia	✓	✓	-
Patient to confirm diagnosis	✓	✓	✓
Treatment and Intervention	✓	✓	✓
การวางแผน CP	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม
การทำ CP ร่วมกันระหว่าง specialist และ รพช.	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม
การติดตามและประเมิน outcome	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม

7.3.2 ระดับ Secondary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.	
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication) (เช่น หกล้ม ปวดยา ปัญหาติดเตียง ผู้ดูแล มีความกังวล เครียด)	✓	✓	✓	1. ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายของ ครอบครัวในการพาผู้สูงอายุไปรับ การตรวจวินิจฉัย/การรักษาดูแล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2. โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต./ PCU มีศักยภาพในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมาก ขึ้น 3. ประชาชนมีความพึงพอใจใน บริการของสถานบริการระดับปฐม ภูมิและทุติยภูมิเพิ่มขึ้น
ระบบ networking of geriatric care/psychiatric care	✓	✓	✓	
ระบบ Consultation	✓	✓	✓	
ระบบ refer	✓	✓	✓	
ระบบการออกไปรับรองผู้พิการ		✓		
ระบบพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณี ยุ่งยากซับซ้อน(รับส่งผู้ป่วยสมองเสื่อมมา รับบริการ) (กรณี BPSD)		✓		

7.3.3 ระดับ Specialized cares

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
Day care/Day Hospital	-	-	-	-	-
Day center	✓	✓	✓	มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูความจำ เกิดขึ้นในชุมชน/และมี คณะกรรมการศูนย์ฯ ประจำ ตำบล	สถานที่จัดตั้ง ตำบลบ้านฝาง ตำบลโนนหม้อ และตำบลหนองบัว
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	มีความตระหนักในปัญหาและ สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่สงสัย มีภาวะสมองเสื่อมได้	-

7.3.4 ระดับ Specialized long term care

บทบาท/จุดแข็งของ	ปัจจัยความสำเร็จ	outcome
ระบบการดูแล ระดับ 1 and 2 care (ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ)	1. มีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (รพ.สต./PCU) และ ผู้อำนวยการ (โรงพยาบาลชุมชน) ที่มีความมุ่งมั่นในการ เรียนรู้เพื่อพัฒนาชุมชน/พัฒนางาน/พัฒนาศักยภาพตนเอง/ ดำเนินงานภายใต้แผนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการฯ 2. มีการจัดทีม Dementia (Specialized LTC) DCM (Dementia Care Manager) DCC (Dementia Care Coordinator) DSM (Dementia Care System Manager)	1. มีต้นแบบของระบบการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ครบวงจร 2. มีโครงการความร่วมมือใน การตรวจวินิจฉัยโดยทีม สามระดับ 3. ทีม Dementia ทั้ง 3 ทีม/ 3 เสาเป็นแกนหลักของระบบ การดูแลของโมเดลอำเภอ บ้านฝาง
ระบบการดูแล ระดับ community	1. มีโครงการสนับสนุนให้มี caregivers ในชุมชนที่ได้รับการ ยอมรับ	1. ผู้สูงอายุผู้ดูแล/ครอบครัวมี คุณภาพชีวิตดีขึ้น
ระบบการเชื่อมโยงการ ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กับระบบ LTC ในพื้นที่	1. มีการบูรณาการการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมกับการประเมิน ผู้สูงอายุในระบบ LTC 2. มีการบูรณาการการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่	1. มีการพัฒนาบุคลากร CG ให้เป็น Specialist 2. มีการบูรณาการจัดการปัญหา โดยมีชุมชนเป็นรั้ว

7.4 ตัวชี้วัดระดับ care system ในพื้นที่

- ในพื้นที่ที่มีการนำใช้โมเดลการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM Model) อยู่แล้ว เมื่อเทียบเคียงระบบการดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อมกับระบบการดูแลโรคเรื้อรังในแต่ละองค์ประกอบ และโดยเฉพาะกับโรคเบาหวาน-ความดัน
โลหิตสูง ที่มีคู่มือและนโยบายที่ชัดเจน พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้เป็นระบบเดียวกันในทุกระดับ
บริการ แต่ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความแตกต่างที่ต้องพัฒนาความรู้เฉพาะเพิ่มขึ้น

7.5 Network ที่พัฒนาขึ้น

มีเครือข่ายเกิดขึ้น 3 เครือข่าย คือ

7.5.1 มีเครือข่ายการคัดกรอง-คัดแยก “แบบลงแขก-ลงขัน”

7.5.2 มีเครือข่ายการวินิจฉัย 3 ระดับ “ทีมลูกขุน” (3 ระดับ: ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)

7.5.3 มีเครือข่ายการดูแลในชุมชนแบบไตรภาคี (3 ภาคส่วน: สุขภาพ-สังคม/ท้องถิ่น-ชุมชน/ท้องถิ่น)

รูปแบบการพัฒนาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : บ้านฝางโมเดล



ผลการดำเนินงานของบ้านฝางโมเดล

Care Model (process)	Outcome	บุคลากร	อุปกรณ์	งบประมาณ
ระบบการดูแล ผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมครบ วงจร/ต่อเนื่อง/ บูรณาการ: โมเดลอำเภอ บ้านฝาง	เชิงโครงสร้าง	การพัฒนาทีม DT (บุคลากรสุขภาพ3 ระดับ) 1. DCM (Dementia Care Manager) 2. DCC (Dementia Care Coordinator) 3. DSM (Dementia System Manager)	คู่มือแนวทางการ ดำเนินการระบบการ ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมสำหรับทีม การดูแลของสถาน บริการสุขภาพ3 ระดับ	การพัฒนาหลักสูตร (บุคลากรสุขภาพ3 ระดับ) ● DCM (Dementia Care Manager) ● DCC (Dementia Care Coordinator) ● DSM (Dementia System Manager)
	เชิงกระบวนการ	การพัฒนาบริการครบวงจร 1. บริการคัดกรอง-คัดแยก 2. บริการพัฒนาศักยภาพสมอง ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง เล็กน้อย (MCI) 3. บริการวินิจฉัย-บำบัดรักษา- ดูแล 4. บริการสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมและครอบครัว(เยี่ยมบ้าน โดยไตรภาคี) 5. บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมและครอบครัวใน ชุมชนโดยชุมชน		นโยบาย-งบประมาณ สนับสนุนการจัดบริการ ครบวงจร
	เชิงผลลัพธ์	1. การเข้าถึงบริการ/ความ ครอบคลุมของบริการ 2. ผลลัพธ์การคัดกรอง-คัดแยก- การวินิจฉัย 3. ประสิทธิผลการพัฒนา สมรรถภาพสมอง 4. ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในชุมชนโดยชุมชน: การมี ผู้ดูแล/ผลลัพธ์ด้านคลินิก/ ผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพกาย/ ความสามารถเชิงปฏิบัติ/ด้าน จิตสังคม/เศรษฐกิจ/สิทธิ กฎหมาย/สิ่งแวดล้อม/อื่นๆ 5. ผลลัพธ์ด้านชุมชน: ชุมชนพึง ใต้/เอื้ออาทรผู้สูงอายุ		บุคลากรและการพัฒนา ระบบฐานข้อมูลการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมและครอบครัวใน ชุมชน (ระดับตำบล/ อำเภอ)

7.7 การพัฒนาเป็น service package

Services package	Care package	outcome
ชุดการคัดกรองผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) รายบุคคล/รายกลุ่มที่คลินิก / ในชุมชน (ตามบ้าน)	การคัดกรองโดย อสม/ อพส/ ชมรมผู้สูงอายุ/ ชุมชน/ อื่นๆ (Trained CHV/ CG/Volunteers) (ระดับปฐมภูมิ: รพ.สต./ PCU)	ผู้สูงอายุ(ภาวะสมองเสื่อม) รายบุคคล/ราย กลุ่มได้รับการคัดกรอง (ปกติ/สงสัย ผิดปกติ)
ชุดการคัดแยกผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) รายบุคคล/รายกลุ่มที่คลินิก / ในชุมชน (ตามบ้าน)	การคัดแยกโดยพยาบาล (ระดับปฐมภูมิ: รพ.สต./ PCU) หลักสูตร DCM (Trained Nurses Dementia Care Manager)	ผู้สูงอายุ(ภาวะสมองเสื่อม) รายบุคคล/ รายกลุ่ม ได้รับการแยก (ปกติ/ผิดปกติ/ สงสัยผิดปกติ) ที่คลินิก /ในชุมชน (ตาม บ้าน)
ชุดการวินิจฉัย-รักษา - ส่งต่อ (การวินิจฉัย-รักษา)	การวินิจฉัยโดยทีมลูกขุน (3 ระดับ: รพ.สต./ รพช./ รพศ.) หลักสูตร DCM (Dementia Care Manager) หลักสูตร DCC (Dementia Care Coordinator) หลักสูตร DSM (Dementia System manager)	ผู้สูงอายุ(ภาวะสมองเสื่อม) รายบุคคล/ราย กลุ่มได้รับการวินิจฉัย-บำบัดรักษา-ดูแล โดยร่วมกับทีมเฉพาะทาง (Psychiatrist/ Neuro-Med)
ชุดบริการฟื้นฟูความจำ/ สมรรถภาพสมอง (กลุ่มปกติ/ MCI)	โปรแกรมการกระตุ้นความจำ 6 กิจกรรม โดยบุคลากรทีมสุขภาพ/สังคม	ผู้สูงอายุ(ภาวะปกติ-MCI) รายบุคคล/ราย กลุ่ม ได้รับการบริการฟื้นฟูความจำ
ชุดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการ ดูแลผู้สูงอายุ(ภาวะสมอง เสื่อม) และครอบครัวโดย ไทรภาคี	การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ข้อมูลรอบด้าน โดยพยาบาลชุมชน (รพ.สต./PCU) ครั้งที่ 2 ไตรภาคีให้การดูแล (3 ภาคี: รพ.สต./ท้องถิ่น/ชุมชน) ครั้งที่ 3 การดูแลที่ครอบคลุม ครั้งที่ 4 การดูแลเพื่อการส่งต่อ เข้าระบบการดูแลระยะยาว	ผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว 1. ได้รับการวินิจฉัย-รักษา-ส่งต่อการดูแล 2. ได้รับการประเมินสภาพความเป็นจริง เพื่อการดูแลในชุมชน (แบบประเมิน สภาพความเป็นจริง-ตัดสินใจโดยไตรภาคี) สรุปผลการดูแลรายบุคคลของไตรภาคี 3. มีแผนการดูแลรายบุคคล (แบบ Dementia - COM : แบบประเมินสภาพ ความเป็นจริงของผู้สูงอายุและครอบครัว และ Care Plan) 4. ส่งต่อการดูแลเข้าระบบการดูแล ระยะยาว (โดย caregivers ในชุมชน)
ชุดบริการศูนย์ฟื้นฟูความจำ ในชุมชน (ชุดการดูแลยาม กลางวัน)	บริการศูนย์ดูแลในชุมชน : การจัดผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้าน (จิตอาสา/อาชีพ) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง : ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมสังคม/ชุมชน บริการจัดส่งอาหารตามบ้าน-ในชุมชน : การจัดบริการด้านยานพาหนะรับ-ส่ง (การไปตรวจรักษา/ การร่วมกิจกรรมชุมชน) การส่งเสริมการมีอาชีพ/ รายได้ที่บ้าน อื่นๆ	ผู้สูงอายุ(ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือดูแลในชุมชนโดยชุมชน

7.8 การวัดผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

แนวคิด	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์ (เชิงโครงสร้าง/กระบวนการ/ผลลัพธ์)
การมีบริการ (Availability) ความครอบคลุมของ บริการ (Coverage) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) (Friendly service/ Proactive service/ One stop service)	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบ วงจร (อย่างต่อเนื่องและบูรณาการ 3 ระดับ/ 3 ไตรภาคี/ 3 กลุ่ม ผสม) 1. ระบบคัดกรองและคัดแยก 2. ระบบการวินิจฉัย/บำบัดรักษา/ส่งต่อ/ดูแล 3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (ทุกระยะเจ็บป่วย Dementia) 3.1 การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ (ส่งเสริมสุขภาพ) 3.2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่อง เล็กน้อย(ป้องกันฟื้นฟู) 3.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและ ครอบครัวในชุมชน(บำบัด/รักษา ดูแลองค์รวม/เชิง รุกในชุมชน)	การมีบริการ/ความครอบคลุมบริการ (ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง) • มี service plan: LTC/ Dementia/Palliative • จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/คัด แยก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) • จำนวนผู้สูงอายุที่คัดแยกและได้เข้ารับการ วินิจฉัย/บำบัด/รักษา/ส่งต่อ/ดูแล (ทุกราย) • จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้น สมรรถภาพสมองในกลุ่ม MCI (ร้อยละ) • จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับ บริการเยี่ยมบ้านโดยไตรภาคี (ร้อยละ) • จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับ บริการดูแลในชุมชน(ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล) (ร้อยละ)
	มีทีม DT (บุคลากรสุขภาพ3 ระดับ) • DCM (Dementia Care Manager) • DCC (Dementia Care Coordinator) • DSM (Dementia System Manager)	จำนวนและการมอบหมายหน้าที่ • DCM (แต่ละPCU/ รพ.สต.) • DCC ของ รพ ชุมชน • DSM (3 ระดับ)
ประสิทธิภาพของ บริการ (Efficiency) (Seamless/Lean/On e stop service) ความเสมอภาค/ เป็นธรรมของบริการ (Equity/ Justice)	1. ลดขั้นตอน/ระยะเวลาทำงาน(การวินิจฉัย/ส่ง ตรวจ/วินิจฉัย/รักษา/ดูแล) 2. ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงบริการอย่างเท่า เทียมและได้รับสวัสดิการ/สิทธิ (สุขภาพ+สังคม+ ชุมชน)ที่พึงได้รับ	• มีแผนงาน/โครงการ/คณะกรรมการ ดำเนินงาน Dementia (MOU) • มีการทำงานแบบบูรณาการ (คน/งาน/งบ) (3 ระดับ/3 ภาคี/ 3 แหล่งทุน) • มีการทำงานต่อเนื่อง-เชื่อมต่อ/เชื่อมโยง บริการ 3 ระดับ3 ภาคี (แนวราบ-แนวดิ่ง) • มีบริการเป็นมิตร/องค์รวม/เชิงรุกในชุมชน
คุณภาพของบริการ (Quality) (Client's outcomes: Clinical/ Functional/ Safety/ Quality of life) (Family/Caregivers' outcomes: ลด burden/ มีอาชีพ/ รายได้เพียงพอ) ความคุ้มค่าคุ้มทุน?	Clients' outcomes: Clinical outcome • Cognitive Function คงเดิมหรือดีขึ้น • สามารถควบคุมอาการ BPSD ได้ ไม่รบกวน/ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล/ครอบครัว Functional outcome • Functional ability คงเดิมหรือดีขึ้น (BADL/ IADL) • มีอนามัยดี (ภาวะโภชนาการ/สุขวิทยา/อื่น) Safety • มีชุมชนเป็นรั้ว (ผู้ที่หลงทาง) • ผู้สูงอายุมีความปลอดภัย/ไม่มีภาวะแทรกซ้อน-	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผู้ดูแลประจำที่มีความเข้าใจในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลมีความรู้-ความเข้าใจ และทักษะในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลจากชุมชน ชุมชน ชุมชนพึงได้

แนวคิด	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์ (เชิงโครงสร้าง/กระบวนการ/ผลลัพธ์)
(Cost-Effectiveness)	หกล้ม/ได้รับอันตราย/บาดเจ็บ/ไม่ถูกทอดทิ้ง-ปล่อยปละละเลย (ได้รับอาหาร-น้ำเพียงพอ/อนามัยดี) Family/Caregivers' outcomes • ผู้ดูแล/ครอบครัวไม่มีผลกระทบ/ภาระจากการดูแล • มีผู้ดูแลทดแทนเมื่อจำเป็น (CG) –ดูแลที่บ้าน/ในชุมชน/ศูนย์ดูแล • ได้รับการชดเชยการเสียเวลาต้องมาเป็นผู้ดูแล-มีอาชีพ/งานทำที่บ้าน/ได้รับการช่วยเหลือเรื่องอาชีพ/งานทำการชดเชยรายได้จากการเป็นผู้ดูแล • มีบริการสนับสนุนเมื่อจำเป็น เช่น ยานพาหนะในการนำส่งเพื่อการตรวจวินิจฉัย/รักษามีบริการนำส่งกรณีมี BPSD/การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม/การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ในคลินิกศูนย์ยามกลางวัน/ในชุมชน/ในโรงพยาบาล	มีความเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

7.9 ข้อเสนอแนะ

1. การได้รับสิทธิบัตรผู้พิการ เป้าหมายของผู้ยากไร้ เพื่อได้ 800 บาท ต่อคน ต่อเดือน
2. ต้องมีระบบที่ไม่ใช่ภาคบังคับ แต่กึ่งบังคับ เป็นนโยบาย หรือ Consensus แต่เน้นผลงานเชิงรุกในการสร้างการดูแลในชุมชนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น มีการจ่ายเงินตามผลงาน สร้างเป็นอาชีพได้ ได้ประโยชน์กับผู้ป่วย และชุมชนมีความยืดหยุ่นเพียงพอในการจัดกิจกรรมเพื่อประโยชน์โดยรวม มีระบบฐาน ระบบพี่เลี้ยง และระบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกันพยายามสร้างบุคลากรที่เป็นมืออาชีพมากขึ้น
3. การพัฒนาระบบการดูแล ต้องเพิ่มความเข้าใจและการตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการประเมินการวินิจฉัย และให้การดูแล ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มี การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จริงในระบบ และอย่างเป็นระบบ และเพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาจนเกิดระบบได้ จำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจกับระบบบริการที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะในส่วนที่ต้องใช้ทรัพยากร) จึงจะสามารถพัฒนาระบบและเกิดความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีคุณภาพ
4. แผนการพัฒนาและดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน:สนับสนุนให้ อปท./ชุมชน เป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุ อปท. จัดสรรงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความทุกข์ ความยากในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน และ สุขภาพ

7.10 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย :

1. องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรให้เป็นวาระแห่งชาติ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรืออื่นๆ
2. กระทรวง ทบวง/กรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บรรจุนโยบาย/แผนงาน/ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ต่อยอดจากพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ต้นแบบการดูแลระยะยาวทั่วประเทศ

3. แหล่งทุนต่างๆ สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเชิงพื้นที่ ทั้งภายในและระหว่างพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล เพื่อให้เกิดการขยายเครือข่ายการดำเนินงาน
4. นโยบายระดับชาติ : นโยบายระดับชาติ ต้องชัด กำหนดภารกิจให้ท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การทำงานก็จะสำเร็จได้ง่าย ได้ผลงานด้วยกัน ผู้สูงอายุก็ได้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ/ กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติมีการเตรียมการผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
5. นโยบายระดับจังหวัด : นโยบายจากผู้ว่าเป็นร่มใหญ่ มีการสร้างวิชาชีพมาร่วมดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม (นักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุ)

การดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอคีรีรัฐนิคม มีรายละเอียดการพัฒนา ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่
2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม
4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ
5. แผนผังการดำเนินงาน
6. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ
7. ประสพการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงาน

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่

เครือข่ายสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม มีวิสัยทัศน์ “ เป็นเลิศด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ” ประชากรทั้งหมด จำนวน 46,419 ราย เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 6,133 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.21 เป็นชุมชนชนบท (มี 1 เทศบาลตำบล 8 อบต.) มีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 11 ชมรมการดำเนินงานสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุที่ผ่านมา ขับเคลื่อนผ่านระบบทีมหมอครอบครัวและ LTC มีแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับอปท. อพส. อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรพ.สต.ในพื้นที่ มีระบบการคัดกรองจากชุมชนส่งต่อมาคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคมเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
ระบบการดูแล/ การเข้าถึงบริการ	- ไม่มีแนวทาง - ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นระบบ - มีเพียงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	1. มีการวางแผนคัดกรองประเมินภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งอำเภอ 2. มีระบบการจัดการดูแลทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาโดยการบูรณาการทำงานร่วมกันผ่านการบริหารจัดการและประสานความร่วมมือโดย care manager 3. มีระบบรับส่งต่อการดูแลที่เชื่อมโยงกันโดยทีม specialist ในลักษณะ one stop service โดยมีการประสานกันระหว่าง Nurse co-dinator และ care manager
	- ไม่ได้คัดกรองภาวะสมองในชุมชน - มีเพียงการประเมินสมรรถภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหา Cognitive Impairment ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช	1. มีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั้งอำเภอ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองด้วย 14 ข้อคำถาม 2. ประชุมวางแผนเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินสมองเสื่อมและวางแผนการคัดกรองแต่ละพื้นที่ โดยนัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนน 14 ข้อคำถามผิดปกติ มาที่รพ.สต. ในรายที่ไม่สามารถเดินทางมาตามนัดที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปประเมินที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ก่อนนัดพบแพทย์ในรายที่ผิดปกติ
	- บุคลากรสาธารณสุขไม่มีองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	1. บุคลากรสาธารณสุขได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
	- ผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วย - ไม่มีหน่วยงานใดในการช่วยสนับสนุนด้านการดูแล - ผู้ดูแลเกิดความเครียด หรือปัญหาทางอารมณ์ บางครั้งรู้สึกผิด ไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนเองทำ ไม่มีที่ปรึกษา ส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเองในครอบครัว ไม่มาพบแพทย์ หรือไม่รับการรักษาต่อเนื่อง	1. ประชาชนเกิดความตระหนักในเรื่องภาวะสมองเสื่อมเกิดความตื่นตัวในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมขับเคลื่อนผ่านชมรมผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันสมองเสื่อมในอนาคต ผู้นำชุมชนและอปท. มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม



3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 5,426 คน

แบ่งตามเพศ	เพศชาย จำนวน 2,409 คน	คิดเป็นร้อยละ 44.40
	เพศหญิง จำนวน 3,017 คน	คิดเป็นร้อยละ 55.60
แบ่งเป็นอายุ		
	60-69 ปี จำนวน 2,267 คน	คิดเป็นร้อยละ 41.78
	70-79 ปี จำนวน 1,884 คน	คิดเป็นร้อยละ 34.72
	80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,275 คน	คิดเป็นร้อยละ 23.50

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อำเภอศรีรัตนคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

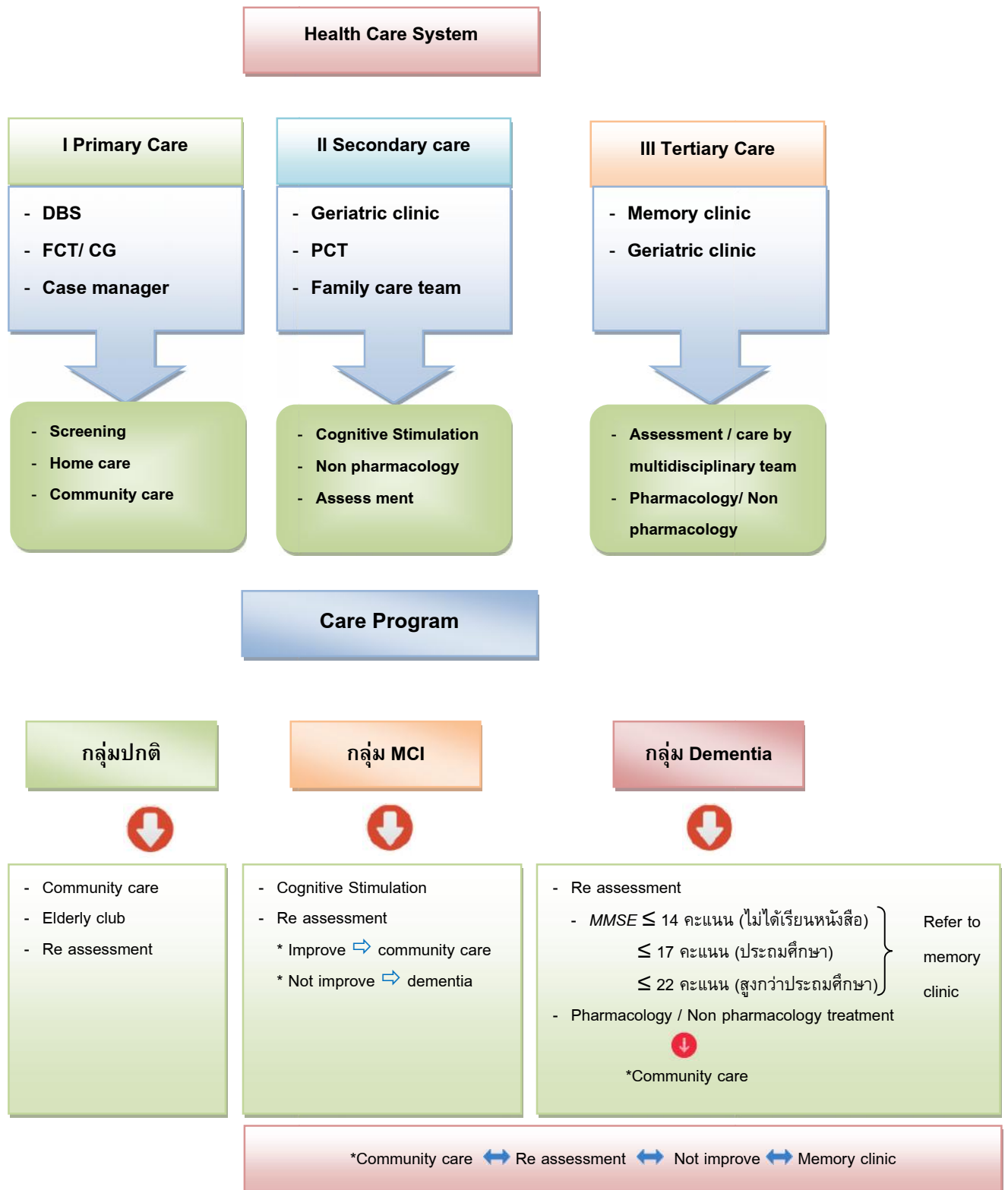
แบบประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ (14ข้อคำถาม<30+MOCA≥25)	5,109	94.16
MCI	99	1.82
Dementia	68	1.25
Other	150	2.76
รวม	5,426	100.00

ข้อมูล ณ 23 มกราคม 2560

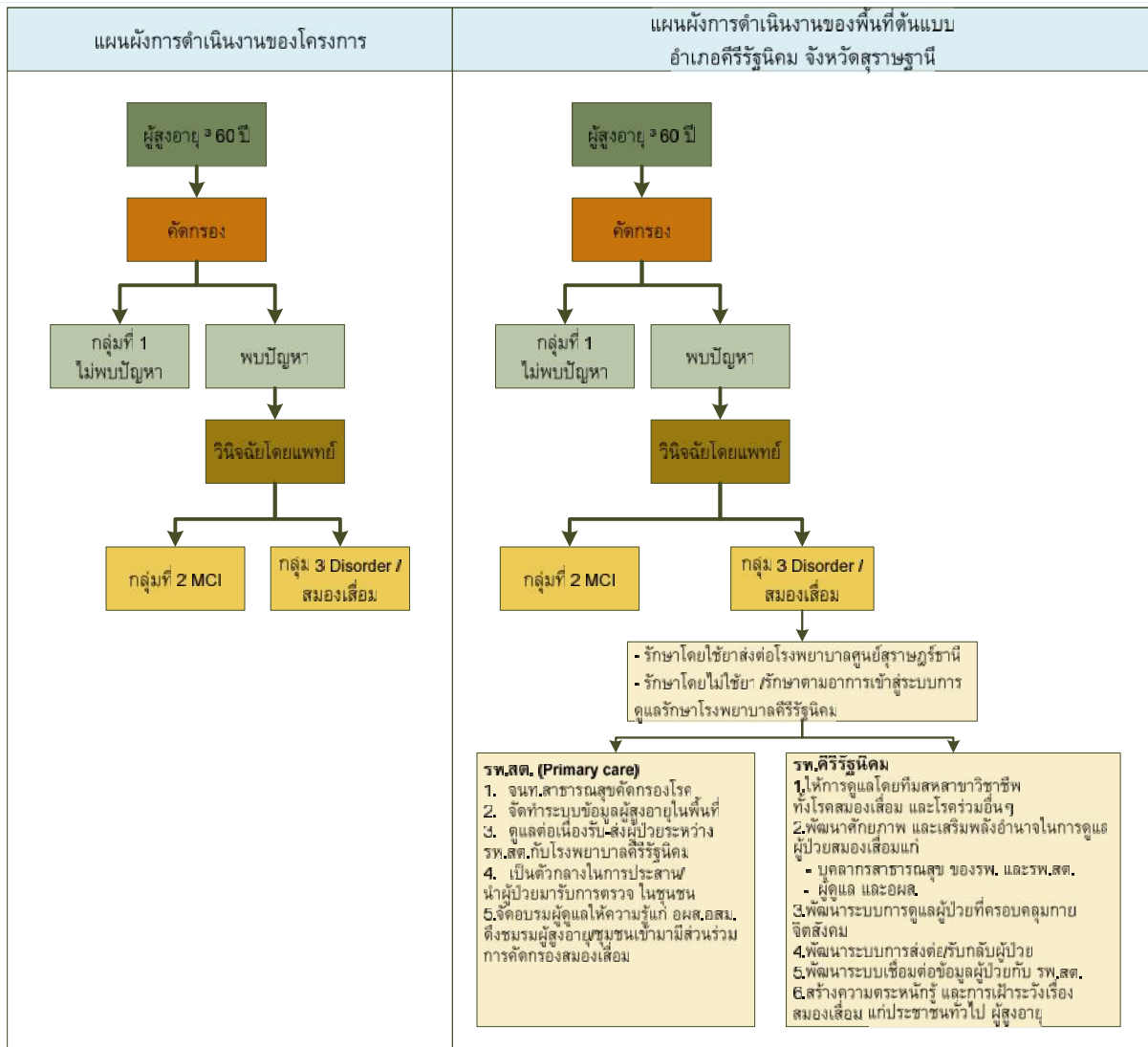
4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

“KIRERAT MODEL”

<u>Health Care System</u> I Primary Care - DHS - Family Care Team/ Care giver - Case manager II Secondary care - Geriatric clinic - Patient care team - Family care team - Case manager III tertiary Care - Memory clinic - Geriatric clinic	-screening -Home care -community care -Cognitive Stimulation -Non pharmacology -Assessment -Assessment / Care by multidisciplinary team -Pharmacology / non-pharmacology
<u>Care Program</u> กลุ่มปกติ กลุ่มMCI กลุ่ม dementia	-ดูแลในชุมชน(community care) -Elderly club -Re assessment -Cognitive Stimulation -Re assessment => improve => community care => Not improve => dementia -Re assessment 1.MMSE$\geq$ 14 คะแนน refer to memory clinic 2.MMSE$\leq$ 14 คะแนน refer to memory clinic - Phamaco / Non Phamaco treatment
community care $\Leftrightarrow$ Re assessment $\Leftrightarrow$ Not improve $\Leftrightarrow$ Memory clinic	



5. แผนผังการดำเนินงาน



6. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

6.1 การคัดกรอง

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในปีที่ 1	การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในปีที่ 2
1. ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรร่วมกับทีมงานโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม เพื่อวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรพื้นที่นำร่องภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอคีรีรัฐนิคม ปรึกษาขั้นตอน การเตรียมผู้ป่วย ข้อมูลและวันเวลาดำเนินการจัดทำแบบบันทึก ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วยโดยแพทย์และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นเอกสารแนบในกรณีส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคมก็ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้ 1. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั้งอำเภอ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองด้วย 14 ข้อคำถาม 2. ประชุมวางแผนเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินสมองเสื่อมและวางแผนการคัดกรองแต่ละพื้นที่

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในปีที่ 1	การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในปีที่ 2
2. ประสานขอความร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ในการให้นักศึกษาพยาบาล มาช่วยในการประเมินและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ในพื้นที่อำเภอคีรีรัฐนิคม 3. การคัดกรองผู้สูงอายุอำเภอคีรีรัฐนิคม 3.1 ผู้สูงอายุอำเภอคีรีรัฐนิคม ได้รับการคัดกรองภาวะสมองด้วยแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อ คำถามโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านการอบรมเตรียมความพร้อมในการใช้เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม 3.2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการใช้เครื่องมือ TGDS ,MMSE และMOCA และวางแผนปรับเปลี่ยนฟอร์มการคัดกรองและวางแผนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการคัดกรองภาวะสุขภาพอื่นตามแนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและง่ายต่อการปฏิบัติ 3.3 วางแผนการประเมินซ้ำโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยจัดทำแผนนัดผู้สูงอายุที่ผิดปกติเป็นรายตำบล	โดยนำกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนน 14 ข้อคำถามผิดปกติมาที่รพ.สต.ในรายที่ไม่สามารถเดินทางมาตามนัดที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปประเมินที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ก่อนนัดพบแพทย์ในรายที่ผิดปกติ

6.2 การวินิจฉัย

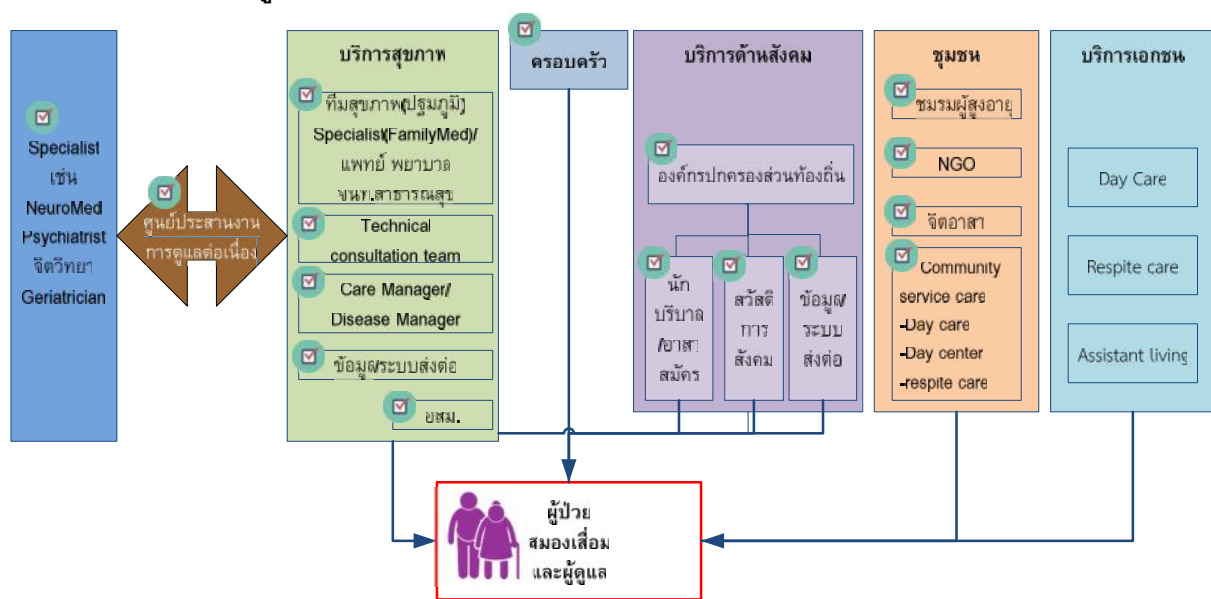
ผู้ป่วย	กระบวนการดำเนินงาน
เมื่อค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำในพื้นที่โดยการคัดกรองและพบแบบประเมินสภาพสมองมีปัญหา กลุ่มซึมเศร้า	1. ผู้สูงอายุที่ประเมินTGDS > 6 คะแนน นัดพบนักจิตวิทยา ใน PCT ผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ประเมินซ้ำ และให้คำปรึกษาหรือส่งพบแพทย์ในกลุ่ม Moderate to severe 2. วางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มซึมเศร้าวร่วมกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยใช้กรอบแนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหา Cognitive Impairment มีคะแนนMMSE ต่ำกว่าเกณฑ์การศึกษา	1. นัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคมเพื่อซักประวัติ ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ในรายที่สงสัยเป็นภาวะสมองเสื่อม นัดเจาะเลือดและส่งต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง และ Investigate อื่นๆประกอบการวินิจฉัย เช่น CT scan เป็นต้น 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ในรายที่มีปัญหาการเดินทางไม่สามารถมาพบแพทย์ที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ปรับแผนโดยนัดพบแพทย์ที่ รพ.สต.และตรวจเยี่ยมที่บ้าน 3. เพิ่มช่องทางด่วนโดยการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านผู้ประสานงาน คือ case manager รพ.สุราษฎร์ธานี ก่อนนัดหมายผู้ป่วย เพื่อลดขั้นตอนและลดระยะเวลา 4. เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้ว จะมีการเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแล ทั้งการประเมินและวางแผนการรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการส่งกลับไปที่โรงพยาบาลชุมชน

ผู้ป่วย	กระบวนการดำเนินงาน
	5. หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จะมีการวางแผนการดูแล และวางแผนจำหน่าย เตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ก่อนส่งกลับไปโรงพยาบาลชุมชน

6.3 การส่งต่อ-รักษาผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมต่อเนื่อง

ปัญหา	การแก้ไขปัญหา
การส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา Cognitive Impairment จากโรงพยาบาลศิริราชนิคม เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ยังพบปัญหาความยุ่งยากของขั้นตอน และระยะเวลาการรอตรวจนาน	1. ลดระยะเวลาโดยตรวจLab และซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดย DCM 2. เพิ่มช่องทางด่วน โดยมีการประสานงานผ่าน Case Manager ก่อนนัดผู้ป่วยผ่านช่องทางการสื่อสารระบบ Line 3. มีการจัดทำสัญลักษณ์เพื่อช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น 4. พยาบาลผู้จัดการภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจะมีการเตรียมประวัติการรักษา ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และแจ้งประสาทอายุรแพทย์ทราบ เพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจให้น้อยที่สุด ผู้ดูแลได้รับความสะดวก
ในระยะแรกที่โรงพยาบาลศิริราชนิคม ยังไม่มีความพร้อมทางด้านบุคลากรแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และทีมสหวิชาชีพอื่น	1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมแล้ว พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องรักษา โดยการให้ยา หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ให้ follow up และรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีก่อนในระยะเวลา 1 – 2 ปี 2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมแล้ว พบว่าไม่มี ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยา มีระบบการส่งต่อข้อมูล ผู้สูงอายุดังกล่าวกลับมายังโรงพยาบาลศิริราชนิคม และให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมดังกล่าวรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชนิคมโดยใช้กิจกรรมฟื้นฟูในคลินิกผู้สูงอายุ 3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโรงพยาบาลศิริราชนิคมเพื่อให้บุคลากรทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุขสามารถให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ จึงจัดโครงการตรวจรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลศิริราชนิคมจำนวน 2 ครั้ง และให้ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาได้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติในการตรวจรักษาดังกล่าว ตั้งแต่การซักประวัติ การใช้แบบประเมินต่าง ๆ ในการประเมินผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลโดยพยาบาลผู้สูงอายุการตรวจและรักษาโดยประสาทอายุรแพทย์ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าทีมสหวิชาชีพมีทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลศิริราชนิคมต้องการระยะเวลา และประสบการณ์เพิ่มเติมระยะหนึ่งก่อนจึงจะมั่นใจในการให้การดูแลรักษาได้ 4. สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ที่นอนลม เตียงนอนปรับระดับได้ ในกลุ่มป่วยสมองเสื่อมระยะ Severe/ระยะสุดท้าย
	การพัฒนาระบบการส่งต่อ 1. ส่งต่อผ่านศูนย์ประสานระดับตติยภูมิ รพ.ศูนย์ ผ่าน nurse codinator 2. มีการประสานงานระหว่าง case manager ของ primary กับ nurse-codinator เพื่อเข้าระบบนัดผู้ป่วยมาตรวจผ่านระบบไลน์กลุ่มและโทรศัพท์ แพทย์รับทราบและสั่งทำ CT scan 3. การพบแพทย์มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นระบบที่พัฒนาเพื่อดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

6.4 ระบบการดูแลที่สามารถพัฒนาขึ้นเทียบกับ Model Dementia on top LTC



มิติ/ผู้เกี่ยวข้อง	ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
Specialist	- ประสาทอายุรแพทย์ และพยาบาลผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญภาวะสมองเสื่อม - แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ
ศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง	- ศูนย์ประสานเป็นระดับตติยภูมิ (Nurse co-dinator) และระดับprimary) - ศูนย์ประสานงานระดับปฐมภูมิ (case manager) - คณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานระดับพื้นที่ คณะอนุกรรมการ โครงการพัฒนาระบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร และโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม
บริการสุขภาพ	- ทีมสุขภาพ : แพทย์ (แพทย์ประจำ ณ โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย เวชปฏิบัติทั่วไป 4 เวชศาสตร์ครอบครัว 1) พยาบาลวิชาชีพ 39 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน (ข้อมูลจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ http://gishealth.moph.go.th) - Technical consultation team : ทีมคลินิกความจำ - มี case manager/Dementia care manager ของอำเภอ(รพ.)/ตำบล ในการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน - ข้อมูล/ระบบส่งต่อ : ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมไปโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ระบบการดูแลและส่งข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี มาโรงพยาบาลอำเภอ ไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในอำเภอศิริรัฐนิคม
ครอบครัว	- การเตรียมความพร้อมของครอบครัว แผนการจำหน่ายแบบ Case Management - ระบบการให้คำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัว
บริการด้านสังคม	- ระบบ HHC แผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่ม 2-3 ร่วมกับ อผส., อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต.ในพื้นที่ - ระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับระบบ LTC ในพื้นที่
ชุมชน	- ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 11 ชมรม - จิตอาสา ,อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
บริการเอกชน	ไม่มีในพื้นที่ศิริรัฐนิคม

7. ประสบการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงาน

7.1 การดำเนินงานระยะที่ 1

- เตรียมบุคลากรเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร ประชาชน
- เตรียมสถานที่ วางแผนการสำรวจภาวะสมองประจำปี โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่
- แต่งตั้งคณะกรรมการ จำนวน 3 ชุด ได้แก่
 1. คณะกรรมการอำนวยการ
 2. คณะทำงานระดับพื้นที่
 3. คณะอนุกรรมการ โครงการพัฒนาระบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่นาร่องภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอคีรีรัฐนิคม
- ทีมงานประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูง และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอคีรีรัฐนิคม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ประชาชนอายุ 65 ปีขึ้นไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- อบรมเชิงปฏิบัติการ “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน” ให้ความรู้ประชาชน
- คัดกรองภาวะสมองประจำปี
- วางแผนระบบการดูแลรักษา
- จัดอบรมให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสมองปกติ
- กิจกรรมวิจัยการกระตุ้นสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น
- อบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- เตรียมทีมสหวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

7.2 การดำเนินการระยะที่ 2

การดำเนินงาน	กิจกรรม
ในสถานบริการ	1. มุมส่งเสริมสุขภาพเรื่องสมองเสื่อมในสถานบริการอำเภอคีรีรัฐนิคม 2. กิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในหอผู้ป่วยในและประเมิน Cognitive function เช่น MMSE ในผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติและผู้สูงอายุ 80 ปีทุกราย
ในชุมชน	1. โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ “รู้เท่าทันป้องกันสมองเสื่อม” โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสวัสดิการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี 40,000 บาท สร้างความตระหนักและฝึกทักษะกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้แก่ผู้นำผู้สูงอายุทั้ง 11 ชมรมในอำเภอคีรีรัฐนิคม (110 คน) ให้สามารถนำกิจกรรมกระตุ้นสมองไปใช้ในชมรมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งอำเภอ 2. มหกรรมวันอัลไซเมอร์โลก “รู้เท่าทันป้องกันสมองเสื่อม” โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากสปสข. เขต 11 จำนวน 150,000 บาท เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความเข้าใจโรคสมองเสื่อม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดสมองเสื่อมในอนาคต
การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)	1. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบ Long Term Care ให้มีความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยจัดอบรม “อาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญสมองเสื่อม” ครอบคลุมทั้งอำเภอ 2. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ตาม Care Plan

ประสบการณ์การเรียนรู้จากการดำเนินงาน

ด้าน	ประสบการณ์การเรียนรู้
ปัญหา/อุปสรรค กลุ่มที่ refer รพศ.	- ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นได้ - อาการผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในระยะสองถึงระยะสาม การรักษาต้องใช้เวลา - ระบบบริการไม่เอื้อในลักษณะ one stop service ระยะเวลาการตรวจรักษานาน ผู้สูงอายุมีปัญหาหลังกลับจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงไม่นำผู้สูงอายุมารับบริการซ้ำ - ค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งไม่ได้บรรจุในบัญชียาแห่งชาติ
วิเคราะห์ปัญหา	- กลุ่มป่วยไม่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาล
แนวทางแก้ไข	- มี case manager ของอำเภอ(รพ.)ตำบล ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน - พัฒนาระบบการตรวจของโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน
โอกาสพัฒนาระบบ	- มี Guideline การดูแลของ รพช./รพศ. - Case Manager ของ รพช.ติดตามผู้ป่วยให้เข้าสู่ระบบคัดกรองเบื้องต้น เพื่อพิจารณา case refer - เพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ของ Manager ทั้ง รพช.และรพศ. มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาร่วมกัน - ข้อจำกัด รพศ. : ด้านจำนวนสหวิชาชีพ แพทย์ด้านระบบประสาทมีจำนวน 1 คน พยาบาล 1 คน การทำคลินิก ผสม.ตามนโยบายของกรมการแพทย์ได้ตามที่กำหนดหรือไม่ แนวทางพัฒนาเสนอผู้บริหาร พัฒนาศักยภาพบุคลากร - สสจ. เป็น manager ของจังหวัด ทำหน้าที่ data management รวบรวมข้อมูลของจังหวัด, อำเภอ,dementia clinic แนวทางการปรับปรุง/การพัฒนาแต่ละส่วนให้ดีขึ้น - ทศนิยม พัฒนาศักยภาพแพทย์ด้านผู้สูงอายุ/สมองเสื่อม –การอบรมระยะสั้น - ปฐมภูมิ ระบบรองรับการ refer กลับ
งานเพื่อความยั่งยืน และการดำเนินการตามแผน	- เข้าสู่ patient care process - ระดับอำเภอ (District Health System: DHS) บูรณาการดูแลระดับพื้นที่อำเภอ (ฝ่ายสาธารณสุขและไมใช่) มีหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น - ระดับจังหวัด เชื่อมโยงการดูแลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลจังหวัดทั้ง 3 ระดับ - เชื่อมโยง DHS - โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นต้น
กระบวนการดำเนินงาน	- ภายในผ่านรูปแบบ Patient Care Team: PCT - ภายนอกผ่านรูปแบบ District Health System: DHS - เรียนรู้จากผู้ป่วยในชุมชน - เชื่อมโยง 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
กลยุทธ์ในการดึง/สร้าง ภาคีเครือข่ายเข้า มาร่วมกระบวนการ	- ดึงศักยภาพแกนนำพื้นที่เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน - สร้างขวัญและกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ - สร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาให้เกิดขึ้นในชุมชน - ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน - เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้นำแต่ละหน่วยงานทั้งภาครัฐและส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายภาคประชาชน

ด้าน	ประสบการณ์การเรียนรู้
ความเชื่อมโยงกับระบบการพัฒนา LTC ของประเทศ&Model Dementia on top LTC พื้นที่	- specialized LTC (dementia care) - Chronic care model - Home care ผ่าน DHS (cargiver:training /home care:HHC) - มีท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากร - เชื่อมโยงสู่ระบบบริการทางการแพทย์ acute care, chronic care - การจัดระบบบริการให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงระบบบริการการดูแลระยะยาวได้อย่างเหมาะสมโดยมีการเชื่อมโยงของระบบบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานพยาบาล ชุมชนและครอบครัว - การจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยให้ชุมชนและครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญหลัก - จัดระบบการดูแลที่ส่งเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรนอกวิชาชีพสาธารณสุขเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางด้านความรู้และทักษะในการจัดระบบดูแล - ใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดระบบการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพช. รพ.สต. กลุ่มอาสาสมัคร ชมรมต่างๆ - รพช.เป็นพี่เลี้ยงการสร้างเสริมศักยภาพให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัคร (อบรมให้ความรู้/แบบประเมินคัดกรอง เพื่อสร้างความตระหนัก/รู้สภาพปัญหาชุมชน ที่มีกลุ่มปกติ /กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย - แขนงนำชมรมผู้สูงอายุตำบลร่วมกับภาครัฐและท้องถิ่น ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคสมองเสื่อมให้กับกลุ่มปกติ

7.2.1 การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแล

7.2.1.1 กระบวนการดำเนินงานของระบบบริการ

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
Primary care	-Screening	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และจิตอาสาที่ได้รับการอบรมการใช้แบบคัดกรอง
	-Home care	เยี่ยมบ้านโดย care manager และผู้ดูแลที่ได้ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง เน้นประเมินสภาพทั่วไป คำนวณกิจกรรมพื้นฐาน Functional, Cognitive และ Caregiver training
	-Community care	ร่วมกับ อปท. ดูแลด้านสังคม สิทธิผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพ เบี้ยพิการ และสภาพแวดล้อมชมรมผู้สูงอายุ
	- DHS	บูรณาการ LTC (การวางแผน กำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระบบการดูแลในพื้นที่)
	-FCT/ Care giver	มีบทบาทในการประสานงานและการส่งต่อ ระหว่างหน่วยงานและครอบครัว
Secondary care	-Assessment	ประเมินปัญหาด้านสุขภาพแบบองค์รวม ประเมิน MMSE MoCA TGDS
	-Non phar.	Cognitive stimulating program
	-Geriatric clinic	-บริการสัปดาห์ละครั้ง (ตรวจประเมิน Comprehensive geriatric assessment) -พบแพทย์; Dementia ส่งต่อ รพ.สุราษฎร์ธานี, D/C planning ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล -กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพทั้งทางด้าน Functional Cognitive

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
		-ประสานส่งต่อกับทีมดูแลในชุมชนกลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม
	-Patient care team	- แพทย์ (GP) พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ ศูนย์เยี่ยมบ้าน
	-Case manager	-พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ออกแบบระบบการดูแลในพื้นที่ ติดตาม ประเมินปัญหา ร่วมแก้ปัญหา และพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง
	-Family care team	-หัวหน้าศูนย์เยี่ยมบ้าน ประสานการดูแลร่วมกับ รพ.สต. ซึ่งมีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกัน
Tertiary care	Multidisciplinary care team	-แพทย์ (Neurologist) จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายเวชกรรมสังคม - บริการทุกวันอังคาร 10-15 คนต่อวัน -รับ ส่ง ผู้ป่วยจาก อ.ศิริรัฐนิคม โดยจัดช่องทางพิเศษ ประสานผ่านงานผ่าน Nurse - Coordinator และ care manager
	Assessment	Comprehensive assessment ; Head to toe CT brain Lab MMES-Thai 2002/ TGDS/ ADLs/IADLs Fall Incontinence Caregiver Socioeconomic
	Pharmacological	-แพทย์พิจารณาการใช้ยา -เภสัชกร ประเมินการใช้ยา การแพ้ยา จำนวนยา
	Non Pharmacological	- Cognitive training, Memory training, ADL training - ประเมินภาวะโภชนาการและคำแนะนำ - ให้คำปรึกษาการดูแลสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว - รายที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ดูแลโดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช -ส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมเวชกรรมสังคม
	Nurse - Coordinator	- ร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลกับทีม เครือข่าย -ประสานการส่งต่อข้อมูล -ประเมินปัญหาการดำเนินการในการให้บริการ -เก็บรวบรวม วิเคราะห์ ตัวชี้วัดการดำเนินการ -ร่วมพัฒนาศักยภาพการดูแลแก่ทีม

7.2.1.2 กระบวนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ความต้องการ / ภาระการทำงาน
ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัว	- ด้านข้อมูลและเรียนรู้ทักษะการดูแลที่ถูกต้อง - ด้านการมีที่ปรึกษา กรณีมีปัญหาการดูแลด้านพฤติกรรม/ อารมณ์เฉพาะราย ลดภาระและความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านแนวทางการรักษาและด้านการดูแล - มีแหล่งสนับสนุนและให้การช่วยเหลือทางด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์การฟื้นฟูสภาพสมองและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะท้าย - การได้เข้าสู่ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว
จำนวนผู้ป่วย/ภาระงานที่มี	- พื้นที่อำเภอ ศิริรัฐนิคม มีกลุ่มป่วย 65 ราย(เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7 ราย) - มีCare manager จำนวน 5 คน - มี Dementia care manager จำนวน 3 คน 1. ระดับ รพ.ศูนย์ 1 คน

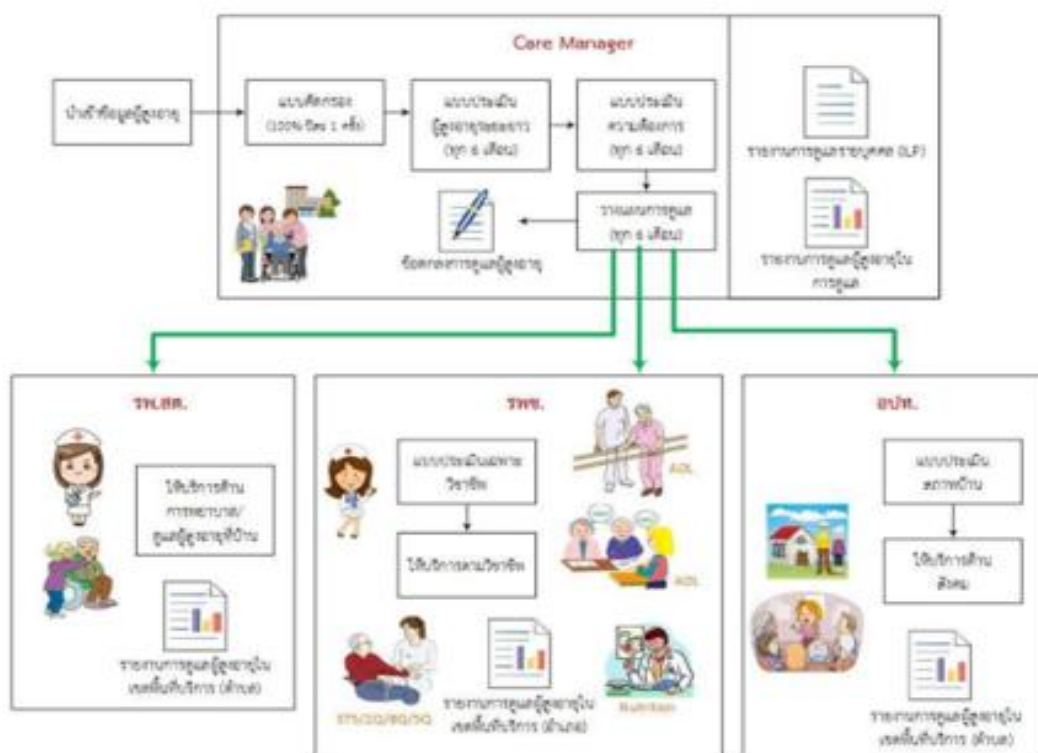
กลุ่มผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ความต้องการ / ภาระการทำงาน
	2. ระดับ รพช. 2 คน ให้การดูแลครอบคลุมในพื้นที่ทั้งหมด 8 ตำบล - มีเครือข่ายจิตอาสาในชุมชนทุกตำบล
ผลลัพธ์ - ครอบครัวคาดหวัง - เจ้าหน้าที่คาดหวัง	ด้านครอบครัว จากการจัดระบบการดูแลที่พัฒนาเพื่อตอบสนองการเข้าถึงระบบบริการ และการดูแลที่ครอบคลุม ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยและเกิดความร่วมมือที่ดีขึ้น ครอบครัวมีช่องทางของการขอคำปรึกษา และสามารถเลือกวิธีการรักษาตามความสนใจได้ (การรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา) เจ้าหน้าที่ จากการจัดระบบการดูแลส่งผลให้เกิดช่องทางการประสานเชื่อมโยงการดูแลกับ specialist เพื่อการดูแลที่ถูกต้อง ครอบคลุมแต่ขณะเดียวกันระบบการประสานงานยังไม่สามารถเพิ่มช่องทางให้กลุ่มผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษากับ specialist ได้สะดวกและเอื้อให้เกิดการเข้าถึงช่องทางดังกล่าวได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวและญาติ ไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

7.2.2 การพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ

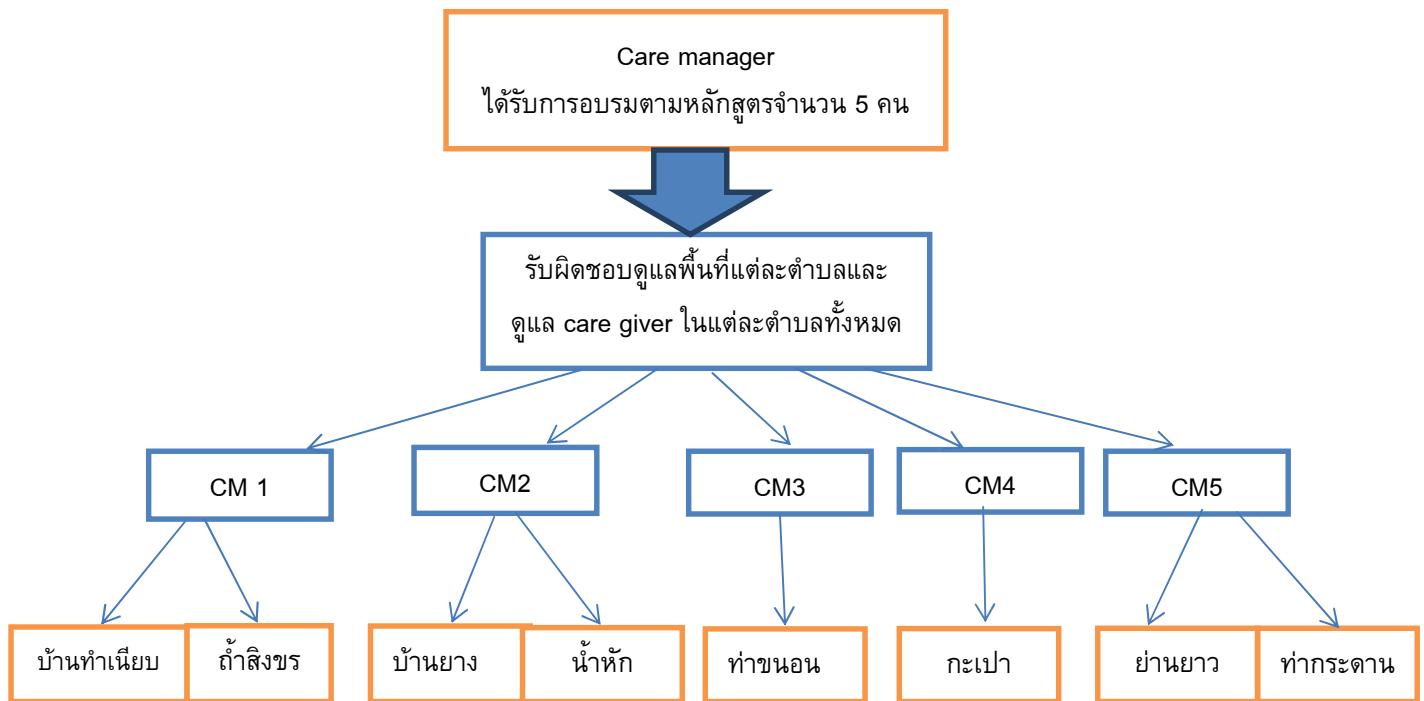
7.2.2.1 การพัฒนา Dementia care manager

นอกจากมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ศรีรัฐนิคมแล้ว ยังมีการพัฒนาการดำเนินงานของบุคลากรซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจรให้มีความยั่งยืน ซึ่งพื้นที่ศรีรัฐนิคมมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของ Care manager ตามแผนภาพ

การพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ – **ขอรูปใหม่จากพื้นที่**



โครงสร้างการดำเนินงานของ Care Manager ในพื้นที่ต้นแบบ



7.2.2.2 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในพื้นที่

การดำเนินงานในพื้นที่ (process)อำเภอศีร์ษะเกษ			มีการดำเนินการมากน้อย แค่ไหน ได้ประโยชน์อย่างไร
CM จำนวน 5 คน รพช=3 คน รพ.สต.=2คน	DCM (รพช) จำนวน 2 คน รพช=2 คน	DCM จำนวน 1 คน รพช=1 คน	
- จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก - ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ - จัดทำแผนดูแลรายบุคคล Care plan - ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน - บูรณาการการทำงานร่วมกับ family care team, Patient Care Team (PCT), ชุมชน - การจัดทำ Care conference - กำกับติดตาม การทำงานของ Care giver	- วางแผนคัดกรองประเมินภาวะสมองเสื่อม - พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. อผส. - ประเมินซ้ำในผู้สูงอายุกลุ่มผิดปกติโดยใช้เครื่องมือ MMSE-THAI 2002 - วางแผนให้การดูแลในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - ส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - จัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองผู้ป่วยกลุ่ม MCI - วางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว	- ร่วมกับทีมวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล - ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับทีมใน Dementia clinic - วางแผนพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชนในชุมชน - ประสานการดูแลร่วมกับเครือข่าย - รวบรวม วิเคราะห์ตัวชี้วัดและวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง	- ชุมชนได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ - เครือข่ายในชุมชน ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ - มีศูนย์การดูแล (Day care) - มีการบูรณาการการดูแลร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ family care team , Patient Care Team, ชุมชน - มีระบบการส่งต่อครบวงจร - มีอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ - เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เชื่อมโยงกับระบบ long term care - มีธนาคารอุปกรณ์การแพทย์

การดำเนินงานในพื้นที่ (process)อำเภอศรีรัตนคม			มีการดำเนินการมากน้อย แค่ไหน ได้ประโยชน์อย่างไร
CM จำนวน 5 คน รพช =3 คน รพ.สต. =2คน	DCM (รพช) จำนวน 2 คน รพช=2 คน	DCM จำนวน 1 คน รพศ=1 คน	
- การประเมินแผนงานและผล การปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อ ปรับปรุงพัฒนา	- วางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย		

7.2.2.3 บุคลากรในทีมที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน Dementia care

จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ

Term	รพ.สต.	รพช.	รพ.ท./ รพ.ศ.	เคยผ่านการอบรม
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ	-	-	-	-
แพทย์ระบบประสาท (Neuro medicine)	-	-	1	-
แพทย์ทั่วไป (สนใจ) (medicine/GP)	-	1	-	1
จิตแพทย์ (Psychiatrist)	-	-	1	-
พยาบาล (Nurse)	9	2	4	3
ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary term)	-นักวิชาการ สาธารณสุข	-กายภาพ -นักจิตวิทยา -เภสัชกร -ทันตแพทย์ -นักวิชาการ สาธารณสุข	-แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท - จิตแพทย์ - พยาบาลวิชาชีพ -พยาบาลจิตเวช -พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน -เภสัชกร -นักกิจกรรมบำบัด -นักกายภาพบำบัด -โภชนาการ -นักวิชาการสุขศึกษา -นักสังคมสงเคราะห์ - ห้องบัตร	6 -นักจิตวิทยา -พยาบาลจิตเวช -นักกิจกรรมบำบัด -นักกายภาพบำบัด -โภชนาการ -นักวิชาการสาธารณสุข

7.3 การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

7.3.1 ระดับ Primary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
Screening dementia	✓	✓		ปี 58 = 84.70% ปี 59 = 91.14%	ใช้เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม -ผิดปกติ ประเมินซ้ำด้วย MMSE
Patient to confirm diagnosis		✓	✓	17 คน (รายใหม่)	ส่งต่อไปรพ.ศูนย์
Intervention	✓	✓	✓	ให้การดูแลรายบุคคล	-ให้ข้อมูลการดูแล

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
				(Case Management) หลังแพทย์วินิจฉัย	-ADL training -Cognitive training -caregiver training
การวางแผน CP		✓	✓	15 คน	-นำร่องในพื้นที่ ต.ท่าขนอนและ ต.บ้านท่าเียน
การทำ CP ร่วมกันระหว่าง specialist และ รพช.				ยังไม่ได้ดำเนินการ	
การติดตามและประเมิน outcome		✓	✓	-คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (WHO) -ภาระการดูแลของผู้ดูแล (NPI)	-ประเมินผู้ป่วย/ผู้ดูแลปีละครั้ง -วิธีการ การเยี่ยมบ้าน/ สอบถามทางโทรศัพท์/ รายงานการเยี่ยมบ้านของ อผส.

ผลการดำเนินงาน

- 1.มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับ primary care
- 2.มีแผนสุขภาพชุมชนที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- 3.ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 80
- 4.ร้อยละ 70 ของประชาชนในพื้นที่มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม
- 5.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้เข้าสู่ระบบการดูแลอย่างน้อย ร้อยละ 70
- 6.ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 70
- 7.อัตราการเกิดภาวะ burden ของผู้ดูแลลดลง

7.3.2 ระดับ Secondary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication)		✓	✓	- มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน (FCT) - อปท.มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มี ปัญหาซับซ้อน - ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลภายใน 24 ชม.	บูรณาการร่วมกับ ระบบ LTC ทำCare Conference ร่วมกับเครือข่ายใน ราย ที่ มี ปัญ หา ซ้ำซ้อน
ระบบ networking of geriatric care	✓	✓	✓	มีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ร่วมกับอปท.	
ระบบ Consultation	✓	✓	✓	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการปรึกษาทุกราย	
ระบบ refer	✓	✓	✓	- ผู้ป่วยที่วางแผนส่งต่อไปรับบริการ มากกว่า ร้อยละ 80 - มีช่องทางการสื่อสารให้ผู้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รับรู้ตรงกัน เพื่อลดระยะเวลา/ขั้นตอนรอตรวจ ลดลงและได้รับความสะดวก	

7.3.3 ระดับ Specialized cares

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	สถานที่ตั้ง
	รพ.สต.	รพช.	รพท.รพศ.		
Day care/ Day Hospital	-	✓	-	ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน เช่น ADL training	รพ.ศิริรัฐนิคม
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง	รพ.ศิริรัฐนิคม รพ.สต. ทุกตำบล

7.3.4 ระดับ Specialized long term care

บทบาท/จุดแข็งของ	outcome
ระบบการดูแลในระดับ primary และ secondary care	- ระบบการคัดกรองผู้สูงอายุถูกต้อง - กลุ่ม MCI ได้รับการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง - กลุ่มป่วยได้รับการรักษาทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา
ระบบการดูแล ระดับ community	- มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยทุกตำบล - กลุ่มป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่บ้าน
ระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อมกับระบบ LTC ในพื้นที่	- ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลจาก Caregiver ที่ผ่านการอบรมทุกคน - มี Care Plan รายบุคคล

7.4 ตัวชี้วัดระดับ care system ในพื้นที่

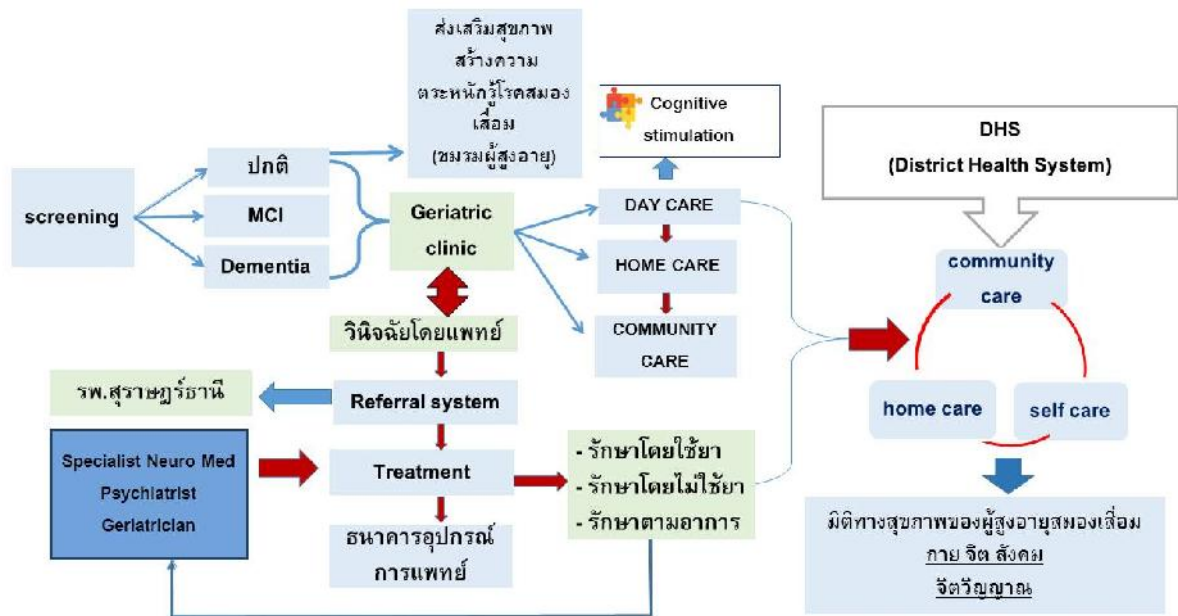
- 7.4.1 ข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง
- 7.4.2 บุคลากรสุขภาพมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- 7.4.3 ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ
- 7.4.4 ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการส่งเสริมการใช้ศักยภาพตนเองอย่างถูกต้อง
- 7.4.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแล มีภาระการดูแลลดลง
- 7.4.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่มีภาวะเครียดในระดับสูง
- 7.4.7 เป็นทีมต้นแบบสำหรับศึกษา ดูงาน ให้ความรู้แก่พื้นที่อื่นในภูมิภาค
- 7.4.8 มีนวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่
- 7.4.9 พัฒนาคู่มือสำหรับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร

7.5 เครือข่ายความร่วมมือ (Networking)

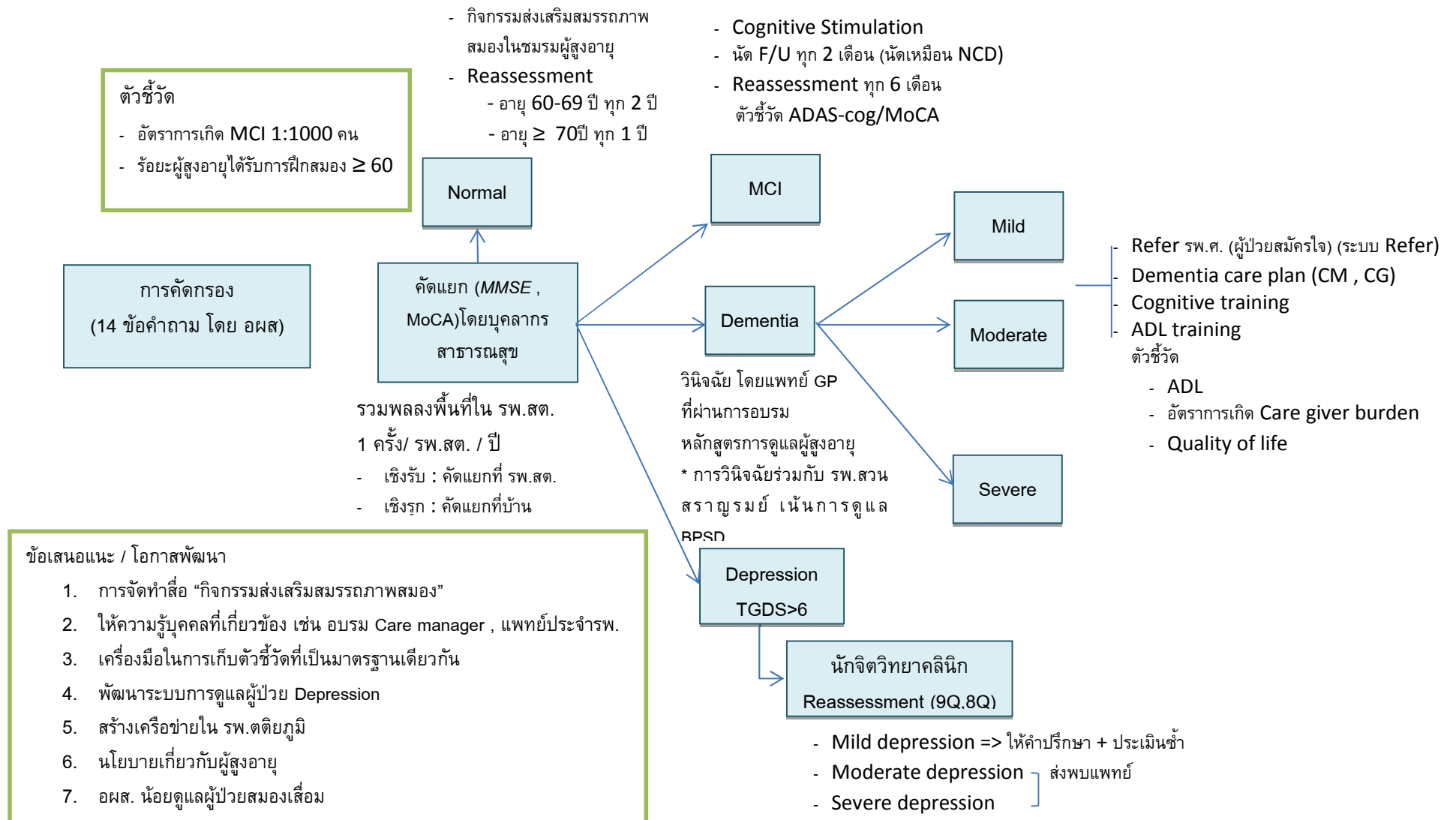
- 7.5.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละระดับบริการของจังหวัดที่เชื่อมต่อไร้รอยต่อ
- 7.5.2 บุคลากรสหวิชาชีพที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ/สมองเสื่อมภายในจังหวัด และอำเภอ
- 7.5.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐทุกฝ่าย (การปกครองท้องถิ่น การศึกษา ศาสนา)และประชาชน
ภายในอำเภอ
- 7.5.4 เครือข่ายด้านสุขภาพระดับตำบล/อำเภอที่รวมกันเป็นทีมเดียว
- 7.5.5 อาคาร/ธนาคารอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 7.5.6 นโยบายการบริหารงานด้านผู้สูงอายุจากระดับจังหวัดสู่ระดับอำเภอ ระดับอำเภอสู่ระดับตำบล
- 7.5.7 กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในระดับหมู่บ้าน
- 7.5.8 ทีมให้การดูแลกรณีฉุกเฉินที่บ้าน
- 7.5.9 ทีมเตรียมการดูแลระยะสุดท้าย

7.6 การพัฒนารูปแบบการดูแล Care model

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว Long term care (Kiriratnikom Model)



รูปแบบและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม : ศีร์ฐนิคมโมเดล



ผลการดำเนินงานของพื้นที่อำเภอศรีรัตนนิคม

Care Model (process)	outcome	บุคลากร	อุปกรณ์	งบประมาณ
Comprehensive care in Dementia/geriatric clinic	Quality of life ของผู้ป่วยสมองเสื่อม และ ผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวนทีมงาน 5-6 คน ประกอบด้วย แพทย์ (specialist, general) พยาบาล (Geriatric nurse, nurse case manager) เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิต/พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร	-ห้องตรวจ -ห้องกิจกรรมกลุ่ม -ห้องและอุปกรณ์กิจกรรมฝึกสมอง -ห้องออกกำลังกาย -ห้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล -ห้องฝึกสมาธิ -เอกสาร/สื่ออื่น ๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	500,000
long term care /family care team	Continuing care	patient care team(PCT ผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุสมองเสื่อม)ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน รวมทั้งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ		
Day Care	ลด burden of caregiver	พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิต/พยาบาลจิตเวช อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	-ห้องกิจกรรมกลุ่ม -ห้องและอุปกรณ์กิจกรรมฝึกสมอง -ห้องออกกำลังกาย -ห้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล	200,000

7.7 การพัฒนาเป็น package service

พื้นที่	outcome	Care package	Services package
ระดับตำบล	-ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน -คัดกรองผู้สูงอายุได้เร็ว -เข้าใจบริบทได้ดี	-การคัดกรอง ส่งต่อรักษา ติดตามเยี่ยมบ้าน	-ระบบการคัดกรองผู้ป่วย -ระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน
ระดับอำเภอ	-ทีมการดูแลสหวิชาชีพ ระดับอำเภอ -Geriatric Clinic ในโรงพยาบาล	-ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ส่งต่อมาจากตำบล -ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมรพ.สต.	-ระบบการดูแลกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาล -ระบบการคัดกรองที่เฝ้าระวังกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม -ระบบการรับส่งต่อจากรพ.สต. และระบบการส่งกลับชุมชน/บ้าน
ระดับจังหวัด	-ให้การวินิจฉัย/รักษาใน ผู้สูงอายุที่ซับซ้อน -ที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาการรักษาจากโรงพยาบาล ชุมชน	-การวินิจฉัย การดูแล/รักษา โดยสหวิชาชีพ -การคัดกรอง การประเมินสภาพ ปัญหาโดยผู้เชี่ยวชาญ	-การดูแล/รักษาแบบครบวงจร -ระบบการดูแลภายในคลินิกสมองเสื่อม -ระบบการดูแล/การส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล -ระบบการส่งกลับสู่โรงพยาบาลชุมชน -พัฒนาองค์ความรู้ และจัดอบรมให้ความรู้ประจำปี
ภาคประชาสังคม/อาสาสมัคร	-สร้างความตระหนักเรื่องภาวะสมองเสื่อมแก่ประชาชน	-ร่วมกับบุคลากรสุขภาพจัดกิจกรรมประจำปี -เป็นอาสาสมัครดูแลกลางวัน ที่โรงพยาบาล/ที่บ้าน	-จัดกิจกรรมคัดกรองประจำปี -จัดมหกรรมความรู้ ในวันอัลไซเมอร์โลกทุกปี -ประชาสัมพันธ์/หาทุน/ช่วยเหลือในกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

พื้นที่	outcome	Care package	Services package
		-สร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ภายในอำเภอ	

7.8 ผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

มิติ	ตัวชี้วัด
ผู้สูงอายุ	- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม (QOL-WHO) - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL- IADL) - ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี
ผู้ดูแล	- การระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ NPI - คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (QOL-WHO)
ระบบการดูแล	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80 - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 100

7.9 ข้อเสนอแนะ

- 7.9.1 มีการประสานรูปแบบการดูแลร่วมกัน ทั้ง geriatric Clinic& dementia Clinic
- 7.9.2 ระบบการดูแลของรพ.ทั้งรพช. และรพศ.
- 7.9.3 แนวทางการดูแล non pharmaco. กลุ่ม pharmaco. Mild-moderate MMSE 14-22

7.10 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.10.1 ระดับจังหวัด

- 7.10.1.1 วางระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความเชื่อมโยงระบบการดูแล ระบบการส่งต่อที่ชัดเจน และเพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษให้ครอบคลุม
- 7.10.1.2 โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยและจัดระบบบริการที่สามารถให้กลุ่มผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว

7.10.2 ระดับประเทศ

- 7.10.2.1 นโยบายระดับประเทศควรให้ความสำคัญในเรื่องของการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้จริงจังและมีความชัดเจน
- 7.10.2.2 ควรมีระบบการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 7.10.2.3 การจัดบูรณาการบริการ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการจัดทำภารกิจที่ซ้ำซ้อน
- 7.10.2.4 พัฒนาบุคลากรให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รองรับให้เพียงพอในกรณีต้องดูแลระยะยาวและเมื่อต้องอยู่ในระยะพึ่งพิง

7.10.3 กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติ/สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ

- 7.10.3.1 มีนโยบายคุ้มครองดูแลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครอบคลุมไปถึงการจัดสวัสดิการคุ้มครองในกรณีที่ขาดผู้ดูแล
- 7.10.3.2 ควรมีการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ถูกล่วงละเมิดทำร้าย ให้ความเคารพนับถืออย่างสมศักดิ์ศรี

การดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลจอหอ จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาพื้นที่จอหอ จังหวัดนครราชสีมา
มีรายละเอียดการพัฒนา ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่
2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม
4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ
5. แผนผังการดำเนินงาน
6. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ
7. ประสพการณ์เรียนรู้จากการดำเนินการ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่

1.1 เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล ซึ่งประกอบด้วย

- ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 หัวทะเล
- ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าศาลวัน
- ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ
- ศูนย์สุขภาพชุมชนคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว และสถานีกาชาดที่ 4



แผนที่ CUP เมืองย่า 4 หัวทะเล

การดำเนินงานในพื้นที่ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จะเริ่มพัฒนาระบบในตำบลจอหอ ก่อน เนื่องจากมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวดำเนินการภายใต้ความมือของกระทรวงสาธารณสุข กับ JICA ประเทศญี่ปุ่น แล้วค่อยขยายไปในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล ซึ่งในพื้นที่ก็พบปัญหาที่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง มีอาการหลงลืมแต่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ชุมชนซึ่งเป็นลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทยังขาด ความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และถ้าสามารถจัดบริการและระบบการทำงานที่ชัดเจนสามารถ นำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ก็จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วขึ้น เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพื่อการคัดกรอง ค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลรักษา ส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

1.2 จำนวนประชากร แบ่งตามอายุ และช่วงอายุของพื้นที่เขตเมืองย่า 4 ตามทะเบียนราษฎร์

อายุ (ปี)	จำนวน (n)	ร้อยละ
< 60	533,301	82.80
≥ 60	11,071	17.20
รวม	544,372	100.00
แบ่งตามช่วงอายุ	จำนวน (n)	ร้อยละ
60-69	6,109	55.20
≥ 70	4,962	44.80
รวม	11,071	100.00

2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
ระบบการดูแล/การเข้าถึงบริการ	ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง ครอบครัว/ผู้ดูแล ชุมชน : ไม่มีระบบบริการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและยังไม่มีระบบที่สามารถเชื่อมโยงผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชนได้
การคัดกรองและวินิจฉัย	ผู้ให้บริการ : มีเครื่องมือในการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้
องค์ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ	ผู้ให้บริการ : มีองค์ความรู้โดยการรับอบรมวิชาการภาวะสมองเสื่อม แต่ยังขาดความชำนาญในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้
องค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	ครอบครัว/ผู้ดูแล: คาดว่ายังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยได้
ค่าใช้จ่าย	ผู้ให้บริการ ยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมยังมีข้อจำกัดในด้านสิทธิการรักษาที่ไม่สามารถจัดสรรยาได้ครอบคลุม ครอบครัว/ผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการนำผู้ป่วยมาสถานบริการ มีความลำบากในการนั่งรถโดยสารสาธารณะ รวมถึงค่าสาธารณูปโภคที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดโครงสร้างของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วย

3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

3.1 การหาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลจอหอ

จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลจอหอ จำนวน 4,482 คน

แบ่งตามเพศ

- เพศชาย จำนวน 1,896 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3
- เพศหญิง จำนวน 2,586 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7

แบ่งเป็นอายุ

- 60-69 ปี จำนวน 2,090 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7
- 70-79 ปี จำนวน 1,937 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2
- มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี จำนวน 455 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

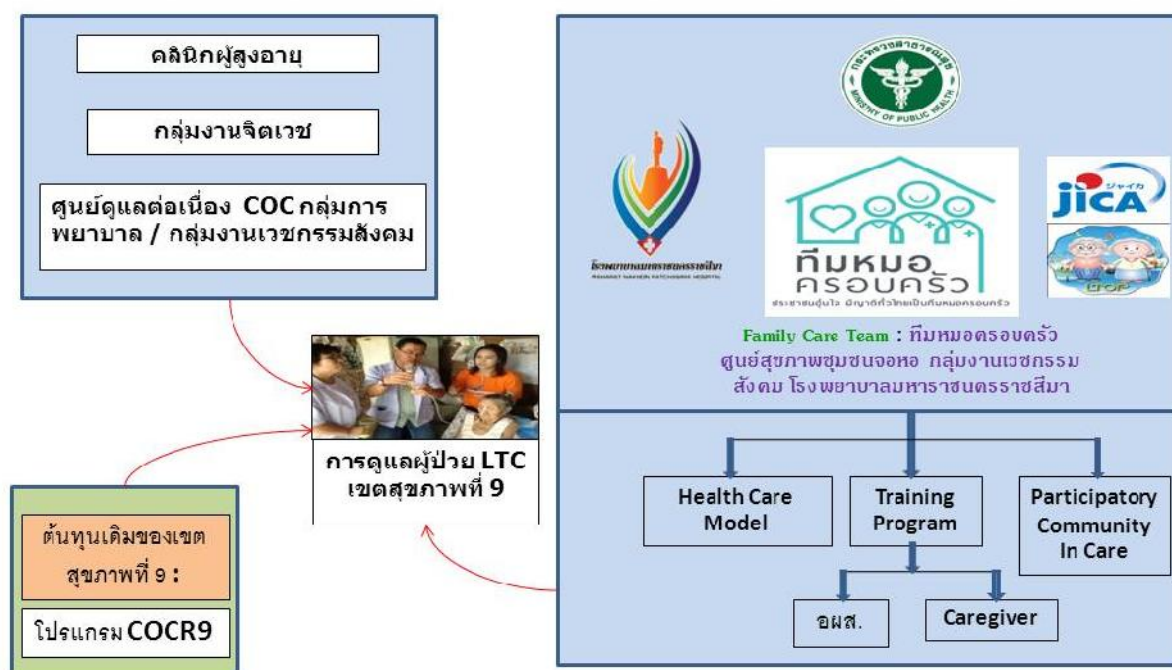
แบบประเมิน	จำนวน (n/N)	ร้อยละ
ปกติ(14ข้อคำถาม <30+MOCA≥25)	4,218	94.11
MCI	72	1.61
Dementia	34	0.76
Other	158	3.53
รวม	4,482	100.00

ข้อมูล ณ 23 มกราคม 2560

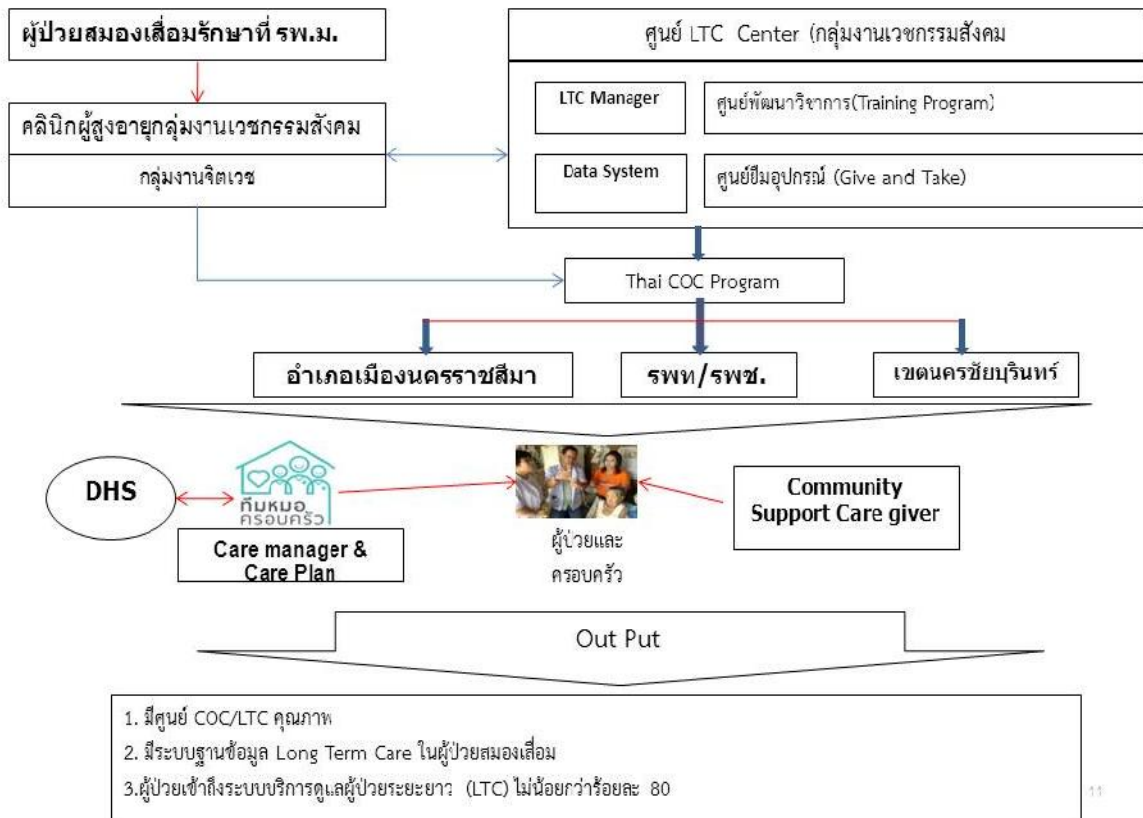
4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

4.1 ต้นทุนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมของพื้นที่

- ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและสุขภาพระยะยาว (Long Term Care : LTC)

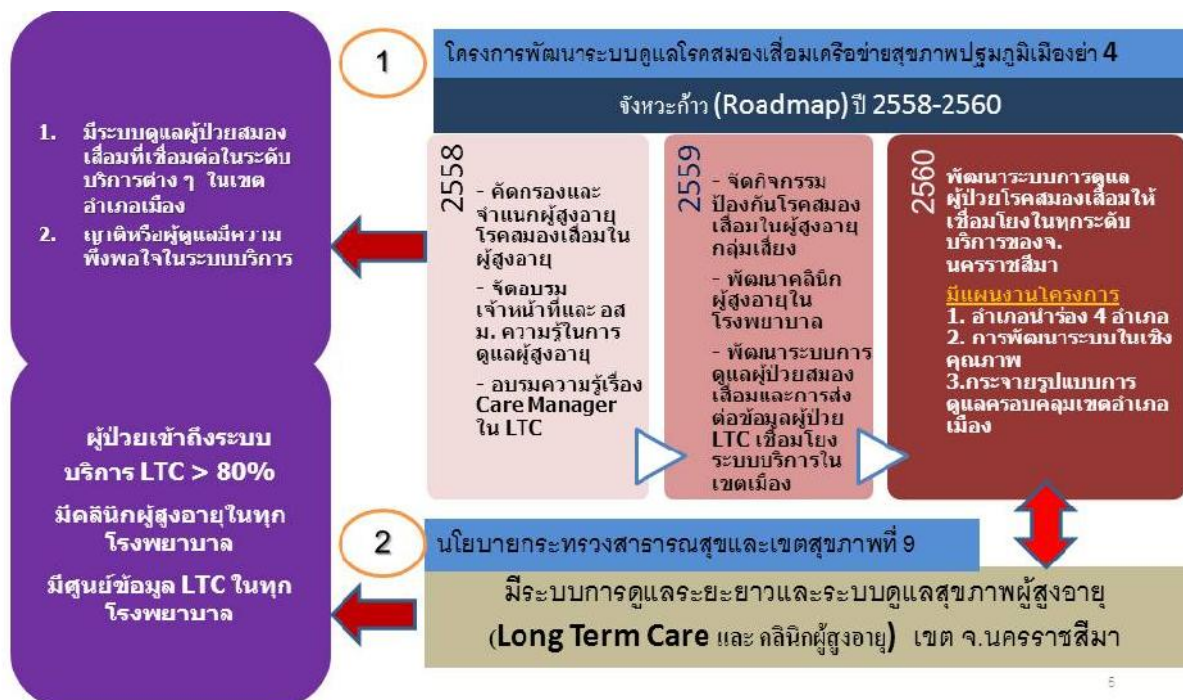


ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



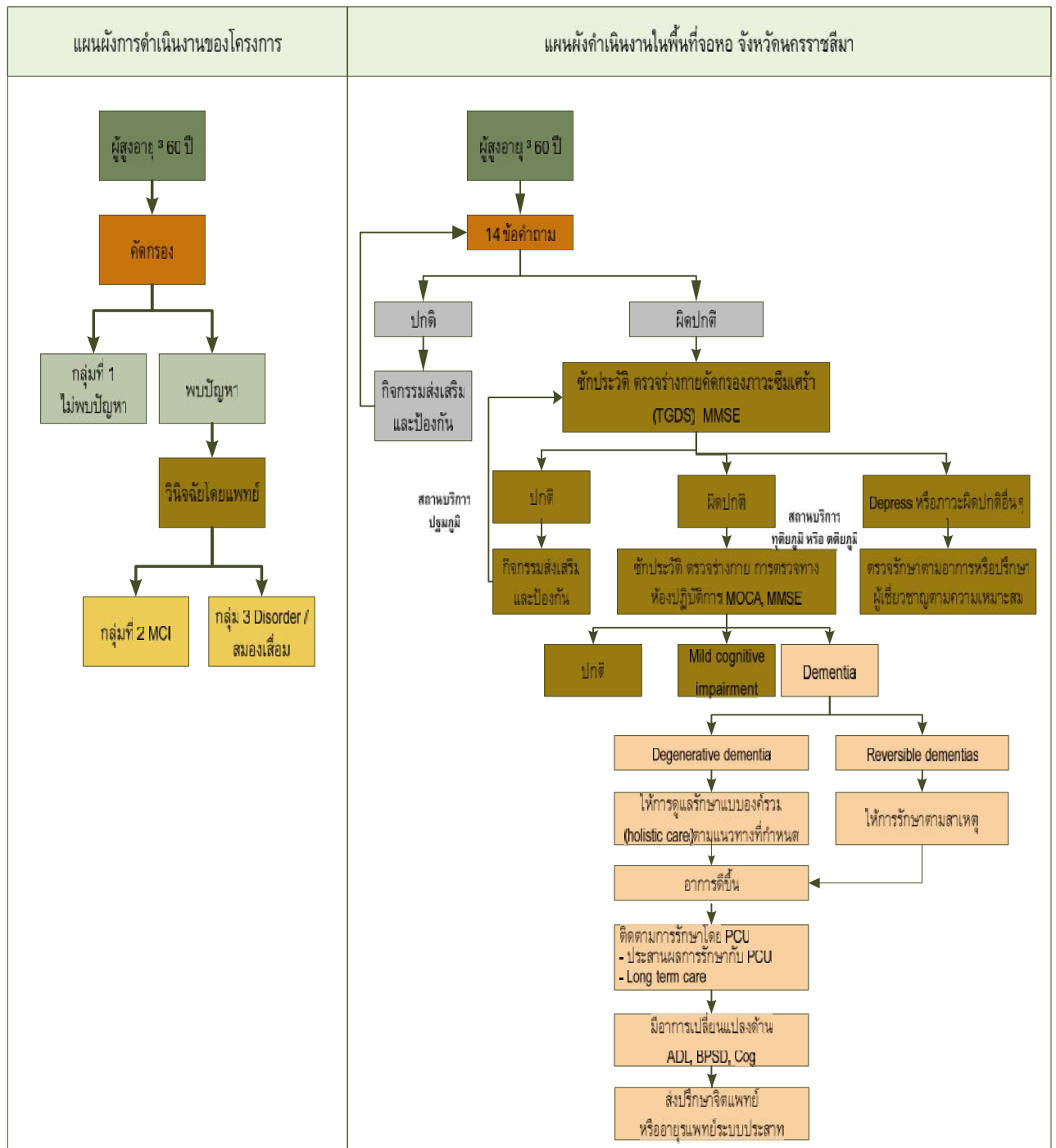
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและสุขภาพระยะยาว (Long Term Care : LTC)

4.2 กรอบการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ภาพแสดงการดำเนินงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

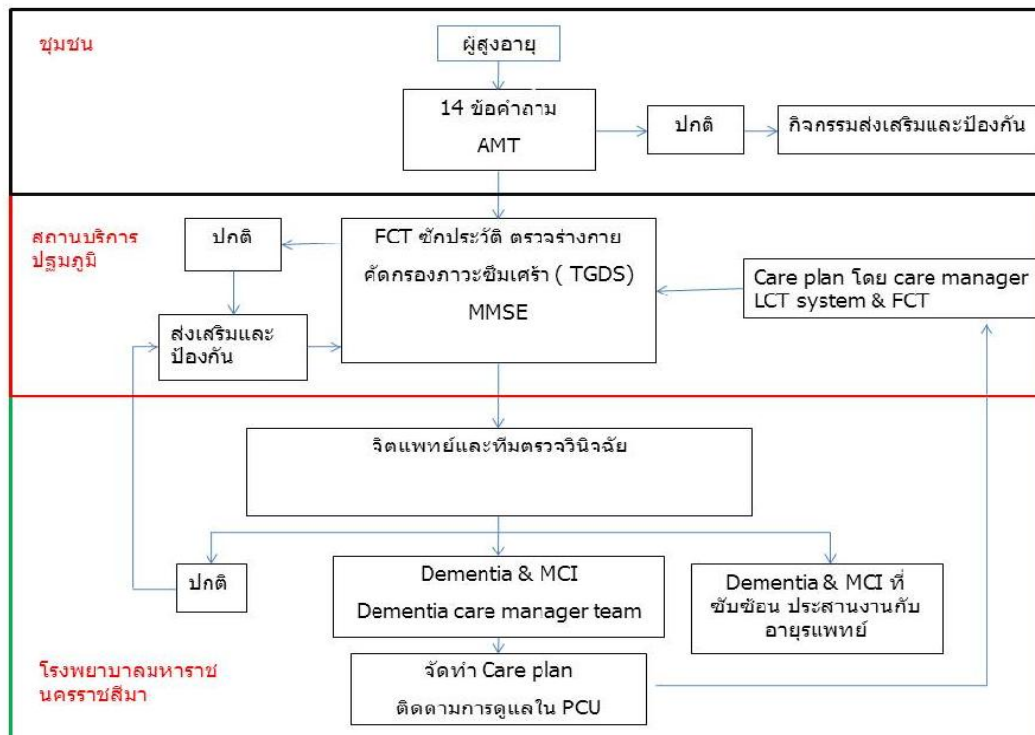
5. แผนผังการดำเนินงาน



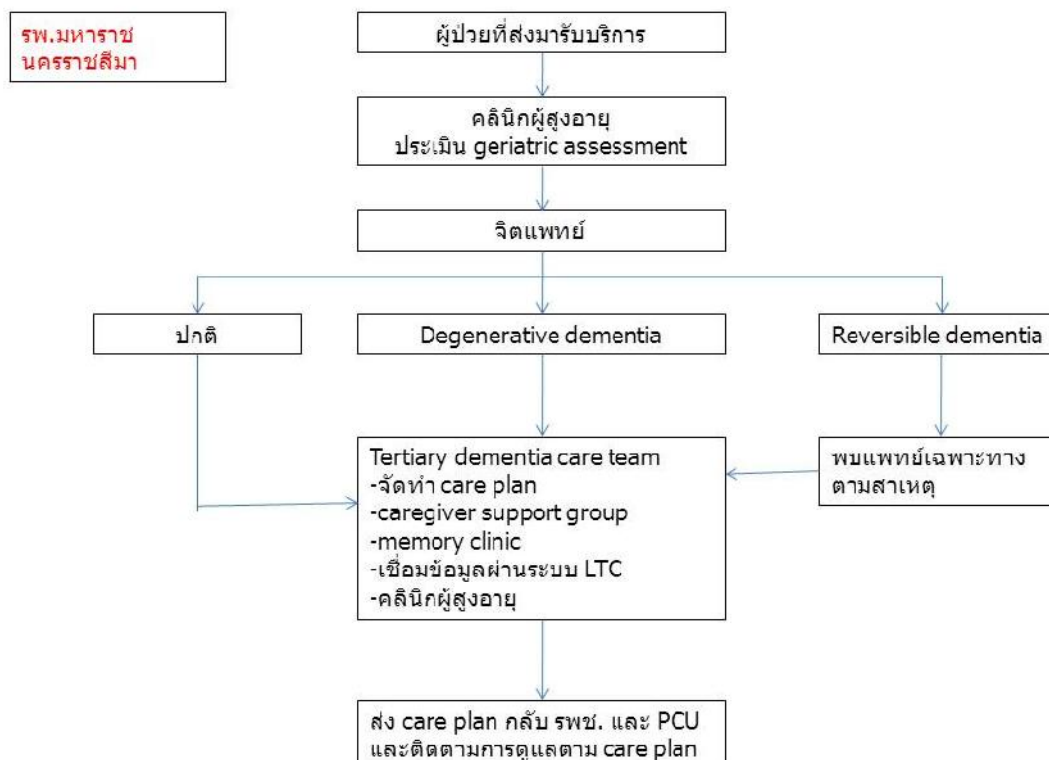
6. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

การคัดกรอง	- อาสาสมัครสาธารณสุขคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถามหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว และนำมาส่งให้เจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง แบ่งกลุ่มคะแนนที่ได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คะแนนรวมน้อยกว่า 30 และกลุ่มที่ 2 คะแนนรวม 30 ขึ้นไป โดยกลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่จะได้คัดกรองภาวะ MCI ต่อไป - ปัญหาอุปสรรคที่พบ : มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อาศัยจริงในพื้นที่ รวมถึงการที่ไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ - ข้อเสนอแนะ : การคัดกรองน่าจะทำในคนที่อายุเยอะมากๆ เพราะโอกาสที่จะเจอเยอะมากกว่าคนที่อายุมากๆ
การวินิจฉัย	เมื่อพบ Case ที่มีปัญหาส่งให้ทีมจิตเวชเพื่อการวินิจฉัย
การส่งต่อ-รักษา	- หน่วยรับผิดชอบหลักที่รับส่งต่อคือแผนกจิตเวชโดยรับส่งต่อมาจาก Primary case และการส่งกลับไปที่ primary care เช่นเดิม - ในส่วน Primary care ในพื้นที่จัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และในทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยในเรื่องการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยได้ และการขยายพื้นที่ร่วมกับระดับ Primary care มีแผนการพัฒนางานร่วมกันกับพื้นที่ และแผนการจะดำเนินการในพื้นที่ของเทศบาล เช่น การพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับพื้นที่นั้นๆ - สำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษาอาการสมองเสื่อม - ให้คำปรึกษา care giver เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พร้อมเข้า group support ที่กลุ่มงานจิตเวช
ระบบการดูแลที่สามารถพัฒนาขึ้นในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล	- คณะทำงานการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประกอบไปด้วยแพทย์ และพยาบาลจากทั้ง 2 กลุ่มงาน โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและจิตเวชเป็นที่ปรึกษา - การวางแผนการดำเนินงานในระยะเวลา 3 ปี ตามที่เข้าร่วมโครงการ ● ปีที่ 1 สร้างความรู้ กระตุ้นความตระหนัก และคัดกรองผู้สูงอายุ ● ปีที่ 2 เน้นการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ● ปีที่ 3 พัฒนาระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และประเมินผลการปฏิบัติงาน

6.1 ระยะการดำเนินงานที่ 1 และ ระยะการดำเนินงานที่ 2



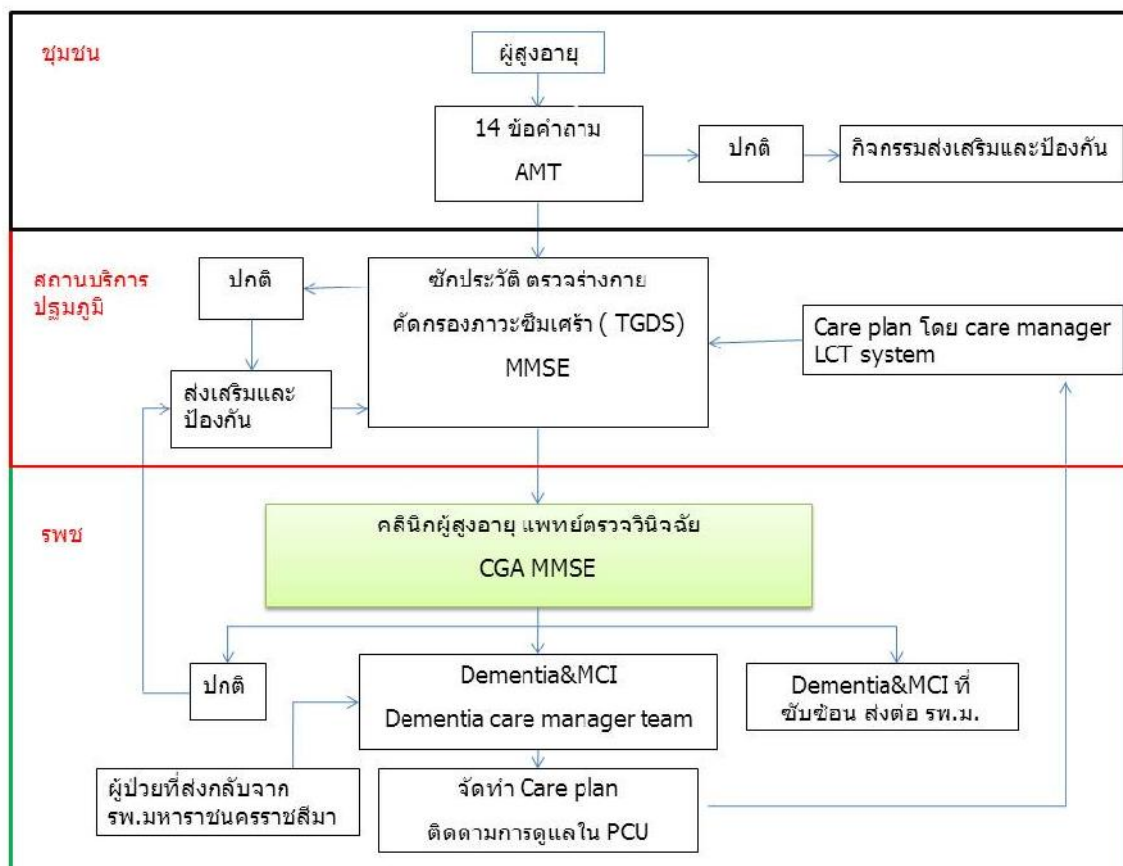
6.2 ระบบการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



6.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

- 6.3.1 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากเป็นโรงพยาบาลประจำ นครราชสีมาแล้วยังมีหน้าที่ในการรับดูแลผู้ป่วยที่ส่งตัวมารับการรักษาจากโรงพยาบาลประจำ จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ด้วยได้แก่ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์
- 6.3.2 กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับมอบหมายให้จัดบริการระดับปฐมภูมิในเขต อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา มีสถานบริการปฐมภูมิในการดูแล 4 ศูนย์ (ศูนย์สุขภาพชุมชนหัว ทะเล ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดป่าศาละวัน ศูนย์สุขภาพชุมชนคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว และศูนย์ สุขภาพชุมชนจอหอ) โดยจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขคือใช้ ระบบ primary care cluster (PCC) และระบบ CUP จึงได้ร่วมกับสถานีภาค 4 ซึ่งเป็นสถาน บริการปฐมภูมิในสังกัดสภากาชาดไทย รวมกันเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ CUP เมืองย่า 4 หัวทะเล และภายใน CUP แบ่งเป็น 2 PCC
- 6.3.3 จากระบบบริหารจัดการดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบบริการเชื่อมโยงจากสถานบริการปฐมภูมิ (CUP 4 หัวทะเล) ตรงสู่สถานบริการระดับตติยภูมิ(โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) โดยไม่มี สถานบริการทุติยภูมิ(โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป)
- 6.3.4 CUP เมืองย่า 4 หัวทะเล ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสถานบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับสถานบริการตติยภูมิ โดยใน ระดับปฐมภูมิ ได้จัดระบบบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย

6.4 ระยะการดำเนินงานที่ 3 พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (จอหอ โมเดล)

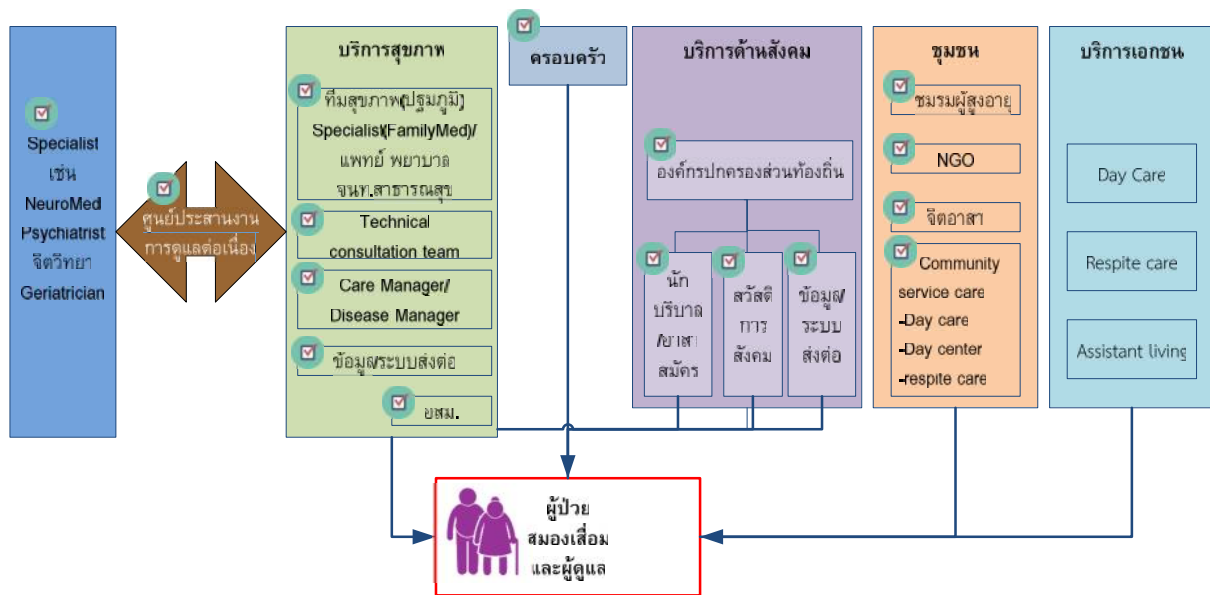


7. ประสบการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงาน

7.1 การดำเนินงานระยะเตรียม ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

รายละเอียด	การดำเนินงาน
การเตรียมความพร้อมโครงการ - การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	- อบรมเชิงปฏิบัติการบุคลากรทางการแพทย์เรื่องภาวะสมองเสื่อมจำนวน 40 คน โดยวิทยากรจากกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยแพทย์พยาบาลรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานการพยาบาล และเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 ห้วยทะเล - อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 14 ข้อคำถามจำนวน 600 คน
แผนการดำเนินงาน	ระยะที่ 1 1. จัดตั้งคณะทำงาน โดยมีตัวแทนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานจิตเวช 2. คณะทำงานเพิ่มเติมความรู้ตนเองโดยการเข้าร่วมการอบรมวิชาการตามที่ส่วนกลางกำหนด (หลักสูตรกิจกรรมกระตุ้นสมอง วิชาการการ Dementia care manager และวิชาการการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป) 3. คณะทำงานจัดกิจกรรมวิชาการให้กับทีมหมอบรรเทา (family care team : FCT) และเจ้าหน้าที่ใน CUP เมืองย่า 4 (ความรู้โรคสมองเสื่อม แบบคัดกรอง 14 คำถาม การใช้ MMSE และ MoCA) 4. เจ้าหน้าที่ PCU จัดวิชาการให้ อสม. สร้างความตระหนัก และคัดกรองโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (ความรู้โรคสมองเสื่อม และแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม) 5. จัดวิชาการร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ บรรยายเกี่ยวโรคสมองเสื่อม ให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม โดยเป็นการจัดประชุมประจำปีของชมรมผู้สูงอายุ 6. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองโดย อสม. ได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยทีมหมอบรรเทา โดยใช้ MMSE และ MoCAร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ และทีมงานจิตเวชเพื่อแยกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเป็นโรค ระยะที่ 2 1. จัดกิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการเพื่อส่งเสริมป้องกัน หรือชะลอการพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อมในกลุ่มเสี่ยง 2. พัฒนาระบบส่งต่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่าง PCU และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระยะที่ 3 1. กำลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับระบบการดูแลระยะยาว และคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ได้รับความสนใจจาก สสจ. นครราชสีมาให้นำหลักการถ่ายทอดสู่สถานบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดนครราชสีมา และจัดประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม) 2. กำลังพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาจิตแพทย์ต่อเจ้าหน้าที่ในผู้ป่วยสมองเสื่อม 3. กำลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ซับซ้อนในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยกลุ่มงานจิตเวช

7.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเทียบกับ Model Dementia on top LTC



มิติ/ผู้เกี่ยวข้อง	ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
Specialist	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - จิตแพทย์และทีมจิตเวช - สหสาขาวิชาชีพ
ศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง	ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ
บริการสุขภาพ	- ทีมสุขภาพ : แพทย์ พยาบาล - Technical consultation team: ทีมจิตเวช - ข้อมูล/ระบบส่งต่อ : ส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ครอบครัว	- ญาติ ผู้ดูแล คนรอบข้าง ต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นได้
บริการด้านสังคม	เทศบาลจอหอ เช่น รถรับ-ส่งมารับบริการที่ศูนย์ เบี้ยยังชีพ
ชุมชน	- ชมรมผู้สูงอายุ - จิตอาสา
บริการเอกชน	Nursing ของโรงพยาบาลเอกชน

7.3 ประสพการณ์การเรียนรู้จากการดำเนินงานในปีที่ 1

การดำเนินงาน	รายละเอียด
ความสำเร็จระยะที่ 1	- การฟื้นฟูความรู้ ทักษะเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้นได้แก่ การทำแบบทดสอบ MMSE, MoCA - อาสาสมัครสามารถทำแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ - ระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล - คัดกรองผู้สูงอายุกลุ่ม Mild Cognitive Impairment เข้าร่วมโครงการระยะที่2 (cognitive

การดำเนินงาน	รายละเอียด
	stimulation program) - ผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา - สำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษาอาการสมองเสื่อม ให้คำปรึกษา care giver เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พร้อมเข้า group support ที่กลุ่มงานจิตเวช ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการจะจัดกิจกรรม group support ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
การเชื่อมโยงระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)	- ระบบผู้จัดการการดูแล (Care Manager) - ระบบการดูแลทดแทนผู้ดูแลหลัก - ศูนย์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Day Care, Day Service) - ระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพ
ข้อเสนอแนะ	- เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลผู้สูงอายุ - ศึกษาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในระบบการดูแล - พัฒนาเครื่องมือหรือกิจกรรมที่เหมาะสมในคัดกรองโรคและการป้องกันหรือฟื้นฟูศักยภาพสมอง - สร้างความตระหนักให้แก่ภาคประชาชนให้ตื่นตัว - ผู้บริหารกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางนโยบายแบบบูรณาการและผลักดันให้มีผลปฏิบัติจริง

7.4 การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแล

7.4.1 กระบวนการดำเนินงานของระบบบริการ

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
Primary care (ศูนย์สุขภาพชุมชน)	จัดตั้งคณะทำงานผู้สูงอายุ CUP เมืองย่า 4 และร่วมกันประชุม เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน	มีข้อตกลงในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยสมองเสื่อมของ CUP เมืองย่า 4 หัวทะเล มี dementia care team ประกอบไปด้วย dementia care manager, care manager, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ และ ทันตภิบาล
	สถานบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจัดประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	ข้อตกลงในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน
	1. จัดอบรมความรู้ให้พยาบาลปฐมภูมิในเรื่องโรคสมองเสื่อม เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบ 14 ข้อคำถาม เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ MMSE MoCA 2. พยาบาลแต่ละสถานบริการปฐมภูมิ จัดอบรมการจัดเครื่องมือคัดกรองแบบทดสอบ 14 ข้อคำถาม แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ 3. อสม. คัดกรองผู้สูงอายุแบ่งเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มเสี่ยงได้นัดมาพบพยาบาลให้ทำการทดสอบ MMSE และ MoCA และส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือจิตแพทย์	1. พยาบาล PCU มีความรู้ ทักษะ และสามารถใช้อุปกรณ์ MMSE และ MoCA ใช้ทดสอบในกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นข้อมูลแก่แพทย์ในการวินิจฉัย 2. อสม. มีทักษะในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุทำให้พบกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

ระดับการดูแล	กระบวนการ	ผลลัพธ์
	ที่เข้าร่วมโครงการตรวจวินิจฉัยยืนยันโรค	
Secondary Care	1.ส่งพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น Care manager เข้าร่วมอบรมตามที่คณะทำงานส่วนกลางได้จัดอบรมเพื่อพัฒนาเป็น dementia care manager จำนวน 3 ท่านร่วมกับทีมพยาบาล กิจกรรมป้องกัน MCI 2.ส่งพยาบาลและแพทย์เข้าอบรมการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยกลุ่ม mild cognitive impairment (MCI)รวมจำนวน 6 ท่าน 3.จัดกิจกรรมให้ป้องกันโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วย MCI โดยทีม	1.ผู้ป่วยกลุ่ม MCI ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดย dementia care team
	1.จัดอบรมความรู้เรื่อง Care manager ให้พยาบาลในชุมชน เพื่อพัฒนาพยาบาลให้สามารถทำหน้าที่เป็น care manager 2.จัดอบรมความรู้เรื่อง Care manager ให้พยาบาลในชุมชน เพื่อพัฒนาพยาบาลให้สามารถทำหน้าที่เป็น care manager 3.Care manager ติดตามประเมินการดูแลให้เป็นไปตาม care plan รวมถึงปรับปรุงcare plan ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว 4.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม จะได้รับการดูแลระยะยาวจาก care manager จัดทำ careplan ในการดูแลรักษาพื้นที่บริการปฐมภูมิ เพื่อลดภาระผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ถูกต้อง 5.รับส่งต่อผู้ป่วยกลับหรือดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หลังที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว โดย care manager จัดทำ care plan 6.ผู้ป่วยที่มีภาวะ BPSD หรือจำเป็นต้องได้รับยา ส่งตัวต่อเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1. ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ซับซ้อนได้รับการจัดทำ care plan จาก care manager โดยผ่านการประชุมร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นแผนการดูแลระยะยาว 2. ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนหรือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบได้รับการส่งต่อเข้าตรวจรักษากับจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตรวจทางห้องปฏิบัติการและรับการรักษาที่เหมาะสม
	จัดอบรมความรู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่ caregiver	Caregiver มีความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
Tertiary care	1. จิตแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมซับซ้อนร่วมอายุรแพทย์ด้านระบบประสาท 2. ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาจากทีม tertiary dementia care manager team	มีระบบข้อมูลและบริการเชื่อมโยงระหว่าง PCU และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
	1. มีการเชื่อมต่อข้อมูลการรักษาและ care planโดยผ่านโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Thai COC) 2. ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 3. Dementia care team ลงดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่บ้านของผู้ป่วยและสถานบริการปฐมภูมิ 4. ญาติหรือ caregiver ได้รับการดูแลจาก dementia care team	ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการจัดทำ care plan และติดตามเยี่ยมโดยทีม dementia care team

7.4.2 กระบวนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ความต้องการ / ภาระการทำงาน
ความต้องการของญาติ ผู้ป่วย และครอบครัว	1. ผู้สูงอายุกลุ่มปกติต้องการความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม 2. ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวต้องการได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา ต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรของระยะโรค 3. ต้องการที่ปรึกษาเมื่อญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ 4. ต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดภาระ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ 5. ต้องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยกับผู้ป่วย 6. ต้องการเงินเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย
จำนวนผู้ป่วย/ภาระงานที่มี	1. จัดอบรมอสม.เพื่อใช้แบบประเมิน 2. นัดทดสอบ MMSE และ MoCA ในกลุ่มเสี่ยง 3. จัดทำ ติดตามประเมินผลการดูแลตาม care plan ในผู้ป่วยสมองเสื่อม 4. ลงบันทึกข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อส่งต่อตอบกลับ และใช้เป็นฐานข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ 5. จัดกิจกรรมในผู้ป่วย MCI เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
ผลลัพธ์ - ครอบครัวคาดหวัง - เจ้าหน้าที่คาดหวัง	1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้ตามสภาพของการดำเนินโรค 2. ผู้ดูแลสามารถมีที่ปรึกษาหรือวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่เป็นโรคสมองเสื่อม 4. มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เชื่อมต่อกันระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

7.5 การพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ

7.5.1 การพัฒนา Dementia care manager

แบ่งระดับCare manager	แบ่งระดับ Care manager ในพื้นที่ เป็น
● CM (Care Manager)	● จำนวน 12 คน
● Dementia care manager	● จำนวน 3 คน
● Dementia care manager in Tertiary care	● จำนวน 3 คน

7.5.2 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในพื้นที่

บุคลากร	การดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงาน
care manager (จำนวน 12 คน)	1. จัดทำ care plan เบื้องต้น 2. จัดอบรม อสม. ในการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 3. การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่รพ.มหาราชนครราชสีมา (รพ.ม.)	1. ผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกรายได้รับการจัดทำ care plan 2. อบรม อสม. ให้สามารถคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (14 คำถาม หรือ AMT) 3. ผู้ป่วยที่ต้องส่งเข้ารับการรักษาที่รพ.ม. ได้รับการส่งต่อข้อมูลจาก Care manager ให้จิตแพทย์ที่รับดูแลต่อที่รพ.ม.

บุคลากร	การดำเนินงานในพื้นที่	ผลการดำเนินงาน
Dementia care manager (จำนวน 3 คน)	1. จัดทำ care plan และ care conference 2. เพิ่มทักษะหรือเป็นที่ปรึกษาในการทำ dementia care plan แก่เจ้าหน้าที่และ primary care manager 3. เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ caregiver 4. จัดกิจกรรมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง (MCI)	1. ได้จัดทำ care plan ในผู้ป่วยทุกราย 2. ให้คำปรึกษาในการจัดทำ dementia care plan ต่อ care manager 3. ประสานงานและร่วมเป็นทีมวิทยากรในการจัดอบรม dementia caregiver ในบางพื้นที่จำนวน 30 คน 4. จัดกิจกรรมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง (MCI) จำนวน 28 คนและดำเนินการต่อไปงบประมาณต่อไปของ CUP เมืองย่า 4
Dementia care manager in Tertiary care (จำนวน 3 คน)	1. ประสานงาน วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. เพิ่มเติมความรู้ในเรื่องกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแก่พยาบาล 3. สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสมองเสื่อม	1. มีการจัดทำ care plan และ care conference ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2. อบรมความรู้ในเรื่องกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแก่พยาบาล 3. กำลังดำเนินการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

7.5.3 บุคลากรในทีมที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน Dementia care จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ

Term	บริการปฐมภูมิ	บริการตติยภูมิ	เคยผ่านการอบรม
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ	-	-	
แพทย์ระบบประสาท (Neuro medicine)	-	3	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	6		2
จิตแพทย์ (Psychiatrist)	-	4	2
พยาบาล (Nurse)	34	4	3
สหสาขาวิชาชีพ(Multidisciplinary term) นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักจิตวิทยา	1 1	2	

7.6 การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

7.6.1 ระดับPrimary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ		outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพศ.		
Screening dementia	มี	มี	ร้อยละ 57.8 ของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม(ผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด 7,742 คน	คัดกรองโดย อสม.ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรอง

Process	ระดับสถานบริการ		outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพศ.		
Confirm diagnosis	มี	มี	ร้อยละ 100 ของ ผู้สูงอายุที่ผิดปกติดจากการคัดกรองได้รับการประเมินเพื่อยืนยันความผิดปกติ	1. Dementia care manager team (แพทย์และพยาบาล)ทำการประเมิน 2. เครื่องมือที่ใช้ (TGDS, MMSE, MoCA) 3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย
การจัดทำ Care Plan	มี	มี	1. ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดทำ care plan (8/32) 2. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแล (24/32)	1. Dementia care manager team และ caregiver ร่วมกันจัดทำ care plan ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ 2. Dementia care manager team และ ผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมกันตั้งเป้าหมาย และวางแผนการดูแล
การทำ Care conference	มี	มี	1. ร้อยละ 100ของผู้ป่วยได้รับการทำ care conference(8/8) 2. ร้อยละ 100ของผู้ป่วยได้รับการดูแลโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ(24/24)	ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันอภิปรายในการดูแลผู้ป่วย
การติดตามและ ประเมิน outcome	มี	มี	ร้อยละ100 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ care plan ได้รับการประเมินการดูแลรักษา (8/8)	1. Care manager หรือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ปฏิบัติตาม care plan 2. Care manager หรือเจ้าหน้าที่ ได้มีการ ประเมินผลการดูแลตามที่ได้ตกลง บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว (กำลังพัฒนาแบบประเมิน)

7.6.2 ระดับ Secondary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ		outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพศ.		
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication)	มี	มี	ผู้ป่วยและครอบครัวที่มี ปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแล	1. Care manager หรือเจ้าหน้าที่ ได้ปรึกษาวางแผนการดูแลกับแพทย์หรือdementia care manager 2. นำแนวทางการรักษานำมาใช้กับผู้ป่วยและญาติ (เอกสารแนบ)
ระบบ networking of geriatric care	ไม่มี	ไม่มี		
ระบบ Consultation	มี	มี	มีระบบ การรับ การ ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	1. ยังไม่มีระบบอย่างเป็นทางการ ใช้การติดต่อส่วนตัวในการปรึกษา
ระบบ refer	มี	มี	มีระบบการส่งต่อจาก ศูนย์แพทย์ชุมชนไปยัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์แพทย์ชุมชนแจ้ง ปรึกษาต่อจิตแพทย์หรือพยาบาลกลุ่มงานจิตเวช 2. ส่งตัวผู้ป่วยตามคำแนะนำโดยใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข

7.6.3ระดับ Specialized cares

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ		outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพศ.		
Day care/Day Hospital	ไม่มี	ไม่มี		
Day center	ไม่มี	มี		สถานที่ตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพชุมชนจ่อหอ
ชมรมผู้สูงอายุ	มี	มี		

7.6.4ระดับ Specialized long term care

บทบาท/จุดแข็งของ	outcome	หมายเหตุ
ระบบการดูแลในระดับ primary และ secondary care	- ร้อยละ 100 ของPCU ใน CUPเมืองย่า 4 มี care manager อย่างน้อยแห่งละ 1 คน - มี dementia care manager 3 คน ใน CUP เมืองย่า 4 - มี dementia care team ให้คำปรึกษาแก่ care manager - มีการอบรมเพิ่มเติมความรู้โรคสมองเสื่อมแก่ ภาคประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	- Dementia care team ประกอบด้วย dementia care manager แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล และ นักกายภาพบำบัด
ระบบการดูแล ระดับ community	ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี care plan ได้รับการดูแลจาก อสม.	Care plan ได้รับการจัดทำร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้ป่วยและญาติ โดย care manager เป็นผู้จัดการประชุม
ระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับระบบ LTC* ในพื้นที่	ร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากรพ. ได้รับการจัดทำ care plan และส่งข้อมูลกลับไป รพ.ม.	ระบบ LTC โดยข้อมูลผ่านระบบ COCR9 ต่อมาได้รับการพัฒนาเป็นระบบ Thai COC*

ระบบ Long term care (LTC)* ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่เข้าเกณฑ์การดูแลระยะยาวตามที่คณะทำงานการดูแลระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) กำหนดขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการวางแผนการดูแลรักษาระยะยาว โดยทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งศูนย์ประสานงาน long term care canter ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานการพยาบาล และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (กลุ่มงานเวชกรรมสังคมรับผิดชอบผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา) นำข้อมูลผู้ป่วย(การรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา) ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Thai COC เพื่อส่งข้อมูลไปยังสถานบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง (โปรแกรมThai COC ใช้ครอบคลุม 100% ในสถานบริการทุกระดับเขตบริการสุขภาพที่ 9) เมื่อสถานบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิได้รับข้อมูลแล้วต้องทำการลงประเมินซ้ำและส่งข้อมูลกลับมาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ภายใน 15 วันหลังได้รับข้อมูล

7.7 ตัวชี้วัดระดับ care system ในพื้นที่

7.7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม

7.7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อมได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อม

7.7.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้รับการจัดทำ care plan โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

7.7.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้รับการประเมินอาการหลังจากได้รับการรักษาหรือการจัดทำ care plan

7.8 Network ที่พัฒนาขึ้น

ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่กำลังพัฒนาได้รับความสนใจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และประสานงานให้คณะทำงานเป็นวิทยากรในการบรรยายระบบดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อจัดทำเป็นหลักการแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามศักยภาพของแต่ละอำเภอ

7.9 การพัฒนาระบบการดูแล(Care model)

Care Model (process)	outcome	บุคลากร	อุปกรณ์	งบประมาณ
ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเชื่อมโยงการบริการทั้ง 3 ระดับ	มีระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	1. พัฒนา care manager และ caregiver ใน PCU 2. พัฒนา Dementia care team (สหสาขาวิชาชีพและ Dementia care manager) 3. พัฒนา tertiary dementia care team (สหสาขาวิชาชีพ และ tertiary care manager)	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (รูปเล่ม) 2. ระบบการส่งต่อข้อมูล (soft ware)	งบประมาณสนับสนุนจัดสร้างสถานบริการผู้ป่วยสมองเสื่อมและอุปกรณ์ตามระดับบริการ เช่น สถานบริการ day care

7.10 การพัฒนาเป็น package service

กลุ่มผู้สูงอายุ	package	outcome
ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ	1. การคัดกรองโรคสมองเสื่อม 2. กิจกรรมป้องกันและการให้ความรู้โรคสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและความรู้โรคสมองเสื่อม
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หรือ กลุ่ม MCI	1. กิจกรรมป้องกันการเกิดสมองเสื่อม 2. การติดตามประเมินภาวะสมองเสื่อมทุกปี 3. กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ	ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม	1. ได้รับการจัดทำ care plan และดูแลรักษาตามความรุนแรงของผู้ป่วย 2. ได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องตามระบบ LTC 3. กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ 4. รับรองความพิการ(หากต้องการ)	1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดทำ care plan และการดูแลระยะยาว 2. ลดการเกิดภาวะความรู้สึกรับภาระ (burden) ในผู้ดูแลและญาติ

7.11 การวัดผลลัพธ์ ของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

- 7.11.1 มีระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ
- 7.11.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
- 7.11.3 ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อม
- 7.11.4 ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการจัดการทำ care plan
- 7.11.5 ระดับความพึงพอใจและระดับความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ของผู้ดูแลและญาติ
- 7.11.6 มีกิจกรรมหรือการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป็นโรคที่ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม
- 7.11.7 วัดระดับความพึงพอใจของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
มีรายละเอียดการพัฒนา ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่
2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม
4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ
5. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ
6. ประสพการณ์เรียนรู้จากการดำเนินการ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่

ลักษณะพื้นที่



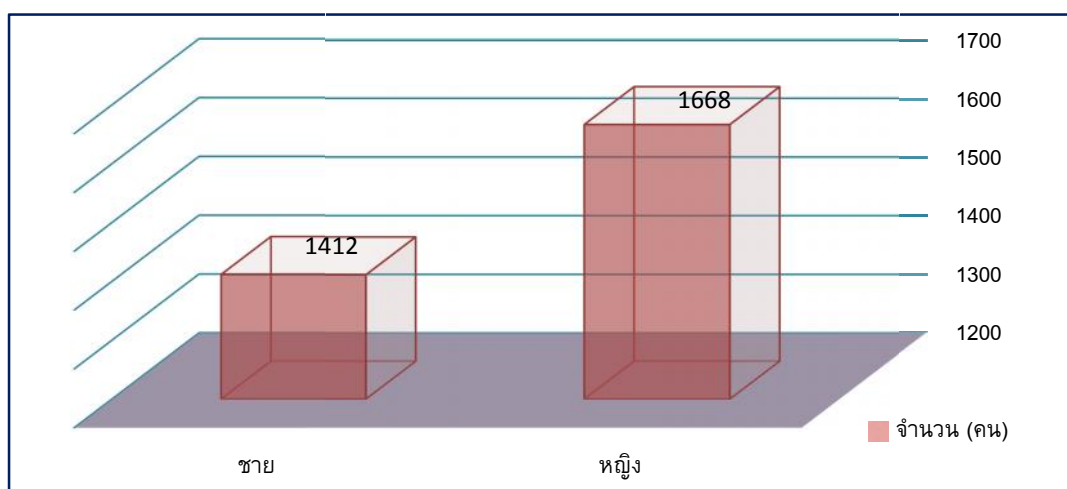
ตำบล	รพ. /รพ.สต.
ต.กุดตาเพชร	รพ.สต.กุดตาเพชร รพ.สต.หินลาว
ต.เขารวก	รพ.สต.เขารวก รพ.สต.วังทอง
ต.ลำสนธิ	รพ.สต. ลำสนธิ
ต.หนองรี	รพ.ลำสนธิ
ต.ชัยสมบูรณ	รพ.สต. ชัยสมบูรณ
ต.เขาน้อย	รพ.สต. เขาน้อย

ตำบลลำสนธิอำเภอลำสนธิจังหวัดลพบุรีอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดลพบุรี ห่างจากจังหวัดลพบุรีประมาณ 126 กิโลเมตร อำเภอลำสนธิจังหวัดลพบุรีนี้เป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งของโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร มีหลักเกณฑ์การเลือกพื้นที่คือ

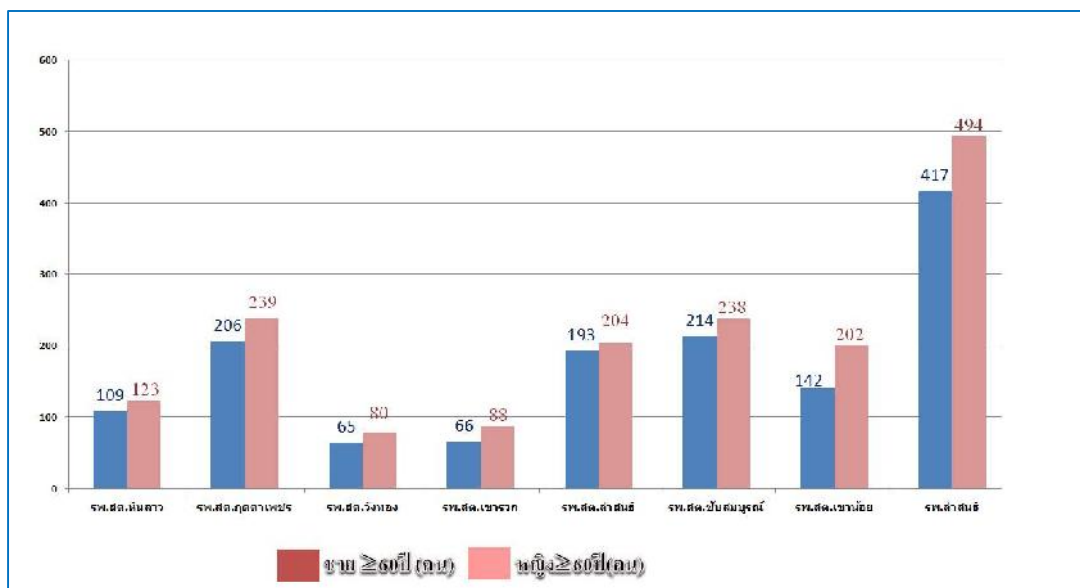
- เป็นพื้นที่ระดับอำเภอที่มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบทีมการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการต่อยอดระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Dementia on top Long-term care)

- เป็นพื้นที่เขตชนบทเพื่อเป้าหมายการนำใช้และพัฒนาเครื่องมือและ/หรือแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับพื้นที่เขตชนบทที่ศึกษา
- มีภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่สนใจและต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรร่วมกัน
- อำเภอลำสนธิมีรูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสมองเสื่อมเฉพาะด้านซึ่งการดูแลไม่สามารถใช้วิธีการดูแลแบบเดิมๆ ประชาชนไม่รู้จักสมองเสื่อมผู้ดูแลบางรายคิดว่าผู้ป่วยกำลังทำผู้ดูแลบางรายมีความวิตกกังวลมากและพบจำนวนที่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงถึงสถานการณ์สมองเสื่อมในอนาคต

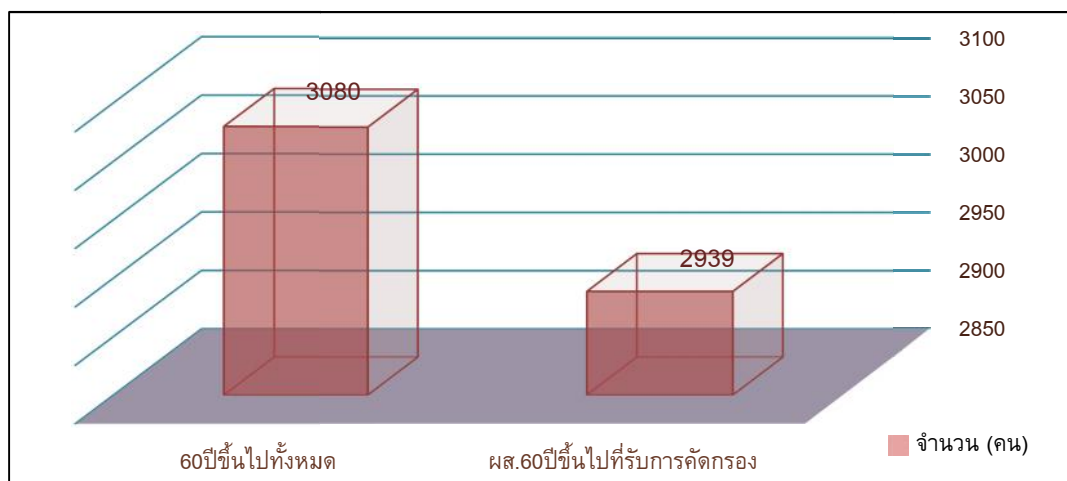
แผนภูมิภาพแสดงจำนวนประชากรอายุ ≥ 60 ปี อำเภอลำสนธิ จำแนกชาย หญิง



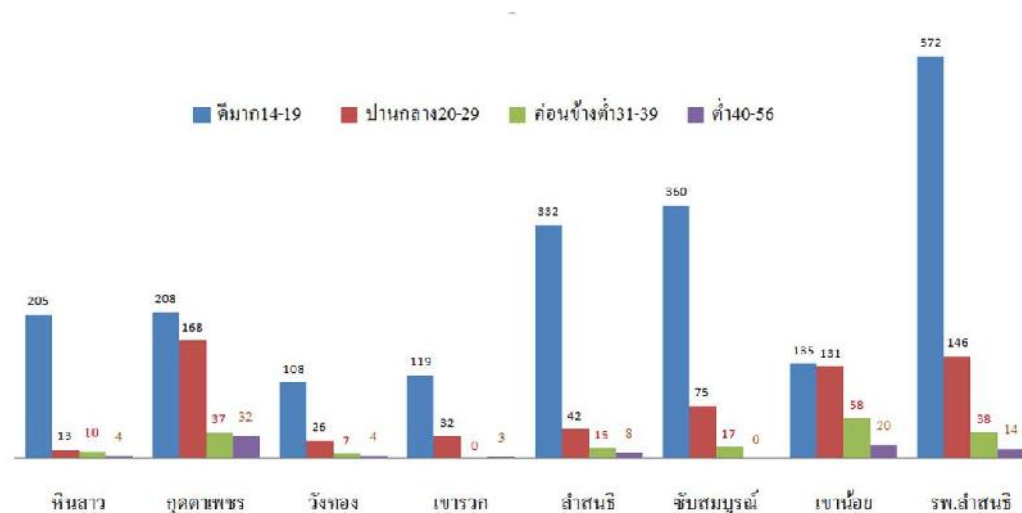
แผนภูมิภาพแสดงประชากรอายุ ≥ 60 ปี อำเภอลำสนธิ แยกรายตำบล



แผนภูมิภาพการเปรียบเทียบจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดและจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม อำเภอลำสนธิ



แผนภูมิภาพแสดงผลการคัดกรอง 14 ข้อคำถามประชากรอายุ ≥ 60 ปีอำเภอลำสนธิ แยกรายตำบล



2. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

2.1 สถานการณ์ในพื้นที่

ประเด็น	รายละเอียด
ระบบการดูแล/การเข้าถึงบริการ	ผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้โดยลำพัง จำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิดแต่เดิมจากสถานการณ์ในพื้นที่พบว่าหลายครอบครัวเข้าใจว่าอาการสมองเสื่อมเป็นอาการที่หลงลืมตามวัยทำให้ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ แต่จะเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวทนไม่ไหว หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่น ต่อมาเมื่อเข้าสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุจะถูกคัดกรองเข้าสู่ระบบทุกปี ทำให้เข้าสู่ระบบเร็วขึ้น
การคัดกรองและวินิจฉัย	แต่เดิมไม่มีการคัดกรอง เมื่อพบผู้ป่วย การดำเนินโรคมักเป็นระยะท้ายของสมองเสื่อมแล้ว ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้มาก ต่อมาเมื่อพัฒนารูปแบบมีการคัดกรองเข้าสู่ระบบ ซึ่งถูกคัดกรองด้วย 14 ข้อคำถามโดยอสม. จากนั้นกลุ่มที่คะแนนค่อนข้างต่ำ และต่ำ จะถูกบุคลากรทางสุขภาพประเมิน MMSE-Thai2002 สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนนน้อยกว่าจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม จะถูกส่งพบแพทย์ หากมีคะแนนมากกว่าจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

ประเด็น	รายละเอียด
	จะถูกส่งทำ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version เพื่อคัดกลุ่ม MCI ต่อไป ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบเร็วขึ้น ส่งผลให้สามารถชะลอความเสื่อมได้
องค์ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ	แต่เดิมไม่มีองค์ความรู้ ทำให้การดูแลเป็นด้วยความยากลำบากเพราะไม่เข้าใจผู้ป่วย ไม่เข้าใจผู้ดูแล ต่อมาบุคลากรทางสุขภาพได้รับการอบรมจากบุคลากรจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดีวิทยาลัยมหิดล โดยรับการอบรมทั้งในพื้นที่เอง และส่วนกลาง ทำให้สามารถพัฒนาระบบการดูแลให้มีรูปแบบ
องค์ความรู้ของประชาชน/ผู้ดูแล	ผู้ดูแลได้รับการอบรมจากบุคลากรจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลลำสนธิ ส่วนผู้ดูแลจะได้รับความรู้แบบ bedside training ที่บ้าน ในหัวข้อเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบเบ็ดเสร็จโดยชุมชน
ค่าใช้จ่าย	ในระยะ Phase แรกได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 120,000บาท ในส่วนอุปกรณ์กระตุ้นสมองนอกงบประมาณได้รับจากเงินบริจาค
ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง	การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นงานยาก หากไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาทิ ผู้ป่วยที่ต้องกายภาพบำบัดที่บ้าน หากโดยปกติจะสอนให้การบ้านไว้ฝึก แต่เมื่อรู้ว่ามีภาวะสมองเสื่อม อาจต้องให้ความรู้กับญาติเป็นหลัก หรือปัญหาพฤติกรรม ต้องคอยสังเกต เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องถูกคน เพราะลักษณะการดูแลแต่ละคนมักมีรูปแบบไม่ซ้ำกัน
ครอบครัว/ผู้ดูแล	ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ดูแลรอบด้าน โดยผู้ดูแลที่บ้านมีส่วนสำคัญมากในการดูแล การจัดการบริการให้เข้าถึงบริการ มีบุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้ ให้เป็นที่ปรึกษา และจัด Formal caregiver ช่วยแบ่งเบาภาระ จึงนับว่าช่วยให้ลดความเครียดของผู้ดูแลไปได้มาก
ชุมชน	เนื่องจากความคิดเดิมๆ ชุมชนเข้าใจว่าการสมองเสื่อมเป็นอาการที่หลงลิ้มตามวัย/เป็นผู้ป่วยจิตเวช การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ค้นหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และช่วยกันดูแล มี Alarm ชุมชนช่วยกันดูแลได้ดีขึ้น

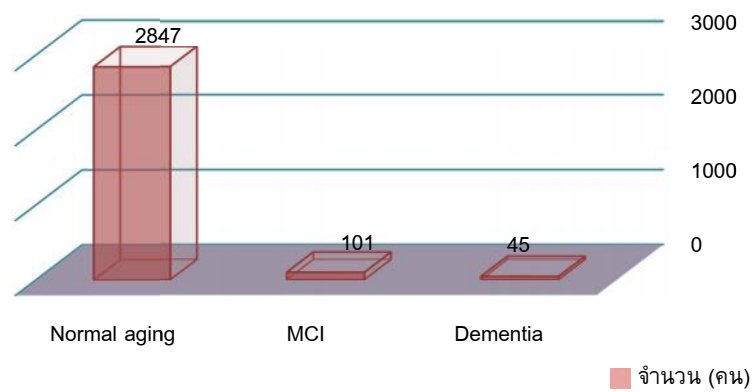
3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลหนองรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

แบบประเมิน	จำนวน (n/N)	ร้อยละ
ปกติ(14ข้อคำถาม<30+MOCA≥25)	2,847	90.84
MCI	101	3.22
Dementia	45	1.43
Other	141	4.51
รวม	3,134	100.00

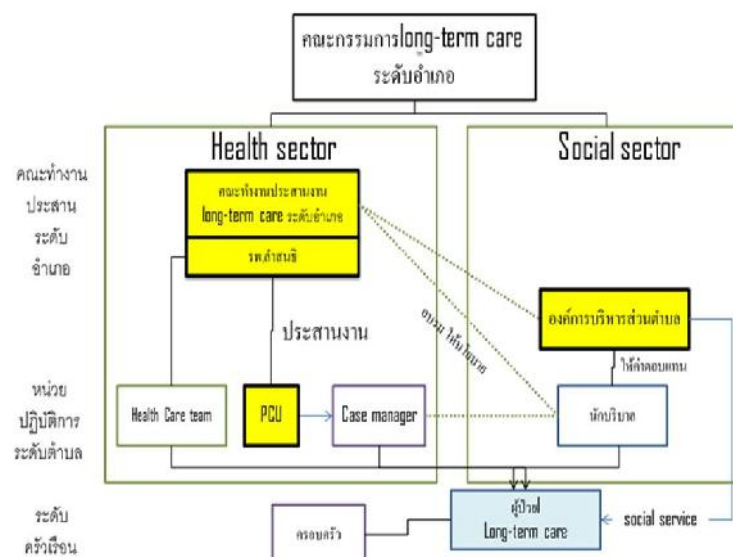
ข้อมูล ณ 23 มกราคม 2560

แผนภูมิภาพแสดงความชุกจากการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมตำบลหนองรี

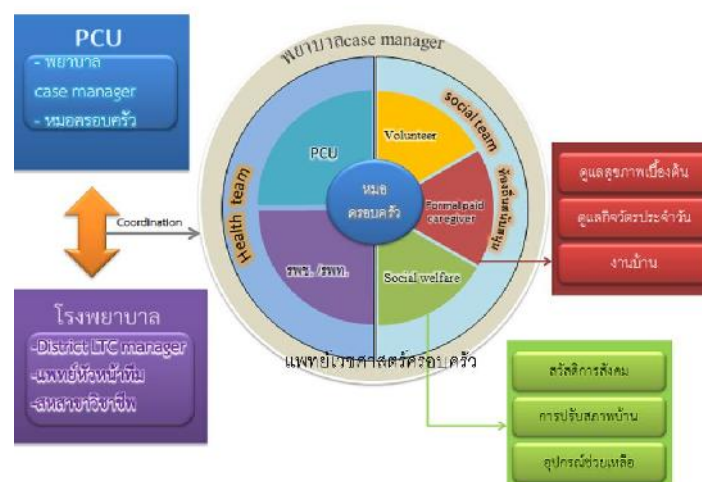


4. กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

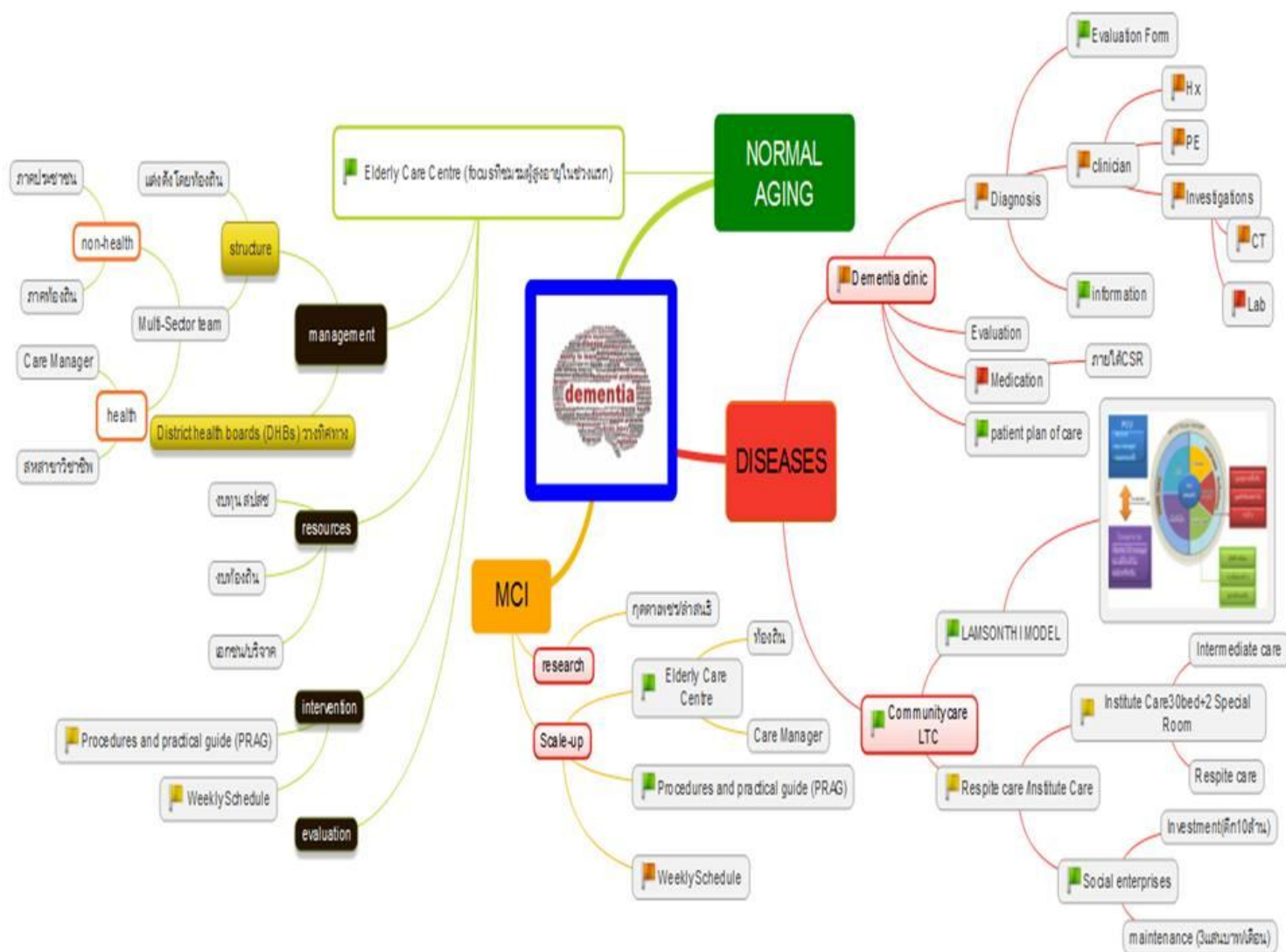
4.1 ระบบการดูแลระยะยาว ลำสนธิโมเดล



4.2 การดำเนินการดูแลระยะยาว ลำสนธิโมเดล



4.3 รูปแบบการพัฒนาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ลำสนธิโมเดล พลัส



4.4 กรอบการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร่วมกับลำสนธิโมเดล

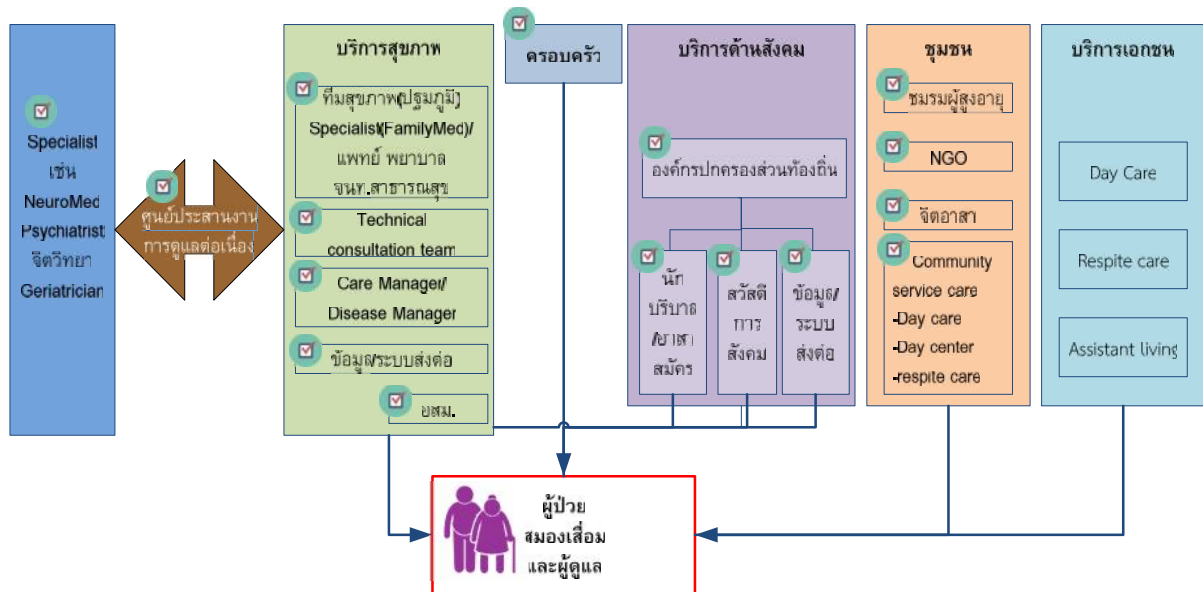


5. ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

5.1 ขั้นตอนและรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

กิจกรรม	รายละเอียด
คัดกรอง	กระบวนการก่อนเข้าร่วมโครงการ ไม่มีการคัดกรอง เมื่อพบผู้ป่วย การดำเนินโรคมักเป็นระยะท้ายของสมองเสื่อมแล้ว ดังนั้นจึงไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว กระบวนการหลังเข้าร่วมโครงการ 1. ประชุมทีมคณะทำงานพิจารณาแนวทางการดำเนินงานเพื่อสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา 2. สร้างภาคีเครือข่าย - ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ - จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โครงการและให้ความรู้/นิเทศการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม - สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม - ประชุมคณะทำงานและพื้นที่ ● ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้สูงอายุ 1. ทีมวิจัยพื้นที่คัดเลือกกลุ่ม และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ 2 ตำบลที่ศึกษาที่จะเข้าร่วมอบรมการใช้เครื่องมือ 2. จัดทำเอกสารประกอบการอบรม 3. อบรมการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4. ให้ผู้เข้าร่วมการอบรมทดลองใช้เครื่องมือโดยฝึกใช้กับผู้สูงอายุ ● ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่
การวินิจฉัย	ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (ผู้ที่ผ่านการคัดกรอง 14 ข้อคำถามเพื่อประเมินแบบ MMSE, MoCA โดยเจ้าหน้าที่)
การส่งต่อ-รักษา	ดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลพระนารายณ์

6. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเทียบกับ Model Dementia on top LTC



มิติ/ผู้เกี่ยวข้อง	ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
Specialist	พยาบาล APN สาขาชุมชน พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ ผู้ประสานงานและนักสังคมสงเคราะห์
ศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง	ทีมหมอครอบครัว
บริการสุขภาพ	- ทีมสุขภาพ :PCU Case manager - Technical consultation team:Long term care team - ข้อมูล/ระบบส่งต่อ : ระบบ DHS
ครอบครัว	- ญาติ ผู้ดูแล คนรอบข้าง ต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น - ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นได้
บริการด้านสังคม	นักบริหาร : การบริหารประจำวัน
ชุมชน	- ผู้นำชุมชน - เพื่อนบ้าน - จิตอาสา
บริการเอกชน	มูลนิธิริ้วฟ้าพัฒนา (Social Enterprise)

6. ประสบการณ์เรียนรู้จากการดำเนินงาน

6.1 ประสบการณ์การเรียนรู้จากการดำเนินงาน

ประเด็น	รายละเอียด
ผลการดำเนินงาน	- อำเภอลำสนธิมีรูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสมองเสื่อมเฉพาะด้านซึ่งการดูแลไม่สามารถใช้วิธีการดูแลตามแบบเดิมๆประชาชนไม่รู้จักสมองเสื่อมผู้ดูแลบางรายคิดว่าผู้ป่วยกำลังทำผู้ดูแลบางรายมีความวิตกกังวลมากและพบจำนวนที่มากขึ้นเรื่อยๆซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงถึงสถานการณ์สมองเสื่อมในอนาคตการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันจึงเกิดเครือข่ายทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็งและผูกพัน ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลในพื้นที่ผสมผสานรวมกับ Lamsonthi model - การเชื่อมโยงกับระบบการพัฒนา LTC ของประเทศ และ Model Dementia on top LTC “ลำสนธิ โมเดล+ พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแล Dementia” - ลำสนธิ ณ วันนี้...สู่ลพบุรีโมเดล “โครงการลพบุรีโมเดล” เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนพื้นที่แบบบูรณาการ โดยการนำของผู้อำนวยการจังหวัดลพบุรี ภายใต้ยุทธศาสตร์ “ส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับพื้นที่ระดับตำบลด้วยการทำงานเป็นเครือข่ายในระดับอำเภอภายใต้การจัดการแบบ Primary Care Cluster โดยอาศัยหลักการ “ผสมผสานกลมกลืนทุกภาคส่วน” จนนำไปสู่การยกระดับของคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของคนในทุกๆกลุ่มวัย โดยในระยะแรกจะเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กๆ ภายใต้สโลแกน “คนลพบุรีไม่ทอดทิ้งกัน”
ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย	- ระดับจังหวัด : ใช้ authority ของจังหวัดในการขับเคลื่อน : กรณีศึกษาลพบุรีโมเดล - ระดับประเทศ/ กระทรวง : เนื่องจากขณะนี้รัฐมีการจัดงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการดูแลในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งติดบ้านและติดเตียงมีการออกแบบบริการเพื่อดูแล ผ่านcare plan ในระดับพื้นที่ จะประสบความสำเร็จอย่างมากในการวางแผนดูแล โดยเฉพาะ 1,063 พื้นที่นำร่องที่ต้องดูแลในกลุ่ม2ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการเป็นอย่างมาก ต้องแทรกซึมไปได้ - สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ/ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : สนับสนุนการพัฒนาระบบบูรณาการด้านสังคม+สุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งทั้งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสมองเสื่อมยุทธศาสตร์แสงเลเซอร์
ผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ภายหลังการดำเนินการในระยะที่ 1	- เกิดระบบพื้นฐานของการดูแลสมองเสื่อมโดยการดูแลตั้งแต่ในกลุ่มภาวะปกติภาวะที่มีความบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม - ในกลุ่มภาวะปกติส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆเช่นชมรมผู้สูงอายุทำให้มีกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่นทำให้มีการคิดโต้ตอบมีการระลึกถึงความทรงจำทั้งในอดีตและในปัจจุบันซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิดและทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น - ในภาวะที่มีความบกพร่องเล็กน้อยมีการทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระเบียบวิธีวิจัยผลเบื้องต้นพบว่าการให้โปรแกรมอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิดและการรวมกลุ่มทำให้กลุ่มมีความผูกพันช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่งและทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น - ในกลุ่มมีภาวะสมองเสื่อมมีการบูรณาการกันกับทีมการดูแลผู้ป่วยระยะยาวซึ่งเป็นการทำงานระหว่างทีมสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลระยะยาวโดยเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือเยียวยาพัฒนาคุณภาพชีวิตและเพิ่มสถานะสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งผู้สูงอายุและไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุโดยมีทีมงานที่ให้การดูแลที่บ้านทั้งในด้านสุขภาพด้านกิจวัตรประจำวันและบริการช่วยเหลือด้านสังคมโดยการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยสมองเสื่อมครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมและทีมดูแลระยะยาวของอำเภอลำสนธิอย่างไรก็ตามระบบบูรณาการการดูแลระยะยาวของอำเภอลำสนธิในปัจจุบันซึ่งมี

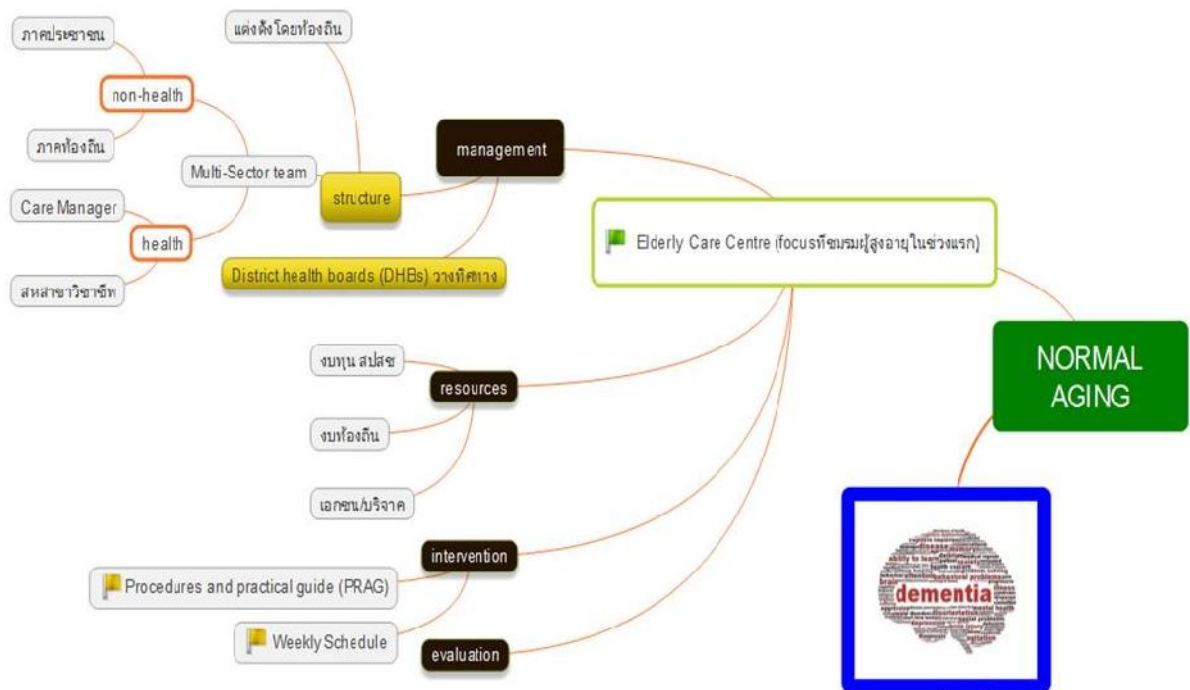
ประเด็น	รายละเอียด
	เพียงการดูแลที่บ้านและชุมชนยังไม่สามารถดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีญาติซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อยอดต่อไปในอนาคตโดยต้องมีงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม - โดยใช้เกณฑ์การประเมินด้วยดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) คะแนนเต็ม 20 คะแนนร่วมกับการประเมินกิจวัตรประจำวันหรือ ADL แบ่งได้เป็น 2 ระดับคือกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic ADL) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้าการรับประทานอาหารการเข้าห้องน้ำและอาบน้ำกิจกรรมประเภทนี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระพอสมควรภายในบ้านหรือที่พักอาศัยเครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่นิยมนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยคือดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ส่วนอีกระดับคือกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental ADL) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนเช่นการไปจ่ายตลาดการใช้บริการขนส่งสาธารณะเช่นรถประจำทางหรือรถสองแถวและความสามารถในการประกอบอาหารเป็นต้น ร่วมกับแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai2002 - มีฐานข้อมูลคัดกรอง 14 ข้อคำถามโดยอสม. การคัดแยกผลการประเมินเข้าโดยพยาบาลทั้งอำเภอลำสนธิ และผลการคัดแยกกลุ่มโดยทีมคณะทำงานสมองเสื่อมอำเภอลำสนธิในพื้นที่ 2 ตำบล (ตำบลลำสนธิและตำบลกุดตาเพชร) - บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาศักยภาพด้านการตระหนักปัญหาในการประเมิน/ คัดกรอง/ คัดแยก/วินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวภาคีสังคมตระหนักถึงปัญหาและแสวงหาแนวทางในการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น

6.2 การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในระยะที่ 2

ระยะ	ผลการดำเนินงาน
ระยะที่ 1	- พัฒนารูปแบบการดูแลสมองเสื่อมในพื้นที่ ทั้งในกลุ่ม ปกติ เสี่ยง ป่วย - หาแหล่งทุนสนับสนุน - ขยายสู่ลพบุรีโมเดล
ระยะที่ 2	ลดข้อจำกัดที่มี โดย - พัฒนา Elderly Care Centre - จัดทำProcedures and practical guide (PRAG) - พัฒนาDementia clinic - Institute care - Day care respite - ได้รูปแบบการดูแลสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ชัดเจน
ระยะที่ 3	- Training center - แหล่งฝึกอบรมบุคลากรผู้ดูแลทั้งที่ผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพและนักบริบาลให้มีทั้งทักษะวิธีคิดและหัวใจของการไม่ทอดทิ้งกัน - Institute care - Community long-term care system โดยใช้หลักคิดแบบ SE

6.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. กลุ่มสุขภาพดี

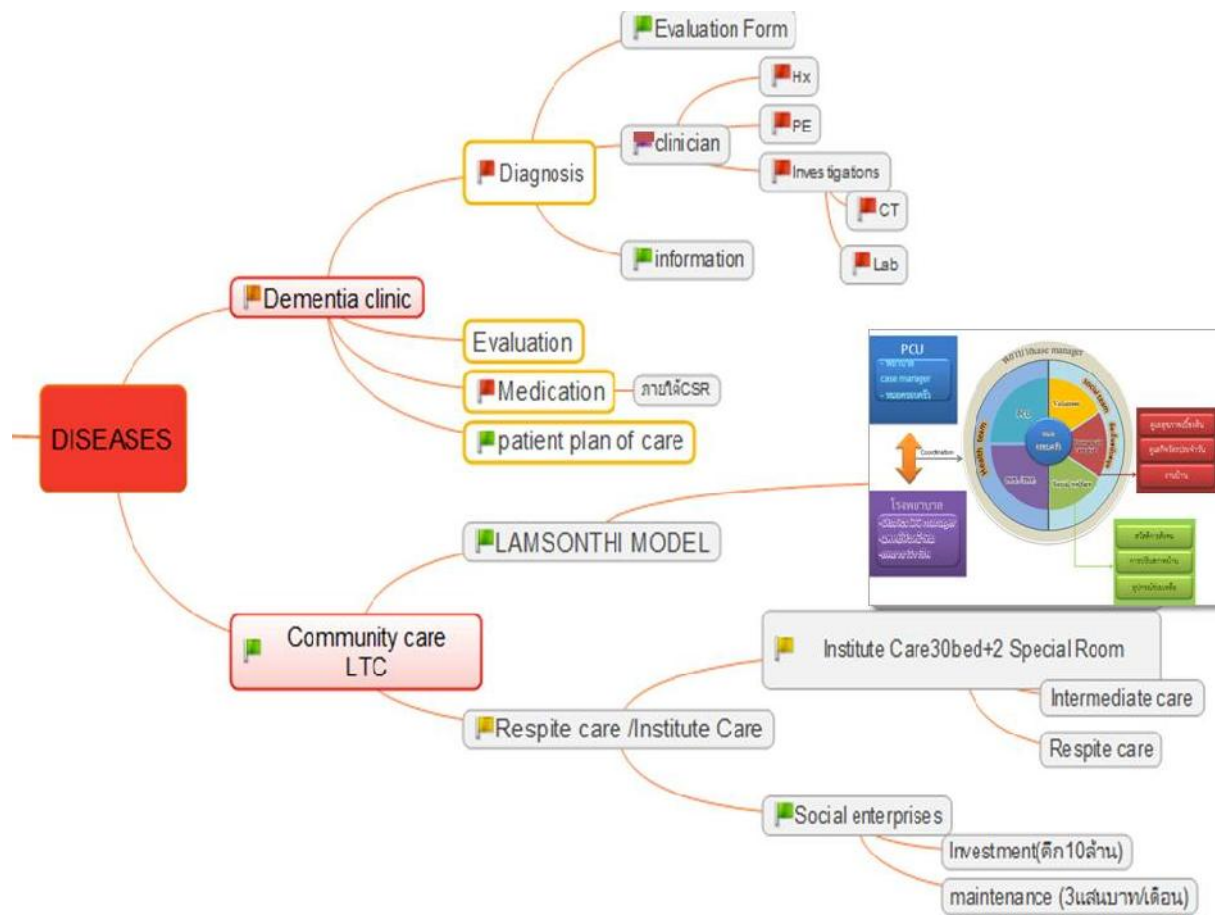


2. กลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก (MCI)



3. กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Lamsonthi model plus



6.4 การดำเนินงานพัฒนาปรับเปลี่ยนการดูแล

6.4.1 กระบวนการดำเนินงานด้านระบบบริการ

ระดับการดูแล	กระบวนการ	รักษาโดยไม่ใช้ยา	รักษาโดยใช้ยา	ผลลัพธ์
Primarycare	ผู้สูงอายุถูกคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยอสม. จากนั้นกลุ่มที่คะแนนก่อนข้างต่ำ และต่ำ จะถูกบุคลากรทางสุขภาพประเมิน MMSE-Thai2002 - ในกลุ่มที่มีคะแนนMoCA ปกติ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - ในกลุ่มที่มีคะแนนMoCA ผิดปกติ กระตุ้นตามโปรแกรมตามการรับรู้ข้อมูล 5 ด้าน (มีคู่มือดำเนินการ)	เข้ากลุ่มกระตุ้น	-	สามารถชะลอความเสี่ยง
Secondary care	- ผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่าจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม จะถูกส่งทำ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) แล้วส่งคะแนนทั้งผิดปกติ และปกติเพื่อให้ Primarycare ดำเนินการกระตุ้นให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่ม	-	กลุ่ม มี ปัญหา พฤติกรรมส่งพบจิตแพทย์ในคลินิกจิตเวชซึ่งมีเดือนละ 1 ครั้ง	ในบางรายทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น แต่บางรายทำให้ผู้ป่วยติดเตียง
Tertiary care	-	-	-	-

6.4.2 กระบวนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว

กลุ่มผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ความต้องการ / ภาระการทำงาน
ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัว	ต้องการทราบแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นสมองเสื่อมในครอบครัวของตนเอง
จำนวนเคส/ภาระงานที่มี	มีการจัดสรรการดูแลแบ่งตามพื้นที่ตำบลที่รับผิดชอบ นอกจากบุคลากรทีมสุขภาพที่เป็นหมอครอบครัวและทีมแล้ว ยังมีภาคีเครือข่ายร่วมด้วย
ผลลัพธ์ที่ครอบครัวคาดหวัง	ความกังวลในการดูแลลดลง เพราะทราบว่าเป็นอย่างไร ต้องดูแลอย่างไร
ผลลัพธ์ที่เจ้าหน้าที่คาดหวัง	ป้องกัน/ชะลอการเกิดสมองเสื่อม/ช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ญาติในการจัดการพฤติกรรมที่เกิดจากสมองเสื่อมได้



6.5 การพัฒนาบุคลากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ

6.5.1 การพัฒนา Dementia care manager

พื้นที่	การดำเนินงานในพื้นที่ (process)		มีการดำเนินการมากน้อยแค่ไหน ได้ประโยชน์อย่างไร
	CM	DCM	
รพ.สต.	7 พื้นที่	-	การดูแลการคัดกรอง 14 item การทำ MMSE
ระดับอำเภอ			มีบุคลากรสุขภาพ 8 คน เป็นผู้ทำ MoCA ก่อนส่งพื้นที่ตำบลดำเนินการ กระตุ้นให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่ม

6.5.2 บุคลากรในทีมที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน Dementia care

จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ

Term	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.	เคยผ่านการอบรม
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ	-	-	-	-
แพทย์ระบบประสาท (Neuro medicine)	-	-	-	-
เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ทั่วไป (สนใจ) (Family medicine/GP)	-	✓	-	-
จิตแพทย์ (Psychiatrist)		✓	-	
พยาบาล (Nurse)	✓	✓	-	✓
ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary term)	นักกายภาพบำบัด	-นักกายภาพบำบัด 3 คน -นักจิตวิทยา 1 คน -นักโภชนาการ 1 คน	-	✓

6.6 การดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

6.6.1 ระดับ Primary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./ รพศ.		
Screening dementia	✓	✓	-	2,939 ราย	
Patient to confirm diagnosis	-	✓	-	9 ราย	จิตแพทย์มาเดือน ละ 1 ครั้ง
Intervention and CP	✓ ชมรมผู้สูงอายุ	✓ 1.เต็มรูปแบบที่ลำสนธิ 2.หนองรี 1 ครั้ง	-	1. ลำสนธิ 110 ราย 2. หนองรี 40 ราย	เดือนละ 1 ครั้ง
การวางแผน CP	4 พื้นที่	✓	-	กำลังดำเนินการ	-
การทำ CP ร่วมกัน ระหว่าง specialist และรพช.	4 พื้นที่	✓	-	กำลังดำเนินการ	-



Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome	หมายเหตุ
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
การติดตามและประเมิน outcome	14 item MMSE	Pre-post test MMSE	-	-14 item ผิดปกติ 267ราย - Pre-post test กำลังดำเนินการ	

6.6.2 ระดับ Secondary care

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			outcome
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.	
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication)	✓	✓	-	มีรูปแบบการดูแลของอำเภอลำสนธิ Lamsonthi Model
ระบบ networking of geriatric care	✓	✓	-	
ระบบ Consultation	✓	✓	-	
ระบบ refer	✓	✓	-	

6.6.3 ระดับ Specialized cares

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ			Outcome	หมายเหตุ (ระบุสถานที่จัดตั้ง)
	รพ.สต.	รพช.	รพท./รพศ.		
Day care/Day Hospital	-	เปิด กค 60	-	เปิด กค 60	รพ.ลำสนธิ
Day center	-	-	-		
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓	-	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ลำสนธิ,หนองรี

6.6.4 ระดับ Specialized long term care

บทบาท/จุดแข็งของ	outcome
ระบบการดูแล ระดับ 1 and 2 care	1. การจัดทำ care plan ในผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. technical care : ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และสหสาขาวิชาชีพ 3. การดูแลแบบเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละบุคคล 3.1.การเพิ่มศักยภาพสมอง 3.2.การฝึกการใช้กล้ามเนื้อ เช่น การฝึกการใช้มือ 3.3.การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ไขหรือลดปัญหา BPSD 3.4.เพิ่ม social training 3.5.มีนักบริบาลไปช่วยดูแล เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล 4. พัฒนาให้ผู้ดูแลรู้จักการกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมอง และนำกิจกรรมมาฝึกให้ผู้ดูแลสมองเสื่อมที่บ้าน



บทบาท/จุดแข็งของ	outcome
ระบบการดูแล ระดับ community	1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 1.1. Physical environment เช่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การเดินออกจากบ้าน 1.2. Biological environment เช่น การปรับปรุงบ้านให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ถูก สัญลักษณ์ 2. การกระตุ้นศักยภาพสมองของผู้ป่วยที่บ้าน 3. Special community care : 3.1. การดูแลแบบ respite care ที่บ้านมีนักบริบาลสลับไปช่วยเหลือดูแลในบางวัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้ไปพักหรือทำภารกิจส่วนตัว ลดภาระที่จะเกิดกับผู้ดูแล 3.2. การดูแลแบบ community care ชุมชนเป็นรั้ว เช่น กรณีผู้ป่วยเดินหลง หายไป ชุมชนที่อยู่รอบจะช่วยเหลือเป็นหูเป็นตา แจ้งข่าว และส่งผู้ป่วยกลับ
ระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อมกับระบบ LTC ในพื้นที่	1. Special community care : - การดูแลแบบ day care จะพัฒนาขึ้นเพื่อลดภาระการดูแลในครอบครัวที่ผู้ดูแลและญาติ ต้องไปประกอบอาชีพ 2. พัฒนาระบบการดูแลแบบ hospice care 3. การดูแลแบบ respite care ที่บ้านมีนักบริบาลสลับไปช่วยเหลือดูแลในบางวัน เพื่อให้ ผู้ดูแลได้ไปพักหรือทำภารกิจส่วนตัว ลดภาระที่จะเกิดกับผู้ดูแล

6.7 ตัวชี้วัดระดับ care system ในพื้นที่

- 6.7.1 มีทีมระดับอำเภอสนับสนุนทีมระดับตำบล
- 6.7.2 มีทีมด้านสังคมสนับสนุน
- 6.7.3 มีระบบการชะลอก่อนเป็น dementia

6.8. Network ที่พัฒนาขึ้น

- 6.8.1 มีระบบการดูแล dementia เป็น service plan อีกสาขา
- 6.8.2 call center คล้ายศูนย์พิชิตวิทยา สำหรับให้คำปรึกษา

6.9. การพัฒนา Care model

Care Model (process)	outcome	บุคลากร	อุปกรณ์	งบประมาณ
การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุแบบมี ทิศทางและวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการรวมกลุ่มที่ชัดเจนว่า เป็นการกระตุ้นสมองด้านใด ดีกว่าการรวมกลุ่มแล้วทำกิจกรรม แบบไร้จุดหมาย	ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรม ร่วมกับผู้อื่นสม่ำเสมอ ชะลอการ เป็นสมองเสื่อม เพราะหากรอ จนถึงระยะท้ายมักพบปัญหาที่ เฉพะและซับซ้อน แก้ไขยากกว่า	5-10คน	อุปกรณ์ ตาม กิจกรรมที่ ต้องกระตุ้น	ตามราคาอุปกรณ์ เป็นส่วนใหญ่



6.10. การพัฒนาเป็น package service

กลุ่มผู้สูงอายุ	package	outcome
ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ	1. การคัดกรองโรคสมองเสื่อม 2. กิจกรรมป้องกันและการให้ความรู้โรคสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและความรู้โรคสมองเสื่อม
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หรือ กลุ่ม MCI	1. กิจกรรมป้องกันการเกิดสมองเสื่อม 2. การติดตามประเมินภาวะสมองเสื่อมทุกปี 3. กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ	ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม	1. ได้รับการจัดทำ care plan และดูแลรักษาตามความรุนแรงของผู้ป่วย 2. ได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องตามระบบ LTC 3. กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ 4. ใ้บริการความพิการ(หากต้องการ)	1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดทำ care plan และการดูแลระยะยาว 2. ลดการเกิดภาวะความรู้สึกรับภาระ (burden) ในผู้ดูแลและญาติ

6.11 การวัดผลลัพธ์ ของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

6.11.1 ด้านปริมาณ

- 6.11.1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 80
- 6.11.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 100
- 6.11.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ร้อยละ 100

6.11.2 ด้านคุณภาพ

- 6.11.2.1 มีนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



ภาคผนวก

ตารางเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบ (Process)

ระดับ	ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
Primary	1.การสร้างความตระหนัก ให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรทีมสุขภาพ อสม. โดยทีมวิทยากรจากส่วนกลางและวิทยากรในพื้นที่ 2. จัดทำปฏิทินชุมชนการดำเนินการงานประจำปี 3.การคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ 14 ข้อคำถาม 4.การคัดแยกร่วมกันระหว่าง DCM ของแต่ละตำบล 5.เข้าร่วมการวินิจฉัยจากทีมสภาลูกขุน 6. การฝึกอบรมผู้ดูแลในชุมชน เรื่อง กิจกรรมกระตุ้นสมอง การดูแลที่บ้าน/ในชุมชน 7.ดำเนินโปรแกรมการกระตุ้นสมองกลุ่ม MCI 8.DCM ของแต่ละตำบลดำเนินการเยี่ยมบ้านเพื่อจัดทำ Care Plan และจัดทำแบบประเมินสภาพความเป็นจริงโดยการมีส่วนร่วมของทีมไตรภาคี	1.Screeningมีการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดย อาสาสมัครผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม และมีการประเมิน MMSE และ MoCAโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. Home care เยี่ยมบ้านโดย Care Managerเน้นการประเมินสุขภาพทั่วไป พร้อมทั้งมีกิจกรรมกระตุ้นสมองสำหรับกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 3. community care มีการดูแลร่วมกับ อปท. ดูแลด้านสังคม สิทธิต่างๆและสภาพแวดล้อม 4. DHS บูรณาการร่วมกับ LTC 5. FCT/caregiverดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน	1.Screening dementia -คัดกรองโดย อสม.ที่ได้รับการฝึกอบรม 2.Confirm diagnosis - โดย Dementia care manager team (แพทย์และและพยาบาล)ทำการประเมินเครื่องมือที่ใช้ (TGDS, MMSE ,MOCA) 3.การจัดทำ CP -Dementia care manager team และ caregiver ร่วมกันจัดทำ care plan ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ พร้อมผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแล 4.การทำ Care conference -ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันอภิปรายในการดูแลผู้ป่วย 5. การติดตามและประเมิน outcome - Care manager หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ปฏิบัติตาม care planมีการประเมินผลการดูแลตามที่ได้ตกลงบริการกับ ผู้ป่วยและครอบครัว	1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดย อสม.และ MMSE-Thai 2002 โดย CM ในแต่ละตำบล 2. จัดให้มีการเข้ากลุ่มเพื่อกระตุ้นสมองตามโปรแกรมการรับรู้ข้อมูล 5 ด้าน
Secondary	1.DCC ของ รพ.บ้านฝาง ประสานกับ DCM ของแต่ละตำบลในการส่งผู้ป่วย เข้าร่วมการวินิจฉัยกับ “ทีมสภาลูกขุน”	1. Cognitive Stimulationกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมองสำหรับผู้ที่มีปัญหาสมองบกพร่องในระยะแรก	1.การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication) - Care manager หรือเจ้าหน้าที่ ได้ปรึกษาวางแผนการดูแลกับแพทย์หรือdementia care	1. ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หรือสงสัย MCI ได้รับการประเมิน MoCA

ระดับ	ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
	2. DCC รับการส่งต่อจากคลินิกโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยจากทีมสภากาชาด 3.DCC วางแผนร่วมกับ DCM ของแต่ละพื้นที่วางแผนการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อในรายที่มีปัญหาซับซ้อน	(MCI) 2. Non pharmacology มีระบบการจัดการดูแลทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันผ่านการบริหารจัดการและประสานความร่วมมือโดย care manager 3. assessment มีการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม 4. Geriatric Clinic คลินิกผู้สูงอายุเปิดบริการสัปดาห์ละครั้ง มีการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ หากเกินศักยภาพจะส่งต่อไปยัง รพ.สุราษฎร์ธานีและมีวางแผนดูแลร่วมกับครอบครัว 5. ทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้าน Patient care team /Family care team/Case manager	manager นำแนวทางการรักษานำมาใช้กับผู้ป่วยและญาติ 2.ระบบ networking of geriatric care 3.ระบบ Consultation - ยังไม่มีระบบอย่างเป็นทางการ ใช้การติดต่อส่วนตัวในการปรึกษา 4. ระบบ refer - แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์แพทย์ชุมชนแจ้งปรึกษาต่อจิตแพทย์หรือพยาบาลกลุ่มงานจิตเวชส่งตัวผู้ป่วยตามคำแนะนำโดยใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข	2. คัดข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อดำเนินการกระตุ้นให้เหมาะสมกับอาการ 3. กลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม จะส่งพบจิตแพทย์ในคลินิกจิตเวช
tertiary	1.วินิจฉัยร่วมกับทีมสภากาชาด 2.ประสานงาน ส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลขอนแก่น 3. การประสานและให้คำปรึกษา (ไม่เป็นทางการ ทางโทรศัพท์ โน้ต อีเมล และช่องทางอื่นๆ) 4. จัดทำฐานข้อมูลการประสานการรับ-ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการให้คำปรึกษา	1. Assessment / Multidisability care team มีการประเมินผู้ป่วยแบบ comprehensive assessment แล้วส่งพบแพทย์ 2. Pharmacology / non-pharmacology 3. Memory clinic มีระบบรับส่งต่อการดูแลที่เชื่อมโยงกันโดยทีม specialist ใน	1. จิตแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมซับซ้อน ร่วมอายุรแพทย์ด้านระบบประสาท 2. ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาจากทีม tertiary dementia care manager team 3. ญาติหรือ caregiver ได้รับการดูแลจาก dementia care team 4. เชื่อมต่อข้อมูลการรักษาและ care plan โดย	-



ระดับ	ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
		ลักษณะ one stop service โดยมีการประสานกันระหว่าง Nurse co-dinator และ care manager 4. Geriatric clinic คลินิกผู้สูงอายุ มีการคัดกรองประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามหลักเวชศาสตร์สูงอายุ	ผ่านโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Thai COC) 5. ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาล 6. Dementia care team ลงดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่บ้านของผู้ป่วยและสถานบริการปฐมภูมิ	

ตารางเปรียบเทียบการวัดผลลัพธ์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบ (outcome)

ขอบข่าย	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
การจัดบริการ Patient outcome 1. Cognitive Function คงเดิมหรือดีขึ้น 2. สามารถควบคุมอาการ BPSD ได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว 3. มีอนามัยดี (ภาวะโภชนาการ/สุขวิทยา/อื่นๆ) Patient Safety 1. มีการจัดการปัญหาผู้ที่หลงทางโดยชุมชน 2. ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน – หกล้ม หรือได้รับอันตราย Family or Caregivers' outcome 1. ผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่มีผลกระทบหรือภาระจากการดูแล 2. มีผู้ดูแลทดแทนเมื่อจำเป็น 3. ได้รับการช่วยเหลือเรื่องอาชีพ 4. มีบริการสนับสนุนเมื่อจำเป็น	1. ผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม -functional:ADL -cognitive:MMSE-T -QoL:SF-36 2.ผู้ดูแล -NPI -QoL:SF36 - Zarit 3.ระบบการดูแล - ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80	1. ระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการทุกระดับที่มีคุณภาพ 2. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อม 4. ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลตามcare plan 5.ผู้ดูแลและญาติมีความรู้สึกเป็นภาระ(burden) ลดลง 6. นวัตกรรมหรือการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป็นโรคที่ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม 7. ความพึงพอใจของระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ด้านปริมาณ 1.ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 80 2. ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 100 3. ร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ร้อยละ 100 ด้านคุณภาพ 1. มีนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2. มีระบบการดูแลระยะยาวที่เข้มแข็ง

ตารางเปรียบเทียบ Indicator ของ Care system จากพื้นที่ต้นแบบ

ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
ระบบคัดกรอง / แยก 1. มีระบบคัดกรองคัดแยกในแผนงานประจำปี โดยใช้เครื่องมือช่วยประเมินคัดกรอง 2. มีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ปกติ MCI DT) 3. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองครอบคลุม 80% ระบบการตัดสินใจความต้องการ 4. มีระบบตัดสินใจความต้องการการดูแลแบบไตรภาคี() 5. มีบริการการดูแลติดตามผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่ม Dementia ในรูปแบบ Group care plan 6. มีบริการการดูแลและติดตามผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล ครอบครัว ในรูปแบบ Individual care plan 7. มีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น 8. ชุมชนมีส่วนในการเฝ้าระวัง	1. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินและคัดกรองสมองเสื่อม 2. บุคลากรสุขภาพมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 3. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลและการส่งเสริมการใช้ศักยภาพตนเองจากทีมสหวิชาชีพ 4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแล มีภาระการดูแลลดลง 5. มีนวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่และเป็นต้นแบบสำหรับศึกษา ดูนาน ให้ความรู้แก่พื้นที่อื่นในภูมิภาค 6. พัฒนาคู่มือสำหรับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจร 7. ระบบส่งต่อช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน	1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและประเมินเพื่อวินิจฉัยสมองเสื่อม 2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม 3. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลตาม care plan โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการประเมินอาการหลังจากได้รับการรักษาและดูแลตาม care plan	1. มีการคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อมโดยใช้ 14 ข้อคำถาม และ MMSE-Thai2002 2. มีการจัดทำ Care Plan สำหรับดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3. มี Care service ในระดับ Institute โดยมีทั้งการใช้ยาเพื่อรักษาอาการ และการใช้กิจกรรมกระตุ้นสมอง 4. มี Care service ระดับ community โดยใช้ Lamsonthi Plus Model ซึ่งประกอบด้วย นักบริบาล และทีมหมอครอบครัว (FCT) ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



ตารางเปรียบเทียบการพัฒนา package serviceในพื้นที่ต้นแบบ

ประเภท	ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
ผู้สูงอายุกลุ่มปกติ	1.จัดบริการชุดการคัดกรองผู้สูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม) 2. ชุดบริการฟื้นฟูความจำ	1.ชุดคัดกรองประเมิน ผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2.ชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	1.ชุดบริการการคัดกรองโรคสมองเสื่อม 2.ชุดกิจกรรมป้องกันและการให้ความรู้โรคสมองเสื่อม	ชุดคัดกรองโรคสมองเสื่อม (14 ข้อคำถาม และ MMSE-Thai 2002)
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หรือ กลุ่ม MCI	1. ชุดการวินิจฉัย –รักษา – ส่งต่อ (การวินิจฉัย – รักษา)โดยการส่งต่อจากพื้นที่ สู่ รพ.บ้านฝาง 2.ชุดบริการฟื้นฟูความจำ	1.ชุดบริการรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. ชุดบริการฟื้นฟูศักยภาพสมอง	1. ชุดบริการวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยสมองเสื่อม 2.ชุดบริการติดตามประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 3. .ชุดกิจกรรมป้องกันและการให้ความรู้โรคสมองเสื่อมแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ	กิจกรรมป้องกันและการกระตุ้นสมอง
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม	1. ชุดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุ(ภาวะสมองเสื่อม) และครอบครัวในชุมชน 2. ชุดการดูแลระยะยาวในชุมชน 3.ชุดบริการดูแลยามกลางวัน (ในศูนย์ฟื้นฟูความจำในชุมชน) 4. ชุดบริการส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับสังคม/บริการยานพาหนะรับ-ส่ง	1.ชุดบริการการดูแลรักษาแบบครบวงจร 2. ชุด บริการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	1. ชุดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามcare plan 2.ชุดบริการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องตามระบบ LTC 3. .ชุดกิจกรรมป้องกันและการให้ความรู้โรคสมองเสื่อมแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ	ได้รับการบริการตาม Lamsonthi plus Model คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว

ตารางเปรียบเทียบปัญหาอุปสรรคพื้นที่ต้นแบบ

ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
- ยังไม่มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในสถานบริการและในชุมชน - มีเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย (คัดแล้วกอง) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมการดูแลสุขภาพและเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - มีความยากลำบากด้านระยะทางและในการพาผู้ป่วยสมองเสื่อมไปรับบริการในระดับตติยภูมิตามสิทธิบัตร - บุคลากรทีมสุขภาพ ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม - บริการระดับตติยภูมิยังมุ่งเน้นการรักษา (ด้วยยา) มากกว่าการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม และยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง/และอย่างเป็นองค์รวม - องค์ความรู้ประชาชน/ผู้ดูแล ยังไม่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (ส่วนใหญ่คิดว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ และถ้ามีพฤติกรรมผิดปกติ มักจะเข้าใจว่าเป็น ความผิดปกติทางจิต หรือ ฝัน)	- ไม่มีแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นระบบ - ไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน - บุคลากรด้านสุขภาพไม่มีองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียง 1 -2 คน - ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง - ประชาชน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันที่ถูกต้อง การได้รับความรู้ยังได้รับเฉพาะกลุ่มป่วย - ครอบครัวและผู้สูงอายุทั่วไปไม่เห็นความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม - ไม่มีหน่วยงานช่วยสนับสนุนด้านการดูแล ไม่มีที่ปรึกษา - ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความเครียด หรือปัญหาทางอารมณ์ บางครั้งรู้สึกผิด ไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนเองทำ - ส่วนใหญ่เลือกดูแลกันเองในครอบครัว ไม่มาพบแพทย์ หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะค่าใช้จ่ายสูง	- ไม่มีระบบบริการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและยังไม่มีระบบที่สามารถเชื่อมโยงผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชนได้ - ครอบครัว/ผู้ดูแล : มีองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยได้ - ยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมยังมีข้อจำกัดในด้านสิทธิการรักษาที่ไม่สามารถจัดสรรยาได้ครอบคลุม - ค่าใช้จ่ายในการนำผู้ป่วยมาสถานบริการ มีความลำบากในการนั่งรถโดยสารสาธารณะ รวมถึงค่าสาธารณูปโภคที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดโครงสร้างของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วย	- ผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้โดยลำพัง จำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิดแต่เดิมจากสถานการณ์ในพื้นที่พบว่าหลายครอบครัวเข้าใจว่าอาการสมองเสื่อมเป็นอาการที่หลงลืมตามวัย ทำให้ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ แต่จะเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวทนไม่ไหว หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่น - ไม่มีการคัดกรอง เมื่อพบผู้ป่วย การดำเนินโรคมักเป็นระยะท้ายของสมองเสื่อม - บุคลากรทางสุขภาพไม่มีองค์ความรู้

ตารางเปรียบเทียบ ความคาดหวัง ของพื้นที่ต้นแบบ

- ความต้องการของญาติ ผู้ป่วยและครอบครัว

ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
1. การเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา 2. ไปรับรองสิทธิผู้พิการ 3. การเยี่ยมบ้าน/การดูแลในชุมชน 4. การสนับสนุนด้านผู้ดูแล/เพื่อนบ้านในชุมชน 5. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอื่นๆ 6. การปรับปรุงที่อยู่อาศัย/ห้องน้ำ/สภาพแวดล้อม 7. การสนับสนุนด้านอาชีพที่บ้าน/ในชุมชน 8. การสนับสนุนด้านรายได้/ปัจจัยสี่/อื่นๆ	1. ด้านข้อมูลและทักษะการดูแลที่ถูกต้อง 2. ด้านการมีที่ปรึกษา กรณีมีปัญหาการดูแลด้านพฤติกรรม/อารมณ์เฉพาะรายลดภาระและความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย 3. มีแหล่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือทางด้านเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์การฟื้นฟูสภาพสมอง และวัสดุอุปกรณ์ด้านการแพทย์ในผู้ป่วยระยะท้าย 4. การเข้าสู่ระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ได้สะดวกรวดเร็ว	1. ผู้สูงอายุกลุ่มปกติต้องการความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม 2. ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวต้องการได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษา ต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรของระยะโรค 3. ต้องการที่ปรึกษาเมื่อญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ 4. ต้องการอุปกรณ์ช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ 5. ต้องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยกับผู้ป่วย 6. ต้องการเงินเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1. ต้องการทราบแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นสมองเสื่อมในครอบครัวของตนเอง

● **ครอบครัวคาดหวัง/เจ้าหน้าที่คาดหวัง**

ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา	ลพบุรี
1. ผู้ป่วยไม่มีปัญหา BPSD ที่รบกวนตนเอง/ผู้ดูแล/ผู้อื่น 2. คนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและไม่ทะเลาะกันเพราะความไม่รู้ 3. ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและสังคม/ชุมชนได้อย่างปกติสุข 4. ผู้ป่วยได้รับสวัสดิการผู้พิการตามสิทธิ และการสนับสนุนด้านอื่นๆ 5. มีชุมชนเป็นรั้ว (ผู้ป่วยหลงทาง-คนในชุมชนรับรู้ ช่วยเฝ้าระวังไม่ให้ไปไกล หรือสามารถพากลับมาส่งที่บ้านได้)	1. สิ่งที่ทำเนิการโดยการจ้ดระบบการดูแลให้ครอบครัวมีช่องทางขอคำปรึกษา ครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเลือกวิธีการรักษาตามความสมัครใจได้ (การรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา) 2. การจ้ดระบบการดูแลทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เดิมมีรอยต่อ สามารถดำเนินการได้ดีขึ้น มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน ไร้รอยต่อ เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 3. ความล่าช้า ขาดงบประมาณสนับสนุน กิจกรรมกระตุ้นสมองครอบคลุมทุกตำบล	1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้ตามสภาพของการดำเนินโรค 2. ผู้ดูแลสามารถมีที่ปรึกษาหรือวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรู้สึเป็นภาระ(burden) 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ทักษะความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุกั้กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่เป็นโรคสมองเสื่อม 4. มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เชื่อมต่อกันระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิรวมทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมทั้งในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู	1. ผลลัพธ์ที่ครอบครัวคาดหวัง: ความกังวลในการดูแลลดลง เพราะทราบว่าเป็นอะไร ต้องดูแลอย่างไร 2. ผลลัพธ์ที่เจ้าหน้าที่คาดหวัง: ป้องกัน/ชะลอการเกิดสมองเสื่อม/ช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก้ปัญหาติในการจัดการพฤติกรรมที่เกิดจากสมองเสื่อมได้

Good Case

Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
พื้นที่บ้านฝาง ขอนแก่น					
1. หญิงไทย มีอาการ หาของใช้ไม่พบ จำลูกหลาน ไม่ได้ หลงทาง	1. เริ่มจากการคัดกรอง 14 Q โดย อสม. 2. คัดแยกโดยเจ้าหน้าที่ 3. พยาบาลเจ้าของพื้นที่ ศึกษาข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ทำ Case study/ Individual Care Plan 4. นำ case เข้าสู่ กระบวนการวินิจฉัยโดย ทีมลูกขุน 5. แพทย์ทำการวินิจฉัย เป็น Vascular Dementia 6. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย 3 ภาควิชา (สุขภาพ สังคม ชุมชน) ใช้แบบ ประเมินสภาพความเป็น จริง (Com-DT) 7. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย Care giver (CG) 8. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย	มีอาการหายใจทางปากประจำ เหมือน หายใจหอบตลอดเวลา	ไม่มั่นใจใน อาการ BPSD	- มี CG เยี่ยมสัปดาห์ละ ครั้ง - ชุมชนเป็นรั้วให้น้ำส่ง บ้าน กรณีหลงออกจาก บ้าน - CG มาอยู่เป็นเพื่อนเวลา ลูกสาวไปทำธุระในเมือง - CG พามาพบแพทย์ตาม นัด (ทุก 2-3 เดือน คลินิก DM,HT)	- ความจำดีขึ้น เริ่มจำ หมอบประจำบ้านได้ จำ CG ที่มาเยี่ยมได้ (ยังไม่ประเมินเพิ่ม) - ญาติยอมรับและเข้าใจ ผู้ป่วยมากขึ้น ลดการ ขัดแย้งในครอบครัว - มี CG รับผิดชอบและ เยี่ยมบ้านตาม Care Plan - อปท.สนับสนุนด้าน สวัสดิการเบี้ยยังชีพ ได้รับเบี้ยยังชีพ ย้อนหลัง 10 เดือน เป็น เงิน 8,000 บาท



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
	หมอประจำบ้าน (FCT)				
2. หญิงไทย มีอาการ จำสามีไม่ได้ หลงทาง หาของใช้ไม่พบ	1. เริ่มจากการคัดกรอง 14 Q โดยอสม. 2. คัดแยกโดยเจ้าหน้าที่ 3. พยาบาลเจ้าของพื้นที่ ศึกษาข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ทำ Case study 4. นำ case เข้าสู่ กระบวนการวินิจฉัยโดย ทีมลูกขุน 5. แพทย์ทำการวินิจฉัย เป็น Dementia 6. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย 3 ภาควิชา (สุขภาพ สังคม ชุมชน) 7. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย Care giver (CG) 8. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย หมอประจำบ้าน	-	ยืนยันการ วินิจฉัย	- ชุมชนปรับ สภาพแวดล้อมให้ ทำส้วม ให้ใหม่ แบ่งปันอาหาร - ชุมชนเป็นรั้วให้ สอดส่อง ถ้าไม่เห็นคุณยายออกมา ตักบาตรจะเดินมาตุที่บ้าน	- ญาติยอมรับและเข้าใจ ผู้ป่วยมากขึ้น ลูกที่อยู่ ต่างตำบลแวะมาเยี่ยม ทุกอาทิตย์จากที่ไม่ค่อย ได้มาเยี่ยม - ลดความขัดแย้งใน ชุมชน และชุมชนมีส่วน ร่วมในการดูแลรักษา ผู้ป่วยหลงทางที่ไหนมี คนพากลับมาส่งบ้าน - มี CG รับผิดชอบและ เยี่ยมบ้านตาม Care Plan - อปท.สนับสนุนด้าน สวัสดิการเบี้ยยังชีพ ได้รับเบี้ยยังชีพ ย้อนหลัง 10 เดือน เป็นเงิน 8,000 บาท
3. ชาย	1. เริ่มจากการคัดกรอง 14 Q โดยอสม. 2. คัดแยกโดยเจ้าหน้าที่	สะสมขยะ กลางคืนไม่นอน	ไม่มั่นใจในการ รักษา	- ญาติ และชุมชนเข้าใจใน ภาวะสมองเสื่อม - ผู้ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม	- หลังได้ยาการสะสม ขยะลดลง - หลังได้ยานอนหลับดี



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
	3. พยาบาลเจ้าของพื้นที่ ศึกษาข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ทำ Case study 4. นำcase เข้าสู่ กระบวนการวินิจฉัยโดย ทีมลูกขุน 5. แพทย์ทำการวินิจฉัย เป็น Dementia 6. ติดตามเยี่ยมบ้านโดย 3 ภาควิชา (สุขภาพ สังคม ชุมชน)			ที่เหมาะสม	ขึ้น -ลูก และชุมชนช่วยกัน เก็บขยะ -ชุมชนยอมรับให้ผู้ป่วย ไปร่วมกิจกรรมงานบุญ
4. หญิง	-ผู้ป่วยหลุดจากการคัด กรอง -ผู้ป่วยหลุดจากการ ติดตามรับยาจากพ.จิต เวช ฝ่ายเภสัชไปติดตาม พบพฤติกรรมผิดปกติ (ร้องอาๆ) แจ้งพยาบาล ทีมเยี่ยมบ้านไปดึงเข้า ระบบคัดกรอง -คัดแยกโดยเจ้าหน้าที่ -พยาบาลเจ้าของพื้นที่	ร้องอาๆ ตบมือ เดินตลอด ตัวแข็ง ซึม ไม่หลับนอน	ขาดยาจิตเวช ไม่มั่นใจใน อาการ BPSD	-จัดสภาพแวดล้อมให้ ปลอดภัยโดยทำราวไม้ไผ่ กัน -ทำห้องน้ำด้านนอกเนื่อง ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายลำบาก (ช่วงหลังอุบัติเหตุได้นั่ง รถเข็น ทำให้เอารถเข็น เข้ายาก)	-ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ บริการแม้จะหลุดไปใน ช่วงแรก -หลังได้ยาการร้องอาๆ ลดลง ไม่ตบมือ -ลูกสาว และลูกสะใภ้ เข้ามาดูแลผู้ป่วยมาก ขึ้น จากเดิมคุณตาคุณ ยายคนเดียว และเริ่ม ดูแลไม่ไหว -ชุมชนได้รับทราบ



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
	ศึกษาข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ทำ Case study/ Care plan -นำcase เข้าสู่ กระบวนการวินิจฉัยโดย ทีมลูกขุน -แพทย์ทำการวินิจฉัย เป็น Dementia -ติดตามเยี่ยมบ้านโดย 3 ภาคีเครือข่าย (สุขภาพ สังคม ชุมชน				เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม มากขึ้น -เทศบาลสนับสนุนเงิน ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และ เงินค่าตอบแทน CG ที่มาช่วยดูแลแทนช่วง ญาติไม่อยู่ -ทีมปฐมภูมิ และ CG ช่วยทำแผลช่วงที่หกล้ม มีแผล
5. หญิงไทย		ถามตลอดเวลา ทุบประตู เดินไปมา ไม่นอน คลาน ก้าวร้าว	พฤติกรรม รบกวนญาติ แนะนำ CT ซ้ำ	ครอบครัว และผู้ดูแลเข้าใจ ในอาการโรคสมองเสื่อม มากขึ้น	-หลังได้ยาพฤติกรรม รบกวนญาติลดลง -ความจำ และสุขภาพ ทั่วไปดีขึ้น -จากติดเตียง ดีขึ้นจน สามารถนั่งรถเข็นไป ตลาดได้ (Functional outcome)
พื้นที่สุราษฎร์ธานี					
1 หญิง อายุ 69 ปี Dx Alzheimer ระยะ Mild มีโรค ร่วมคือ CKD และ HT	-ทีมสหวิชาชีพวาง แผนการดูแล -ประเมิน/ติดตาม	<u>ปัญหา</u> - จำไม่ได้ว่ากินอาหาร -พูดน้อยลง นึกคำไม่ออก	- มีปัญหา BPSD - มีปัญหาโรค	-Care Giver (อาสาสมัคร) เยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	- ADL ปกติ - ควบคุมโรคร่วมได้ -Cognitive Functionไม่

Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ช่วยเหลือตัวเองได้ รับยา ต่อเนื่อง 2 ปีแรก หลัง เศรษฐกิจตกต่ำผู้ดูแลไม่ สามารถแบกรับภาระค่ายาจึง ดูแลกันเองในครอบครัว	Cognitivefunction คุณภาพชีวิต และภาวะ Burden ของผู้ดูแลปีละ ครั้ง -การเยี่ยมบ้านโดย HHC /รพ.สต. -ส่งต่อข้อมูลให้ อผส. ร่วมในการดูแลผู้ป่วยและ ฟื้นฟูสมอง -การพบแพทย์ที่ NCD Clinic ทุก1-2 เดือน	<u>การแก้ไข</u> (Non Pharmaco) -ปรึกษา DCM ที่คลินิกผู้สูงอายุ ปรับเรื่อง อาหาร การเบี่ยงเบนความสนใจ เพิ่ม การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยชอบ ใช้ กิจกรรม Cognitive Stimulation	ร่วมที่ซับซ้อน	- เครือข่ายช่วยทำลาน กะลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ออก กำลังกายทุกเย็น	ลดลง -คุณภาพชีวิตดีขึ้น -ผู้ดูแลไม่มี Burden
2. หญิง อายุ 98 ปี Dx Alzheimer ระยะ Mild รักษา ต่อเนื่อง>10 ปี ที่ ร.พ. สุราษฎร์ธานี หลงลืม ยัง ช่วยเหลือตัวเองได้ บุตรชาย ดูแล กลางวันอยู่บ้านคนเดียว เป็นส่วนใหญ่ (ผู้ดูแลเตรียม อาหารไว้ให้ก่อนไปทำงาน)	- ประเมินปัญหาโดย ทีมสหวิชาชีพ - วางแผนการดูแลร่วมกับ ผู้ดูแลหลัก - Caregiver อาสาสมัครมี ส่วนร่วมในการดูแลช่วง กลางวัน -ร่วมกิจกรรมใน Day Care โดยให้รถของ เทศบาลรับ-ส่ง	ไม่พบปัญหา BPSD	- มีปัญหาปวด เข่า	- เทศบาลปรับสิ่งแวดล้อม ที่บ้าน - Care Giver อาสาสมัคร เยี่ยมบ้านและใช้กิจกรรม ฟื้นฟูสมองสม่ำเสมอ -ให้มีส่วนร่วมกิจกรรมของ ชุมชน -ทีมหมอครอบครัวเยี่ยม บ้าน	-ไม่พลัดตกหกล้ม -ADL คงเดิม -หลงลืมแต่ไม่มีผลต่อ ชีวิตประจำวัน -ไม่มีปัญหา BPSD -ไม่มีภาวะซึมเศร้า
3 ชาย อายุ 96 ปี	-ทีม HHC เยี่ยมบ้าน	ไม่พบปัญหา BPSD	- การติดเชื้อ	-Care Giver อาสาสมัคร	-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่

Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
Dx Alzheimer ระยะ Severe รักษาต่อเนื่องที่ร.พ.สุราษฎร์ ธานี 15 ปีนอนติดเตียง ADL=0 ให้อาหารทางสายยาง บุตรชาย เป็นผู้ดูแลหลัก กลางวันมี ลูกจ้างพามาช่วย	ร่วมกับรพ.สต.และอผส. -สนับสนุนอุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็น - ให้คำปรึกษา โดย Care Manager - พัฒนาศักยภาพของ ผู้ดูแล -บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาล - วางแผนการดูแลระยะ สุดท้าย /Living Will		- เกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการนอน ติดเตียง -ปัญหาโรคร่วม	ติดตามเยี่ยมบ้านตาม Care Plan และ ประสานงานกับCare Manager ในพื้นที่ถ้าเกิน ขีดความสามารถ - ทีมหมอครอบครัวระดับ ตำบลมีส่วนร่วมในการ ดูแล	ป้องกันได้ -ผู้ดูแลไม่มีภาวะBurden -ผู้ดูแลมีความรู้และ ทักษะเพียงพอ -ไม่มีภาวะทุพโภชนา
4. หญิง อายุ 65 ปี Dx. Alzheimer ระยะ Severe นอน ติดเตียง ไม่พูด ไม่รับรู้ มีภาวะ พึงพา ADL=0 รักษาต่อเนื่อง ที่ ร.พ.สุราษฎร์ธานี มีปัญหา การกลืนต้องให้อาหารทางสาย ยาง มีผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว และครอบครัว ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ	- เยี่ยมบ้านโดยทีม HHC ร่วมกับ รพ.สต. วางแผน ร่วมกับ Caregiver อาสาสมัครประเมินและ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน - ครอบครัววางแผนการ ดูแลระยะสุดท้าย - DCM ให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง - สนับสนุนอุปกรณ์	ไม่พบปัญหา BPSD	- มีการติดเชื้อ - มี ภาวะแทรกซ้อน จากการนอน ติดเตียง	- บูรณาการการดูแลกับ ระบบLTCและทีมหมอ ครอบครัว - ครอบครัวใช้เทคนิคการ ฟื้นฟู และฝึกทักษะการใช้ ชีวิตประจำวันร่วมกับ หลานวัย 3 ขวบ - Care Giver อาสาสมัคร เยี่ยมบ้านและประสานงาน Care manager ช่วยเหลือ	-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ -ผู้ดูแลไม่มีภาวะBurden -ผู้ดูแลมีความรู้และ ทักษะเพียงพอ -ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ ดี ได้รับการดูแลอย่าง เหมาะสม

Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
	การแพทย์ที่จำเป็น - เตรียมความพร้อมของ ผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม			หากมีปัญหาคาดการณ์ที่ ซับซ้อน	
5.หญิง อายุ 84 ปี Dx Alzheimer ระยะModerate ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จำ ลูกหลานไม่ได้ มีประวัติหลง ทาง ครอบครัวรักษาโดยไม่ใช้ ยา ดูแลโดยครอบครัว อาศัย อยู่กับบุตรสาวที่ยังโสด มีผู้ สลับเปลี่ยนมาช่วยดูแล	-เตรียมความพร้อมของ ครอบครัว -ติดตามประเมิน Cognitive function คุณภาพชีวิต และ ภาวะ Burden ของผู้ดูแล ปีละครั้ง -เยี่ยมบ้านโดยทีม HHC และรพ.สต. -ส่งต่อข้อมูลให้ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมในพื้นที่เข้ามา มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู สมอง	เดินทาง การแก้ไข -จัดตารางเวรให้ลูกมาอยู่กับผู้ป่วยสลับ เปลี่ยนกันไป - อปท. ร่วมกับผู้นำชุมชน ช่วยเหลือกัน ไว้ เป็นสัดส่วน	- มีปัญหา BPSD - มีปัญหาโรค ร่วมที่ซับซ้อน	-Care Giver เยี่ยมบ้าน และฟื้นฟูสมอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง - ชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดูแล คอยเฝ้าระวังและ ช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วย เดินทาง	-คุณภาพชีวิตดีขึ้น -ผู้ดูแลไม่มี Burden -ไม่มีปัญหาBPSD
พื้นที่นครราชสีมา					



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
หญิงไทยอายุ 83 ปี อาศัยอยู่ กับลูกสาว	1. มีการคัดกรองโดยอสม. และพบว่ามีอาการหลงลืม ชัดเจน 2. แจ้งให้พยาบาลทราบ และเยี่ยมเพื่อติดตาม ประเมิน พบว่าผู้ป่วย หลงลืมจำบุคคลเวลา สถานที่ไม่ได้3. แนะนำจะ ส่งไปตรวจที่รพม.แต่ญาติ ไม่สะดวกกลัวว่าคนไข้จะ วุ่นวาย ขอดูแลตามอาการ ที่บ้าน 4. ทีมได้ประสานแพทย์ จิตเวชไปเยี่ยมประเมิน อาการและการดูแลรักษาที่ บ้าน	1. หลงลืม กินข้าวแล้วบอกว่ายังไม่ได้กิน 2. จำลูกสาวไม่ได้คิดว่าเป็นคนอื่น 3. จำได้แต่อดีตเคยเป็นคนสวย เป็น นางเอกลิเก 4. มีบางคืนไม่นอน ตื่นมาคุย คิดว่าเป็น กลางวันญาติแก้ปัญหาโดยการปิดไฟ 5. หลงลืมเวลาชอบเดินออกนอกบ้าน กลางคืนเพราะคิดว่าเป็นกลางวันญาติ แก้ไขโดยเอาผ้ามาปิดประตูและหน้าต่าง	1. ผล แบบ ประเมินสภาพ สมอง MMSE positive 2. อาการ ชัดเจน	1. ครอบครัวโดยลูกสาว ดูแลใกล้ชิด 2. มีอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ 3. มีข้างบ้านมาช่วยดูแล รับฝากเวลาลูกสาวไม่อยู่ บ้านต้องไปซื้อของหรือทำ ธุระต่างๆ	-ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจาก ลูกสาวสร้างบ้านใหม่ และพาผู้ป่วยไปอยู่บ้าน ใหม่ แต่ผู้ป่วยไม่รับรู้ คิดว่าไม่ใช่บ้านตนเอง จะกลับหลังเก่า -มีอาการ ไม่พูดคุยกับ ใครไม่กินข้าว และ เสียชีวิตต่อมา
ชายไทย อายุ 75 ปี อาศัยอยู่ กับ ภรรยา	1. มีการคัดกรองที่ PCU พบว่าผู้ป่วยสงสัยภาวะ สมองเสื่อม 2.พยาบาล PCU consult จิตแพทย์เพื่อยืนยันการ วินิจฉัยในพื้นที่	1. พบอาการในปีที่ 1 มีหูแว่ว หวาดระแวง ต้องปิดหน้าต่างตลอด 2. มักพูดถึงคนที่เสียชีวิตไปแล้ว 3. รื้อค้นข้าวของก่อนเข้านอน 4. อารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าว 5. จำชื่อภรรยาไม่ได้	มีปัญหา พฤติกรรม ชัดเจน	- PCU มีการติดตามและ ประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องโดย ทีมลงเยี่ยมบ้าน - care giver ใส่ใจดูแลพา มารับการรักษาต่อเนื่อง (ภรรยาและลูกสาว)	- ไม่มีปัญหา BPSD - ปัญหาเรื่องความจำ ดีขึ้น สามารถจำชื่อคน ใกล้ชิดได้ - BADL and IADL improve



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
	3. ส่งต่อเข้ามารพศ. เพื่อ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และ ได้รับการดูแลรักษา ต่อเนื่องจากทีมจิตเวช	<u>การแก้ไขปัญหา</u> - ผู้ป่วยได้รับยา donepezil 5 mg และ risperidone 0.5 mg - ให้คำแนะนำ care giver ในการจัดการ ปัญหาเรื่องพฤติกรรม - ติดตาม หูแว่ว หงุดหงิดก้าวร้าวลดลง - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เพิ่มขึ้น			-ผู้ป่วยสามารถไปทำไร ที่บ้านต่างอำเภอได้
พื้นที่ลพบุรี					
case ที่ 1 ผู้ป่วยอยู่คนเดียวในบ้าน ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ลักษณะ บ้านตั้งอยู่ในกลุ่มบ้านที่ไม่ใช่ที่ ของตนเอง ปลุกกันอย่างแออัด ลักษณะเหมือนสลัมชนบท มี ขยะรอบบ้าน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนกับ พื้นตลอดเวลา แต่บางครั้งก็ลุก ขึ้นเดินไปที่เคยไปเมื่อไม่มีใคร เห็น ลูกผู้ดูแลหลักอยู่ข้างบ้านทำ อาชีพจับไก่ ซึ่งมักต้องออกไป	ฝ่ายสุขภาพ (ทีมสหสาขา วิชาชีพ)ร่วมกับฝ่ายสังคม (นายอำเภอ อบต. ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จิต อาสา) และภาคธุรกิจ (มูลนิธิคนไทยใจดี)	- พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะเดินออกไป ทางหน้าบ้านตลอดเวลาโดยเฉพาะเวลา กลางคืนจนกระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถเดิน ไปได้ แต่ยังใช้การถักกันที่ต้องการจะ ออกไปหน้าบ้าน ทำให้ญาตินั้นจะไปพบ ในช่วงเวลาที่กลับมาจากทำงาน สภาพที่ พบคือนั่งแช่ในห้องร่งที่มีโคนและน้ำขัง อยู่ ทำให้เกิดแผลและแผลหายช้าการดูแล และแก้ไข ให้กับบริบาลไปสังเกต พฤติกรรมช่วงกลางวันและผู้ดูแลสังเกต ช่วงกลางคืน ของผู้ป่วยตลอด 1 สัปดาห์ และพบว่าผู้ป่วยเคลื่อนไหวย้ายตัวออกจาก บ้านทางเดียวประจำที่เคยออกไป ทำให้ทีม		มีนายอำเภอเป็นประธาน นำผู้ชุมชน อาสา ร่วมเก็บ ขยะปรับสิ่งแวดล้อมนอก บ้านจัดการขยะในกลุ่ม บ้าน มีผู้นำชุมชน อาสา ร่วมกับช่าง โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวช ที่สามารถทำงานได้ มา ช่วยปรับสภาพบ้าน มีนักบริบาลจากการจ้าง งานของอบต. ช่วยติดตาม อาการ มีนักบริบาลจากมูลนิธิคน	ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ทำงานซ้ำมีด ผู้ป่วยจึงมักต้อง อยู่คนเดียว		สุขภาพและทีมชุมชน ได้ปรับเปลี่ยน ทางเข้าออกปิดทางที่ผู้ป่วยเคยออก และ เปิดทางใหม่ แล้วก็ให้นักบริบาลสังเกต พฤติกรรมช่วงกลางวันและผู้ดูแลสังเกต ช่วงกลางคืน ของผู้ป่วยตลอด 1 สัปดาห์ ว่าเมื่อปรับเปลี่ยนแล้วผู้ป่วยยัง เคลื่อนย้ายไปทางเก่าหรือทางใหม่ ผล ผู้ป่วยไปทางเก่าเมื่อออกไปไม่ได้ก็ กลับมานอนอยู่ที่เดิม จะไม่เคลื่อนย้ายไป ทางใหม่ที่เราปรับเปลี่ยน - พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะใช้มือแกะผ้า ก๊อตที่มีการทำแผลเรียบร้อยแล้ว ให้การดู และแก้ไขโดนการสวมปลอกถุงมือที่ทำมา จากกระป๋องน้ำเกลือ		ไทยใจดี ช่วยสังเกต พฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้อง ทำซ้ำๆ ก่อนการปรับบ้าน	
case ที่ 2 ผู้ป่วยอยู่กับภรรยาสองคน ภรรยาเป็นผู้พิการทางการ เคลื่อนไหว ผู้ป่วยเคยเป็นผู้ที่ แข็งแรง ดูแลภรรยามาตลอด หลังจากลูกชายเสียชีวิต ผู้ป่วย เริ่มมีอาการมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งภรรยาต้องช่วยเหลือ	ฝ่ายสุขภาพ (ทีมสหสาขา วิชาชีพ+รพ.สต.)ร่วมกับ ฝ่ายสังคม(อบต.)	-พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะเดินออกไป ทางหน้าบ้าน ทำให้ญาตินั้นต้องเดินหา การดูแลและแก้ไข ทีมสุขภาพและทีม ชุมชนปรับเปลี่ยนทางเข้าออกปิดทางที่ ผู้ป่วยเคยออก และเปิดทางหลังบ้าน เนื่องจากหลังบ้านมีรั้วปิดล้อม ใหม่ที่เรา ปรับเปลี่ยน - พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะใช้มือจับเล่น	ปัญหาเดินหลง จนอาจเกิด อันตรายแก่ ผู้ป่วย เนื่องจากบ้าน อยู่ติดกับถนน สายหลัก ส่งพบ จิตแพทย์ใช้ยา	นักบริบาลชุมชนจากอบต. จ้าง ช่วยแบ่งเบาญาติ ผู้ดูแลหลักในการดูแล อบต.ออกงบประมาณทำ ทางเข้าห้องน้ำให้สามารถ ให้ญาติพาผู้ป่วยไปได้ อย่างสะดวกขึ้น	ญาติทุกข์น้อยลง



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ในการทำจิตประจำวันแทบ ทุกอย่าง จนเริ่มเหนื่อยล้า คิด ที่จะทิ้ง ไม่อยากดูแล		อวัยวะเพศของตนเองส่งปรึกษาจิตแพทย์ ใช้ยารักษาร่วม	รักษาร่วม		
case ที่ 3 ผู้ป่วยอยู่กับลูกชาย 2 คน จึง ถูกมัดกับเตียง เมื่อลูกชายต้อง ออกไปทำงาน เนื่องจากลูก กลัวว่าพ่อจะหลงเข้าไปในป่า อ้อยแล้วจะหาไม่เจอ (เคยเดิน หลงจนลูกต้องออกตามหา) จน ถูกชุมชนต่อว่า	ฝ่ายสุขภาพ (ทีมสหสาขา วิชาชีพ+รพ.สต.)ร่วมกับ ฝ่ายสังคม(อบต.)	พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะเดินออกไปจาก บ้านหลงเข้าป่าอ้อยการดูแลและแก้ไข ทีม สุขภาพและทีมชุมชนได้ปรับเปลี่ยน ทางเข้าออกปิดทางที่ผู้ป่วยเคยออก และ เปิดทางหลังบ้าน เนื่องจากหลังบ้านมีรั้ว ปิดล้อม ใหม่ที่เราปรับเปลี่ยน	ปัญหาเดินหลง ส่งพบจิตแพทย์ ใช้ยารักษาร่วม	นักบริบาลชุมชนจากอบต. จ้าง ช่วยแบ่งเบาญาติ ผู้ดูแลหลักในการดูแล อบต.ออกงบประมาณปรับ สภาพบ้านให้เอื้อต่อการ ดูแล	ผู้ป่วยมีความสุขไม่ต้อง ถูกมัด ญาติมีความสุข ไม่ต้องอยู่กับความรู้สึก ผิดที่ต้องมัดพ่อ
case ที่ 4 ผู้ป่วยบวชมาเป็นเวลานาน เมื่อป่วยจึงถูกจับสีกให้มาอยู่ กับพี่น้อง ผู้ป่วยก็ยังพยายาม เดินกลับไปวัดบ่อยครั้ง ประกอบกับ on ยาจิตเวชทำให้ มี อุ บั ติ เ ห ตุ ล้ม บ่อย ครั้ง จนกระทั่งติดเตียง มีญาติพี่น้องหลายคน แต่ ค่อนข้างห่างเหินกัน เพราะ บวชมานาน ญาติส่วนใหญ่	ฝ่ายสุขภาพ (ทีมสหสาขา วิชาชีพ+รพ.สต.)ร่วมกับ ฝ่ายสังคม(อบต.)	-พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะเดินออกไป เพื่อกลับวัดที่เคยบวชตลอดเวลาจนกระ ทั่งผู้ป่วยล้มบ่อยๆ ศีรษะแตก ปากแตก คิ้วแตก จนกระทั่งติดเตียง การดูแลและ แก้ไข ทีมสุขภาพและทีมชุมชนได้ ปรับเปลี่ยนที่พักอาศัยเนื่องจากผู้ป่วยไม่มี บ้าน คนในชุมชนบริจาคที่ให้สร้างที่พัก อาศัยที่ติดกับญาติของผู้ป่วย ทำให้ต้องมี การสร้างและตกแต่งให้คล้ายกับกุฏิพระ เดิม โดยต้องมีผ้าสีเหลือง มียามพระ รูป พระ	ปัญหาเดิน ส่ง พบจิตแพทย์ใช้ ยารักษาร่วม	นักบริบาลชุมชนจากอบต. จ้าง ช่วยแบ่งเบาญาติ ผู้ดูแลหลักในการดูแล อบต.ออกงบประมาณปรับ สภาพบ้านให้เอื้อต่อการ ดูแล	ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง มีญาติช่วยกันดูแล



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ฐานะยากจน จึงต้องดิ้นรน เกี่ยวกับปัญหาปากท้องใน ครอบครัวตนเองเป็นหลัก เกี่ยง กันดูแล โดยพยายามโยนภาระ ทุกอย่างให้ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระ ดูแลน้องสาวที่พิการอยู่แล้ว จน ผู้ดูแลหลักเกิดภาวะเครียด กิน เหล้า จนบางครั้งผู้ป่วยซึ่งติด เตียงก็ถูกละเลย					
case ที่ 5 ผู้ป่วยdementiaมีแผลกดทับ ญาติต้องช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด ครอบครัวมีการแบ่งกันเบา ภาระการดูแลดีในกลุ่มพี่น้อง แต่มีปัญหาเรื่องการทำแผล หลังจากพบว่าเป็นแผลกดทับ ไม่กล้าทำแผลเองที่บ้าน ต้อง พาไปทำที่โรงพยาบาลทุกวัน ในช่วงแรก ต่อมาหลานที่เคย ขับรถไปโรงพยาบาลให้หมด ช่วงปิดเทอมต้องกลับไปเรียน	ฝ่ายสุขภาพ (ทีมสหสาขา วิชาชีพ+รพ.สต.)ร่วมกับ ฝ่ายสังคม(อบต.)	-พฤติกรรมของผู้ป่วยมักจะใช้มือ แกะหรือ จัดสิ่งรอบข้างบริเวณใกล้ตัว เช่น มือแกะ หรือจัดพื้นปูนที่มีรอยแตก แกะแอม เพอร์ส แกะผ้าปิดแผล การดูแลและ แก้ปัญหาแกะผ้าปิดแผล ใช้การตัดใจ กระเบนทับผ้าแอมเพิส,ปัญหาแกะร่องปูน ใกล้ตัว ใช้วิธีเลื่อนที่นอนทับรอยแตกของ ปูนโดยมีเสื่อน้ำมันปูทับรอย, ปัญหาถอด สายที่นอนลมจากตัวเครื่อง ต้องนำ ตัวเครื่องไว้ท้ายที่นอนและใกล้มือ		นักบริบาลชุมชนจากอบต. จ้าง ช่วยแบ่งเบาญาติ ผู้ดูแลหลักในการดูแล	เสริมพลังให้ญาติได้ดูแล ผู้ป่วยได้ดีขึ้น รู้จักแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมต่างที่ พบ



Good case (case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ใน การพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ในตัวจังหวัดประกอบกับฝนตกหนักทำให้ทางเข้าออกบ้านน้ำท่วม รถพาผู้ป่วยออกมาไม่ได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีปัญหาทานได้น้อย/เลือกทาน จากที่เคยทรงตัวนั่งได้จึงต้องนอนตลอด เมื่อประสานทีมนักโภชนาการเปลี่ยนลักษณะอาหารทางการแพทย์ แต่การให้ทานต้องไม่ใช่หลอดดูด เนื่องจากเดิมผู้ป่วยไม่ชอบทานนม จึงต้องใส่ถ้วย ใช้ช้อนตักเข้าปาก เมื่อให้ไปสักระยะ ผู้ป่วยมีแรงนั่งทรงตัวได้ ,ปัญหาแกะผ้าปิดแผล ใช้การตัดโจงกระเบนทับผ้าแพมเพิส,ปัญหาแกะร่องปูนใกล้ตัว ใช้วิธีเลื่อนที่นอนทับรอยแตกของปูน, ปัญหาถอดสายที่นอนลมจากตัวเครื่องต้องนำตัวเครื่องไว้ท้ายที่นอนและไกลมือ					



กรณี Case ที่ไม่ประสบความสำเร็จ

(case study)	การทำงานเป็นทีม อย่างไร (process)	การดูแลปัญหา BPSD (กรณีพบปัญหา)	Criteria ในการพบ specialist	การบูรณาการกับ community	ผลการดำเนินงาน (outcome)
ชาย อายุ 95 ปี Dx Alzheimer ระยะ Moderate จำลูกหลานไม่ได้ ไม่พูด ไม่ ยอมกินยา เก็บตัว ไม่ออก จากห้อง เช็ดตัว ไม่อาบน้ำ ให้มีบุตร 4 คน อยู่ต่างอำเภอ อาศัยอยู่กับบุตรชายที่ป่วย เป็นจิตเวชแต่ไม่มีอาการ เนื่องจากรับยาต่อเนื่อง (ผู้ดูแลมีภาวะเครียด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือในการดูแล และต้อง ดูแลพ่อคนเดียว)	-เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และเครือข่าย -ประเมินภาวะ Burden ผู้ดูแล -ส่งต่อข้อมูลให้ Caregiverติดตามเยี่ยม บ้านแต่ผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือและมีปฏิกิริยา ก้าวร้าว มีโอกาสทำร้าย ผู้อื่น จึงต้องงดไปมีเพียง การเยี่ยมเพื่อเสริมพลัง กับผู้ดูแลเป็นบางครั้ง	-ไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือ ไม่ยอมออกจาก ห้อง (ไม่มีประวัติทำร้าย ผู้อื่น)			-ผู้ดูแลมีภาวะ Burden -ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

คณะทำงาน

ปรึกษาโครงการ

อธิบดีกรมการแพทย์

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

คณะทำงาน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผศ.พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน

ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโรค

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวอรรณณิ์ คูหา

นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี

นางนิตติกุล ทองน่วม

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

พญ.ลัดดา ตำริการเลิศ

พื้นที่จังหวัดขอนแก่น

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง

ดร.นิตดา คำนิยม

อาจารย์สุทธินันท์ สุบินดี

นพ.บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์

พญ.ศิริณา ศรีทราพิสิฐ

รศ.พญ.ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ

นางกิงกาญจนา เมืองโคตร

นางทัตพิชาญ์ พิมพ์อักษร

นางนุรัตน์ เอื้องศรี

นางสงกรานต์ ชันเลื่อน



พื้นที่จังหวัดขอนแก่น

นางผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์
นางปริษา สักพัฒน์
นางละเอียด ช่วยบุตรดา
นายชัท เมืองโคตร
นายสุรพล ช่วยบุตรดา
นางสมปอง พิมพ์ทอง

พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

นพ.วสันต์ ลิ้มปะเจต
นพ.การุญพงษ์ ภัทรามรุต
นางนวลพรรณ พิมพ์สาร
นางสยมพร ชูชีพ
นางขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์

พื้นที่จังหวัดลพบุรี

นพ.สันติ ลาภเบญจกุล
นางสาวเกศสุตา เกษรสุคนธ์
นางสาวเทพศิรินทร์ อึ้งบรรจง
นางสาวเมลดา พุทธมาตร
นางอุไรลักษณ์ ลาภเบญจกุล

พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นพ.จิราติ เรืองวัชรินทร์
นพ.พิชัย โรจนพิทยากร
พญ.เยาวดี โพกุล
อาจารย์วิณา ลิ้มสกุล
นางสุวรรณี นิยมจิตร
นางพรทิพา นวลมุสิก
นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม
นางกาญจนา สุวรรณรัตน์

