



การสังเคราะห์รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
เพื่อการดูแลต่อเนื่องครบวงจรสำหรับประเทศไทย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย
อรรรรณ คุหา
พวงงาม พงศ์จตุรวิทย์
นนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการสำหรับประเทศไทย เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา การสำรวจข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้บริหารสถานบริการ หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายของแต่ละระดับสถานบริการ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน รวมทั้งการรวบรวมความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ และการนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของรายงานวิจัยชิ้นนี้

๑. สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ จากการสำรวจพบว่ามี การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแล้ว ร้อยละ ๕๖.๗ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๘๕.๗ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๗๙.๖ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๕๒.๕ อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๔.๖ (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๑๒ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๑๔.๘ และโรงพยาบาลชุมชน ๒๖.๘) และยังไม่เริ่มดำเนินงาน ร้อยละ ๑๘.๗ (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๐.๔ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๙.๘ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๕.๘) ระยะเวลาดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการที่มีการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่ามีการดำเนินงานมากกว่า ๓ ปี ร้อยละ ๒๘.๔ (เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๕๐ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๒๓ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๗.๕) ดำเนินงาน ๒-๓ ปี ร้อยละ ๑๘.๗ (เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๑๐ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๓.๓ และ ๑๘.๖ ตามลำดับ) ดำเนินงานมา ๑-๒ ปี ร้อยละ ๓๐.๓ (ร้อยละ ๑๐ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พบร้อยละ ๓๔.๙ และ ๓๑.๒ ตามลำดับ) ส่วนในสถาน บริการที่ดำเนินงานน้อยกว่า ๑ ปี พบร้อยละ ๒๑.๕ ขณะที่การจัดกิจกรรมที่ดำเนินงานในคลินิก ผู้สูงอายุ เป็นการ จัดบริการคัดกรองโรคผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ ๘๖ รองลงมาคือ ตรวจรักษาโรค พื้นฐานทั่วไป (ร้อยละ ๗๘.๙) ให้วัคซีนและการป้องกันโรค (ร้อยละ ๖๓.๖) และตรวจสุขภาพ ประจำปี (ร้อยละ ๕๒.๓) ขณะที่จัดบริการแบบจัดกลุ่มและให้บริการตามความต้องการเพื่อคง ศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ร้อยละ ๔๐.๓ และให้ผู้ดูแลรักษาและส่งต่อ ร้อยละ ๑๓.๓ การเปิด บริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า เปิดบริการ ๑ ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ ๔๑.๒ ดำเนินการมาก ที่สุดในโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ ๗๐) รองลงมาคือ เปิดบริการทุกวัน ร้อยละ ๒๔.๘ ดำเนินการมาก ที่สุดในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ ๓๐.๒) และเปิดบริการเดือนละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๙.๓ ดำเนินการ มากที่สุดในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๒๓.๕) ขณะที่ดำเนินการ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๗.๒ ใน แต่ละระดับสถานบริการสัดส่วนไม่ต่างกัน มีเพียงร้อยละ ๐.๗ ที่ปิดการให้บริการไป

ด้านแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานแล้ว พบว่า ร้อยละ ๒๔.๔ เป็น อายุรแพทย์ รองลงมาคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ ๘) ขณะที่แพทย์สาขาอื่น ๆ (ร้อยละ ๕๐) มีเพียงร้อยละ ๐.๖ เป็นแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ขณะที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖๔.๙ มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในสถานบริการแต่ละระดับ (มากกว่าร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๕๐.๕ และ ฝ่ายการพยาบาล ร้อยละ ๒๐.๔ ตามลำดับ และตำแหน่งผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ ๕ ขณะที่พบว่ามีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ ๑

๒. ข้อเสนอแนะรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

๒.๑ กลไกด้านนโยบาย

จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๔) ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ข้อ ๔.๗ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการให้บริการดังกล่าว โดยให้มีการจัดบริการในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ การดำเนินยังพบปัญหาในเรื่องความชัดเจนของนโยบาย อัตราค่าเลี้ยงคน และการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ จึงได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ในการติดตามและประเมินการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อให้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศต่อไป

๒.๒ กลไกการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

การพัฒนาบุคลากรทางด้านผู้สูงอายุควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างและแผนงานพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนในระยะยาว เพื่อให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนทั้งในเรื่องกรอบอัตราค่าจ้าง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเป็นปัญหาทั้งด้านการบริการและการจัดบริการในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือศึกษาต่อในระยะสั้นและระยะยาวโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และจากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เหมือนโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยหรือกลาโหม ฉะนั้นการดำเนินการระยะแรกควรจะพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์ในสถานบริการที่มีศักยภาพและความพร้อมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือมีการเรียนการสอนทางการแพทย์ ซึ่งมีสถานบริการเหล่านี้กระจายครอบคลุมในภูมิภาคของประเทศ โดยกำหนดให้มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย ๑ คนในสถานบริการระดับตติยภูมิ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่นควบคู่ไป เช่น พยาบาล นักกายภาพ นักโภชนาการ เป็นต้น เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในประเทศต่อไป

๒.๓ กลไกด้านงบประมาณ

ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในระยะแรก และมีแผนงานการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง งบประมาณควรจะอยู่ในงบปกติของสถานบริการแต่ละระดับ และงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางที่ดูแลนโยบายและงานด้านผู้สูงอายุ

๓. รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุที่ควรพัฒนาขึ้น

๔.๑ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ

- โรงพยาบาลทุกระดับ ควรจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ หรือรูปแบบ one stop service ในสถานบริการที่มีความพร้อม เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการคลินิกผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การจัดบริการในสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน
๔.๒ การจัดบริการในชุมชน

- การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้น การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary care) เช่น การตรวจคัดกรองโรค การส่งเสริมและป้องกัน สุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย ส่วนกลุ่มที่ป่วยเน้นการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมงาน สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

- การจัดบริการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีกำหนดระยะเวลาการออกบริการชัดเจน เพื่อดูแลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการง่ายและสะดวกเนื่องจากผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถมารับบริการที่ โรงพยาบาลได้เองหรือเมื่อเจ็บป่วยต้องรอลูกหลานว่าง ลางาน หรือหยุดงานพามาโรงพยาบาล การจัดให้บริการในชุมชน สถานที่จัดให้บริการ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน บริเวณ อบต. วัด โรงเรียน เป็นต้น

- ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาและต้องการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน

- การจัดบริการด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค กิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นต้น

๔.๓ ระบบการติดตามและประเมิน

- มีคณะกรรมการปรึกษาและติดตาม ในเรื่องการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในระดับประเทศ และระดับจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และปัญหาในการดำเนินงาน และอื่นๆ

- คณะติดตามประเมินและการรายงานการดำเนินงาน ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการวางแผนงาน เพื่อการสนับสนุนการดำเนินงาน

๔.๔ การสนับสนุนจากส่วนกลาง

- กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ให้ดูแลและสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ ตาม ตัวชี้วัดของกระทรวง

- การตั้งกรอบอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ

- การสนับสนุนงบประมาณในสถานบริการที่มีการดำเนินงานในระยะแรก

- การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหลักสูตรการศึกษาด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งระยะสั้นและระยะยาว อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ ทั้งในเรื่อง การดูแล บำบัด รักษา และฟื้นฟู โดยศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งด้านนโยบาย การวิจัยและพัฒนา รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างครอบคลุมมากขึ้น ทางสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้ศึกษาวิจัยเพื่อสังเคราะห์รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการดูแลต่อเนื่องครบวงจรสำหรับประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผมหวังว่าโครงการวิจัยเรื่อง “การสังเคราะห์รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการดูแลต่อเนื่องครบวงจรสำหรับประเทศไทย” จะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดแนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุต่อไป



(นายแพทย์เรวัต วิศรุตเวช)

อธิบดีกรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ใคร่ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ ผู้มีส่วนในการผลักดันเชิงนโยบาย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ ที่ได้ให้ข้อมูลในการดำเนินงานวิจัย ทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

และการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการไปได้ด้วยความสำเร็จ โดยความร่วมมือมือของทีมงาน ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลวิชะโรกัต โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลมะการักษ์ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โรงพยาบาลสวนผึ้ง โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลคำมวง โรงพยาบาลป่าโมก และโรงพยาบาลห้างฉัตร

คณะทีมงานวิจัยหวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาการบริการคลินิกผู้สูงอายุ และกำหนดนโยบายอันจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย



(นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ง
บทสรุปผู้บริหาร	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	๑
ที่มาและความสำคัญ	๑
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๓
กรอบแนวคิดการศึกษา	๔
นิยามศัพท์	๕
ระเบียบวิธีการศึกษา	๕
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๗
บทที่ 2 สถานการณ์และการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย	๘
ลักษณะของด้านประชากรและสังคม	๘
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	๑๑
นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุ	๑๒
สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของประเทศไทย	๒๓
ข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านมา	๒๓
การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ	๒๖
ข้อมูลการสำรวจการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔	๓๓
การประเมินและติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	๕๙
บทที่ 3 รูปแบบและศักยภาพการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการแต่ละระดับ	๖๙
รูปแบบการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	๖๙
กระทรวงกลาโหม	
รูปแบบการดำเนินงานในโรงพยาบาลศูนย์	๘๘
รูปแบบการดำเนินงานในโรงพยาบาลทั่วไป	๑๒๙
รูปแบบการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน	๑๘๐

ความคิดเห็นการดำเนินคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย	๒๓๓
ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	๒๓๓
ผู้บริหารสถานบริการแต่ละระดับ	๒๓๖
ผู้มีส่วนผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุ	๒๓๘
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลของสถานบริการ	๒๔๐
สุขภาพในแต่ละระดับ	
ผู้รับบริการต่อการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	๒๔๓
ผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	๒๕๖
บทที่ 4 บทสรุปเรียนและข้อเสนอแนะรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	๒๖๑
ในแต่ละระดับสถานบริการสำหรับประเทศไทย	
รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการแต่ละระดับ	๒๖๓
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	๒๘๔
บรรณานุกรม	๒๘๕
ภาคผนวก	๒๘๗
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหารสถานบริการ/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายทีมงานวิจัย	๒๙๔
Inform consent	๒๙

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ ๑	การบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปใน แผนกผู้ป่วยนอก	๒๒
ตารางที่ ๒	เปรียบเทียบผลการสำรวจการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑) เรื่อง การบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็น กรณีพิเศษ ปีพ.ศ.๒๕๕๓ กับ ปีพ.ศ.๒๕๕๒	๒๒
ตารางที่ ๓	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน	๒๓
ตารางที่ ๔	จำนวนและร้อยละของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	๒๓
ตารางที่ ๕	จำนวนและร้อยละของวันให้บริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๓๒๕ แห่ง	๒๓
ตารางที่ ๖	จำนวนและร้อยละของช่วงระยะเวลาการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๓๒๕ แห่ง	๒๔
ตารางที่ ๗	จำนวนและร้อยละการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล ทั่วประเทศ จำแนกตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	๒๕
ตารางที่ ๘	จำนวนและร้อยละสถานบริการในแต่ละระดับที่ตอบกลับ แบบสอบถามในการสำรวจ	๓๗
ตารางที่ ๙	จำนวนและร้อยละการดำเนินงานคลินิกในสถานบริการแต่ละระดับ	๓๗
ตารางที่ ๑๐	จำนวนและร้อยละระยะเวลาดำเนินงานคลินิกในสถานบริการแต่ละ ระดับที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแล้ว	๓๘
ตารางที่ ๑๑	จำนวนและร้อยละกิจกรรมที่ดำเนินงานในคลินิกในสถานบริการ แต่ละระดับ	๓๘
ตารางที่ ๑๒	จำนวนและร้อยละการเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ แต่ละระดับ	๓๙
ตารางที่ ๑๓	จำนวนและร้อยละแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ แต่ละระดับ	๔๐
ตารางที่ ๑๔	จำนวนและร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก ผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๐

	หน้า
ตารางที่ ๑๕ จำนวนและร้อยละผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๑
ตารางที่ ๑๖ จำนวนและร้อยละตำแหน่งผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๑
ตารางที่ ๑๗ จำนวนและร้อยละสถานที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๒
ตารางที่ ๑๘ จำนวนและร้อยละความเชื่อมโยงระบบบริการของคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๒
ตารางที่ ๑๙ จำนวนและร้อยละขั้นตอนระหว่างการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับที่กำลังอยู่ระหว่างดำเนินงาน	๔๓
ตารางที่ ๒๐ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีปัญหาด้านการบริหารในแต่ละระดับในสถานบริการ	๔๔
ตารางที่ ๒๑ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริหารของสถานบริการแต่ละระดับ	๔๕
ตารางที่ ๒๒ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริหารในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๖
ตารางที่ ๒๓ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับการบริหารในสถานบริการในแต่ละระดับ	๔๗
ตารางที่ ๒๔ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีปัญหาด้านบริการในคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๘
ตารางที่ ๒๕ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริการในสถานบริการแต่ละระดับ	๔๙
ตารางที่ ๒๖ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ	๕๐
ตารางที่ ๒๗ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาการบริการในสถานบริการแต่ละระดับ	๕๑
ตารางที่ ๒๘ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก	๒๔๓
ตารางที่ ๒๙ จำนวนและร้อยละโรคของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ	๒๔๕
ตารางที่ ๓๐ จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกจำแนกตามเพศ	๒๔๖

		หน้า
ตารางที่ ๓๑	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก จำแนกกลุ่มอายุ	๒๔๖
ตารางที่ ๓๒	จำนวนและร้อยละระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับ บริการที่คลินิก	๒๔๗
ตารางที่ ๓๓	จำนวนและร้อยละระดับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับ บริการที่คลินิก	๒๔๘
ตารางที่ ๓๔	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อขั้นตอนการบริการ ของคลินิก	๒๔๙
ตารางที่ ๓๕	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ	๒๕๐
ตารางที่ ๓๖	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่ ให้บริการ	๒๕๑
ตารางที่ ๓๗	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	๒๕๒
ตารางที่ ๓๘	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและ คุณภาพบริการ	๒๕๓
ตารางที่ ๓๙	ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	๒๕๗
ตารางที่ ๔๐	จำนวนร้อยละระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการบริหาร	๒๕๘
ตารางที่ ๔๑	จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมและทัศนคติของบุคลากร ในการปฏิบัติงาน	๒๕๙
ตารางที่ ๔๒	จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการปฏิบัติงาน ด้านการให้บริการ	๒๖๐

สารบัญญรูปภาพ

	หน้า
แผนภูมิที่ ๑	อัตราการเพิ่มประชากรรวม และประชากรสูงอายุ พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๗๓
แผนภูมิที่ ๒	จำนวนประชากรสูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓
แผนภูมิที่ ๓	การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จำแนกตาม กลุ่มอายุ พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓
แผนภูมิที่ ๔	ผลการดำเนินงานจำแนกรายเขต
แผนภูมิที่ ๕	วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณ เปรียบเทียบจังหวัด เขต และประเทศ เกณฑ์ร้อยละ ๓๓
แผนภูมิที่ ๖	รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร



บทที่ ๑

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

จากการเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยพบว่า มีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ร้อยละ ๑๑ (๒๕๔๙) และประชากรมีอายุมีฐานประมาณ ๓๓ ปี แสดงว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งหมายถึงว่าประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ โดยที่อัตราการภาวะเจริญพันธุ์ลดลงจากร้อยละ ๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นร้อยละ ๑.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในขณะที่อัตราการตายลดลงเพียงเล็กน้อย เมื่อคำนวณอัตราการเพิ่มประชากรในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๘) พบว่า มีอัตราการเพิ่มของประชากรเฉลี่ยเป็นร้อยละ ๐.๖ ประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ ๘.๑ และ ๑๐ ปีต่อมา พ.ศ. ๒๕๔๘ ประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มเป็นร้อยละ ๑๐.๖ หรืออัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ ๒.๕ ต่อปี ถ้าพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ ๕.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็น ๒ เท่าใน พ.ศ. ๒๕๔๓ (ร้อยละ ๑๐.๑) ซึ่งใช้เวลา ๕๐ ปี จะเพิ่มเป็น ๓ เท่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (ร้อยละ ๑๕.๖) ซึ่งใช้เวลา ๑๕ ปี จะเพิ่มเป็น ๔ เท่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ (ร้อยละ ๒๑.๕) ซึ่งใช้เวลา ๑๐ ปี จะเพิ่มเป็น ๕ เท่าประมาณ ปี พ.ศ. ๒๕๗๖ (ประมาณร้อยละ ๒๕) ซึ่งใช้เวลา ๘ ปี แสดงว่าประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วมากในอีก ๑๘ ปี ข้างหน้า คือในช่วง พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๖

ด้านปัญหาสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุพบว่าโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปี ๒๕๔๙ พบผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังสูงสุดของกลุ่มอายุ ร้อยละ ๔๘ โดยกลุ่มโรคเรื้อรัง ๕ อันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคต่อมไร้ท่อ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ความหมายเชิงนโยบายของความจริงข้อนี้คือ ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น อัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายจะสูงนั้นหมายถึงว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจะสูงตามไปด้วย ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นรูปแบบของการเจ็บป่วยมักมีลักษณะเฉพาะต่างไปจากสังคมที่ประชากรมีอายุเยาว์ (Young-population Society) ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นโรคติดต่อและโรคอันเกิดจากโภชนาการบกพร่องมีสัดส่วนลดลง ขณะที่โรคเรื้อรังและโรคที่เป็นสาเหตุของการเสื่อมสภาพของอวัยวะรวมทั้งโรคสมองเสื่อมมีสัดส่วนสูงขึ้น เช่น มะเร็ง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคและอาการเหล่านี้รักษาหายได้ยากหรือไม่หายขาด

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น ดังนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจะจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ประเทศไทยก็ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้มานานแล้ว โดยเริ่มเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๐๖ แต่การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมจริงๆ ยังมีไม่มากพอ และที่มีอยู่ก็ไม่ชัดเจนมีมาตรฐานในระดับใด คลินิกเหล่านี้ปัจจุบันมีอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป หรือในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในปลายปี พ.ศ.๒๕๔๗ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้เริ่มมีการผลักดันนโยบายให้เกิดคลินิกผู้สูงอายุอีกครั้ง และในต้นปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านนี้ชัดเจนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ข้อ ๔.๖ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ ที่เพียงพอแก่การให้บริการ และสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ (๑) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การบริการในคลินิกผู้สูงอายุอาจจะแตกต่างกันไปตามบริบทและศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งการบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐจัดเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ “คลินิกผู้สูงอายุ” มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ โดย ๑) เพื่อคงความมีสุขภาพดี ๒) ค้นพบโรค (กายและใจ) ในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลา ฟันฟูสภาพอย่างเหมาะสม ๓) ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง ๔) ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดที่เห็นได้ชัดและ/หรือ โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนโดยเฉพาะแต่ยังมีจำนวนจำกัด สิ่งที่ยังขาดและต้องการการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ๑) บุคลากรทุกระดับสำหรับแต่ละพันธกิจ ๒) Primary health care ๒.๑ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ๒.๒ แนวทางการคัดกรองและตรวจเช็คสุขภาพ ๒.๓ การประเมินผู้สูงอายุครบวงจร ๓. Secondary health care ๓.๑ การรักษาโรคอย่างเหมาะสม ได้แก่ Secondary prevention ๓.๒ void iatrogenic-proper drug use ๓.๓ Tertiary prevention-rehabilitation ๓.๔ End of life care ๔. Comprehensive & continuation care ๕. Integration of health & social aspect

สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมาในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่ายังเป็นการดำเนินงานที่เน้นเฉพาะตัวผู้สูงอายุ ยังไม่พัฒนาเป็นระบบและรูปแบบที่ชัดเจนตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ ถึงแม้ว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการพัฒนาและให้องค์ความรู้ด้านการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุแล้ว แต่ยังพบว่ามีข้อจำกัดหลายอย่าง อาทิ นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง งบประมาณ และการขาดบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินงาน รวมทั้งศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลในแต่ละระดับ และผู้ปฏิบัติงานเองยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน โดยการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปัจจุบันประกอบด้วย ๑) แพทย์หรือพยาบาลที่เกษียณอายุแล้วมาทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้สูงอายุ ๒) รักษาโรคหรือกลุ่มโรคที่เป็นอยู่เดิม ๓) ใช้วิธีการรักษาแบบพื้นฐานทั่วไป ๔) ดูแลในโรคหรือกลุ่มที่รอการรักษาได้ ๕) ไม่มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ฉะนั้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข และได้ผลักดันการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยดำเนินการทั้งด้านนโยบายและการฝึกอบรมบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชา ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย เป็นระยะเวลา ๔ ปี เพื่อให้การดำเนินงานที่ผ่านมา

มองเห็นรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปประยุกต์หรือดำเนินงานได้เลยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ทีมงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจึงสนใจที่จะดำเนินงานวิจัยโดยการสังเคราะห์รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยให้ได้รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องและครบวงจร มีความเหมาะสมในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ภูมิภาคท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อรองรับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุทั่วประเทศไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

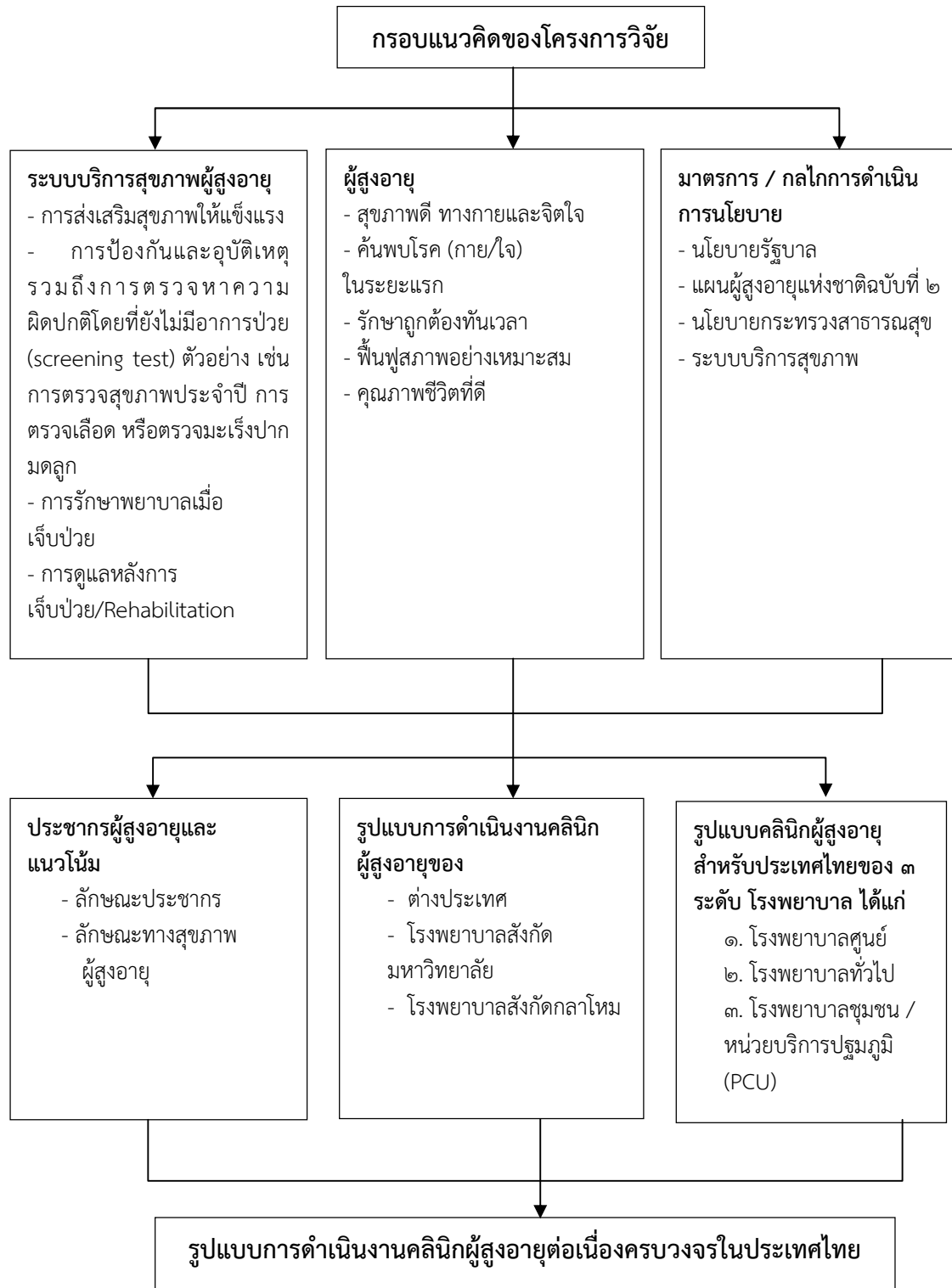
๑. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกในปัจจุบันสำหรับประเทศไทย
๒. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของคลินิกผู้สูงอายุใน ๓ ระดับโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (PCU) ต่อเนื่องอย่างครบวงจร
๓. เพื่ออธิบายรูปแบบการดำเนินงานคลินิกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

ขอบเขตของโครงการวิจัย

๑. ศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย และต่างประเทศที่คัดสรร ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และ จีน การเลือกศึกษาประเทศดังกล่าวนี้ เนื่องจากเป็นประเทศตัวแทนทางวัฒนธรรมและของทวีปในภูมิภาคต่างๆของโลกโดยมีการเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่ช้าและเร็วต่างกัน และเป็นประเทศที่มีการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ และมีข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษที่ประเทศไทยสามารถเรียนรู้ได้
๒. ศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง ๓ ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน/PCU รวมทั้งโรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และศึกษาข้อมูลเชิงลึกในตัวอย่างโรงพยาบาลที่ได้คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย
๓. ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ
๔. ขั้นตอน/กระบวนการ/ขอบเขต/ข้อจำกัดในบางสถานการณ์/ปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไขของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

๕. ระบบการส่งต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (PCU)

กรอบแนวคิดการศึกษา



นิยามศัพท์

คลินิกผู้สูงอายุ เป็นคลินิกที่มีการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป

๑. ข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ
๒. จัดกลุ่มและให้บริการตามที่ต้องการ แบบมีส่วนร่วมและเพื่อคงศักยภาพ
๓. ค้นหาโรคที่พบบ่อยขึ้นตามอายุ
๔. ให้วัคซีนและการสร้างเสริมสุขภาพอื่นตามจำเป็น
๕. ให้การรักษาโรคพื้นฐาน

คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์

๑. ให้การดูแลรักษาและรับส่งต่อในรายที่ซับซ้อน
๒. คลินิกเฉพาะโรค เช่น สมองเสื่อม คลินิกโรคข้อ คลินิกการกลืนปัสสาวะ
๓. ศูนย์ฝึกอบรมบุคลากร ผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงเรียนแพทย์

๑. ต้นแบบของการดูแลเชิงรุก เชิงรับ เชิงสนับสนุน
๒. ให้การดูแลปัญหาที่สำคัญและซับซ้อน พัฒนาสู่แนวทางการดูแลระดับประเทศ
๓. พัฒนาเครือข่ายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต
๔. พัฒนาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีศักยภาพและคุณภาพชีวิต

ครบวงจรต่อเนื่อง หมายถึง การจัดบริการดูแลรักษาที่มีความเชื่อมโยงหรือการส่งต่อผู้รับบริการของสถานบริการแต่ละระดับ

ระเบียบวิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

๑. คลินิกผู้สูงอายุที่อยู่ใน
 - ๑.๑ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
 - ๑.๒ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
 - ๑.๓ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย
๒. กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่สอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกคือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ หรือคลินิกผู้สูงอายุที่บูรณาการเข้ากับคลินิกที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
๓. ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหาร สถานบริการ หัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย และผู้ให้บริการ

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. ศึกษาและประมวลข้อมูลจากตำรา วารสารวิชาการ และงานวิจัยในประเทศไทย เช่น จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยต่าง ๆ และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๒. การสัมภาษณ์ กำหนดการสัมภาษณ์

๒.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิจากความเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งในระดับนโยบายและแผนงาน

๒.๒ ผู้บริหารสถานบริการ หัวหน้างาน/กลุ่มงาน/กอง/ภาควิชา ในสังกัดโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๒.๓ ผู้ปฏิบัติงาน/นักวิชาการที่ทำงานและบริการทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ

๓. เลือกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์จากการเก็บข้อมูลของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระดับ โรงพยาบาลตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยวิธีการเลือกเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการแต่ละระดับสถานบริการและครอบคลุมในแต่ละภูมิภาคพิจารณาจาก

๓.๑ มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป

๓.๒ มีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลคลินิกผู้สูงอายุหรือมีคณะกรรมการดำเนินงาน

๓.๓ ขนาดสถานบริการที่เปิดดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๓.๓.๑ โรงพยาบาลศูนย์ ๕ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลลำปาง
โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลราชบุรี

๓.๓.๒ โรงพยาบาลทั่วไป ๘ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลมะการักษ์
โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาล
วชิระภูเก็ต โรงพยาบาลเบตง

๓.๓.๓ โรงพยาบาลชุมชน ๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยฉัตร โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม
โรงพยาบาลสวนผึ้ง โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลคำม่วน

๔. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ได้แก่

๔.๑ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

๔.๒ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ๒ แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๕. ศึกษาความพึงพอใจและทัศนคติต่อการบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดย

๕.๑ การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแต่ละระดับจำนวนโรงพยาบาลละ ๑๐ คน (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน)

๕.๒ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

๖. การศึกษาเชิงลึกการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแต่ละระดับที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ PCU ต่อเนื่องกัน เช่น โรงพยาบาลลำปาง → โรงพยาบาลห้างฉัตร → หน่วยบริการปฐมภูมิ

๗. เครื่องมือวิจัย

๗.๑ เครื่องมือการวิจัยชุดที่ ๑ แบบสอบถามสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดการสัมภาษณ์เป็นลักษณะข้อมูลเชิงลึก ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ/ผู้อำนวยการ/หัวหน้างาน/กลุ่มงาน / กอง/ ภาควิชา ในสังกัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๗.๒ เครื่องมือการวิจัยชุดที่ ๒ แบบสอบถาม โดยทีมผู้วิจัยกำหนดแบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๓ ระดับทั่วประเทศ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

๗.๓ เครื่องมือวิจัยชุดที่ ๓

๗.๓.๑ แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัย

๗.๓.๒ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวนโรงพยาบาลละ ๑๐ คน

๗.๔ เครื่องมือวิจัยชุดที่ ๔ แบบสอบถาม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกผู้สูงอายุ

๗.๕ เครื่องมือชุดที่ ๕ แนวคำถามเชิงระบบ

๘. นำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนาม

๙. รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

๑๐. สรุปผลข้อมูล

๑๑. สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ทราบข้อมูลด้านคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย
๒. ทราบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของประเทศ
๓. ทราบรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแต่ละระดับเพื่อนำเสนอต่อโรงพยาบาลระดับต่างๆ นำไปสู่การดำเนินการบริการคลินิกผู้สูงอายุที่เหมาะสมแต่ละระดับโรงพยาบาลต่อเนื่องแบบครบวงจร
๔. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข



บทที่ ๒

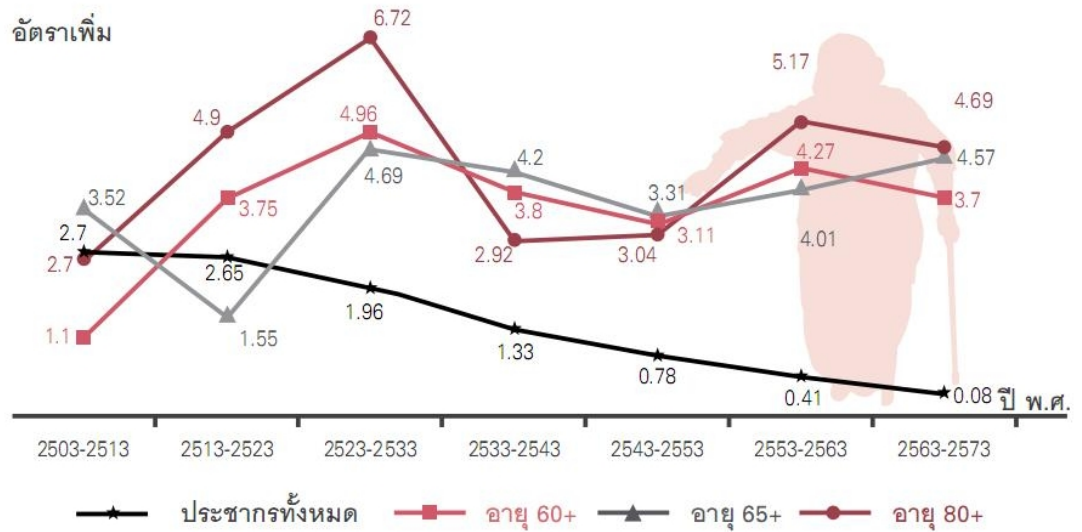
สถานการณ์และการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย

ลักษณะของด้านประชากรและสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ พบว่าประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ประมาณ ๑ ใน ๑๐ ของประชากรไทยจะเป็นประชากรผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง ๑ ใน ๔ คือเพิ่มถึง ๑๗.๗ ล้านคน ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมี ๗.๒ ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ ๑๑ ของประชากรทั้งประเทศ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ในเพศชาย ๖๙.๕ เพศหญิง ๗๖.๓ และ อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ ๖๐ ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด และ/หรือ ประชากรมีอายุมัธยฐาน (Median age) มากกว่า ๓๐ ปี แสดงว่าประชากรครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า ๓๐ ปี หรือส่วนใหญ่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ อายุมัธยฐานของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ อายุมัธยฐานของประชากรเท่ากับ ๑๘.๔ (ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยเยาว์) และเพิ่มเป็น ๓๐.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ (ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน) และเพิ่มสูงขึ้นอีกเป็น ๓๓ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ (ประชากรส่วนใหญ่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา ถือว่าประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ปัจจุบันกว่าครึ่งของประชากรไทยมีอายุมากกว่า ๓๐ ปี และผลจากการฉายภาพประชากรแสดงว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรไทยจะมีอายุมากกว่า ๔๓ ปี (แผนภูมิที่ ๑)

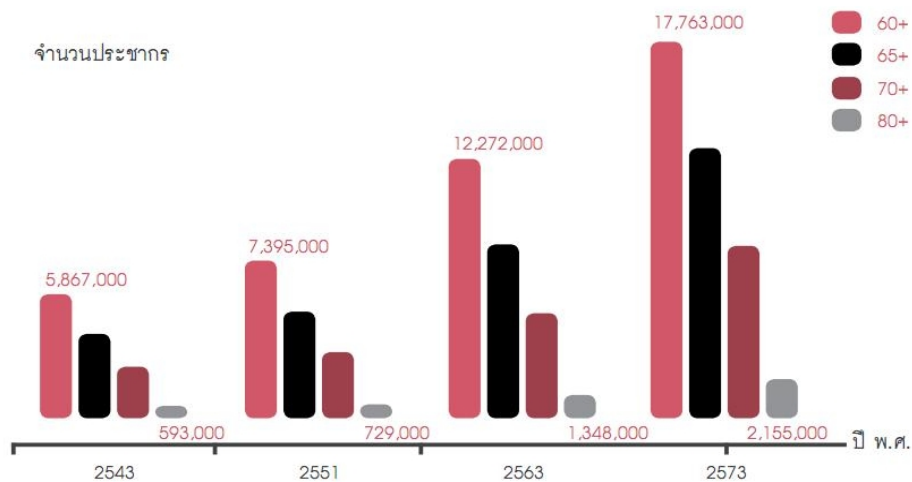
เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ ๕๘.๘ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ร้อยละ ๓๑.๗ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ ๙.๕ (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยต้องการการพึ่งพิงสูงแม้จะไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ จากแผนภูมิที่ ๒ และแผนภูมิที่ ๓ แสดงกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๗๓ จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มไม่น้อยกว่า ๓ เท่าตัว โดยประชากรอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้น ๓ เท่า (จาก ๕.๙ ล้านคนเพิ่มเป็น ๑๗.๘ ล้านคน) อายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ๓.๓ เท่า (จาก ๓.๙ ล้านคนเพิ่มเป็น ๑๒.๗ ล้านคน) อายุ ๗๐ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ๓.๕ เท่า (จาก ๒.๓๒ ล้าน คนเพิ่มขึ้นเป็น ๓.๖ เท่า (จาก ๕.๙ แสนคนเพิ่มเป็น ๒.๒ ล้านคน) จะพบว่าประชากรในกลุ่มที่สูงอายุมาก คือ ๘๐ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

แผนภูมิ ๑ อัตราการเพิ่มประชากรรวม และประชากรสูงอายุ พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๗๓



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๓๓ สำนักระบาดวิทยาของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓ (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

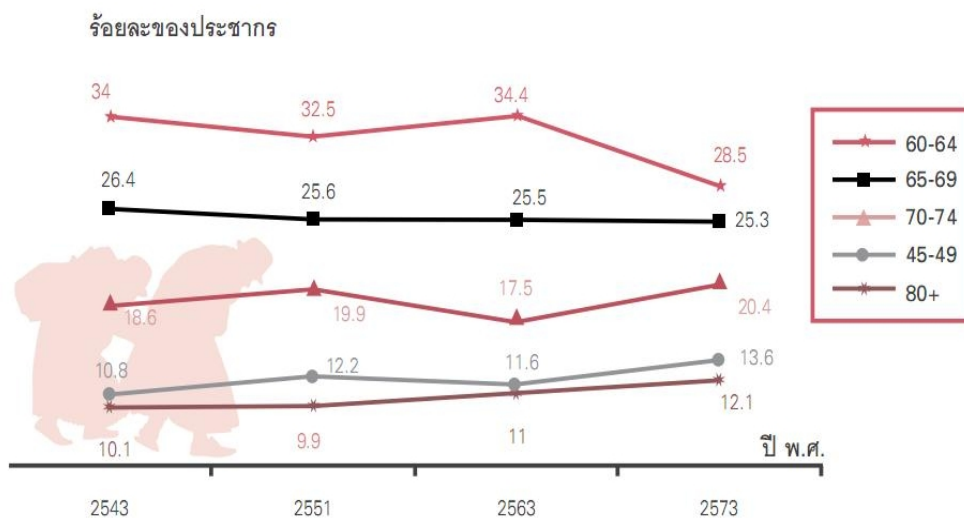
แผนภูมิที่ ๒ จำนวนประชากรสูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓ คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓
(ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนภูมิที่ ๓ การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.

๒๕๔๓-๒๕๗๓



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓ คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓ (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ส่วนการเกื้อหนุนทางสังคม (Potential Support Ratio) พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมากกว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ คือ ๑๒.๑ และ ๘.๙ ตามลำดับ หมายความว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีคนในวัยแรงงาน ๑๒ คน ที่จะดูแลอุปการะผู้สูงอายุ ๑ คน ในขณะที่ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีคนในวัยแรงงานประมาณ ๙ คน ที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ๑ คน จะเห็นว่าอัตราส่วนศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงตลอดและคาดว่าจะลดลงอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ ๙ คนที่สามารถดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป ๑ คน ในปัจจุบัน ลดลงเหลือเพียง ๓ คน ต่อ ผู้สูงอายุ ๑ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓

ในขณะที่อัตราการเป็นภาระผู้สูงอายุ (Aging Dependency Ratio) หมายถึง จำนวนประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน ๑๐๐ คน พบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรผู้สูงอายุในช่วง ๑๐๐ ปี (พ.ศ. ๒๔๙๔-๒๕๙๓) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอัตราลดลง เนื่องจากประชากรวัยเด็กลดลง จากนั้นก็จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

โดยผลการคาดประมาณประชากรระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๗๓ ภายใต้ข้อสมมุติด้านภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลางพบว่าภาวะเจริญพันธุ์ลดลงจาก ๑.๘๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เหลือ ๑.๓๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ส่งผลให้ประชากรทั่วราชอาณาจักร เพิ่มจำนวนขึ้นจาก ๖๒.๒๔ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็น ๗๐.๖๕ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และเริ่มลดลงเหลือ ๗๐.๖๓ ในปีพ.ศ. ๒๕๗๓ โดยระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๘ อัตราการเพิ่มของประชากรเป็นร้อยละ ๐.๙๒ ต่อปี หลังจากนั้นประชากรมีการเพิ่ม ในอัตราที่ลดลง คือ ร้อยละ ๐.๖๘, ๐.๕๐, ๐.๓๒, ๐.๑๖ และ -๐.๐๑ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๓, พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๘, พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓, พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๘ และ พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๓เป็นผลจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงทำให้มีเด็กเกิดลดลงในขณะที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จนในช่วง ๕ ปี สุดท้ายของการประมาณการมีเด็กเกิดน้อยกว่าประชากรที่ตายทำให้ขนาดประชากรลดลง

ในขณะที่การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม และสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่ง พบร้อยละ ๑๒.๕ ในเพศชาย และ ๑๓.๕ ในเพศหญิง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย พบว่าค่าเฉลี่ยเมื่ออายุแรกเกิดของคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ ๗๐ ปีแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประชากรอาเซียนหลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๗ – ๒๕๕๓ อายุคาดเฉลี่ยของไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยผู้ชายเพิ่มขึ้นจาก ๕๕.๘ ปี เป็น ๗๐.๖ ปี และผู้หญิงเพิ่มขึ้นจาก ๖๒ ปี เป็น ๗๗.๕ ปี และเมื่อถึงปี ๒๕๗๓ ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น ๗๖ ปี ผู้หญิงเป็น ๘๒.๗ ปี นอกจากนี้จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๕๒ ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของสุขภาพดี (Healthy life Expectancy-HALH) เท่ากับ ๖๒ ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น ๕๙ ปี และผู้หญิงมีอายุ ๖๕ ปี ซึ่งต่ำกว่า สิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย

ในขณะที่การสูญเสียสุขภาพของคนไทย จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียสุขภาพ (DALYs loss) ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่ามีปัญหาสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง ฤกษ์มโป่งพอง และเบาหวาน สอดคล้องกับโครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑ ในกลุ่มอายุ ๕๐-๗๔ ปี และกลุ่มอายุ ๗๕ ปีขึ้นทั้งชายและหญิงมีสาเหตุการตายหลักจากเส้นเลือดในสมองแตก และจากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมากที่สุดร้อยละ ๔๔ รองลงมาคือ สุขภาพพอใช้ ร้อยละ ๓๕ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๑๕.๓ สุขภาพดีมาก ร้อยละ ๓.๗ และสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ ๒. ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพต่างๆ ไปโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๓.๐) ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๒๘.๙ มีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๒๑.๕ มีสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ ๒.๘ ขณะที่พบเพียงร้อยละ ๓.๘ ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมาก

จากการศึกษาวิจัยพบว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และกลับต้องอยู่ระยะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๔๖-๗ พบว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ ๑๑.๗ และ ๑๗.๕ ตามลำดับ และจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ระหว่าง ๒๕๔๖-๗ โดยใช้แบบจำลองพหุสถานะพบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีผู้สูงอายุชายและหญิง ประมาณ ๖๐,๐๐๐ และ ๘๐,๐๐๐ คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการผู้อื่นช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มเป็น ๑๐๐,๐๐๐ และ ๑๔๐,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ หรือประมาณ ๒๐ ปีข้างหน้า

นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

๑. มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

๑.๑ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้

๑.๒ ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

๒. มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ

๒.๑ พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

๒.๒ ส่งเสริมให้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง

๒.๓ ให้อำนาจหน้าที่ตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

๒.๔ รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แว่นตา ไม้เท้า รถเข็น
ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

๓. มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

๓.๑ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการร่วมกับ
ผู้สูงอายุ

๓.๒ ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้
และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

๔. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

๔.๑ ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการ
ดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่มและบุคคล

๔.๑.๑ ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงค่าโดยสารของระบบขนส่งสาธารณะ
และระบบขนส่งมวลชนต่าง ๆ ที่ลดหย่อนให้แก่ผู้สูงอายุ

๔.๑.๒ ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะทุกประเภทให้ผู้สูงอายุเข้าถึง
และใช้ได้อย่างสะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุตลอดเวลาให้บริการโดยมีการประกาศเกียรติคุณแก่
หน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่น

๔.๑.๓ ส่งเสริมให้ภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ ปฏิบัติตามมาตรฐาน
สถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

๔.๑.๔ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ได้จริงในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน
ทางเดินสาธารณะในเขตชุมชน สะดวก เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

๔.๑.๕ จัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน
ที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

๔.๑.๖ จัดให้มีสวนสาธารณะและพื้นที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมและปลอดภัย
สำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ

๔.๒ จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ สนับสนุนการดูแลระยะยาว

๔.๒.๒ ระบบประกันสังคม

๔.๒.๓ ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง

๔.๒.๔ อาสาสมัครในชุมชน

๔.๒.๕ สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

๔.๓ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยกระบวนการประชาคม

๔.๓.๑ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

๔.๓.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

๔.๓.๓ ส่งเสริมให้องค์กรทางศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาจิตใจและดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

๔.๔ เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการให้เป็นธรรมร่วมด้วย

๔.๕ รัฐมีระบบและวางแผนเพื่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ

๔.๖ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

นโยบายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ตามแนวคิดนโยบาย “เมืองไทยสุขภาพดี” (Healthy Thailand) หรือเมืองไทยแข็งแรง ที่ต้องการให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งแนวคิดตามนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี ที่ให้ความสำคัญกับ ๕ อ. ซึ่งได้แก่ ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหาร อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการบูรณาการกิจกรรมด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทุกๆ ด้าน

และจากการสำรวจด้านประชากร พบว่า จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ของประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging)” เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุจะมีผลกระทบต่อสภาพทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญและการเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำแผนแม่บทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๒) ขึ้น

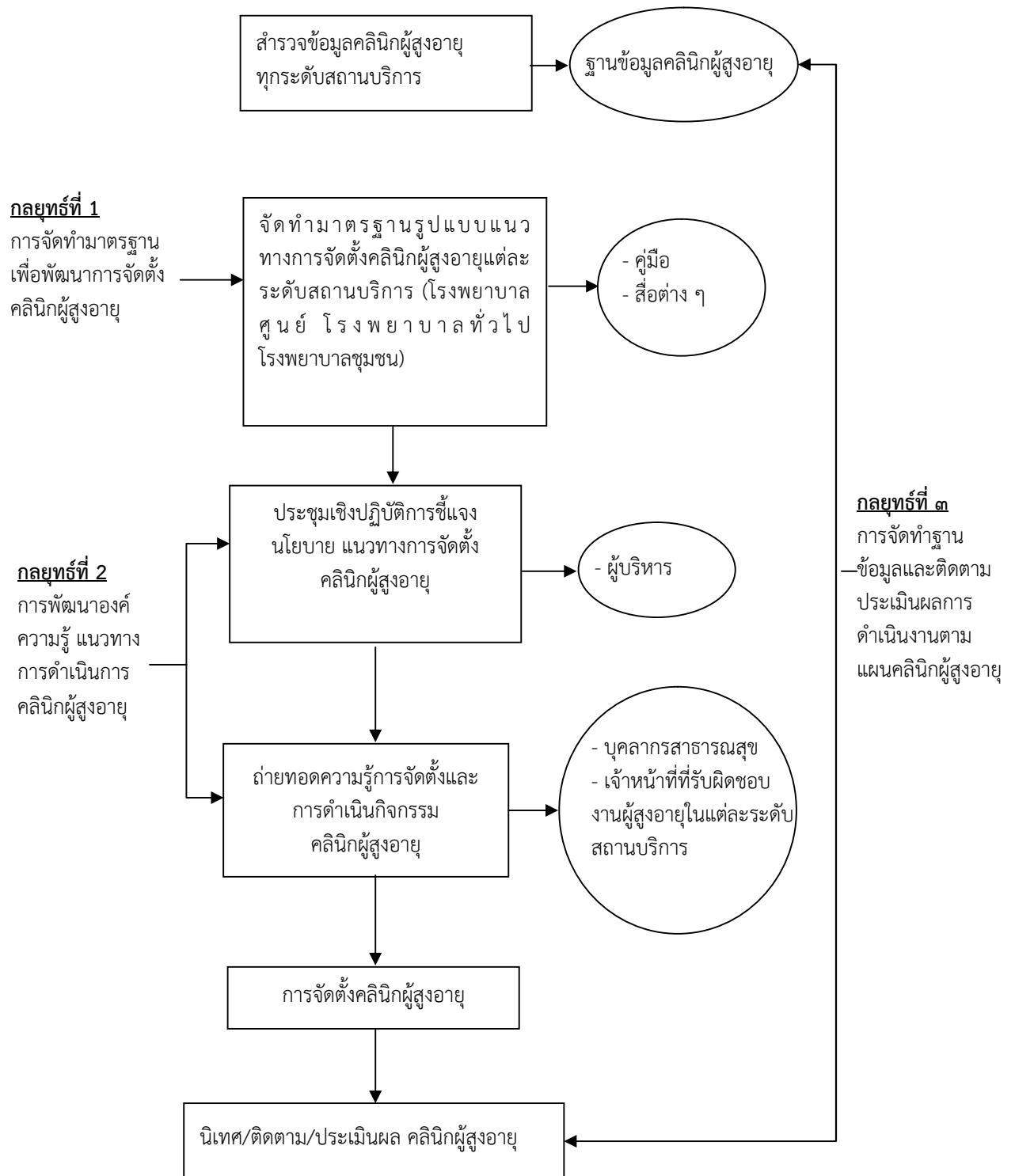
ยุทธศาสตร์ระยะปานกลาง ๓ ปี ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (๒๕๔๘ – ๒๕๕๒)

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	กิจกรรมหลัก	ตัวชี้วัด
๑. การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง	๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการให้ความรู้และเรียนรู้เรื่องสุขภาพเพื่อวัยสูงอายุ ในระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไป ๒. มีการเตรียมตัวเข้าวัยสูงอายุ	๑. สนับสนุนให้มีการบรรจุหลักสูตรเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุในการสอนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ภายในปี ๒๕๕๐ ๒. จัดอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องที่จำเป็นแก่ประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ	๑. สัดส่วนประชากรวัย ๕๕ ปี ได้รับความรู้ด้านสุขภาพเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๔๗ ร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๔๘
๒. ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพ ควบคุม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเน้นการดำเนินงานเชิงรุก/ในชุมชนแบบบูรณาการและสหวิชา	๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย ๒. การบริการรักษาโรคผู้สูงอายุตามแนวเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิชาว่าด้วยผู้สูงอายุ ๓. การวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ เครือข่ายวิชาการ และการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	๑. จัดทำรูปแบบและมาตรฐานการดำเนินงานด้านสุขภาพ การจัดตั้งคลินิกชมรมผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่าย ๒. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ๓. ดำเนินการลงทะเบียนผู้สูงอายุ และจัดทำระบบข้อมูลด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งหนึ่งชมรมต่อหนึ่งตำบลในปี ๒๕๔๗ ร้อยละ ๑๐๐ ของชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่เหมาะสมและได้มาตรฐานในปี ๒๕๔๘ ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลของรัฐ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในปี ๒๕๔๘ และมีกิจกรรมที่ได้มาตรฐานในปี ๒๕๔๙ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ PCU) ๓. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	กิจกรรมหลัก	ตัวชี้วัด
			๔. ผู้สูงอายุได้รับการลงทะเบียน ร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๔๘ และ ร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๔๙
๓. การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	๑. การบังคับใช้กฎระเบียบตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ๒. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุ	๑. สนับสนุนการดำเนินงานใน เป็นไปตามกฎระเบียบ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ๒. นิเทศ ติดตาม ประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และ ผล การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	๑. มีการดำเนินการตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง (จะกำหนดเงื่อนไขและ ร้อยละเมื่อมีประกาศกฎกระทรวง สาธารณสุขแล้ว)

ที่มา : ข้อเสนอการประชุมกระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ปี ๒๕๔๖

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ



กลยุทธ์การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

กลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน
๑. กลยุทธ์การจัดทำมาตรฐานเพื่อพัฒนาการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑. โครงการจัดทำมาตรฐานรูปแบบและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการของรัฐ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน)	๑. เพื่อจัดทำมาตรฐานและรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๒. เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ ๓. เพื่อจัดทำสื่อการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	๑. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดมาตรฐานและรูปแบบการดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ๒. จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดมาตรฐานและรูปแบบการดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จัดทำคู่มือแนวทางการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ
๒. การพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	๑. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (สำหรับผู้บริหาร)	เพื่อให้ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบหลักได้ทราบถึงนโยบาย และกลยุทธ์การดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และสามารถนำไปดำเนินการ เพื่อให้เป็นกิจกรรมของระบบการให้บริการผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข	จัดประชุมชี้แจงผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบหลักได้ทราบถึงนโยบาย และกลยุทธ์การดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
	๒. โครงการถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบผู้สูงอายุในการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ	เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ	๑. ประเมินความรู้ผู้เข้ารับการอบรมด้านคลินิกผู้สูงอายุ ๒. เผยแพร่คู่มือรูปแบบมาตรฐานการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ ๓. อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดตั้งและ

กลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน
๓. การจัดทำฐานข้อมูลและติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนคลินิกผู้สูงอายุ	๑. โครงการฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ	เพื่อเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนคลินิกผู้สูงอายุ	๑. สร้างแบบรายงานเพื่อจัดทำฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ ๒. กำหนดรูปแบบและระยะเวลาการรายงาน ๓. วิเคราะห์ผลการรายงานคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ ๔. สรุปผลและจัดทำฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ
	๒. โครงการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ	๑. เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ๒. เพื่อให้เกิดการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ ๓. ให้เป็นมาตรฐาน	๑. จัดตั้งคณะกรรมการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ ๒. จัดทำแบบรายงานติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ ๓. กำหนดรูปแบบและระยะเวลาในการติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ ๔. สรุปผลและทำรายงานการติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ
	๓. โครงการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ	เพื่อศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ	๑. จัดตั้งคณะกรรมการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองในการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๓. เก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๔. วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๕. สรุปผล ทำรายงาน เผยแพร่ ผลการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ๖. วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินความรู้ผู้เข้ารับการอบรมด้านคลินิกผู้สูงอายุ

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ปี ๒๕๔๘

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๕๑)

วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

“มุ่งมั่นพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

(ของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและการบริการในชุมชน

โดยครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างและ พัฒนาศักยภาพ กำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ

(ทั้งระบบบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริการจัดการเชิงบูรณาการงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ หลังการประกาศใช้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของกระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ (มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๗) ตราขึ้นโดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้การดำเนินงาน เกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สาระสำคัญของสิทธิผู้สูงอายุในมาตรา ๑๑ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน มีทั้งหมด ๑๓ ด้านโดยกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบใน

มาตรา ๑๑(๑) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ ความหมายของ “บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๓ หมายความว่าบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อสร้างสุขภาพ การป้องกัน การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมาตรา ๕ บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. นี้

ผลของกฎหมาย ทำให้หน่วยงานของรัฐที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบต้องจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ โดยเป็นเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้จัดบริการให้มีความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้หลักเกณฑ์ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนี้ต้องดำเนินการโดยไม่คิดมูลค่าหรือให้ส่วนลดเป็นกรณีพิเศษด้วย

จาก พระราชบัญญัติผู้สูงอายุปี พ.ศ.๒๕๔๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๘ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๒ ตอนที่ ๔๕ ง ลงวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๔๘: กระทรวงสาธารณสุข) ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และ
การสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

- ๑) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แยกจากผู้มารับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก
- ๒) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจนและ
ให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

(ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๔๘: นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุข)

ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๑(๑) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙

จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการเก็บข้อมูลจาก
โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น ๕๕๘ แห่ง พบว่า โรงพยาบาลของรัฐมีการจัดบริการช่องทางพิเศษเฉพาะ
ผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๐.๕ ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐที่ยังไม่จัดบริการช่องทางพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ
ร้อยละ ๕๙.๕ พบว่า

ภาคเหนือ	มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๓๕.๗๑
ภาคกลาง	มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๕๓.๒๒
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๒๘.๗๓
ภาคใต้	มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๔๕.๕๔

ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๑ (๑) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐

จากรายงานของคณะกรรมการติดตามสิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖
โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานรองรับสิทธิผู้สูงอายุใน
การจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลจากการประเมินพบว่า

๑. โรงพยาบาลที่จัดบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแล้วร้อยละ ๗๖.๖
๒. โรงพยาบาลที่กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการบริการแก่ผู้สูงอายุร้อยละ ๖๔.๑
๓. โรงพยาบาลที่ประชาสัมพันธ์ระหว่างให้บริการแก่ผู้สูงอายุร้อยละ ๘๒.๔

ผลการสำรวจการดำเนินงานตามพรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑) ปี พ.ศ. ๒๕๕๓

จากการเก็บข้อมูลทางสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์โดยการส่งแบบสำรวจทั้งหมด
๘๗๖ โรงพยาบาล ดังนี้

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๗๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง,
โรงพยาบาลทั่วไป ๖๙ แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน ๗๓๘ แห่ง, โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ๕ แห่ง
 - โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๓๙ แห่ง ได้แก่ สังกัดกรุงเทพมหานคร
๙ แห่ง, สังกัดทหารตำรวจ ๑๖ แห่ง, สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ๑๐ แห่ง, สังกัดรัฐวิสาหกิจ ๔ แห่ง
- ผลการสำรวจพบว่า

ตารางที่ ๑ การบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

ระดับโรงพยาบาล	โรงพยาบาลที่มีบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (จำนวน)
โรงพยาบาลศูนย์	๒๐ แห่ง (๘๗.๐%)
โรงพยาบาลทั่วไป	๒๗ แห่ง (๗๑.๑%)
โรงพยาบาลชุมชน	๒๘๔ แห่ง (๗๑.๐%)
โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ	๑๓ แห่ง (๔๖.๔%)
รวม	๓๔๔ แห่ง (๗๐.๓%)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบผลการสำรวจการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑) เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ ปีพ.ศ.๒๕๕๓ กับ ปีพ.ศ.๒๕๕๒

การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	ปี พ.ศ.	
	๒๕๕๒	๒๕๕๓
๑. จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก	๘๖.๔%	๗๐.๓%
๒. มีการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยปิดประกาศไว้ชัดเจน	๔๖.๕%	๔๑.๙%
๓. มีการประชาสัมพันธ์ช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในระหว่างการให้บริการ	๖๙.๙%	๖๗.๓%

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๑(๑)

๑. การดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งประกาศ แต่การประเมินและติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการเก็บข้อมูลไม่ดำเนินการต่อเนื่องและครบถ้วน

๒. การรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุตามมาตรา ๑๑(๑) ใน พรบ. ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.๒๕๔๖ ยังรับรู้ถึงสิทธิของตนเองน้อยโดยเฉพาะในเขตชนบท จากการศึกษาของ รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ (๒๕๔๘) พบว่า ผู้สูงอายุไม่รับรู้เกี่ยวกับสิทธิดังกล่าว [มาตรา ๑๑(๑)] ถึงร้อยละ ๕๑.๒ และผู้สูงอายุรับรู้สิทธิร้อยละ ๔๘.๘ และเป็นผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ ๕๔.๓ และร้อยละ ๔๕.๘ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า

- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ ๖๗.๔
- ภาคใต้ ร้อยละ ๖๖.๒
- ภาคเหนือ ร้อยละ ๕๕.๒
- ภาคกลาง ร้อยละ ๒๓.๐

สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของประเทศไทยในระยะแรก

๑. การสำรวจคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน
(พ.ศ.๒๕๕๔)

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาล	จำนวน	คลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์	๑๙	๙	๔๗.๔
โรงพยาบาลทั่วไป	๕๘	๒๔	๔๑.๔
โรงพยาบาลชุมชน	๕๒๙	๒๙๒	๕๕.๒

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบบริการ	โรงพยาบาล (N= ๓๒๕)	ร้อยละ
การตรวจเฉพาะโรค	๑๙๖	๖๐.๓๑
การตรวจสุขภาพประจำปี	๒๑๘	๖๗.๐๘
การให้สุขศึกษา	๓๒๕	๑๐๐
การออกกำลังกาย	๑๐๖	๓๖.๖๒
การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ	๒๔๗	๗๖.๐๐
สันทนาการ	๓๔๓	๑๐๐
อื่น ๆ	๑๒๗	๓๙.๐๘

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของวันให้บริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๓๒๕ แห่ง

วันบริการ	จำนวน	ร้อยละ
จันทร์	๒๐	๖.๑
อังคาร	๒๒	๖.๘
พุธ	๒๙	๘.๙
พฤหัสบดี	๓๕	๑๐.๘
ศุกร์	๗๘	๒๓.๔
อื่น ๆ	๑๔๑	๔๓.๐
รวม	๓๒๕	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๖ จำนวนและร้อยละของช่วงระยะเวลาการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๓๒๕ แห่ง

ช่วงระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
๐๗.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	๑๖๔	๕๐.๕
๐๗.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	๘๔	๒๕.๘
๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	๓๖	๑๑.๑
ไม่ตอบคำถาม	๔๑	๑๒.๖
รวม	๓๒๕	๑๐๐.๐

การจัดคลินิกผู้สูงอายุมีเน้นบริการด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษ มีจำนวน ๒๐๑ แห่ง
จากโรงพยาบาล ๓๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๘๕ จัดกิจกรรมพิเศษ ดังนี้

๑. การรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุ
๒. การตรวจสุขภาพประจำปี
๓. ตรวจสุขภาพฟัน
๔. ส่งเสริมให้ความรู้ทางด้านสุขภาพและการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ
๕. มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีการประชุม พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนทนาการ
๖. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต
๗. ให้ความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และแพทย์แผนโบราณ
๘. ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย
๙. กิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ
๑๐. กิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ เป็นต้น

(ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

๒. การสำรวจการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (พ.ศ. ๒๕๔๘)

จากการสำรวจการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยเก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า

ตารางที่ ๗ จำนวนและร้อยละการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำแนกตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

เขต	มีการจัดตั้งคลินิก	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ไม่มีการจัดตั้งคลินิก
๑	๔๓.๔๘	๕๖.๔๓	๐.๐๙
๒	๑๙.๕๗	๘๐.๔๓	-
๓	๔๑.๔๖	๕๘.๕๔	-
๔	๒๓.๓๓	๗๖.๖๗	-
๕	๒๘.๕๗	๗๑.๔๓	-
๖	๑๖.๒๘	๗๖.๗๔	๖.๙๘
๗	๒๗.๒๗	๗๒.๗๓	-
๘	๒๖.๔๗	๗๓.๕๓	-
๙	๗๕.๖๘	๒๔.๓๒	-
๑๐	๔๘.๐๐	๕๒.๐๐	-
๑๑	๕๖.๘๖	๔๓.๑๔	-
๑๒	๓๔.๐๐	๖๖.๐๐	-
๑๓	๓.๙๕	๙๖.๐๕	-
๑๔	๕.๕๖	๙๔.๔๔	-
๑๕	๒.๘๖	๙๗.๑๔	-
๑๖	๖๓.๑๖	๓๔.๘๔	๒.๐๐
๑๗	๕๐.๐๐	๕๐.๐๐	-
๑๘	๖๐.๐๐	๕.๐๐	๓๕.๐๐
๑๙	๒๘.๐๐	๔.๐๐	๖๘.๐๐

ที่มา : โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๘

๓. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๖๔) ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ข้อ ๔ มาตรการ ระบบบริการเครือข่ายการเกื้อหนุน ข้อ ๔.๖ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินงานในเรื่องนี้ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ตั้งปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยดำเนินงานทั้งการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแนวทางการดำเนินงานและจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจากการเก็บข้อมูลในระยะแรก พบว่า

๑. ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ ๔๐ กำลังดำเนินการจัดตั้ง ร้อยละ ๕๕.๕ และยังไม่มีการดำเนินงานเลย ร้อยละ ๕

๒. ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๘.๓๗

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. การดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และบางแห่งไม่สามารถแยกคลินิกผู้สูงอายุออกจากคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุจะดำเนินงานตามศักยภาพของโรงพยาบาล และอยู่ในรูปแบบที่แตกต่างกันไป

๒. ขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุ

๓. ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบด้านนี้โดยตรง และมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

๔. ขาดสื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

๕. ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

(ที่มา: ข้อมูลจาก E-inspection ของสำนักงานผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๔๙)

การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานในคลินิกผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วประเทศ

๑. ผลการระดมความคิดเห็นการประชุมเชิงปฏิบัติการปี พ.ศ. ๒๕๕๓

จากการระดมความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งผู้เข้าประชุมประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดประชุมฯ จำนวน ๔ ครั้ง ใน ๔ ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางรวมภาคตะวันออก การระดมความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยแบ่งตามลักษณะการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเป็น ๔ แบบ ได้แก่ ๑. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแพทย์ดำเนินงาน ๒. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแพทย์ดำเนินงาน ๓. โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ดำเนินงาน ๔. โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ดำเนินงาน พบว่า

๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีแพทย์ดำเนินการในคลินิก

ปัญหาและอุปสรรค	รูปแบบการดำเนินงานคลินิก
๑. ด้านบุคลากร - ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ - ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ - จำนวนบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ - กรณีถ้าพยาบาลไปอบรม ๔ เดือน ไม่ได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน ๒. ด้านองค์ความรู้ - ขาดการอบรมระยะสั้น/ยาว - ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารในหลักสูตรอบรมเฉพาะทาง - จัดอบรมเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ ๓. งบประมาณ ไม่มีปัญหา ๔. สถานที่ - ไม่มีสถานที่เฉพาะเป็นสัดส่วน ต้องใช้ร่วมกับงานอื่น ได้แก่ ห้องตรวจอายุรกรรม และห้องตรวจโรคทั่วไป (GP) - One stop service	๑. ห้องบัตร - มีช่องทางด่วนหรือประชาสัมพันธ์คอยต้อนรับ - บัตรผู้ป่วยนอกสีเหลือง ใบสั่งยาพิมพ์ข้อความ “ผู้สูงอายุ” ๒. การประเมินผู้ป่วย ในเรื่อง กิจวัตรประจำวัน การหกล้ม ความจำ การกลืนปัสสาวะ และทุพโภชนาการ ๓. จำนวนวันที่จัดบริการบริการ อาทิเช่น - จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ อาทิวันละ ๑ วัน โดย แพทย์อายุรกรรมและทีม - จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุทุกวัน โดย แพทย์ที่เกษียณอายุราชการและทีม ๔. กรณีถ้าพบปัญหาจะนัดมาพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ๕. การดูแลต่อเนื่อง - ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง - เวชกรรมสังคม - เอกสารส่งต่อ

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ๒๕๕๓

๒. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ไม่มีแพทย์ดำเนินการใน

ปัญหาและอุปสรรค	รูปแบบการดำเนินงานคลินิก
๑. ด้านบุคลากร - นโยบายของผู้บริหารยังไม่ให้ความสำคัญ - บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้จบด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น การส่งแพทย์ศึกษาต่อขององค์กรไม่ชัดเจน - พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ได้จบเฉพาะทาง และที่จบเฉพาะทางมาแต่ไม่ได้มาประจำ - บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอและมีภาระงานหลายหน้าที่ - ทักษะติดต่อผู้สูงอายุและการให้บริการผู้สูงอายุ - ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน - ขาดการประชาสัมพันธ์ “คลินิกผู้สูงอายุ” ๒. ด้านองค์ความรู้ - ขาดการอบรมระยะสั้น/กลาง/ยาว - จัดอบรมวิชาการเพิ่มพูนความรู้ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. งบประมาณ : ไม่มีปัญหา ๔. สถานที่ - สถานที่คับแคบ ต้องใช้ร่วมกับแผนกอื่น เช่น PCU, OPD อายุรกรรม เป็นต้น - ขาดการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ราวจับ, ที่จอดรถ, ห้องน้ำ เป็นต้น ๕. ปัญหาอื่น ๆ - ต้องมีการกำหนดจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวัน - การให้บริการควรเป็นการรับปรึกษาจากแผนกอื่น - ไม่มีการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุของหน่วยงาน - ขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และผู้สูงอายุที่มารับบริการ - การดำเนินงานในหน่วยงานยังไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน - ขาดความเชื่อมโยงภายในหน่วยงาน	๑. การตรวจคัดกรองสุขภาพ ๒. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ๓. จัดเป็นศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ๔. จัดให้บริการร่วมกับแผนกอื่น เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ๒๕๕๓

๓. โรงพยาบาลชุมชน ที่มีแพทย์ดำเนินการในคลินิก

ปัญหาและอุปสรรค	รูปแบบการดำเนินงานคลินิก
๑. ด้านบุคลากร - จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ/ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ▪ แพทย์ มีการหมุนเวียน/ย้ายบ่อย ▪ พยาบาล ขาดองค์ความรู้ และมีภาระงานมากเกินไป - การดำเนินงานยังไม่เป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ - การดำเนินงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง การส่งปรึกษาเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ▪ แพทย์ที่คลินิกผู้สูงอายุ ไม่กล้าที่จะเปลี่ยนยาของผู้ป่วย ▪ การส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาแล้วกลับมาที่คลินิกผู้สูงอายุ ๒. ด้านองค์ความรู้ - การคัดเลือกรูปแบบผู้ป่วย พบว่าไม่มีเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยที่ชัดเจน ▪ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค ♦ กลุ่มผู้ป่วย ที่มาตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก ♦ การคัดกรองโรคในชมรมผู้สูงอายุ ▪ กลุ่มโรคเรื้อรัง ♦ การคัดกรองโรคอื่นๆ เพื่อให้การรักษาและป้องกันการภาวะแทรกซ้อน ♦ กลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งเข้ารับการรักษต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุ ♦ กลุ่มที่มีหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน มีการได้รับยาซ้ำซ้อน ไม่สามารถปรับให้ร่วมกันได้ ▪ การใช้เครื่องมือประเมินต่างๆ ♦ ขาดทักษะและความรู้ในการใช้แบบประเมิน ♦ การใช้แบบประเมินใช้ระยะเวลานานต่อการประเมินแต่ละเรื่อง ๓. งบประมาณ ▪ การประสานงานของงบประมาณจาก อบต./อปท. และเทศบาลค่อนข้างลำบาก	๑. แต่งตั้งคณะทำงานด้านคลินิกแบบสหสาขาวิชา ๒. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จากชมรมผู้สูงอายุ และผู้ป่วยนอกทั่วไป ๓. จัดบริการตรวจโรคโดยแพทย์ ๔. การตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ๕. การติดตามและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในคลินิก

ปัญหาและอุปสรรค	รูปแบบการดำเนินงานคลินิก
▪ การเขียนของบประมาณจาก อปท. ต้องดำเนินการก่อนที่งบประมาณในแต่ละปีจะออก ▪ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานกับ อบต./อปท. ยังไม่เป็นทางเดียวกัน ๔. สถานที่ ▪ ใช้แผนกอื่นในการดำเนินงาน โดยการสลับวัน ▪ ใช้สถานที่ตรวจผู้ป่วยนอก ๕. ปัญหาอื่นๆ ▪ ระยะทางในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุลำบาก และไกล แก้ไขปัญหาโดยประสานงานไปที่อบต. เพื่อขอใช้สถานที่ในการจัดบริการเชิงรุก เช่น วัด ▪ การดำเนินงานขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลนั้น ๆ ▪ ขาดรูปแบบที่ชัดเจนของการดำเนินงานคลินิก โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ▪ มีหลายหน่วยงานที่ดูแลและประเมินผู้สูงอายุทั้งในชุมชน และที่บ้าน เช่น เทศบาล/อบต. ▪ การดำเนินงานแบบสหสาขาวิชายังไม่เต็มรูปแบบ ๖. ข้อเสนอแนะ : มีโรงพยาบาลนำร่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ๒๕๕๓

๔. โรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีแพทย์ดำเนินการในคลินิก

ปัญหาและอุปสรรค	รูปแบบการดำเนินงานคลินิก
๑. ด้านบุคลากร - มีบุคลากรไม่เพียงพอ - ไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน - ภาระงานที่มาก ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก - บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนบ่อย - ขาดการทำงานเป็นทีมและสหสาขาวิชาชีพ - ผู้บริหารและองค์กรแพทย์ไม่เห็นความสำคัญ ๒. ด้านองค์ความรู้ - บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน - ขาดแบบฟอร์มการบันทึกหรือการประเมิน - ขาดการสนับสนุนอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๓. งบประมาณ - ไม่มีงบประมาณสนับสนุน - ได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น กองทุนตำบล ๔. สถานที่ - ไม่มีสถานที่เป็นส่วน คับแคบ - สถานที่จัดบริการไม่ชัดเจน ได้แก่ วัด โรงเรียน ศาลากลางบ้าน ๕. ปัญหาอื่น ๆ - ขาดแกนนำผู้สูงอายุ - ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน - ขาดการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายที่มีส่วนร่วม - ความซ้ำซ้อนของคลินิก ขาดนโยบายที่ชัดเจน และขอบเขตการปฏิบัติงาน	๑. การจัดบริการคลินิกในชุมชน - ดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ - เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วน ได้แก่ อบต. อบท. จิตอาสา อาสาสมัคร และสถานีอนามัย - จัดบริการคัดกรองสุขภาพ แบ่งเป็น ได้แก่ กลุ่มปกติ,กลุ่มเสี่ยง,กลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นต้น - การดำเนินคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชน เช่น การประเมินผู้สูงอายุ และการเยี่ยมบ้าน ๒. การจัดบริการในสถานบริการ - จัดบริการช่องทางด่วนผู้สูงอายุ - จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามคลินิกที่มาตรวจ เช่น คลินิกเบาหวาน ๓. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโดยการบูรณาการเข้ากับงานประจำ - การดำเนินงานเชิงรุก ▪ การส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เช่น รำไม้พลอง ฤาษีดัดตน ▪ ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ ▪ การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน - การบริการเชิงรับ ▪ การประเมินภาวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ เช่น ด้านความจำ การเคี้ยวอาหาร (ฟัน) การมองเห็น เป็นต้น ▪ การให้สุขศึกษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพในคลินิก หรือช่วงวาระพิเศษ เช่น งานมหกรรมต่าง ๆ ที่ทางหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนจัด ▪ คลังอุปกรณ์ เพื่อให้สามารถยืมอุปกรณ์ไปใช้ได้

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ๒๕๕๓

ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าประชุมต่อการพัฒนาและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในการสร้างเครือข่ายคลินิกผู้สูงอายุควรมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

๑. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยงาน การนำเสนองานเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ
๒. มีเครือข่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสหสาขาวิชา โดยมีการช่วยเหลือกันภายในจังหวัด หรือมีโรงพยาบาลต้นแบบเป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา รวมทั้งการจัดประชุมระดับภาคในรูปแบบ KM และการประกวดคลินิกผู้สูงอายุระดับประเทศ
๓. มีเวปบอร์ดหรือแม่ข่ายสำหรับเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
๔. มีแหล่งข้อมูลรวมด้านผู้สูงอายุให้กับเครือข่าย
๕. การจัดการอบรมหลักสูตรระยะสั้นและให้ทุนอบรมเรื่องผู้สูงอายุ แก่ แพทย์ และพยาบาล
๖. มีการประสานงาน นิเทศงาน และการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม
๗. การผลักดันนโยบายที่ชัดเจน กำหนดปัญหาผู้สูงอายุที่ชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ตัวชี้วัดต้องชัดเจน การกำหนดค่าตอบแทน และผลักดันให้เข้าร่วมในสปสช.
๘. การสร้างทัศนคติและความตระหนักในเรื่องผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์
๙. ศึกษาฐานคลินิกผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและมีผลงานเด่นหรือโรงพยาบาลต้นแบบ
๑๐. การจัดทำคู่มือและแบบประเมินที่ใช้ในคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในแต่ละบริบทของพื้นที่ และในกรณีที่ไม่มียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติอย่างไรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุม
๑๑. ให้ชุมชนและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการร่วมด้วย
๑๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาในการดำเนินเครือข่ายคลินิกผู้สูงอายุ

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินการได้ในอนาคต

๑. One stop services เฉพาะที่มีการบ่งชี้ นอกเหนือคลินิกพิเศษ
๒. Special Geriatric clinic โดยเฉพาะ เช่น คลินิกความทรงจำ คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี
๓. การจัดการบริการที่ร่วมบูรณาการกับคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกเบาหวาน
๔. มีศูนย์ประสานการส่งต่อผู้สูงอายุระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน
๕. การจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๖. การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุเชิงรุก โดยทีมสหสาขาวิชา ในการตรวจสุขภาพ การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
๗. การส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งการป้องกัน และการดูแลรักษา
๘. การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนให้เข้มแข็ง โดยอาศัยศักยภาพในชุมชน และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการดูแลที่ยั่งยืนต่อเนื่อง
๙. การแบ่งระดับการดูแลในพื้นที่ให้เหมาะสมตามศักยภาพของหน่วยงาน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โดยระบบการส่งต่อ
๑๐. จัดบริการสายด่วนสุขภาพของสถานบริการ ให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อให้การบริการเข้าถึงได้มากขึ้น

๑๑. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องมีแพทย์ประจำ (เป็นที่ปรึกษา) โดยมีพยาบาลที่จบด้านผู้สูงอายุดำเนินงาน (manager elderly clinic)

๒. ผลการระดมความคิดเห็นการประชุมเชิงปฏิบัติการปี พ.ศ. ๒๕๕๔

ผลจากการระดมความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งผู้เข้าประชุมประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ จากทั่วประเทศ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไป และชุมชน ใน ๔ ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๔๕๐ คน แบ่งตามประชุมกลุ่มย่อยในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเป็น ๔ แบบ ได้แก่ ๑. โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแพทย์ดำเนินงาน ๒. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแพทย์ดำเนินงาน ๓. โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ดำเนินงาน ๔. โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ดำเนินงาน พบว่า

๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีแพทย์ดำเนินงานในคลินิก

สิ่งที่ต้องการ	ปัญหาที่พบ	ข้อเสนอ	การประสานงาน
๑. มีทีมงานรับผิดชอบโดยตรง ๒. มีสถานที่แน่นอน ๓. มีขอบเขตการปฏิบัติงาน ๔. ต้องการเวลาในการดำเนินงาน	๑. ไม่ทราบว่าจะเริ่มอย่างไร - ไม่มีผู้เชี่ยวชาญและผู้รับผิดชอบโดยตรง - สถานที่ใช้ร่วมกับคลินิกอื่น - ไม่ทราบเป้าหมายชัดเจนในการดำเนินงาน - งบประมาณ - การจัดเก็บและการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ - ที่ปรึกษา/การส่งต่อ/การประสานงาน	๑. บุคลากร - ใช้บุคลากรที่มีและส่งไปอบรม - สร้างสหวิชาชีพร่วมกันทำงาน - เครือข่ายท้องถิ่น จิตอาสา/อบต./อสม.	เครือข่ายในชุมชน ๑. โรงพยาบาลปทุมธานี กับระดับสูงกว่า ๒. การส่งผู้ป่วยกลับมาสู่ชุมชน การปรึกษา ๑. กรณีไม่มีผู้เชี่ยวชาญ ๒. ช่องทางการปรึกษา

๒. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ไม่มีแพทย์ดำเนินงานในคลินิก

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
๑. บุคลากร - ไม่ใช่แพทย์ดำเนินการ - ไม่มีแพทย์สนใจเรียนเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ - บุคลากรที่จบเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ - บุคลากรน้อยไม่เพียงพอและมีภาระงานหลายด้าน - บุคลากรขาดองค์ความรู้ ๒. งบประมาณที่จะมาสนับสนุนในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่มีผลลัพธ์ที่ชัดเจนที่ได้จากการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ๓. สถานที่ ไม่มีสถานที่ ห้องตรวจที่ชัดเจน ๔. นโยบายไม่ชัดเจนเรื่องการดำเนินงานคลินิก	๑. มีนโยบายในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน ๒. มีคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ ที่มั่งคั่งที่ชัดเจน ๓. ประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ ๔. ขอความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ๕. มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุ / สถานที่ดำเนินการ ๖. ดำเนินการคัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ แบบครบวงจร ประเมินกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ๗. ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และบำบัดรักษาตามกลุ่มอาการ

๓. โรงพยาบาลชุมชน ที่มีแพทย์ดำเนินการในคลินิก

ปัญหา	การดำเนินการ	การดำเนินงานในอนาคต	เครือข่ายคลินิกผู้สูงอายุ
๑. บุคลากร - ขาดแพทย์ที่จะดำเนินการ - ขาดองค์ความรู้ด้านวิชาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - บุคลากรรับผิดชอบงานหลายด้าน ๒. สถานที่ - ขาดสถานที่ในการทำกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากการซักประวัติและพบแพทย์ - สถานที่ภายในโรงพยาบาลยังไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ทางลาด ๓. นโยบาย : ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ๔. ผู้ป่วย : ไม่เข้าใจ และไม่ให้ความร่วมมือ ๕. ผู้ดูแล : ไม่มีผู้ดูแลมาด้วย	๑. กำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการ : นำผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเข้าคลินิก ๒. การคัดกรองโรค - จากชมรมผู้สูงอายุ - จากผู้ป่วยที่มาตรวจที่คลินิกต่าง ๆ (ผู้สูงอายุมีหลายโรค) ๓. ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ๔. ประสานงานกับแพทย์ที่ตรวจโรค ๕. ปฐมนิเทศให้ผู้สูงอายุทราบ ๖. มีการทำระบบติดตามผู้ป่วยนัด (ใช้ระบบ HOSXP) ๗. มุ่งประเด็นไปในผู้ป่วยที่มีแพทย์สนใจ เช่น กระดูก, ซึมเศร้า ๘. ดำเนินการให้มีอย่างต่อเนื่อง	๑. สร้างทัศนคติและความรู้ในเรื่องผู้สูงอายุ ๒. มีการแยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกลุ่มนี้ให้ผู้สูงอายุแข็งแรงไม่เป็นภาระของครอบครัว ๓. มีการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต มีการส่งอีเมลปรึกษา ๔. รับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ ๕. ทำให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ๖. มีการประเมินผลโดยทำตัวชี้วัดของกิจกรรม	๑. ประสานงานในระหว่างแผนกหรือแผนกเดียวกัน ๒. โรงพยาบาลชุมชนต้องแจ้งและเป็นแม่ข่ายให้ รพสต. ๓. มีการประสานงานและเตรียมความพร้อมก่อนส่งผู้ป่วยสูงอายุสู่ชุมชน ๔. ใช้ระบบเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ๒๕๕๔

๔. โรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีแพทย์ดำเนินการในคลินิก

ปัญหาและอุปสรรค	สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	ปัญหาอุปสรรค	การดำเนินงานในอนาคต
๑. ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ๒. ขาดงบประมาณ ๓. ขาดบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล และมีการเปลี่ยนแปลงสายงานบ่อย ๔. ขาดองค์ความรู้การประเมิน การให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ การดูแลโรคที่พบบ่อย การจัดการสิ่งแวดล้อม ๕. มีภารกิจงานมากทำให้ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ๖. ขาดนโยบาย/ขอบเขต ที่ชัดเจน ๗. ความซ้ำซ้อนของคลินิก ๘. ขาดการประชาสัมพันธ์	๑. มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุ ๒. ตรวจสุขภาพประจำปี ทำเฉพาะชมรม ๓. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เช่น - ให้บริการ ๑ วัน ต่อสัปดาห์ให้บริการทุกวันศุกร์ - มีการดำเนินการคัดกรองตรวจสุขภาพทั่วไป - การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมและป้องกัน ๔. มีการรวบรวมข้อมูล อัตราการตาย ข้อมูลการรักษาโรคที่พบบ่อย	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการ ๑. ขาดองค์ความรู้ และทักษะเฉพาะด้าน ๒. มีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ๓. การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ๔. รูปแบบการดำเนินงานต่อเนื่อง, Rehab โรงพยาบาลที่ยังไม่มีดำเนินการ ๑. ผู้บริหารยังไม่เห็นความสำคัญ ๒. บุคลากรไม่เพียงพอ ๓. รูปแบบการดำเนินงานที่จะบูรณาการกันระหว่างคลินิกและงานอื่นที่เกี่ยวข้องเกณฑ์ในการคัดกรองและกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในคลินิก ๑. ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ๒. ขาดงบประมาณ ๓. ขาดบุคลากร พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงสายงาน ๔. ขาดองค์ความรู้ การประเมิน การให้คำปรึกษาในผู้สูงอายุ การดูแลโรคที่พบบ่อย การจัดการสิ่งแวดล้อม ๕. มีภารกิจงานมาก ๖. ขาดนโยบายที่ชัดเจน ๗. ความซ้ำซ้อนของคลินิก	แผนงานพัฒนา ๑. ขอบประมาณในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ๒. ควรมีการจัดระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ๓. ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ๔. การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนา การบำบัดรักษา (เน้นการป้องกันและฟื้นฟู) ๕. พัฒนาทางการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการถึงบ้าน โรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว ๑. พัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง ๒. ทหารูปแบบดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน ๓. ดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุม: ส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู โรงพยาบาลที่ยังไม่ดำเนินการ ๑. ประชุมทีมสหวิชาชีพ ๒. กำหนดจัดหาสถานที่ ๓. จัดทำเกณฑ์และแนวทางดำเนินงาน ๔. จัดบริการ คัดกรอง, รักษา, ส่งเสริม, ป้องกัน, ฟื้นฟู ๕. ระบบส่งต่อ ๖. จัดเก็บข้อมูล ๑. ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ๒. ดำเนินการสนองต่อนโยบายฯ กระทรวงสาธารณสุข ๓. กำหนดเกณฑ์ผู้รับบริการในคลินิกตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป (ตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล)

ปัญหาและอุปสรรค	สิ่งที่ดำเนินการแล้ว	ปัญหาอุปสรรค	การดำเนินงานในอนาคต
		๘. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๙. ขาดสถานที่ในการจัดตั้งคลินิก ๑๐. ขาดการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกหน่วยงาน ๑๑. ขาดการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบและขาดโปรแกรมรองรับการบันทึกข้อมูล	๔. จัดตั้งทีมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ๕. ดำเนินการให้บริการในลักษณะ “One Stop Service” - เปิดช่องทางด่วนให้ผู้รับบริการในคลินิกฯ หรือกำหนดลักษณะพิเศษของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น สัญลักษณ์พิเศษในบัตรผู้ป่วยนอก, ค่าเตือนในคอมพิวเตอร์ - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและคัดกรองโรคเช่น การประเมิน BMI, Nutrition, ADL, Fall - จัดกิจกรรมเสริมในระหว่างการรอตรวจ เช่น กิจกรรมเก้าอี้พูดได้ โดยใช้รูปภาพแทนตัวหนังสือ ทำสมาธิ บำบัด เปิด VDO การออกกำลังกาย และ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ - กำหนดให้มีพยาบาลจิตอาสาเพื่อให้การดูแลอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในแต่ละวัน ๖. ประสานงานสร้างเครือข่ายสู่ชุมชนโดยการส่งต่อระบบข้อมูล ๗. ส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ - การเล่นนิทานให้เด็ก ๆ ฟัง - กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน/จิตอาสา - กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ/รายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ๘. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

สถานการณ์ข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากการสำรวจการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน ๘๒๔ แห่ง โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ มีแบบสอบถามตอบกลับมาจำนวน ๕๕๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๑ เมื่อพิจารณาจากจำนวนโรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามกลับกับโรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามไปในแต่ละระดับสถานบริการพบว่า แบบสอบถามที่ตอบกลับมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๙๖.๒ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๗๘.๓ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๖๕.๒ (ตารางที่ ๖)

ตารางที่ ๘ จำนวนและร้อยละสถานบริการในแต่ละระดับที่ตอบกลับแบบสอบถามในการสำรวจ

ระดับโรงพยาบาล	จำนวนโรงพยาบาล		ร้อยละ
	แบบสอบถามที่ส่ง	แบบสอบถามตอบกลับ	
โรงพยาบาลศูนย์	๒๖	๒๕	๙๖.๒
โรงพยาบาลทั่วไป	๖๙	๕๔	๗๘.๓
โรงพยาบาลชุมชน	๗๒๙	๔๗๔	๖๕.๒
รวม	๘๒๔	๕๕๓	๖๗.๑

ตารางที่ ๙ จำนวนและร้อยละการดำเนินงานคลินิกในสถานบริการแต่ละระดับ

การดำเนินงานคลินิก	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	
ดำเนินการแล้ว	๒๑ (๘๕.๗)	๔๓ (๗๙.๖)	๒๔๕ (๕๒.๕)	๓๐๙ (๕๖.๗)
อยู่ระหว่างดำเนินงาน	๓ (๑๒.๐)	๗ (๑๔.๘)	๑๒๕ (๒๖.๘)	๑๓๕ (๒๔.๖)
ยังไม่เริ่มดำเนินงาน	๑ (๐.๔)	๖ (๙.๘)	๙๗ (๒๕.๘)	๑๐๔ (๑๘.๗)
รวม	๒๕ (๑๐๐.๐)	๕๔ (๑๐๐.๐)	๔๗๔ (๑๐๐.๐)	๕๕๓ (๑๐๐.๐)

จากตารางที่ ๘ แสดงผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ จากการตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด ๕๕๓ แห่ง พบว่า มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแล้ว ร้อยละ ๙๖.๗ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๘๕.๗ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๗๙.๖ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๕๒.๕ อยู่ระหว่างดำเนินงาน ร้อยละ ๒๔.๖ (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๑๒ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๑๔.๘ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๖.๘) และยังไม่เริ่มดำเนินงาน ร้อยละ ๑๘.๗ (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๐.๔ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๙.๘ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๕.๘) (ตารางที่ ๙)

ตารางที่ ๑๐ จำนวนและร้อยละระยะเวลาดำเนินงานคลินิกในสถานบริการแต่ละระดับที่ดำเนินงาน
คลินิกผู้สูงอายุแล้ว

ระยะเวลา ดำเนินงาน	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	
มากกว่า ๓ ปี	๑๐ (๕๐.๐)	๑๐ (๒๓.๐)	๖๘ (๒๗.๕)	๘๘ (๒๘.๔)
๒-๓ ปี	๒ (๑๐.๐)	๑๐ (๒๓.๓)	๔๖ (๑๘.๖)	๕๘ (๑๘.๗)
๑-๒ ปี	๒ (๑๐.๐)	๑๕ (๓๔.๙)	๗๗ (๓๑.๒)	๙๔ (๓๐.๓)
น้อยกว่า ๑ ปี	๖ (๓๐.๐)	๗ (๑๖.๓)	๕๔ (๒๑.๙)	๖๗ (๒๑.๕)
อื่น ๆ	-	๑ (๒.๓)	๒ (๐.๘)	๓ (๑.๐)
รวม	๒๐ (๑๐๐.๐)	๔๓ (๑๐๐.๐)	๒๔๗ (๑๐๐.๐)	๓๑๐ (๑๐๐.๐)

ระยะเวลาดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการที่มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ จากการสำรวจ พบว่า มีการดำเนินงานมากกว่า ๓ ปี ร้อยละ ๒๘.๔ (เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๕๐ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๒๓ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๗.๕) ดำเนินงาน ๒-๓ ปี ร้อยละ ๑๘.๗ (เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๑๐ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๓.๓ และ ๑๘.๖ ตามลำดับ) ดำเนินงานมา ๑-๒ ปี ร้อยละ ๓๐.๓ (ร้อยละ ๑๐ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พบร้อยละ ๓๔.๙ และ ๓๑.๒ ตามลำดับ) ส่วนในสถานบริการที่ดำเนินงานน้อยกว่า ๑ ปี พบร้อยละ ๒๑.๕ (ตารางที่ ๑๐)

ตารางที่ ๑๑ จำนวนและร้อยละกิจกรรมที่ดำเนินงานในคลินิกในสถานบริการแต่ละระดับ

กิจกรรมที่ดำเนินการในคลินิก	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	
- ตรวจสุขภาพประจำปี	-	๑๒ (๒๘.๖)	๑๔๙ (๕๙.๘)	๑๖๑ (๕๒.๓)
- คัดกรองโรคผู้สูงอายุ	๑๕ (๗๕.๐)	๓๙ (๙๐.๗)	๒๑๑ (๘๖.๑)	๒๖๕ (๘๖.๐)
- ให้วัคซีน/การป้องกันโรค	๗ (๓๕.๐)	๓๓ (๗๖.๗)	๑๕๖ (๖๓.๗)	๑๙๖ (๖๓.๖)
- ตรวจรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป	๑๔ (๗๐.๕)	๓๗ (๘๖.๐)	๑๙๒ (๗๘.๔)	๒๔๓ (๗๘.๙)
- จัดกลุ่มและให้บริการตามความต้องการแบบมีส่วนร่วมเพื่อคงศักยภาพ	๘ (๔๐.๐)	๒๐ (๔๖.๕)	๙๖ (๓๙.๒)	๑๒๔ (๔๐.๓)
- ให้การดูแลรักษาและส่งต่อ	๑๔ (๗๐.๐)	๒๖ (๖๐.๕)	๑ (๒.๕)	๔๑ (๑๓.๓)
- มีคลินิกเฉพาะโรค	๖ (๓๐.๐)	๑๒ (๒๗.๙)	-	๑๘ (๕.๘)
- มีศูนย์อบรมบุคลากรทาง การแพทย์/อาสาสมัคร	๖ (๓๐.๐)	๖ (๑๔.๐)	-	๑๒ (๓.๙)

การจัดกิจกรรมที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ (ตารางที่ ๑๑) พบว่า จัดบริการคัดกรองโรคผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ ๘๖ รองลงมาคือ ตรวจรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (ร้อยละ ๗๘.๙) ให้วัคซีนและการป้องกันโรค (ร้อยละ ๖๓.๖) และตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ ๕๒.๓)

ขณะที่จัดบริการแบบจัดกลุ่มและให้บริการตามความต้องการเพื่อคงศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ร้อยละ ๔๐.๓ และให้ผู้ดูแลรักษาและส่งต่อ ร้อยละ ๑๓.๓

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละการเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

การเปิดบริการ คลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
เปิดบริการทุกวัน	๔ (๒๐.๐)	๑๓ (๓๐.๒)	๕๙ (๒๔.๓)	๗๖ (๒๔.๘)
เปิดบริการ ๑ ครั้ง/สัปดาห์	๑๔ (๗๐.๐)	๒๔ (๕๕.๘)	๘๘ (๓๖.๒)	๑๒๖ (๔๑.๒)
เปิดบริการ ๒ ครั้ง/สัปดาห์	๑ (๕.๐)	๒ (๔.๗)	๑๙ (๗.๘)	๒๒ (๗.๒)
เปิดบริการเดือนละ ๑ ครั้ง	-	๒ (๔.๗)	๕๗ (๒๓.๕)	๕๙ (๑๙.๓)
อื่น ๆ	๑ (๕.๐)	๒ (๔.๗)	๑๘ (๗.๔)	๒๑ (๖.๙)
ปิดบริการ	-	-	๒ (๐.๘)	๒ (๐.๗)
รวม	๒๐ (๑๐๐.๐)	๔๓ (๑๐๐.๐)	๒๔๓ (๑๐๐.๐)	๓๐๖ (๑๐๐.๐)

จากตารางที่ ๑๒ พบว่า การเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกแล้วนั้น จากการสำรวจ พบว่า เปิดบริการ ๑ ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ ๔๑.๒ ดำเนินการมากที่สุดในโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ ๗๐) รองลงมาคือ เปิดบริการทุกวัน ร้อยละ ๒๔.๘ ดำเนินการมากที่สุดในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ ๓๐.๒) และเปิดบริการเดือนละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๙.๓ ดำเนินการมากที่สุดในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๒๓.๕) ขณะที่ดำเนินการ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๗.๒ ในแต่ละระดับสถานบริการสัดส่วนไม่ต่างกัน มีเพียงร้อยละ ๐.๗ ที่ปิดการให้บริการไป

ตารางที่ ๑๓ จำนวนและร้อยละแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

สาขาแพทย์	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๓๑๒)
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
	(N = ๒๐)	(N = ๔๓)	(N = ๒๔๙)	
อายุรแพทย์	๑๐ (๕๐.๐)	๑๘ (๔๑.๙)	๑๗ (๖.๘)	๔๕ (๒๔.๔)
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๘ (๔๐.๐)	๖ (๑๔.๐)	๑๑ (๔.๔)	๒๕ (๘.๐)
แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	๑ (๕.๐)	-	๑ (๐.๔)	๒ (๐.๖)
แพทย์สาขาอื่น ๆ	๕ (๒๕.๐)	๑๓ (๓๐.๒)	๑๓๘ (๕๕.๔)	๑๕๖ (๕๐.๐)

จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานแล้ว พบว่า ร้อยละ ๒๔.๔ เป็นอายุรแพทย์ รองลงมาคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ ๘) ขณะที่แพทย์สาขาอื่น ๆ (ร้อยละ ๕๐) มีเพียงร้อยละ ๐.๖ เป็นแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (ตารางที่ ๑๓)

ตารางที่ ๑๔ จำนวนและร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

บุคลากรทางการแพทย์	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๓๑๒)
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
	(N = ๒๐)	(N = ๔๓)	(N = ๒๔๙)	
ทันตแพทย์	๗ (๓๕.๐)	๑๗ (๓๙.๕)	๙๖ (๓๘.๖)	๑๒๐ (๓๘.๕)
พยาบาล	๒๐ (๑๐.๐)	๔๒ (๙๗.๗)	๒๔๓ (๙๗.๖)	๓๐๕ (๙๗.๘)
เภสัชกร	๑๑ (๕๕.๐)	๒๐ (๔๖.๕)	๑๓๓ (๕๓.๔)	๑๖๗ (๕๓.๖)
นักจิตวิทยา	๑๐ (๕๐.๐)	๑๖ (๓๗.๒)	๓๘ (๑๕.๓)	๖๔ (๒๐.๕)
นักสังคมสงเคราะห์	๑๐ (๕๐.๐)	๑๑ (๒๕.๖)	๔ (๑.๖)	๒๕ (๘.๐)
นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร	๑๒ (๖๐.๐)	๑๘ (๔๑.๙)	๗๕ (๓๐.๑)	๑๐๕ (๓๓.๗)
นักกายภาพบำบัด	๑๒ (๖๐.๐)	๒๒ (๕๑.๒)	๑๒๒ (๔๙.๐)	๑๕๖ (๕๐.๐)
นักอาชีวบำบัด	๔ (๒๐.๐)	๖ (๑๔.๐)	๓ (๑.๒)	๑๓ (๔.๒)
อื่น ๆ	๓ (๑๕.๐)	๑๓ (๓๐.๒)	๔๔ (๑๗.๗)	๖๐ (๑๙.๒)

จากตารางที่ ๑๔ แสดงผลการสำรวจบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ ๙๗.๘ เป็นพยาบาล รองลงมาคือ เภสัชกร (ร้อยละ ๕๓.๖) นักกายภาพบำบัด (ร้อยละ ๕๐) ขณะที่ร้อยละ ๓๘.๕ เป็นสาขาทันตแพทย์

ตารางที่ ๑๕ จำนวนและร้อยละผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

ผู้รับผิดชอบงาน	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๒๕๓)
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
	(N = ๒๑)	(N = ๔๓)	(N = ๒๑๘)	
ฝ่ายเวชกรรมสังคม	๘ (๓๘.๑)	๒๑ (๔๘.๘)	๓๑ (๑๒.๔)	๖๐ (๑๙.๒)
ฝ่ายการพยาบาล	๖ (๒๘.๖)	๘ (๑๘.๖)	๕๐ (๒๐.๑)	๖๔ (๒๐.๔)
แผนกผู้ป่วยนอก	๑๐ (๔๗.๖)	๒๔ (๕๕.๘)	๑๒๔ (๕๙.๘)	๑๕๘ (๕๐.๕)
มีผู้รับผิดชอบ	๑๓ (๖๑.๙)	๒๙ (๖๗.๔)	๑๖๑ (๖๔.๗)	๒๐๓ (๖๔.๙)
ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง				
อื่น ๆ	๓ (๑๔.๓)	๓ (๖.๙)	๕๒ (๒๐.๙)	๕๘ (๑๘.๕)

ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุจากการศึกษา พบว่า ร้อยละ ๖๔.๙ มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในสถานบริการแต่ละระดับ (มากกว่าร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๕๐.๕ และ ฝ่ายการพยาบาล ร้อยละ ๒๐.๔ ตามลำดับ (ตารางที่ ๑๕)

ตารางที่ ๑๖ จำนวนและร้อยละตำแหน่งผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ แต่ละระดับ

ตำแหน่งผู้รับผิดชอบ	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
	(N = ๑๕๔)	(N = ๑๐๐.๐)	(N = ๑๐๐.๐)	
แพทย์	๒ (๑.๔)	-	-	๒ (๑.๐)
พยาบาล	๑๑ (๘.๔)	๒๙ (๑๐๐.๐)	๑๔๗ (๙๒.๕)	๑๘๗ (๙๓.๐)
นักวิชาการสาธารณสุข	-	-	๑๐ (๖.๓)	๑๐ (๕.๐)
นักกายภาพบำบัด	-	-	๑ (๐.๖)	๑ (๐.๕)
เจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๑ (๐.๖)	๑ (๐.๕)
รวม	๑๓ (๑๐๐.๐)	๒๙ (๑๐๐.๐)	๑๕๙ (๑๐๐.๐)	๒๐๑ (๑๐๐.๐)

ตารางที่ ๑๖ แสดงผลการสำรวจตำแหน่งผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ พบว่า มากกว่า ร้อยละ ๕๐ เป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ ๕ ขณะที่พบว่ามีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ ๑

ตารางที่ ๑๗ จำนวนและร้อยละสถานที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

สถานที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
มีห้องบริการเป็นสัดส่วน	๙ (๔๒.๗)	๖ (๑๔.๐)	๓๑ (๑๒.๖)	๔๖ (๑๔.๘)
ใช้ห้องบริการร่วมกับคลินิกอื่น ๆ	๑๑ (๕๒.๔)	๓๕ (๘๑.๔)	๑๗๘ (๗๒.๔)	๒๒๖ (๗๒.๔)
ไม่มีสถานที่เป็นของตนเอง	๑ (๔.๘)	๒ (๔.๗)	๒๔ (๙.๘)	๒๗ (๘.๗)
อื่น ๆ	-	-	๑๓ (๕.๓)	๑๓ (๔.๒)
รวม	๒๑ (๑๐๐.๐)	๔๓ (๑๐๐.๐)	๒๔๖ (๑๐๐.๐)	๓๑๐ (๑๐๐.๐)

เมื่อพิจารณาสถานที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๒.๔ ใช้ห้องบริการร่วมกับคลินิกอื่น ๆ (มากกว่าร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ไม่มีสถานที่เป็นของตนเอง ร้อยละ ๘.๗ ขณะที่ห้องบริการเป็นสัดส่วนพบเพียงร้อยละ ๑๔.๘ (ตารางที่ ๑๗)

ตารางที่ ๑๘ จำนวนและร้อยละความเชื่อมโยงระบบบริการของคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

ความเชื่อมโยงระบบการบริการ	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๒๑)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๔๓)	โรงพยาบาลชุมชน (N = ๒๔๙)	
รับรักษาปัญหาผู้สูงอายุจากแผนกอื่น ๆ	๑๒ (๕๗.๑)	๒๑ (๔๘.๘)	๑๑๕ (๔๖.๒)	๑๔๘ (๔๗.๓)
ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการแผนกอื่น	๒๐ (๙๕.๒)	๓๕ (๘๑.๔)	๑๖๔ (๖๕.๔)	๒๑๙ (๗๐.๐)
จัดบริการแบบ one stop service	๗ (๓๓.๓)	๑๔ (๓๒.๖)	๘๒ (๓๓.๓)	๑๐๓ (๓๓.๒)
ส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์บริการใกล้บ้าน	๑๒ (๕๗.๑)	๒๐ (๔๖.๕)	๑๐๕ (๔๒.๒)	๑๓๗ (๔๓.๘)
อื่น ๆ	๑ (๔.๘)	๒ (๔.๗)	๑๗ (๖.๘)	๒๐ (๖.๔)

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการในแต่ละระดับ พบว่า ร้อยละ ๗๐ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการแผนกอื่น ๆ รองลงมาคือ รับรักษาปัญหาผู้สูงอายุจากแผนกอื่น ๆ (ร้อยละ ๔๗.๓) และส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์ใกล้บ้าน (ร้อยละ ๔๓.๘) ขณะที่มีการจัดบริการแบบ on stop service พบร้อยละ ๓๓.๒ (ตารางที่ ๑๘)

ตารางที่ ๑๙ จำนวนและร้อยละขั้นตอนระหว่างการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ
แต่ละระดับที่กำลังอยู่ระหว่างดำเนินงาน

ขั้นตอนระหว่างการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๑๓๗)
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
	(N = ๓)	(N = ๗)	(N = ๑๒๗)	
หาทีมงาน/พูดคุยกันในกลุ่มที่สนใจ	๑ (๓๓.๓)	๕ (๗๑.๔)	๗๑ (๕๕.๙)	๗๗ (๕๖.๒)
เห็นชอบจากผู้บริหาร	๒ (๖๖.๗)	๓ (๔๒.๙)	๕๕ (๔๓.๓)	๖๐ (๔๓.๘)
มีคณะกรรมการดำเนินงานคลินิก	๑ (๓๓.๓)	๒ (๒๘.๖)	๓๔ (๒๖.๘)	๓๗ (๒๗.๐)
เริ่มทดลองดำเนินงานคลินิก	-	๒ (๒๘.๖)	๑๘ (๑๔.๒)	๒๐ (๑๔.๖)
อื่น ๆ	-	๒ (๒๘.๖)	๑๑ (๘.๗)	๑๓ (๙.๕)

จากการสำรวจสถานบริการแต่ละระดับที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า
อยู่ในขั้นตอนหาทีมหรือพูดคุยกันในกลุ่มที่สนใจจะทำงานผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕๖.๒ รองลงมาคือ
เห็นชอบจากผู้บริหาร ร้อยละ ๔๓.๘ และมีคณะกรรมการดำเนินงานคลินิก ร้อยละ ๒๗ ตามลำดับ
(ตารางที่ ๑๙)

ตารางที่ ๒๐ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีปัญหาด้านการบริหารในแต่ละระดับในสถานบริการ
ระดับโรงพยาบาล

ด้านการบริหาร	โรงพยาบาล ศูนย์ (N= ๒๕)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N= ๕๔)	โรงพยาบาล ชุมชน (N= ๔๗๔)	รวม (N= ๕๕๓)
- ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการ ดำเนินงาน/นโยบายไม่ชัดเจน	๔ (๑๖.๐)	๑๐ (๑๘.๕)	๘๓ (๑๗.๕)	๙๗ (๑๗.๕)
- ไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการ ดำเนินงาน	๑๗ (๖๘.๐)	๓๘ (๗๐.๔)	๓๕๑ (๗๔.๑)	๔๐๖ (๗๓.๔)
- ขาดงบประมาณ /ขาดงบประมาณ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	๑๐ (๔๐.๐)	๑๕ (๒๗.๘)	๑๘๕ (๓๙.๐)	๒๑๐ (๓๘.๐)
- ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้การ ดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	๑๐ (๔๐.๐)	๑๒ (๒๒.๒)	๒๐๓ (๔๒.๘)	๒๒๕ (๔๐.๗)
- ขาดแรงจูงใจ/กำลังใจในการ ดำเนินงาน	๓ (๑๒.๐)	๑๕ (๒๗.๘)	๑๕๒ (๓๒.๑)	๑๗๐ (๓๐.๗)
- ขาดองค์ความรู้เรื่องการทำงาน คลินิกผู้สูงอายุ	๖ (๒๔.๐)	๑๙ (๓๕.๒)	๒๐๑ (๔๒.๔)	๒๒๖ (๔๐.๙)
- ขาดการประชาสัมพันธ์	๕ (๒๐.๐)	๑๗ (๓๑.๕)	๑๐๗ (๒๒.๖)	๑๒๙ (๒๓.๓)
- ปัญหาขนาดสถานบริการขนาดเล็ก	-	-	๕๔ (๑๑.๔)	๕๔ (๙.๘)

จากตารางที่ ๒๐ แสดงปัญหาด้านการบริหารของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของสถานบริการทั้ง ๓ ระดับ ไม่มีหรือขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๖๘ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๗๐.๔ และ ๗๔.๑ ตามลำดับ) รองลงมาคือ ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๐.๙ ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ ๔๐.๗ และขาดงบประมาณหรือขาดงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๓๘

ในขณะที่ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงานหรือนโยบายไม่ชัดเจน และขาดการประชาสัมพันธ์ พบร้อยละ ๑๗.๕ และ ๒๓.๓ ตามลำดับ ส่วนปัญหาขนาดสถานบริการมีขนาดเล็ก พบเพียงร้อยละ ๙.๘ (ตารางที่ ๒๐)

ตารางที่ ๒๑ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้าน
การบริหารของสถานบริการแต่ละระดับ

มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๓๑๓)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๒๑)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๔๓)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๒๔๙)	
- ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการ ดำเนินงาน/นโยบายไม่ชัดเจน	๔ (๑๙.๐)	๗ (๑๖.๓)	๓๙ (๑๕.๗)	๕๐ (๑๖.๐)
- ไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการ ดำเนินงาน	๑๔ (๖๖.๗)	๒๙ (๖๗.๔)	๑๖๙ (๖๗.๙)	๒๑๒ (๖๗.๗)
- ขาดงบประมาณ/ขาดงบประมาณ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	๙ (๔๒.๙)	๑๓ (๓๐.๒)	๑๐๕ (๔๒.๒)	๑๒๗ (๔๐.๖)
- ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้การ ดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	๘ (๓๘.๑)	๑๑ (๒๕.๖)	๗๔ (๒๙.๗)	๙๓ (๒๙.๗)
- ขาดแรงจูงใจ/กำลังใจในการ ดำเนินงาน	๓ (๑๔.๓)	๑๒ (๒๗.๙)	๘๖ (๓๔.๕)	๑๐๑ (๓๒.๓)
- ขาดองค์ความรู้เรื่องการบริหารงาน คลินิกผู้สูงอายุ	๖ (๒๘.๖)	๑๗ (๓๙.๕)	๑๐๔ (๔๑.๘)	๑๒๗ (๔๐.๖)
- ขาดการประชาสัมพันธ์	๕ (๒๓.๘)	๑๕ (๓๔.๕)	๖๔ (๒๕.๗)	๘๔ (๒๖.๘)
- ปัญหาขนาดสถานบริการเล็ก	-	-	๑๖ (๖.๔)	๑๖ (๕.๑)
- อื่น ๆ	๓ (๑๔.๓)	๕ (๑๑.๖)	๓๒ (๑๒.๘)	๔๐ (๑๒.๘)

จากการศึกษาสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริหาร พบว่า ส่วนใหญ่ของสถานบริการในแต่ละระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีหรือขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน ร้อยละ ๖๗.๗ (โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ ๖๖.๗ โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ ๖๗.๔ และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๖๗.๙) รองลงมาคือ ขาดองค์ความรู้เรื่องการบริหารงานคลินิกผู้สูงอายุ และขาดงบประมาณหรือขาดงบประมาณในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่องเท่ากัน ร้อยละ ๔๐.๖ ขณะที่ขาดแรงจูงใจหรือกำลังใจในการดำเนินงานร้อยละ ๓๒.๓ (ตารางที่ ๒๑)

ตารางที่ ๒๒ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหา
ด้านการบริหารในสถานบริการแต่ละระดับ

อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิก	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๑๓๗)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๓)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๗)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๑๒๗)	
- ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงาน/นโยบายไม่ชัดเจน	-	๒ (๒๘.๖)	๒๐ (๑๕.๗)	๒๒ (๑๖.๑)
- ไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน	๒ (๖๖.๗)	๕ (๗๑.๔)	๑๑๐ (๘๖.๖)	๑๑๗ (๘๕.๔)
- ขาดงบประมาณ/ขาดงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	๑ (๓๓.๓)	๑ (๑๔.๓)	๕๕ (๔๓.๓)	๕๗ (๔๑.๖)
- ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	๒ (๖๖.๗)	๑ (๑๔.๓)	๗๙ (๖๒.๒)	๘๒ (๕๙.๙)
- ขาดแรงจูงใจ/กำลังใจในการดำเนินงาน	-	๒ (๒๘.๖)	๔๓ (๓๓.๙)	๔๕ (๓๒.๘)
- ขาดองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	-	๒ (๒๘.๖)	๖๓ (๔๙.๑)	๖๕ (๔๗.๔)
- ขาดการประชาสัมพันธ์	-	๑ (๑๔.๓)	๒๘ (๒๒.๐)	๒๙ (๒๑.๒)
- ปัญหาขนาดสถานบริการขนาดเล็ก	-	-	๑๖ (๑๒.๖)	๑๖ (๑๑.๗)

จากการศึกษาข้อมูลในสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริหารใน ๓ ระดับโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีหรือขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงานมากที่สุด (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๖๖.๗ โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ ๗๑.๔ และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๘๖.๖) รองลงมาคือ ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้ดำเนินงานไม่ต่อเนื่องร้อยละ ๓๙.๙ ขาดองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ ๔๗.๔ ขาดงบประมาณหรือขาดงบประมาณในการดำเนินงานต่อเนื่องร้อยละ ๔๑.๖ ในขณะที่ปัญหาขนาดสถานบริการขนาดเล็กพบถึง ร้อยละ ๑๑.๗ (ตารางที่ ๒๒)

ตารางที่ ๒๓ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับการบริหารในสถานบริการในแต่ละระดับ

ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๑๐๓)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๑)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๔)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๙๘)	
- ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงาน/นโยบายไม่ชัดเจน	-	๑ (๒๕.๐)	๒๔ (๒๔.๕)	๒๕ (๒๔.๓)
- ไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน	๑ (๑๐๐)	๔ (๑๐๐)	๗๒ (๗๓.๕)	๗๗ (๗๔.๘)
- ขาดงบประมาณ/ขาดงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	-	๑ (๒๕.๐)	๒๕ (๒๕.๕)	๒๖ (๒๕.๒)
- ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง	-	-	๕๐ (๕๑.๐)	๕๐ (๔๘.๕)
- ขาดแรงจูงใจ/กำลังใจในการดำเนินงาน	-	๑ (๒๕.๐)	๒๓ (๒๓.๕)	๒๔ (๒๓.๓)
- ขาดองค์ความรู้เรื่องการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๓๔ (๓๔.๗)	๓๔ (๓๓.๐)
- ขาดการประชาสัมพันธ์	-	๑ (๒๕.๐)	๑๕ (๑๕.๓)	๑๖ (๑๕.๕)
- ปัญหาขนาดสถานบริการขนาดเล็ก	-	-	๒๒ (๒๒.๔)	๒๒ (๒๑.๔)

ตารางที่ ๒๓ แสดงข้อมูลของสถานบริการที่ยังไม่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาการบริหาร พบว่า ร้อยละ ๗๔.๘ ไม่มีหรือขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน รองลงมาคือ ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ ๔๘.๕ ขาดองค์ความรู้เรื่องการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๓ และผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงานหรือนโยบายไม่ชัดเจน ร้อยละ ๒๔.๓

ตารางที่ ๒๔ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่มีปัญหาด้านบริการในคลินิกผู้สูงอายุในสถาน
บริการแต่ละระดับ

ด้านการบริการ	ระดับโรงพยาบาล			
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	รวม
	(N = ๒๕)	(N = ๕๔)	(N = ๔๗๔)	(N = ๕๕๓)
- ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป	๑๒ (๔๘.๐)	๒๘ (๕๑.๙)	๓๑๕ (๖๖.๕)	๓๕๕ (๖๔.๒)
- จำนวนผู้มารับบริการมาก	๑๐ (๔๐.๐)	๑๘ (๓๓.๓)	๑๗๘ (๓๗.๖)	๒๐๖ (๓๗.๘)
- สถานที่คับแคบในการ ดำเนินงาน/ไม่มีสถานที่ในการ ดำเนินการ	๑๔ (๕๖.๐)	๒๖ (๔๘.๑)	๒๘๑ (๕๙.๓)	๓๒๑ (๕๘.๐)
- ส่วนใหญ่จัดบริการผู้สูงอายุใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แล้ว	๑๓ (๕๒.๐)	๒๒ (๔๐.๗)	๒๑๔ (๔๕.๑)	๒๔๙ (๔๕.๐)
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุอยู่แล้ว	๑๘ (๗๒.๐)	๓๒ (๕๙.๓)	๒๘๖ (๖๐.๓)	๓๓๖ (๖๐.๘)
- จัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรม ผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาส่งปรึกษา แพทย์	๘ (๓๒.๐)	๒๓ (๔๒.๖)	๑๙๑ (๔๐.๓)	๒๒๒ (๔๐.๑)
- ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิด ว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน	๗ (๒๘.๐)	๑๓ (๒๔.๑)	๙๗ (๒๐.๕)	๑๑๗ (๒๑.๒)
- ขาดการจัดเก็บข้อมูลด้าน ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ	๙ (๓๖.๐)	๒๘ (๕๑.๑)	๒๒๖ (๔๗.๗)	๒๖๓ (๔๗.๖)
- อื่น ๆ	๔ (๑๖.๐)	๖ (๑๑.๑)	๑๘ (๓.๘)	๒๘ (๕.๑)

จากตารางที่ ๒๔ แสดงปัญหาด้านบริการในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ไม่สามารถ
แยกจากคลินิกทั่วไป ร้อยละ ๖๔.๒ รองลงมาคือ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว ร้อยละ
๖๐.๘ สถานที่คับแคบในการดำเนินงานหรือไม่มีสถานที่ในการดำเนินการ ร้อยละ ๕๘ ขาดการจัดเก็บ
ข้อมูลด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ร้อยละ ๔๗.๖ และจัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรมผู้สูงอายุกรณีมี
ปัญหาส่งปรึกษาแพทย์ ร้อยละ ๔๐.๑

ในขณะที่ปัญหาภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้วหรือคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ร้อยละ ๒๑.๒
และจำนวนผู้มารับบริการมาก ร้อยละ ๓๗.๘

ตารางที่ ๒๕ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริการ
ในสถานบริการแต่ละระดับ

มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๕๕๓)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๒๕)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๕๔)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๔๗๔)	
- ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป	๙ (๔๒.๙)	๒๑ (๔๘.๘)	๑๔๒ (๕๗.๐)	๑๗๒ (๕๕.๐)
- จำนวนผู้มารับบริการมาก	๘ (๓๘.๑)	๑๔ (๓๒.๖)	๗๘ (๓๑.๘)	๑๐๐ (๓๑.๙)
- สถานที่คับแคบในการดำเนินงาน/ ไม่มีสถานที่ในการดำเนินการ	๑๑ (๔๒.๔)	๒๐ (๔๖.๕)	๑๒๓ (๔๙.๔)	๑๕๔ (๔๙.๒)
- ส่วนใหญ่จัดบริการผู้สูงอายุใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แล้ว	๙ (๔๒.๙)	๑๗ (๓๙.๕)	๑๐๖ (๔๒.๖)	๑๓๒ (๔๒.๒)
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่แล้ว	๑๔ (๖๖.๗)	๒๖ (๖๐.๕)	๑๔๓ (๕๗.๔)	๑๘๓ (๕๘.๕)
- จัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรม ผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาส่งปรึกษาแพทย์	๖ (๒๘.๖)	๑๗ (๓๙.๕)	๑๐๔ (๔๑.๘)	๑๒๗ (๔๐.๖)
- ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิดว่า เป็นการเพิ่มภาระงาน	๗ (๓๓.๓)	๑๑ (๒๕.๖)	๕๐ (๒๐.๑)	๖๘ (๒๑.๗)
- ขาดการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ	๙ (๔๒.๙)	๒๓ (๕๓.๕)	๑๒๓ (๔๙.๔)	๑๕๕ (๔๙.๕)
- อื่น ๆ	๗ (๓๓.๓)	๕ (๑๑.๖)	๑๕ (๖.๐)	๒๗ (๘.๖)

จากการศึกษาข้อมูลสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาการจัดบริการ
คลินิก พบว่า ส่วนใหญ่ในสถานบริการทุกระดับ ร้อยละ ๕๘.๕ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ
อยู่แล้ว รองลงมาคือ ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป ร้อยละ ๕๕ ขาดการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุ
อย่างเป็นระบบ ร้อยละ ๔๙.๕ และสถานที่คับแคบในการดำเนินงานหรือไม่มีสถานที่ในการ
ดำเนินงาน ร้อยละ ๔๙.๒ ตามลำดับ (ตารางที่ ๒๕)

ตารางที่ ๒๖ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ
แต่ละระดับ

อยู่ระหว่างดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๑๓๗)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๓)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๗)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๑๒๗)	
- ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป	๓ (๑๐๐)	๕ (๗๑.๔)	๙๘ (๗๗.๒)	๑๐๖ (๗๗.๔)
- จำนวนผู้มารับบริการมาก	๒ (๖๖.๗)	๒ (๒๘.๖)	๕๔ (๔๒.๕)	๕๘ (๔๒.๓)
- สถานที่คับแคบในการดำเนินงาน/ ไม่มีสถานที่ในการดำเนินการ	๒ (๖๖.๗)	๔ (๕๗.๑)	๘๔ (๖๖.๑)	๙๐ (๖๕.๗)
- ส่วนใหญ่จัดบริการผู้สูงอายุใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แล้ว	๓ (๑๐๐)	๕ (๗๑.๔)	๖๐ (๔๗.๒)	๖๘ (๔๙.๖)
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่แล้ว	๓ (๑๐๐)	๕ (๗๑.๔)	๗๙ (๖๒.๒)	๘๗ (๖๓.๕)
- จัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรม ผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาส่งปรึกษาแพทย์	๒ (๖๖.๗)	๖ (๘๕.๗)	๕๑ (๔๐.๒)	๕๙ (๔๓.๑)
- ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิดว่า เป็นการเพิ่มภาระงาน	-	-	๒๙ (๒๒.๘)	๒๙ (๒๑.๒)
- ขาดการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ	-	๔ (๕๗.๑)	๖๖ (๕๒.๐)	๗๐ (๕๑.๑)
- อื่น ๆ	-	-	๕ (๓.๙)	๕ (๓.๖)

จากการศึกษาสถานบริการที่อยู่ในระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาการจัดบริการพบว่า ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป ร้อยละ ๗๗.๔ รองลงมาคือ สถานที่คับแคบในการดำเนินงาน หรือไม่มีสถานที่ในการดำเนินงาน ร้อยละ ๖๕.๗ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว ร้อยละ ๖๓.๕ และจัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรมผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาส่งปรึกษาแพทย์ ร้อยละ ๔๓.๑ (ตารางที่ ๒๖)

ในขณะที่ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ร้อยละ ๒๑.๒

ตารางที่ ๒๗ จำนวนและร้อยละสถานบริการที่ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาการบริการ
ในสถานบริการแต่ละระดับ

ยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับโรงพยาบาล			รวม (N = ๑๐๓)
	โรงพยาบาล ศูนย์ (N = ๑)	โรงพยาบาล ทั่วไป (N = ๔)	โรงพยาบาล ชุมชน (N = ๙๘)	
- ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป	-	๒ (๕๐.๐)	๗๕ (๗๖.๕)	๗๗ (๗๔.๘)
- จำนวนผู้มารับบริการมาก	-	๒ (๕๐.๐)	๔๖ (๔๖.๙)	๔๘ (๔๖.๖)
- สถานที่คับแคบในการดำเนินงาน/ไม่มีสถานที่ในการดำเนินการ	๑ (๑๐๐)	๒ (๕๐.๐)	๗๔ (๗๕.๕)	๗๗ (๗๔.๘)
- ส่วนใหญ่จัดบริการผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แล้ว	๑ (๑๐๐)	-	๔๘ (๔๙.๐)	๔๙ (๔๗.๖)
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว	๑ (๑๐๐)	๑ (๒๕.๐)	๖๔ (๖๕.๓)	๖๖ (๖๔.๑)
- จัดบริการให้ผู้สูงอายุผ่านชมรมผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาส่งปรึกษาแพทย์	-	-	๓๖ (๓๖.๗)	๓๖ (๓๕.๐)
- ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน	-	๒ (๕๐.๐)	๑๘ (๑๘.๔)	๒๐ (๑๙.๔)
- ขาดการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ	-	๑ (๒๕.๐)	๓๗ (๓๗.๘)	๓๘ (๓๖.๙)
- อื่น ๆ	-	๑ (๒๕.๐)	๓ (๓.๑)	๔ (๓.๙)

จากการศึกษาสถานบริการที่ยังไม่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับปัญหาด้านการบริการพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๔.๘ ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป และสถานที่คับแคบในการดำเนินงานหรือไม่มีสถานที่ในการดำเนินงาน รองลงมาคือ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว (ร้อยละ ๖๔.๑) ส่วนใหญ่จัดบริการผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แล้ว (ร้อยละ ๔๗.๖) และจำนวนผู้มารับบริการมาก (ร้อยละ ๔๖.๖) ตามลำดับ ในขณะที่ภาระงานเดิมมีอยู่มากแล้ว/คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ร้อยละ ๑๙.๔ (ตารางที่ ๒๗)

ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุด้านการบริหารจัดการ

☞ โรงพยาบาลศูนย์

๑. ไม่มีกำหนดหน่วยงานหรือบุคคลที่รับผิดชอบดูแลโดยตรง ทำให้การบริหารจัดการกำลังคนมาให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุเกิดปัญหา ทำให้การดำเนินไม่ต่อเนื่อง
๒. เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทาง สามารถจัดบุคลากรให้รับผิดชอบโดยตรงได้ ซึ่งผู้สูงอายุก็รับบริการอยู่แล้ว และมีโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง
๓. ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุบูรณาการกับคลินิกทั่วไป
๔. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากคลินิกเฉพาะโรคที่ผู้สูงอายุมารับบริการอยู่แล้ว จึงควรจัดคลินิกผู้สูงอายุเหมือนกับคลินิกเฉพาะโรคเพื่อให้เกิดความทันใจและเห็นความสำคัญของคลินิกผู้สูงอายุ
๕. การจัดบริการช่องทางพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ
๖. การสร้างความตระหนักเรื่องผู้สูงอายุให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความร่วมมือของผู้บริการ/ผู้ปฏิบัติ เกิดการผลักดันให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบ
๗. การสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานไปพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๘. ขาดการประสานงานและการเชื่อมโยงของข้อมูล
๙. สถานที่ให้บริการคับแคบ หรือไม่มีที่ตั้งเฉพาะคลินิก
๑๐. ขาดบุคลากรที่จะมาประจำคลินิกที่เต็มเวลา
๑๑. นโยบายการดำเนินงานไม่ชัดเจนสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริการบ่อย
๑๒. ควรชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบถึงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ

☞ โรงพยาบาลทั่วไป

๑. การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การรับยา การคัดกรองโรค การเยี่ยมบ้านในรายที่ต้องการการดูแลพิเศษ
๒. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ เช่น ฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายการพยาบาล
๓. การจัดบริการผู้สูงอายุบูรณาการเข้ากับคลินิกอื่น ๆ จึงไม่ได้จัดบริการแยกเฉพาะ
๔. มีการจัดบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้รับบริการได้เร็วขึ้น และเนื่องจากบุคลากรมีจำกัดและเป็นทีมเดียวกัน สถานที่คับแคบจึงดำเนินการจัดบริการผู้สูงอายุในคลินิกนั้น ๆ เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง Day Care ไม่ได้จัดบริการแยกเฉพาะ กรณีดำเนินการแยกก็ต้องรอแพทย์ตรวจที่ OPD เช่นเดิม
๕. ขาดระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง
๖. ขาดการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานอย่างชัดเจนจากผู้บริหาร
๗. ขาดบุคลากรประจำคลินิก บุคลากรไม่พอหรือแต่ละคนรับผิดชอบงานมากและไม่มีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยตรง การหมุนเวียนบุคคลไม่ต่อเนื่อง เช่น พยาบาล
๘. การพัฒนาบุคคลด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๙. ผู้สูงอายุเดินทางมารับบริการลำบากไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล จึงมีแผนจะไปดำเนินการที่ชุมชน เช่น PCU ประเมินผู้สูงอายุ

๑๐. ขาดการประสานการดำเนินงานภายในหน่วยงาน และความเชื่อมโยงทั้งระบบงานไปสู่ชุมชนหรือPCU

๑๑. ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

๑๒. จัดบริการบูรณาการกับคลินิกตรวจโรคทั่วไปในส่วนผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจบริการเร็วกว่าผู้ป่วยทั่วไป

๑๓. งบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลมีจำกัด ต้องไปของบส่งเสริมสุขภาพ บางครั้งไม่ได้รับการอนุมัติเพราะคณะกรรมการไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

๑๔. ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้รับผิดชอบมีภาระหน้าที่หลายอย่างและการหมุนเวียนบุคลากรทดแทนแผนกอื่น ๆ ที่ขาดคน

☞ โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

๑. สถานที่บริการไม่มีหรือไม่เพียงพอ คับแคบ

๒. บุคคลที่รับผิดชอบผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยไม่เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง

ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุด้านการจัดการในคลินิกผู้สูงอายุ

☞ โรงพยาบาลศูนย์

๑. ขาดแพทย์และทีมงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุในการให้บริการ

๒. ขาดแพทย์ที่สนใจงานด้านผู้สูงอายุ

๓. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและต้องการการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางมากกว่าเข้าคลินิกผู้สูงอายุ

๔. จัดบริการในคลินิกในเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้มารับบริการ เรื่องปวด เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า เป็นต้น

๕. จัดบริการช่องทางด่วน กำหนด criteria ในการรับบริการ เช่น อายุ ๗๐ ปีขึ้นไป หรือ ๘๐ ปีขึ้นไป พบแพทย์เฉพาะทาง ได้รับความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

๖. งานด้านการดูแลผู้สูงอายุกระจายความรับผิดชอบตามแต่ละงานและมีมาตรฐานในการปฏิบัติ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการ การจัดสรรบุคลากร สถานที่ หรืองบประมาณ ไม่เพียงพอ ทำให้ยากต่อการจัดการบริการแบบ one stop service

๗. การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีสถานที่จำกัด บุคลากรมีภาระงานหลายอย่างได้ เช่น จัดบริการในช่วงเช้าเน้นบริการผู้สูงอายุ ช่วงเวลา ๗.๓๐-๘.๓๐ น. เฉพาะวันทำการ ส่วนเวลาอื่นก็ให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง

☞ โรงพยาบาลทั่วไป

๑. จัดบริการบูรณาการเข้ากับคลินิกเฉพาะโรคที่มีการดำเนินงานอยู่ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกจิตเวช

๓. จัดอาคารสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ห้องน้ำ ทางลาดสำหรับผู้สูงอายุ

๕. จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกมาเฉพาะให้บริการทุกวันหรือไม่กำหนดตรวจสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เป็นต้น

๖. แพทย์ที่ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแพทย์ตรวจรักษาโรคทั่วไป ไม่ได้จบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยตรง

๗. คลินิกผู้สูงอายุ เน้นให้บริการตรวจส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค ถ้าพบปัญหาส่งพบแพทย์ เช่น จัดบริการในชมรมผู้สูงอายุ

๘. มีการจัดบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้รับบริการได้เร็วขึ้น และเนื่องจากบุคลากรมีจำกัดและเป็นทีมเดียวกัน สถานที่คับแคบจึงดำเนินการจัดบริการผู้สูงอายุในคลินิกนั้น โรคเรื้อรังร่วมกับ OPD ไม่ได้จัดบริการแยกออกมา

๙. ปีแรกจัดบริการที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม เมื่อสรุปปัญหาสิ้นปีปรับคลินิกเป็นการส่งเสริมสุขภาพการคัดกรองโรค ซึ่งพบปัญหาส่งต่ออายุรแพทย์ และในปีนี้จะดำเนินคลินิกผู้สูงอายุที่ รพ.สต. ในเขตเมือง มีสถานที่สะดวกและการเดินทางเข้ามารับบริการมากกว่าโรงพยาบาล

☞ โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

๑. ผู้มารับบริการมีจำนวนน้อย

๒. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในองค์กร

แนวความคิดการพัฒนาตามคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

☞ โรงพยาบาลศูนย์

๑. มีแพทย์และเจ้าหน้าที่ดูแลคลินิกผู้สูงอายุเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒. พิจารณาเป็นคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกสมองเสื่อม, คลินิกไข้วัด, และคลินิกการกลืน
ปัสสาวะ

๓. พัฒนาช่องทางด่วน และ one stop Service ให้มีมาตรฐานและดูแลรักษาแบบองค์รวม

๔. พัฒนาการส่งต่อและการประสานงานกับเครือข่ายผู้รับบริการและชุมชน

๕. พัฒนฐานข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับ อบต. และชุมชน

๖. บริการคลินิกผู้สูงอายุเต็มรูปแบบและครบวงจร เช่น การประเมินภาวะความเสี่ยง การส่งต่อชุมชน การเก็บข้อมูลผู้รักษา มีศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และมีการรับส่งผู้สูงอายุที่มารักษา
โรงพยาบาล เป็นต้น

๘. พัฒนารูปแบบให้บริการครอบคลุมโดยแพทย์สาขาต่าง ๆ เพื่อมีระบบประสานงานร่วมกัน

๑๐. พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ เพื่อขยายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพกันเองโดยชุมชนอบรมจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

๑๒. มีการวางแผนร่วมกับโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

๑๑. การบริการเชิงรุก : ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ได้แก่ ภาวะหกล้ม
ปัสสาวะเล็ด สมองเสื่อม เป็นต้น และส่งต่อแพทย์เพื่อหาทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพใน PCU

๑๓. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

๑๔. พัฒนาระบบการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุที่จะรับบริการและส่งต่อรวมทั้งเครือข่าย
ผู้สูงอายุทุกภาคส่วน

☞ โรงพยาบาลทั่วไป

๑. มีคณะกรรมการดำเนินงานชัดเจน

๒. มีแพทย์และทีมงานที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุโดยตรง จึงจะทำให้การดำเนินงานคลินิก
ผู้สูงอายุสำเร็จ

๓. มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแยกออกจากคลินิกอื่นไป เช่น โดยตั้งเป้าหมายเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ
๔. จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเน้นส่งเสริมสุขภาพคัดกรองโรค/ความเสี่ยงต่าง ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ และชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๕. การบูรณาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้บริการเพื่อให้การบริการได้ครอบคลุม
๖. พัฒนาระบบข้อมูลของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และเชื่อมโยงกับชุมชน
๗. เสนอโครงการ/ปัญหาให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
๘. เน้นการจัดบริการด้านส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูในคลินิก และมีการจัดบริการพิเศษต่าง ๆ เช่น มีนัดฉีดวัคซีนในคลินิก
๙. การประชาสัมพันธ์การจัดบริการและนโยบายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุชัดเจนกับบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
๑๐. การจัดบริการแบบ one stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีสถานที่บริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกเฉพาะ
๑๑. มีบุคลากรที่จบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล
๑๒. ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลแบบผสมผสานให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม
๑๓. มีผู้รับผิดชอบแต่ละระดับสถานบริการจนถึงชุมชน และมีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

☞ โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

๑. มีคณะกรรมการดำเนินงานกับสหวิชาชีพ
๒. มีการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน
๓. การเพิ่มบุคลากรในการให้บริการ
๔. การประชาสัมพันธ์การบริการคลินิกผู้สูงอายุ
๕. มีแพทย์และทีมงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ
๖. มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
๗. จัดบริการคลินิกแยกออกจากคลินิกอื่น โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำ
๘. จัดบริการในรูปคลินิกพิเศษแยกจากผู้ป่วยนอกปกติ เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินการเป็นพิเศษ
๙. สร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน
๑๐. ในบางสถานบริการที่ไม่สามารถแยกออกจากคลินิกโรคเฉพาะทางก็พัฒนาจากกิจกรรมในคลินิกโดยไม่จัดในวันที่ตรงกับคลินิกอื่นเปิดบริการ

ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุด้านการบริหารในระดับโรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า ๑๒๐ เตียง

๑. ความคิดเห็นด้านนโยบายของผู้บริหารสถานบริการ
๒. ผู้บริหารของสถานบริการยังไม่ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน
๓. อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการจัดบริการ
๔. การประสานงานภายในองค์กรยังไม่มีประสิทธิภาพ
๕. ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลคลินิกและคณะกรรมการปฏิบัติงานของทีมงาน
๖. รูปแบบจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่ชัดเจน เกิดความซ้ำซ้อน กับคลินิกที่ดำเนินการอยู่
๗. ขนาดของโรงพยาบาลเล็ก ผู้มารับบริการน้อยกว่า ๑๐๐ คน/วัน จัดบริการร่วมกับ OPD
๘. การเปลี่ยนแปลงนโยบายของผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์
๙. การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติในการดำเนินงาน

ปัญหาในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุด้านการบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า ๑๒๐ เตียง

๑. การบริการของโรงพยาบาลชุมชนเน้นบริการเชิงรุกในชุมชน
๒. ไม่สามารถดำเนินการเต็มรูปแบบได้ เนื่องจากแพทย์ไม่เพียงพอ
๓. เกณฑ์กำหนดผู้สูงอายุที่เข้าคลินิกไม่ชัดเจน เกิดความซ้ำซ้อน
๔. จัดบริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น DM, HT

ซึ่งมีการจัดบริการแบบ one stop service

๕. จัดบริการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง
๖. กิจกรรมในการจัดบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การออกกำลังกาย

เน้นดำเนินกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

๗. จัดบริการเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ
๘. จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามบริการของโรงพยาบาลไม่ได้ให้บริการทุกวันแต่เปิดบริการเดือนละ ๑ ครั้ง

แนวคิดการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็ก น้อยกว่า ๑๒๐ เตียง

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามไปในสถานบริการทั้ง ๓ ระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็กกว่า ๑๒๐ เตียง มีแนวความคิดเห็นที่จะพัฒนางานด้านคลินิกผู้สูงอายุตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ โดยจะเน้นการจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย และที่เจ็บป่วย ดังนี้

๑. มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกจาก OPD โดยมีการให้บริการในคลินิกทุกวัน ใช้ระบบ one stop service มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุในคลินิก และมีอาหารว่างให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

๒. การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้เบื้องต้น

๓. เป็นคลินิกที่เน้นการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยให้บริการเดือนละ ๑ ครั้ง มีกิจกรรมกลุ่มในชุมชน บริการให้คำปรึกษา ตรวจสุขภาพฟัน และพบแพทย์กรณีมีปัญหา

๔. การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุเชิงรุกดำเนินงานบูรณาการร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ จัดคลินิกบริการเคลื่อนที่ไปในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ “คลินิกผู้สูงอายุสัญจรในชุมชน” หรือพัฒนาเป็นคลินิกเพื่อให้คำปรึกษาเพื่อน คือ มีผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์มาเป็นจิตอาสาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

๕. จัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุตามศักยภาพของโรงพยาบาล โดยจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาความจำเป็นของผู้สูงอายุและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ให้อยู่บนพื้นฐานของบริบทของชุมชน มีการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน/ภายนอกองค์กร และขยายงานให้ครอบคลุมที่อำเภอ สร้างระบบการจัดการข้อมูล รวมทั้งการ ทาวิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๖. จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (PCU) และโรงพยาบาลมีการคัดกรองสุขภาพ และจัดให้มีการบริการตามความต้องการแบบมีส่วนร่วม ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่น

๗. พัฒนาชมรมผู้สูงอายุแต่ละตำบลให้เข้มแข็ง สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนปัญหาอุปสรรคของชมรมผู้สูงอายุ มีปัญหาการเดินทางยังต้องพึ่งพาบุตรหลาน ซึ่งผู้สูงอายุบางคนไม่มีบุตรหลานดูแล การเดินทางมาคลินิกลำบาก ถ้าชมรมมีความเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือกันได้จะมีความยั่งยืน จิตอาสาช่วยดูแล ส่วนคลินิกจัดระบบปริมาณโดยเพิ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีระบบข้อมูลผู้สูงอายุจำแนกประเภท เพื่อให้การดูแลส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม

๘. เป็นคลินิกที่ให้บริการในโรงพยาบาลดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลรักษาและแก้ปัญหาที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือแผนกอื่น ๆ เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่าง ๆ และดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการรุนแรง

๙. พัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งคณะกรรมการและมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน บูรณาการคลินิกผู้สูงอายุให้เหมาะกับลักษณะงานเพราะบุคลากรโรงพยาบาลโดยมีอาสาสมัครผู้สูงอายุช่วยเหลือคลินิก

๑๐. การพัฒนาเครือข่ายในการให้บริการผู้สูงอายุในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ รพ.สต. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ PCU และรพ.สต. มีองค์ความรู้เรื่องการทำงานผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดหรือเข้าร่วมประชุมวิชาการ

๑๑. คลินิกผู้สูงอายุควรบริการในชุมชนดี เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม สิ่งสำคัญไม่ควรกำหนดรูปแบบที่เป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ และขอให้มีความยืดหยุ่นในการขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่จะลงไปปฏิบัติงานในชุมชน

๑๒. การจัดเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยให้งานเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลให้ทีมได้รับทราบและนำไปวางแผนพัฒนาที่เหมาะสม ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุประสานการดำเนินงานที่มีความหลากหลายเหมาะสมกับพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลโดยครอบครัว ผู้ดูแลในชุมชน เช่น มีจิตอาสาประจำหมู่บ้าน กระตุ้นให้ผู้ดูแลและคนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ระบบส่งต่อการดูแลจากบ้านสู่โรงพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ตำบล และชุมชน

๑๓. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโดยให้บริการตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีการกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ขอบเขตงาน ลักษณะงานที่ชัดเจน กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าคลินิกผู้สูงอายุ การประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พัฒนาปรับปรุงการบริหารจัดการ การบริการให้ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และจัดตั้งเครือข่ายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกตำบล

๑๔. การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุได้รับทราบมารับบริการ การเตรียมพร้อมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมให้เชื่อมต่อการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ และการเตรียมภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมมากขึ้น

๑๕. เน้นการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน โดยกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองโรค ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้สมุดประจำตัวผู้สูงอายุในรายที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และสืบค้นโรคโดยทำงานบูรณาการกับหน่วยงานปฐมภูมิ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (ให้วัคซีน) การจัดกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

๑๖. จัดบริการแยกผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปกับคลินิกผู้สูงอายุ ใช้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลร่วมกับ มอบหมายผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง

๑๗. การสร้างทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลโดยให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดการบริการคลินิกเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (เพราะมีคลินิกที่จัดอยู่แล้ว เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคความดัน) จัดตั้งคลินิก ๑ ครั้ง/เดือน และค่อยเพิ่มจำนวนขึ้น (ตามศักยภาพของผู้ดำเนินการ) จัดให้มีการดูแลเรื่องสุขภาพในทุก ๆ ด้าน โดยเน้นที่กลุ่มเสี่ยงนำร่องก่อน เช่น สุขศึกษา จิตใจและร่างกาย เป็นต้น เมื่อพบปัญหาที่ต้องลงไปในครอบครัวต้องส่งต่องานไปทำงานเยี่ยมบ้านของกลุ่มเวชกรรมสังคม เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามผล

๑๘. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน มีกระบวนการดำเนินการประเมินผลชัดเจน และการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบโดย Computer เชื่อมโยงเครือข่าย

๑๙. พัฒนาช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุให้ชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสุขภาพดี การให้คำปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุ และระบบการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน จัดกลุ่มและให้บริการตามความต้องการแบบมีส่วนร่วม การค้นหาผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว/สุขภาพดีมาเข้าคลินิก เพื่อค้นหาโรคความเสี่ยงให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยก็เข้ามาใช้บริการที่ OPD อยู่แล้ว รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลเพิ่มขึ้น

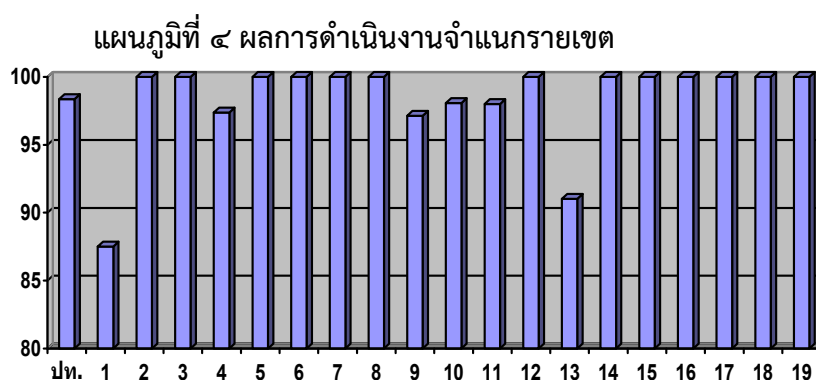
การประเมินและติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี ๒๕๕๙

การติดตามการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ E-inspection ของสำนักงานผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒ (รหัส ๐๔๐๒B๑) โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๐ ในภาพรวมประเทศ มีการรายงานผลการดำเนินงานครบ ๗๕ จังหวัด พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๙๘.๓๗ บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ชี้วัด โดยมีเขตที่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑๘ เขต คือ เขต ๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒,๑๓,๑๔,๑๕,๑๖,๑๗,๑๘,๑๙ เขตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือเขต ๑

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานจำแนกรายเขต พบว่า เขตที่มีผลการดำเนินงานครบร้อยละ ๑๐๐ คือ เขต ๒,๓,๕,๖,๗,๘,๑๒,๑๔,๑๕,๑๖,๑๗,๑๘,๑๙ รองลงมา คือ เขต ๑๐ ร้อยละ ๙๘.๐๗ และ เขต ๑๑ ร้อยละ ๙๘ ตามลำดับ และเขตที่มีผลการดำเนินงานต่ำสุด คือ เขต ๑ (แผนภูมิที่ ๔)



ปัจจัยหรือโครงการเด่น ที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในภาพรวมโครงการ

๑. โรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านสถานที่และบุคลากรรวมทั้งมีการบูรณาการงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ
๒. ผู้บริหารให้การสนับสนุนการดำเนินงานและมีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

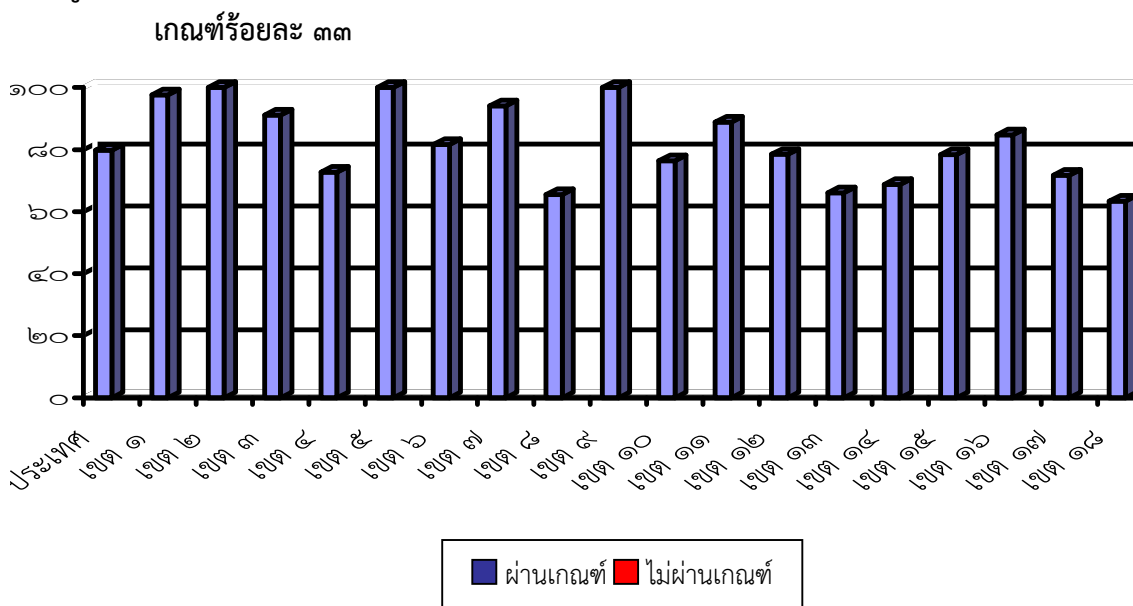
ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ		
	ระดับจังหวัด	ระดับเขต	ระดับกระทรวง
๑. การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุมีไม่ครบทุกแห่งและบางแห่งไม่สามารถแยกคลินิกผู้สูงอายุจากคลินิกอื่น	สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถแยกคลินิกผู้สูงอายุออกจากคลินิกอื่นได้นั้น ขอให้เพิ่มช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	จัดการสัมมนาและเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุมาให้คำแนะนำถึงวิธีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	สนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
๒. ขาดสื่อทางด้านสุขภาพที่จะให้แก่ผู้สูงอายุ	ประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเพื่อสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดทำสื่อ	ประสานงานกับสถาบันผู้สูงอายุด้านวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน	- รณรงค์เรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ - แนะนำให้บุคลากรสาธารณสุข/ผู้สูงอายุ เปิดเว็บไซต์สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อติดตามความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. ขาดแพทย์ที่มีความรู้เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ	นำเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่มาอบรมความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ		ผลิตแพทย์ด้านผู้สูงอายุเพิ่ม
๔. ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโดยตรง มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานทำให้ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	- ควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานควรมีการส่งต่องานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง		
๕. บุคลากรขาดความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในด้านการคัดกรองโรค ดูแลรักษา ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ	จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับเขต	จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ที่มา : คณะอนุกรรมการวิเคราะห์และติดตามผลการตรวจราชการและนิเทศงาน เรื่อง การออกกำลังกายตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณียกมติ ระดับกระทรวง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

๒. การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี ๒๕๕๒

ตัวชี้วัด ๑๐๐๓ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๒ โดยทุกจังหวัดได้ดำเนินโครงการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการดำเนินการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรค การตรวจสุขภาพ สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานเชิงรุกโดยการจัดการบริการลงในพื้นที่ของผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย/ผู้สูงอายุในชุมชน และเชิงรับในสถานบริการสาธารณสุข

แผนภูมิที่ ๕ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณ เปรียบเทียบจังหวัด เขต และประเทศ



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๑๐๐๓ ในภาพรวมทั้ง ๑๘ เขต ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรฐาน ข้อมูล ณ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๑ – กันยายน ๒๕๕๒ โดยผลการวิเคราะห์ผลงานในเชิงคุณภาพ

พบว่า การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ มีกิจกรรม

- จัดบริการทางการแพทย์
- มีบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการ
- มีกำหนดวันเวลาให้บริการชัดเจน
- มีป้ายคลินิกผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบ

บางโรงพยาบาลที่ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ แต่ก็มีบริการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีกิจกรรมประเมินสุขภาพ คัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกาย ให้สุขศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือมีการจัดเส้นทางด่วนให้บริการผู้สูงอายุ ต้องมีการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยให้องค์ความรู้ในการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ การจัดสรรบุคลากร งบประมาณ และสถานที่

ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

၁၂၈

ประเด็นปัญหา อุปสรรค	สาเหตุปัญหา	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข		
		ระดับจังหวัด	หน่วยงาน ส่วนกลาง/เขต	หน่วยงานอื่น นอกกระทรวงฯ
	-ขาดการสนับสนุน การดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง - สถานที่คับแคบ		และสนับสนุนด้านนโยบายอย่างต่อเนื่อง - จัดเตรียมสถานที่ - ดำเนินการเชิงรุก เช่น การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุที่สถานีนอนมัย เพื่อเพิ่มศักยภาพให้สถานีนอนมัย	

ที่มา : คณะอนุกรรมการวิเคราะห์และติดตามผลการตรวจราชการและนิเทศงาน เรื่อง การออกกำลังกายตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณียกติ ระดับกระทรวง ประจำปีงบประมาณ

๓. การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี ๒๕๕๓ (นิเทศงาน คณะที่ ๓)

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข พบว่า สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากผู้วัยกลุ่มอื่นๆ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการตามประกาศ เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้ให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๖ นั้น มีแนวทางแก้ปัญหา คือ กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุโดยมีกรมที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการในรูปแบบ Long term care Model team ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยร่วมประสานงานการนิเทศติดตาม แนวทางการกำกับของจังหวัด รวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการงบประมาณ และ ครุภัณฑ์ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

- จัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐาน
- มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยชมรมผู้สูงอายุ
- มีการจัดระบบบริการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความหมาย คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยบริการที่มีกิจกรรม

๑. มีบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการ
๒. มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ” และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับทราบ
๓. จำนวนวันที่ให้บริการอย่างน้อย ๑ วัน/สัปดาห์
๔. จัดให้มีการบริการทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้ ๒ ข้อ

๔.๑ การให้คำปรึกษา (Counseling) หรือ Case management

๔.๒ ประเมินสุขภาพ/คัดกรอง

๔.๓ Coordination one stop service management

๔.๔ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การบำบัดรักษา

- สนับสนุนให้มีการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

๕. มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ ด้าน (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) เช่น โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

๕.๑ อัตราการตาย ๕ อันดับแรก

๕.๒ จำนวนวันที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

๕.๓ จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยนอก

๕.๔ จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน

๕.๕ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการด้านสาธารณสุข

๖. มีคลินิกพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุตามที่แต่ละโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญ (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) เช่น

๖.๑ Memory Geriatric Clinic

๖.๒ Orthopedics Geriatric Clinic

๖.๓ Geriatric Rehabilitation Clinic

๖.๔ Urology Geriatric Clinic

๖.๕ Geriatric Dental Clinic

การรายงานข้อมูล

- คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล รายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- บันทึกข้อมูลส่งสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทุก ๖ เดือน

๔. การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี ๒๕๕๔

ตัวชี้วัด โดย กรมการแพทย์ คณะที่ ๓ ตัวชี้วัด ๐๓๐๘ : จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ตัวชี้วัด คลินิกผู้สูงอายุ ๑ อำเภอ ๑ คลินิก

มี Geriatric Clinic Model ๑ เขต ๑ โรงพยาบาล

คลินิกผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยบริการที่จัดกิจกรรม

๑. มีบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
๒. มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วย/ศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” มีสถานที่เพื่อดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับทราบ
๓. จำนวนวันที่ให้บริการอย่างน้อย ๑ วัน/สัปดาห์
๔. จัดให้มีการบริการทางการแพทย์ โดยใช้หลัก Geriatric Medicine มีการประเมินสุขภาพ/คัดกรอง (Geriatric Assessment) ได้แก่ BMI, Nutrition, ADL, FALL, Incontinence, Dementia, Insomnia ฯลฯ ตามปัญหาที่ถ่วงถ่วง อย่างน้อย ๑ แบบประเมิน และดำเนินการดังนี้ อย่างน้อย ๑ ข้อ

๔.๑ การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ/และหรือ Case Management

๔.๒ Coordination one stop service management

๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การบำบัดรักษา

๕. มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ ด้าน เช่น (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป) และนำเสนอในรายงานของโรงพยาบาล

๕.๑ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

๕.๒ อัตราการตาย ๕ อันดับแรก

๕.๓ ข้อมูลจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

๕.๔ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก

๕.๕ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน

๕.๖ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกทันตกรรม

๕.๗ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการด้านสาธารณสุข

๖. มีคลินิกพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุตามที่แต่ละโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญ(เฉพาะ รพศ. /รพท.) เช่น

๖.๑ Geriatric Dental Clinic เช่น ฟันเทียม รากฟันเทียม

๖.๒ Memory Clinic

๖.๓ Orthopedics Geriatric Clinic

๖.๔ Urology Geriatric Clinic

๖.๕ Geriatric Rehabilitation Clinic

คู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชน /โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
* โรงพยาบาลชุมชน ทำข้อ ๑-๔ เป้าหมาย : ๑ อำเภอ ๑ คลินิก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
ทำทุกข้อ

กิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ	มี	ไม่มี
๑. มีบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ		
๒. มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ” มีสถานที่เพื่อดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับทราบ		
๓. จำนวนวันที่ให้บริการอย่างน้อย ๑ วัน/สัปดาห์		
๔. จัดให้มีการบริการทางการแพทย์ โดยใช้หลัก Geriatric Medicine มีการประเมินสุขภาพ/คัดกรอง (Geriatric Assessment) ได้แก่ BMI , Nutrition , ADL , FALL , Incontinence , Dementia Insomnia ฯลฯ ตามปัญหาท้องถิ่นอย่างน้อย ๑ แบบประเมิน และดำเนินการดังนี้อย่างน้อย ๑ ข้อ		
๔.๑ การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ Case Management		
๔.๒ Coordination one stop service management		
๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การบำบัดรักษา		
๕. มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ อย่างน้อย ๒ ด้าน เช่น (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป)		
➢ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ➢ อัตราการตาย ๕ อันดับแรก ➢ ข้อมูลจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ➢ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ➢ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ➢ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกทันตกรรม ➢ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการด้านสาธารณสุข		
๖. มีคลินิกพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุตามที่แต่ละ โรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญ (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป) เช่น		
➢ Geriatric Dental Clinic เช่น ฟันเทียม รากฟันเทียม ➢ Memory Geriatric Clinic ➢ Orthopedics Geriatric Clinic ➢ Urology Geriatric Clinic		
Geriatric Rehabilitation Clinic		

Geriatric Clinic Model

เป้าหมาย : ๑ เขต ๑ โรงพยาบาล ต้นแบบ

Geriatric Clinic Model หมายถึงหน่วยบริการที่มีกิจกรรม ของคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ข้อ ๑ - ข้อ ๖
หรือโรงพยาบาลชุมชน มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ข้อ ๑ - ๔
๒. ด้านบุคลากร
 - ๒.๑ มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ
 - ๒.๒ มีการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลโดยการส่งเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา กับ
องค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 - ๒.๓ เป็นเครือข่ายกับองค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๓. ด้านกิจกรรม
 - ๓.๑ มีกลุ่มผู้ป่วยชัดเจน
 - ๓.๒ มีกิจกรรมต่อเนื่องกันอย่างน้อย ๓ เดือน
 - ๓.๓ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุและนำข้อมูลที่ได้มา
พัฒนาการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อแนะนำในการเลือกผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑. มีหลายโรค (Multi disease)
๒. เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
๓. เป็นโรคในกลุ่ม Geriatric Syndrome เช่น นอนไม่หลับ โรคซึมเศร้า สมองเสื่อม กลั้นปัสสาวะ
ไม่อยู่ มีปัญหาการทรงตัวและการเคลื่อนไหว

กิจกรรมใน Geriatric Clinic Model	มี	ไม่มี
๑. โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ข้อ ๑ - ๖ และโรงพยาบาลทั่วไปมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ข้อ ๑ - ข้อ ๔		
๒. ด้านบุคลากร ๒.๑ มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ - แพทย์ - พยาบาล - นักกายภาพบำบัด - เภสัชกร - นักสังคมสงเคราะห์ - นักจิตวิทยา - อื่น ๆ โปรดระบุ		
๒.๒ มีการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลโดยการส่งเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนากับองค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ		
๒.๓ เป็นเครือข่ายกับองค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ¹		
๓. ด้านกิจกรรม ๓.๑ มีกลุ่มผู้ป่วยชัดเจน		
๓.๒ มีกิจกรรมต่อเนื่องกันอย่างน้อย ๓ เดือน		
๓.๓ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการบริการคลินิกผู้สูงอายุ		

¹ องค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หมายถึง องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทำการสอนถ่ายทอดองค์ความรู้ ศึกษา วิจัย และให้บริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้แก่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมอนามัย และหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยพยาบาล เช่น คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาคเอกชน เช่น สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ฯลฯ



บทที่ ๓

รูปแบบและศักยภาพการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการแต่ละระดับ

๑. รูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยและกระทรวงกลาโหม

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

คลินิกผู้สูงอายุ

๑. บริบท (context) ลักษณะของหน่วยงาน ประกอบด้วย

ก. หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

- บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
- เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆโรค หรือที่มีกลุ่มอาการ Geriatric Syndrome ได้แก่ อาการสับสน ไม่เดิน หกล้ม เป็นต้น ให้การรักษาแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมุ่งหวังพัฒนาความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ข. ขอบเขตการให้บริการ กลุ่มโรค / กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ศักยภาพ ข้อจำกัด

- บริการตรวจสุขภาพและรักษาโรคแบบบูรณาการผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ประเภทผู้ป่วยนอก
- บริการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยอาศัยหลักการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (มีแพทย์อายุรศาสตร์ , เวชศาสตร์ฟื้นฟู และจิตเวชผู้ป่วย)
- จัดการให้เกิดการประสานบริการให้เกิดการดูแลรักษาแบบองค์รวม
- เป็นแหล่งให้ความรู้และการเรียนการสอนแก่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาคณะอื่น ๆ
- ให้บริการวิชาการโดยเป็นแหล่งค้นคว้าศึกษาวิจัย

ข้อจำกัด

- ขาดแคลนบุคลากร
- สถานที่คับแคบ
- ระบายอากาศไม่ดี

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับผลงาน	
ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วย	- ต้องการหายหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี - ต้องการเข้าพบแพทย์โดยไม่เสียเวลารอนาน - ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระยะเวลาที่ใช้และค่าใช้จ่ายต่างๆ - ต้องการทราบรายละเอียดการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน และมีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน - ต้องการรับทราบการนัดหมายและรายละเอียดการปฏิบัติตัวเมื่อถึงวันนัดครั้งต่อไป
ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล (Internal customer)	
หน่วยงาน	ความต้องการ
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	- ได้รับใบส่งตรวจที่ถูกต้อง
ห้องจ่ายยา	- ได้รับใบสั่งยาที่ครบถ้วนและชัดเจน
นักศึกษาประเภทต่างๆ ที่มาศึกษาดูงาน	- ได้รับการต้อนรับ อำนวยความสะดวก เป็นตัวอย่างที่ดีและให้ข้อมูลแนวทางอันจะเป็นประโยชน์ต่อการเรียน การสอน

ความต้องการของผู้รับมอบผลงาน

ความต้องการของผู้รับผลงาน	
ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
๑. ผู้รับมอบผลงานภายในคณะฯ ที่สำคัญ (ระบุ) ๑.๑ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	- รายละเอียดของผู้ป่วย ทั้งโรคและปัญหาที่ต้องการส่งต่อให้มีการดูแลที่บ้านโดยได้รับการสนับสนุน จากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช ในชุมชนที่รับผิดชอบ
๒. ผู้รับมอบผลงานนอกคณะฯ ที่สำคัญ (ระบุ) ๒.๑ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย	- ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ยึดหลักวัฒนธรรมองค์กรของศิริราชที่ว่า S-I-R-I-R-A-J :
Seniority ความเป็นพื่อน้อง
Integrity ความถูกต้องที่เป็นมาตรฐานสากล
Respect การเคารพความเห็นที่อาจแตกต่างกัน
Innovation การสร้างนวัตกรรมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย
Responsibility ความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ
Altruism ประโยชน์ของส่วนรวมเป็นกิจที่หนึ่ง
Journey to excellence and sustainability มุ่งสู่ความเป็นเลิศที่ยั่งยืน
- ผู้มารับบริการได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล
- ผู้มารับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและเป็นที่พึงพอใจ
- ผู้มารับบริการได้รับการดูแลให้ได้รับการตรวจตามความจำเป็นเร่งด่วนและป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มขณะอยู่ในคลินิก

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนาของหน่วยงาน

ความเสี่ยง/ ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
ความท้าทาย ■ ความท้าทาย จำนวนบุคลากรในภาควิชามีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาระหน้าที่ที่ต้องให้การป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำหรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งงานด้านการเรียน การสอน ตลอดจนการวิจัย	- จัดระบบการทำงาน ให้สอดคล้องกับภาระงาน บุคลากรอาจทำหน้าที่หลายภาระงาน เช่น พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ หลังจากลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้มาลงบันทึกนัดหมายต่อไป	หัวหน้าพยาบาลมีการมอบหมายและกระจายภาระงานได้ครบถ้วน	ทุกกระบวนการทำงานมีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน
ความเสี่ยงสำคัญ ■ เนื่องจากเป็นคลินิกบริการตรวจรักษาประเภทผู้ป่วยนอก ความเสี่ยงสำคัญคือ การตรวจคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วน ถูกฉีกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้มีสุขภาพอ่อนแอ มีโรคประจำตัวเรื้อรังมาก ให้ได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วนเหมาะสมและป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม หรือเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น	- จัดระบบให้มีการคัดกรองเป็นขั้นตอนโดยผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลตามลำดับ - กรณีสงสัยว่าเป็นผู้ป่วยหนัก ให้ประสานงานส่งต่อห้องฉุกเฉินเพื่อลดอุบัติการณ์การทำ CPR - กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ควรมีมาตรการระมัดระวังโดย ๑. แนะนำญาติให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา	เพื่อลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอยู่ในคลินิก	- จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะหกล้มในคลินิก - จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในคลินิก

ความเสี่ยง/ ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
เป็นลมหมดสติในคลินิก หรือ แม้เกิดภาวะฉุกเฉินในคลินิก ดังกล่าว ก็สามารถจัดการส่ง ต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ อย่างทันทั่วทั้งที่	๒. ให้มีเจ้าหน้าที่คอย ประกบผู้ป่วยเวลาผู้ป่วยลุกเดิน ๓. สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ Walkerอย่างถูกวิธี ๔. จัดหาถนั่งหรือเปเลในราย ที่มีปัญหาในการเดิน		

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ที่สำคัญของหน่วยงาน
(อาจแสดงข้อมูลเป็นตาราง หรือกราฟเพื่อให้กระชับ และเข้าใจง่าย)

จำนวนผู้ที่มีมารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ปี	จำนวน (คน)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๓,๓๐๘
พ.ศ. ๒๕๔๙	๓,๐๙๓
พ.ศ. ๒๕๕๐	๓,๑๐๐
พ.ศ. ๒๕๕๑	๓,๒๙๔
พ.ศ. ๒๕๕๒ (มกราคม-สิงหาคม)	๒,๓๒๙

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	สาขาวิชาชีพ
บุคลากรสาย ก	๕	อาจารย์แพทย์ : ตรวจร่างกายให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ
บุคลากรสาย ข	๒	พยาบาล : บริหารจัดการ ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ
พนักงานมหาวิทยาลัย	๒	ผู้ช่วยพยาบาล : วัดสัญญาณชีพ คัดกรอง เจ้าหน้าที่ธุรการ : ให้ใบนัดหมายต่อไป เจ้าหน้าที่พนักงานวิทยาศาสตร์ : ลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
คนงาน	๑	คนงาน : เช็นเปเล ขนเอกสาร อำนวยความสะดวกผู้ป่วย

- ช. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของหน่วยงาน)
ครอบคลุมด้านต่างๆดังนี้
- **ผู้รับผลงาน** ผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้เข้มแข็งและลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่
 - **ชุมชน** โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในชุมชนรอบศิริราช ในเขตบางพลัด ภาษีเจริญ ตลิ่งชัน ทวีวัฒนา ธนบุรี ประมาณ ๓,๕๐๐ คน ได้รับทุนจากสภาวิจัยแห่งชาติ ติดต่อกันเป็นปีที่ ๕
 - **บุคลากรในทีมนำคลินิก** ไม่เกี่ยวข้อง

๒. กระบวนการหลักที่สำคัญ (Key Processes) ของหน่วยงานที่ส่งผลลัพธ์ที่ดี และเกิดความ
ปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (อาจแสดงแผนภูมิกระบวนการทำงานประกอบ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อ การส่งตรวจรักษา	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการ ตรวจอย่างเหมาะสมโดย คำนึงถึงสภาพการเจ็บป่วย และความเร่งด่วน	ผู้ป่วยหนักไม่ได้รับ การคัดกรอง	ผู้ป่วยเปลื้องทุกรายได้รับ การคัดกรองอย่างเร่งด่วน และจัดคิวตรวจอย่าง เหมาะสม
๒. การตรวจวินิจฉัย วางแผนให้การรักษา	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา อย่างเป็นมาตรฐานโดยมี แนวทางเดียวกัน	การดูแลอาจไม่เป็นไป ในทางเดียวกัน	มีCPG ของคลินิก - เรื่องแนวทางเวช ปฏิบัติการป้องกันประเมิน ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ - แนวทางเวชปฏิบัติภาวะ สมองเสื่อม
๓. การให้การสุขศึกษาแก่ ผู้ป่วยและญาติ	ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ คำแนะนำการปฏิบัติตัวต่อ การรักษาและป้องกันและ ฟื้นฟูสุขภาพเพื่อคุณภาพ ชีวิตที่ดี	ผู้ป่วยและญาติไม่มีความ เข้าใจใน คำแนะนำ	การประเมินความรู้ผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังให้ คำแนะนำซ้ำเมื่อมารับการ ตรวจติดตามครั้งต่อไป
๔. บันทึกเวชระเบียน	เวชระเบียนมีการบันทึกอย่าง ครบถ้วนถูกต้องและสามารถ ให้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม ICD ๑๐ ได้	บันทึกไม่ครบถ้วน	มีตัวชี้วัดในการประเมิน ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนและนำผลการ ประเมินมาวางแผนแก้ไข ปรับปรุง
๕. การทบทวนการใช้ยา	ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง	ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง	ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใช้ยา ไม่ถูกต้อง

๓. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่สอดคล้องกับบริบท) เช่น การทบทวนข้างเตียง การทบทวนเมื่อส่งต่อขอย้าย ปฏิเสธการรักษา ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า การใช้ข้อมูลวิชาการ การทบทวนตัวชี้วัด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนอุบัติการณ์/ความเสี่ยง/คำร้องเรียนเหตุการณ์สำคัญ เวชระเบียน การใช้ทรัพยากร และผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดจากการทบทวนการเปลี่ยนแปลง

๔. ตัวชี้วัดและผลดำเนินการ (Performance Indicator)

ระบุตัวชี้วัดหลักของทีมงานทางคลินิก (ครอบคลุมกระบวนการทำงานหลักที่สำคัญ และการสร้างเสริมสุขภาพ) พร้อมแสดงผลลัพธ์เป็นแนวโน้ม และการใช้ประโยชน์ในกรณีที่แสดงถึงความ เป็นเลิศ ต้องมีตัวชี้วัดที่ใช้เทียบเคียง (benchmarking) โดยระบุข้อมูล เช่น สถาบันที่ใช้เทียบเคียง ด้วย

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	การเทียบเคียง	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ (ย้อนหลัง ๓ ปี)		
			๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒
๑. จำนวนผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในคลินิกที่ตรวจคัดกรองได้เร็ว ๒. ความพึงพอใจ ๓. การบันทึกเวชระเบียน	-ลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้อง CPR	-คลินิกในโรงพยาบาลศิริราช -คลินิกอื่นๆในภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	๑	๒	๓

๕.การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๕.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้รับความนิยมสำเร็จของกระบวนการการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

๕.๑.๑ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพื่อลดอุบัติการณ์ที่ต้อง CPR ในคลินิกตรวจ ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่มีประโยชน์แก่คนไข้เพราะการตรวจพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้เร็วทำให้ผู้ป่วยได้เข้ากระบวนการตรวจรักษาจากห้องแพทย์เวรฉุกเฉินและความเสี่ยงของผู้ป่วยลดลง และคงใช้ระบบเดิมอยู่

๕.๑.๒ การทบทวนเวชระเบียนในแต่ละวัน เพื่อการทำให้เวชระเบียนสมบูรณ์ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ หากผู้ป่วยต้องการตรวจรักษาที่หน่วยอื่น จะได้มีข้อมูลครบถ้วน

๕.๒ ความภาคภูมิใจและรางวัลที่ได้รับ

โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒

กิจกรรมของโครงการต่อชุมชน (เชิงรุก)

๑. ประชากรที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปทุกคน และพระภิกษุทุกรูปจะได้รับการตรวจสุขภาพ โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น

๑.๑ การตรวจเลือด โดยต้องงดอาหารอย่างน้อย ๑๐ ชั่วโมง การตรวจสมรรถภาพทางร่างกายโดยการเดิน ๖ นาที

๑.๒ การเดินขึ้นบันได การตรวจปริมาณกล้ามเนื้อร่างกาย การตรวจมวลกระดูก

๑.๓ การตรวจคัดกรองสมรรถภาพปอด การตรวจอาการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ และการเชิญชวนให้มารับการตรวจภายในหามะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลศิริราช

๒. แจ้งผลการตรวจถึงปัญหาสุขภาพต่างๆให้กับประชาชนในชุมชนเพื่อทราบปัญหาของตนเอง ได้แก่

๒.๑ ภาวะโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกพรุน ภาวะสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะทุโภชนาการ โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคต่อมลูกหมากโต การหกล้มซ้ำซ้อน มะเร็งปากมดลูก ทางโครงการจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการไปรับการตรวจเพิ่มเติมและรักษาที่สถานพยาบาลที่ผู้ร่วมโครงการมีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนั้น จะมีการแจกคู่มือ การให้สุขศึกษาในชุมชนในวันที่ตรวจสุขภาพ การโทรศัพท์แนะนำสุขภาพเพิ่มเติมเป็นระยะให้กับผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน แม้จะไม่มีโรคใดๆก็ตาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

๒.๒ ติดตามปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ หลังจากผ่านมาหนึ่งปีโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมือนครั้งแรก

๒.๓ ผู้ที่ไม่มาในปีแรก จะสามารถรับการตรวจในปีที่สอง และสามได้
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

๑. ทำให้ทราบขนาดของปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง
๒. ทำให้ได้ตัวชี้วัด
๓. ทำให้การพัฒนากิจกรรมและสื่อทางด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต่างๆ
๔. ก่อให้เกิดชุมชนสุขภาพตัวอย่างที่สามารถเป็นแบบอย่างให้กับประเทศ

๕.๓ ความภาคภูมิใจกับรางวัลที่ได้รับ (โครงการติดตามและอื่นๆ)ที่สามารถนำไปขยายผลทั้งภายใน/ภายนอกคณะฯ

รางวัล/ความภาคภูมิใจ	ชื่อ/ประเภทผลงาน	ตอบสนองจุดเน้นคณะฯ (ระบุหัวข้อ)	ปีที่ได้รับรางวัล
รางวัลโครงการติดตาม งานพัฒนาคุณภาพที่มำทาง คลินิกของภาควิชาฯ	โครงการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ	โรงเรียนแพทย์สร้างเสริม สุขภาพที่ขยายผลในชุมชน	๒๕๔๙

๕.๔ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ประเด็นคุณภาพ/ ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัด เป้าหมายและ ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค
การทบทวนการใช้ยา	การทบทวนยาในวันที่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดใหม่	ลดอุบัติการณ์การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	๑ ปี	พยาบาลประจำคลินิก	-จำนวนผู้ได้รับการทบทวนยา -จำนวนการตรวจพบความผิดพลาดจากการใช้ยา	เพิ่มภาระงานของพยาบาล

๖. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

แผน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา
๑. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยในคลินิก	-ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เกิดในคลินิก -ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม	- จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อห้องฉุกเฉินได้ทันเวลา - จำนวนผู้ป่วยที่หกล้มในคลินิก	- ตลอดเวลา - ตลอดไป
๒. การทบทวนการใช้ยา	- ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง	- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำและทบทวนการใช้ยา - ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการตรวจสุขภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	- ตลอดไป
๓. การออกหน่วยโครงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	- ทราบขนาดของปัญหาและทำนายการเกิดโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในเขตเมือง		

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

Flow ผู้ป่วยเก่า	Flow ผู้ป่วยใหม่
๑. ยื่นใบนัด ๒. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ต้อนรับ ๓. คัดกรองสุขภาพ ๔. คั่นแฟ้ม ๕. วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง ๖. รอผลเลือด ๗. พบแพทย์ ๘. ส่งรับคำปรึกษาจากพยาบาล ๙. ทำใบนัดหมายครั้งต่อไป ๑๐. มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	๑. มาขอเข้าเป็นสมาชิกในคลินิกผู้สูงอายุ ๑.๑ มาเอง ๑.๒ ชมรมผู้สูงอายุทั่วกรุงเทพมหานคร ๑.๓ หน่วยตรวจอื่นส่งมา เช่น ห้องฟัน ห้องตา เพราะมีความดันโลหิตสูง เป็นต้น ๒. นัดเข้าคลินิกวันอังคารหรือวันพฤหัสบดี ๓. มาเจาะเลือด เอกเรย์ปอด ตรวจคลื่น หัวใจไฟฟ้า ๔. วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง ๕. พบพยาบาลให้คำปรึกษา พิจารณาส่ง ตรวจแพทย์ท่านใด ๖. พบแพทย์ ๗. พบพยาบาลปรึกษาด้านสุขภาพ ๘. นัดหมายครั้งต่อไป

แผนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. การวางแผนดูแลผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ แผนการดูแลมีการบันทึกในเวชระเบียนและแฟ้มเฉพาะ (แฟ้มสีฟ้า) ของคลินิกผู้สูงอายุ เช่น การบันทึก vital sign อาการนำมา การเปลี่ยนแปลงของอาการ ผลตรวจของห้องปฏิบัติการและวางแผนการรักษา

ข้อดี

๑. เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ในกรณีข้อมูลสูญหายหรือตามเวชระเบียนได้ช้า
๒. หากต้องการทำวิจัย สะดวก รวดเร็วในการค้นหาข้อมูล ไม่ต้องยืมแฟ้มจากเวชระเบียน

ข้อเสีย

๑. เสียเวลาในการบันทึกข้อมูล ๒ ครั้ง
๒. อาจมีข้อผิดพลาดได้จาก การลงข้อมูล ๒ ครั้ง
๒. มีแผนการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงประสานกันระหว่างวิชาชีพ เช่น หากวัดสัญญาณชีพผิดปกติ BP น้อยกว่า ๙๐/๕๐mmHg, BP มากกว่า ๑๕๐/๑๐๐mmHg สามารถส่งต่อให้แพทย์ตรวจโดยได้รับการตรวจเป็นกรณีเร่งด่วน
๓. มีการเชื่อมโยงส่งต่อแผนกตรวจอื่นๆ ตามอาการ เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งต่อห้องตรวจออร์โธปิดิกส์
๔. แผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ตามแบบประเมินผู้ป่วย เพราะมีแบบฟอร์มการประเมินแบบครบองค์รวมแรกเข้าคลินิก
๕. มีการใช้ CPG เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

๖. มีแผนการรักษาเป็นองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมมือในการรักษา เช่น โรคกระดูกพรุน สมองเสื่อม ซึ่งการดูแลประจำวันของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการรักษา และเป็นข้อมูลสำคัญให้แพทย์พิจารณาในการให้ยาที่เหมาะสม

๗. แพทย์มีระบบเป้าหมายการดูแลแต่ละปัญหาอย่างชัดเจน เช่น วางแผนทำ TMSE ข้าในรายที่ต้องการเริ่มการรักษาโดยการให้ยาตาม CPG และมีการสื่อสารโดยการบันทึกลงในเวชระเบียนเพื่อให้ทีมผู้ให้บริการรับรู้และเข้าใจตรงกัน เช่น ผู้ป่วยให้ประวัติฉีดยาเบาหวานไม่ถูกต้อง ส่งต่อให้พยาบาลต้านป้องกัน สอนฉีดยาด้วยตนเองใหม่

ข้อด้อย

๑. ผู้สูงอายุ มักมีความเสี่ยงหลายระบบ และมีโรคหลากหลาย อาจต้องมีการทบทวนแผนการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะ Hypo-hyperglycemia เพราะการกินยาหรือการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

ทีมงานดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

๑. ทีมคลินิกผู้สูงอายุ
๒. ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว
๓. ทีม Home care nursing

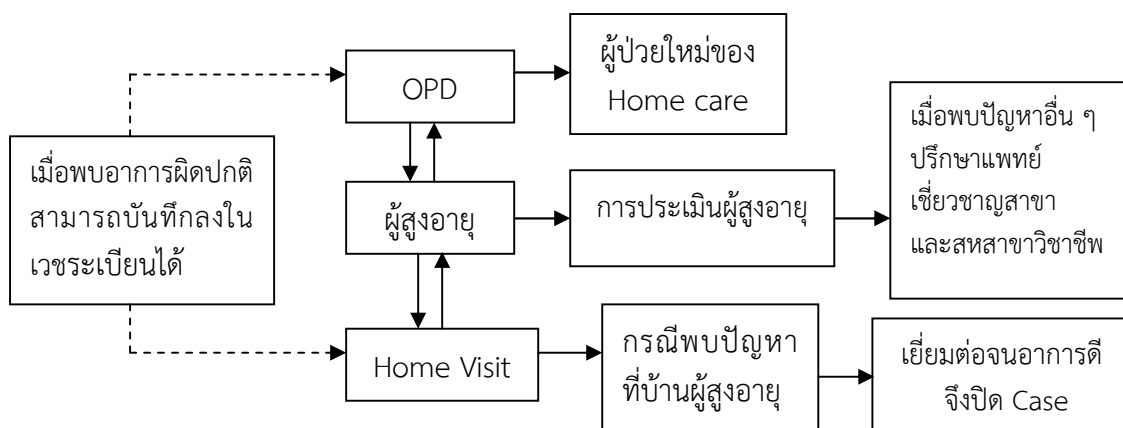
บุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- แพทย์ จำนวน ๓ ท่าน
- พยาบาล
- พนักงานธุรการ จำนวน ๒ คน

จำนวนวันที่เปิดบริการ

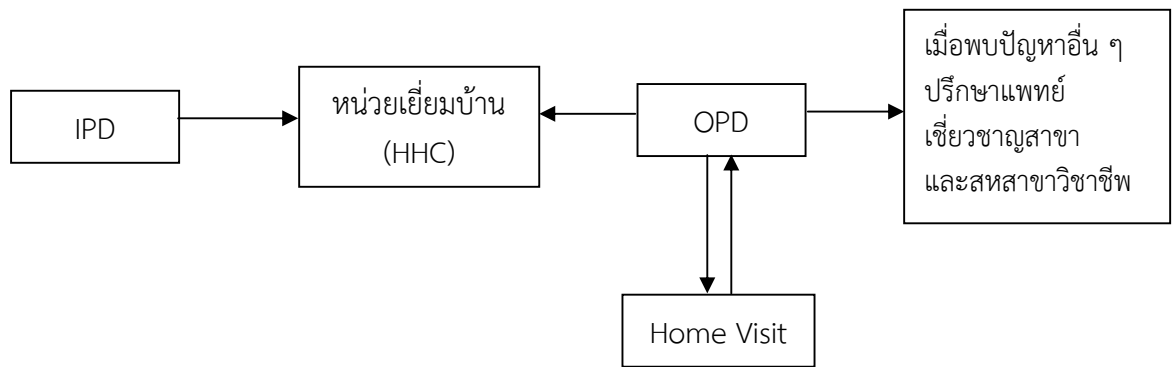
- วันอังคาร เปิดคลินิกร่วมกับทีมเวชศาสตร์ครอบครัว (OFM)
- วันพฤหัสบดี ทีมคลินิกผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ



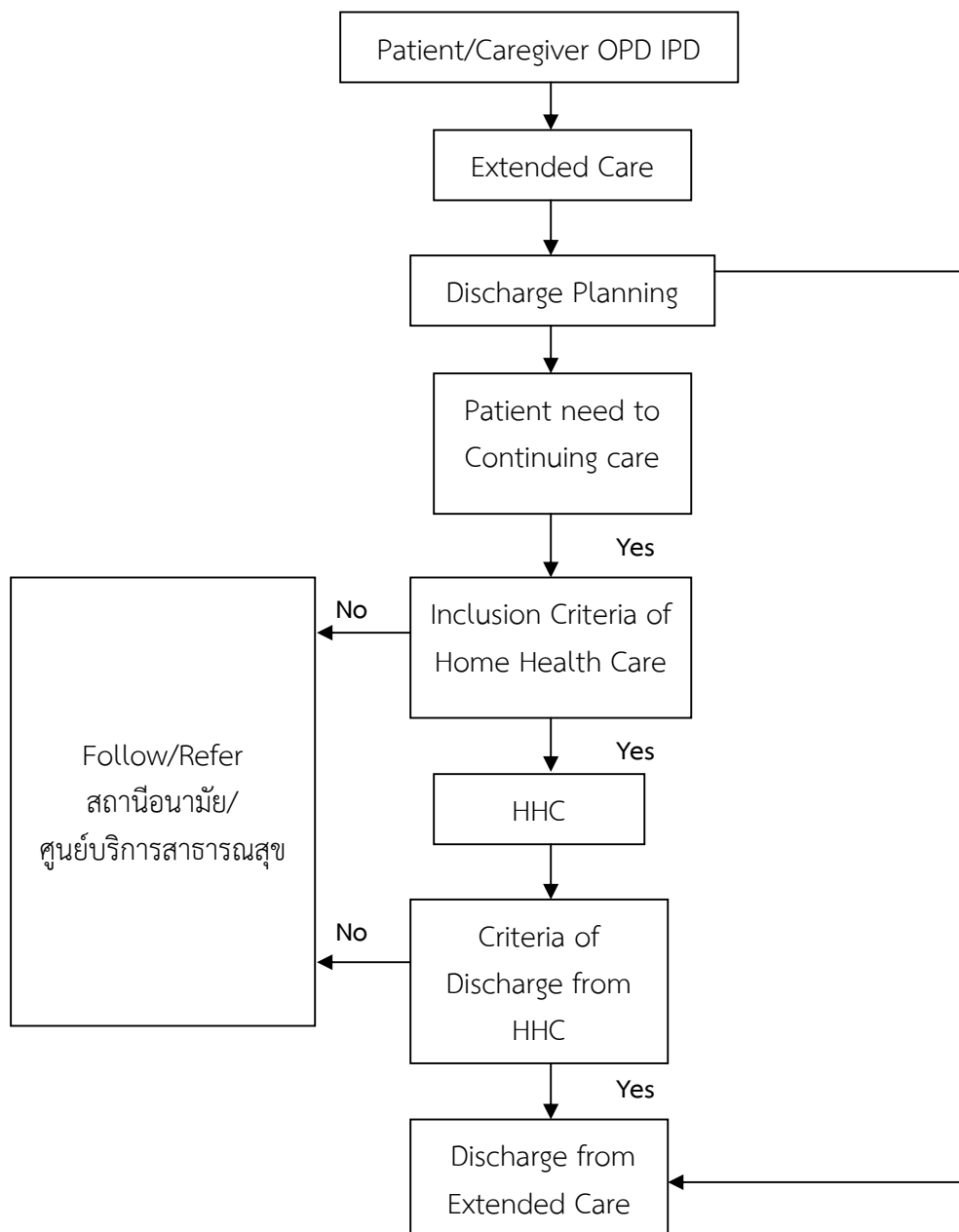
* การจัดบริการสามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ตามความสะดวกของผู้สูงอายุเป็นหลัก

ความเชื่อมโยงของระบบการบริการในโรงพยาบาล



- เมื่อพบปัญหาอื่น ๆ ปรึกษาแพทย์ จะนัดผ่านแผนกผู้ป่วยนอก
- ถ้าวันที่ปรึกษาแพทย์ ตรงกับวันที่เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ส่งปรึกษาโดยตรง
- กรณีที่วันปรึกษาแพทย์ ไม่ตรงกับวันที่เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ จะนัดผ่านแผนกผู้ป่วยนอก ในวันที่แพทย์ ที่จะปรึกษาลงแผนกผู้ป่วยนอก

Flow Chart of Extended Care โรงพยาบาลรามาริบัติ



* สามารถ Follow up ทางโทรศัพท์ และมีศูนย์ Hotline ของ Home care
กรณีที่ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน เป็นครั้งแรกจะได้รับการดูแลจาก case manager ในการดูแล
ผู้ป่วยใน ward นั้น ๆ

งบประมาณในการจัดบริการ

- งบประมาณโรงพยาบาล
- งบประมาณจากสปสช.

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
- การดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการถึงบ้าน

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

- ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวนมาก เป็นสาเหตุให้ต้องรอรับบริการนาน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยนั่งนานๆ อาจเกิดภาวะแผลกดทับได้
- ในแผนกผู้ป่วยใน เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่ต้องการให้ผู้ป่วย admit ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ เนื่องจากสาเหตุเตียงเต็ม เป็นสาเหตุที่ต้องให้ผู้ป่วยที่อาการดีกลับบ้านเร็วขึ้น และอาจเกิดการ Readmit ซ้ำ

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

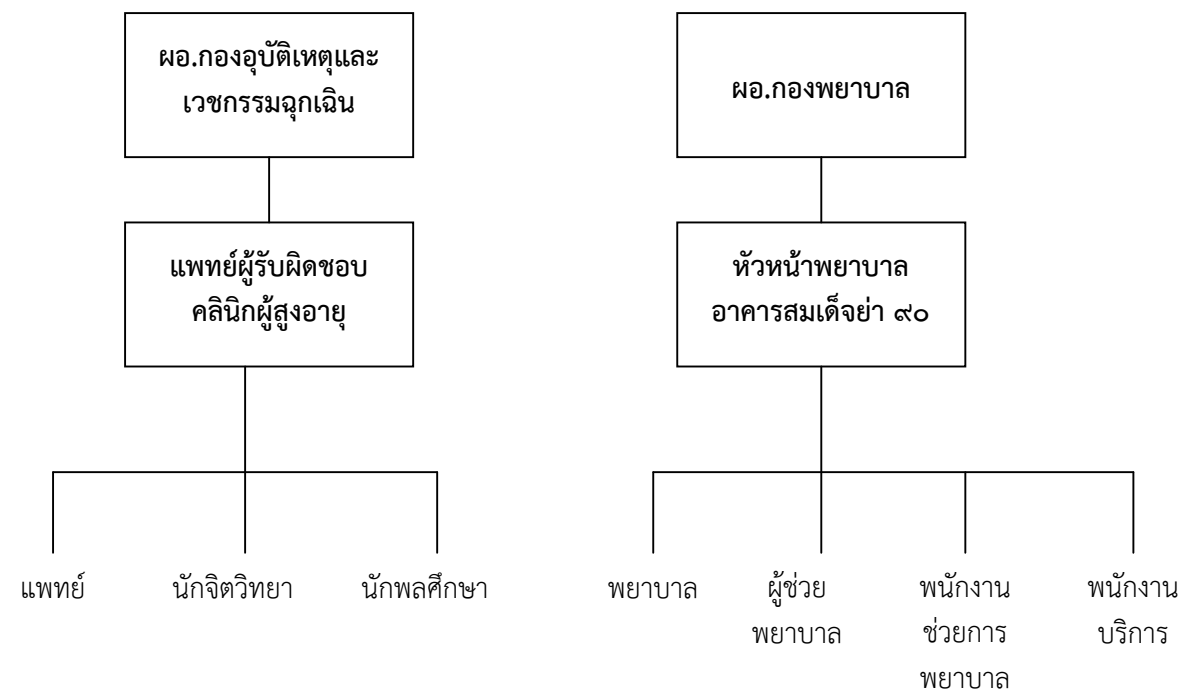
แผนกคลินิกผู้สูงอายุ อาคารสมเด็จย่า ๔๐ ชั้น ๑

คลินิกผู้สูงอายุเริ่มก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เดิมอยู่ชั้นที่ ๗ อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี กำลังเอก และย้ายมาเปิดทำการที่อาคารสมเด็จย่า ๔๐ ชั้น ๘ และเปิดบริการเมื่อ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๓๔

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บริการผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
๒. เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุให้เป็นปกติสุข และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
๓. เพื่อป้องกันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย หรือจิตใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย
๔. เพื่อป้องกันโรคในวัยสูงอายุโดยให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงโรคภัยอันอาจเกิดขึ้น
๕. เพื่อจัดบริการสุขภาพ นับตั้งแต่การตรวจสุขภาพปกติไปจนถึงการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การจัดการองค์กรและการบริหาร
แผนภูมิโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน



จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานต่อวัน

ประเภทเจ้าหน้าที่	จำนวน
แพทย์	๓
พยาบาล	๑
นักจิตวิทยา	๑
นักพลศึกษา	๑
ผู้ช่วยพยาบาล/นายสิบพยาบาล	๓,๑
พนักงานช่วยพยาบาล	๑
พนักงานบริการ	๑

การปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ประเภทของเจ้าหน้าที่	ความรับผิดชอบ
พยาบาล จำนวน ๑ คน	- มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสมของบุคลากรในทีมงาน - แก้ไขปัญหา, คัดกรองผู้ป่วย - รวบรวมสถิติ - ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ - ร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริหาร
นักจิตวิทยา จำนวน ๑ คน	- ตรวจสอบสุขภาพ บุคลิกภาพ และความผิดปกติทางสมองด้วยวิธีการทดสอบทางจิตวิทยาให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต - ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและวิธีป้องกันในผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ป่วย ด้วยการแนะนำรายบุคคลและรายกลุ่ม - ศึกษาวิจัยด้านวัฒนธรรม กิจกรรมเศรษฐกิจ และสังคมผู้สูงอายุ - ประสานงานกับหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
นักพลศึกษา จำนวน ๑ คน	- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดีหรือออกกำลังกายเป็นประจำ - ฝึกอบรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาได้อย่างมีประสิทธิภาพ - แนะนำส่งเสริมสุขภาพและวิธีป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพ - จัดกิจกรรมและกีฬาในรูปแบบต่าง ๆ - ฝึกอบรมการกีฬาเพื่อเข้าร่วมกีฬาของผู้สูงอายุ - ฟื้นฟูสุขภาพจิตและให้คำแนะนำสุขภาพอนามัยตลอดจนโภชนาการทางกีฬา การสมดุลในการบริโภคอาหารกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน - ติดต่อประสานงาน ฝึกอบรม บรรยาย สาธิตเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน ๓ คน	- ร่วมกิจกรรมทางการพยาบาล - ช่วยแพทย์ตรวจ คัดกรองผู้ป่วย - บันทึกผลการตรวจต่าง ๆ ใน OPD CARD - งานทะเบียนเข้า COM. - ออกใบนัดตรวจครั้งต่อไปพร้อมคำแนะนำต่าง ๆ - รับ-ส่ง OPD CARD ที่แผนกเวชระเบียน

การดำเนินงาน

- เปิดบริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น.
- ผู้ป่วยใหม่ติดต่อทำบัตรตรวจโรค (OPD CARD) โดยกรอกแบบฟอร์มที่แผนกเวชระเบียน ตีตรวจโรคทั่วไปชั้น ๑ และนำใบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ (ส่วนล่าง) มามอบให้เจ้าหน้าที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุสมเด็จย่า ชั้น ๑
- การตรวจ เริ่มจากวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดปรอทในรายที่สงสัยว่ามีไข้
- พบแพทย์ เพื่อส่งการรักษา เช่น สั่งยา เจาะเลือด เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ และอื่น ๆ
- ผู้ป่วยที่ประสงค์จะฝากรับการตรวจต่างๆ ให้มาใบนัดรับผลมามอบให้ที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ

ขั้นตอนในการมารับบริการที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ

- ติดเบอร์ที่ไบนัด ใบแจ้งอาการ สมุดประวัติ
- เจ้าหน้าที่ซักประวัติผู้ป่วยใหม่ จัดลำดับพบแพทย์
- รอเรียกตัวสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก พร้อมยื่นผลการตรวจเลือด
- รอพบแพทย์

หมายเหตุ ผู้ป่วยงดอาหารกรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อพิจารณาเข้าพบแพทย์ก่อนผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จ

แพทย์นัด - รับใบสั่งยา ไบนัด ครั้งต่อไป พร้อมคำแนะนำ
- ซ้อยา ณ สถานจำหน่ายยา อาคารสมเด็จย่า ๙๐/๑

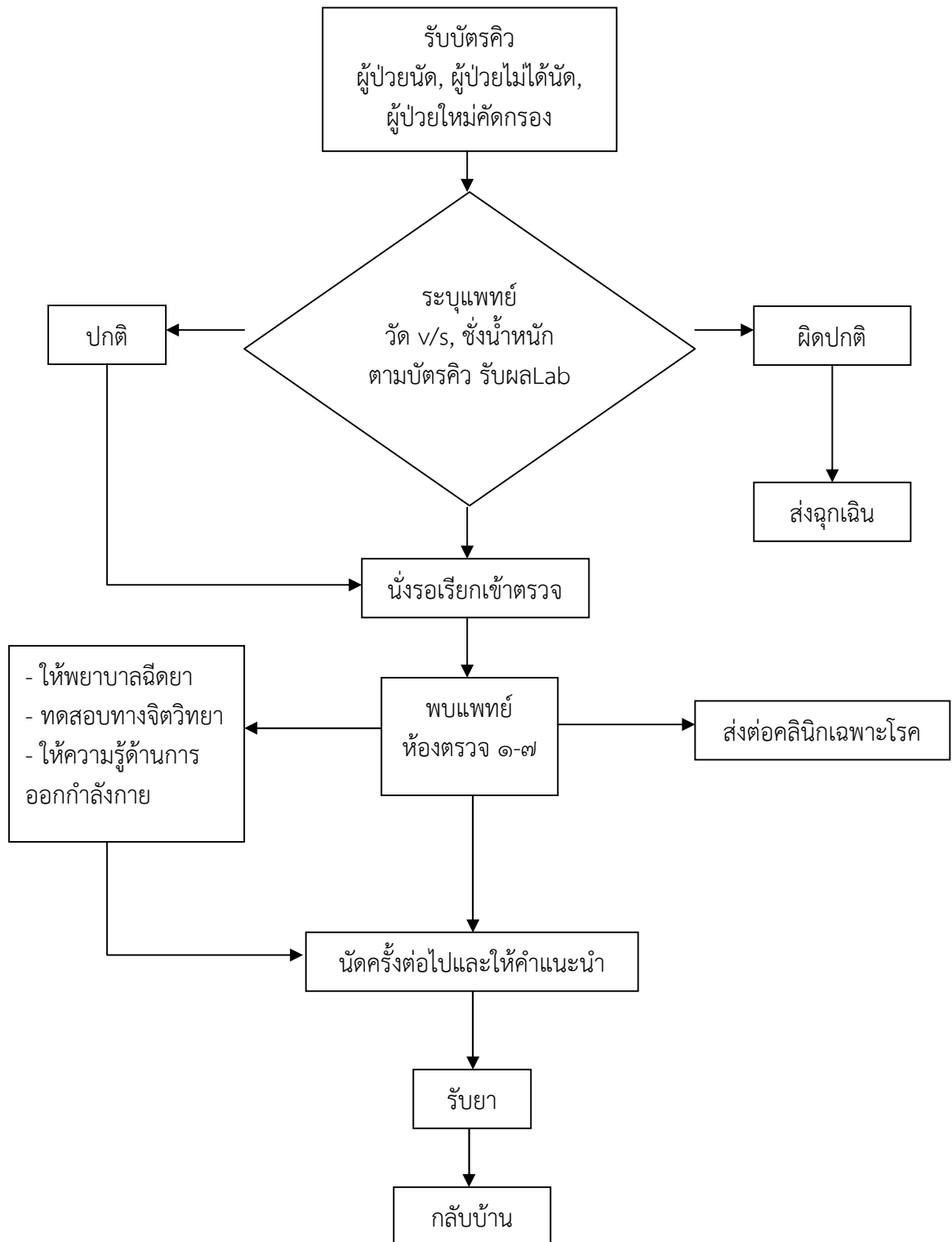
แพทย์ไม่นัด - รับใบสั่งยา ซ้อยา

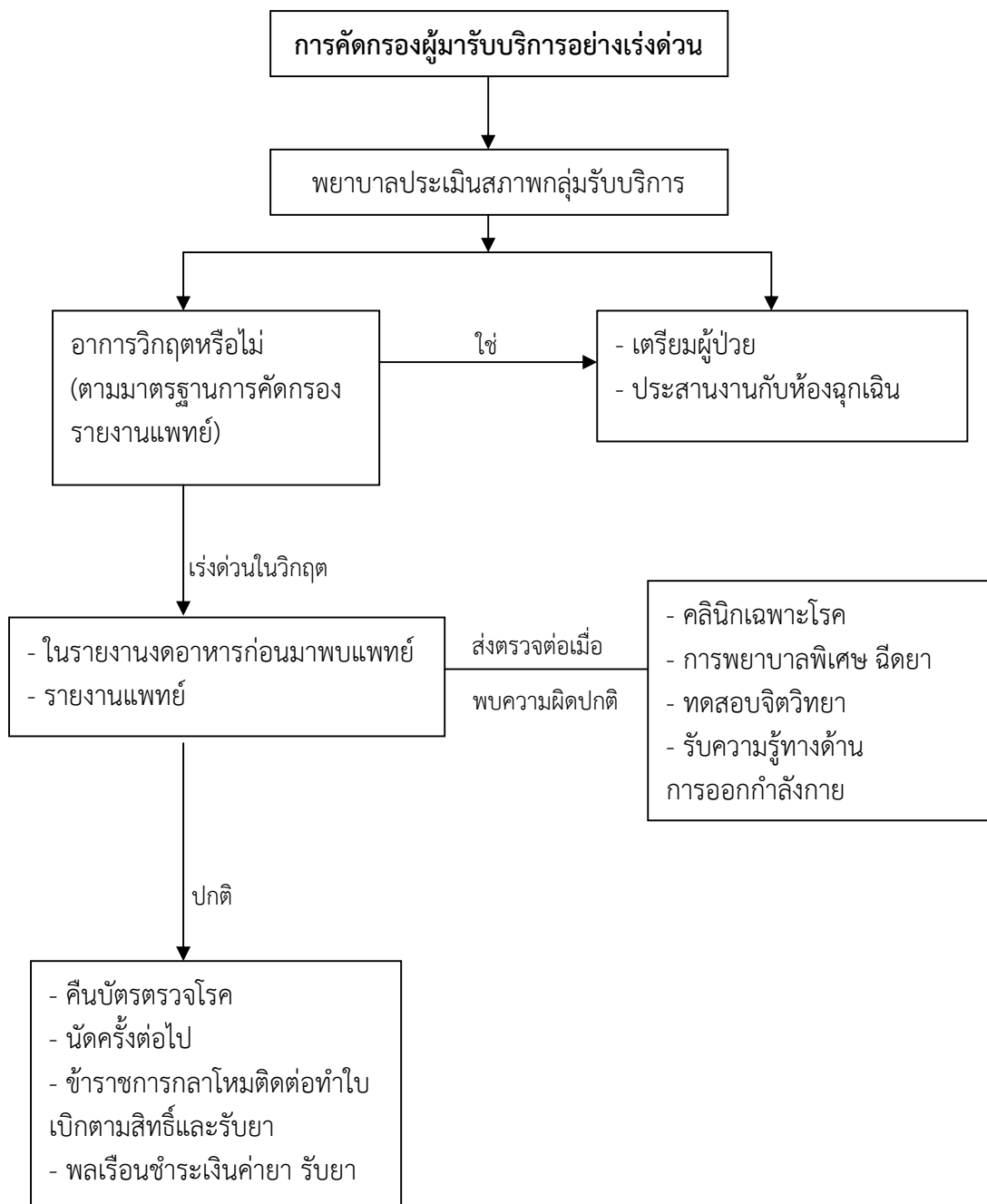
แพทย์ส่งตรวจต่อ - คลินิกเฉพาะโรค ให้การพยาบาลพิเศษ (ฉีดยา, ทดสอบทางจิตวิทยา, รับความรู้ด้านการออกกำลังกาย)

ตารางแพทย์เฉพาะทาง

จันทร์	อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป คลินิกชายวัยทอง
อังคาร	อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
พุธ	อายุรแพทย์ แพทย์ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
พฤหัสบดี	อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
ศุกร์	แพทย์ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ คลินิกความจำ

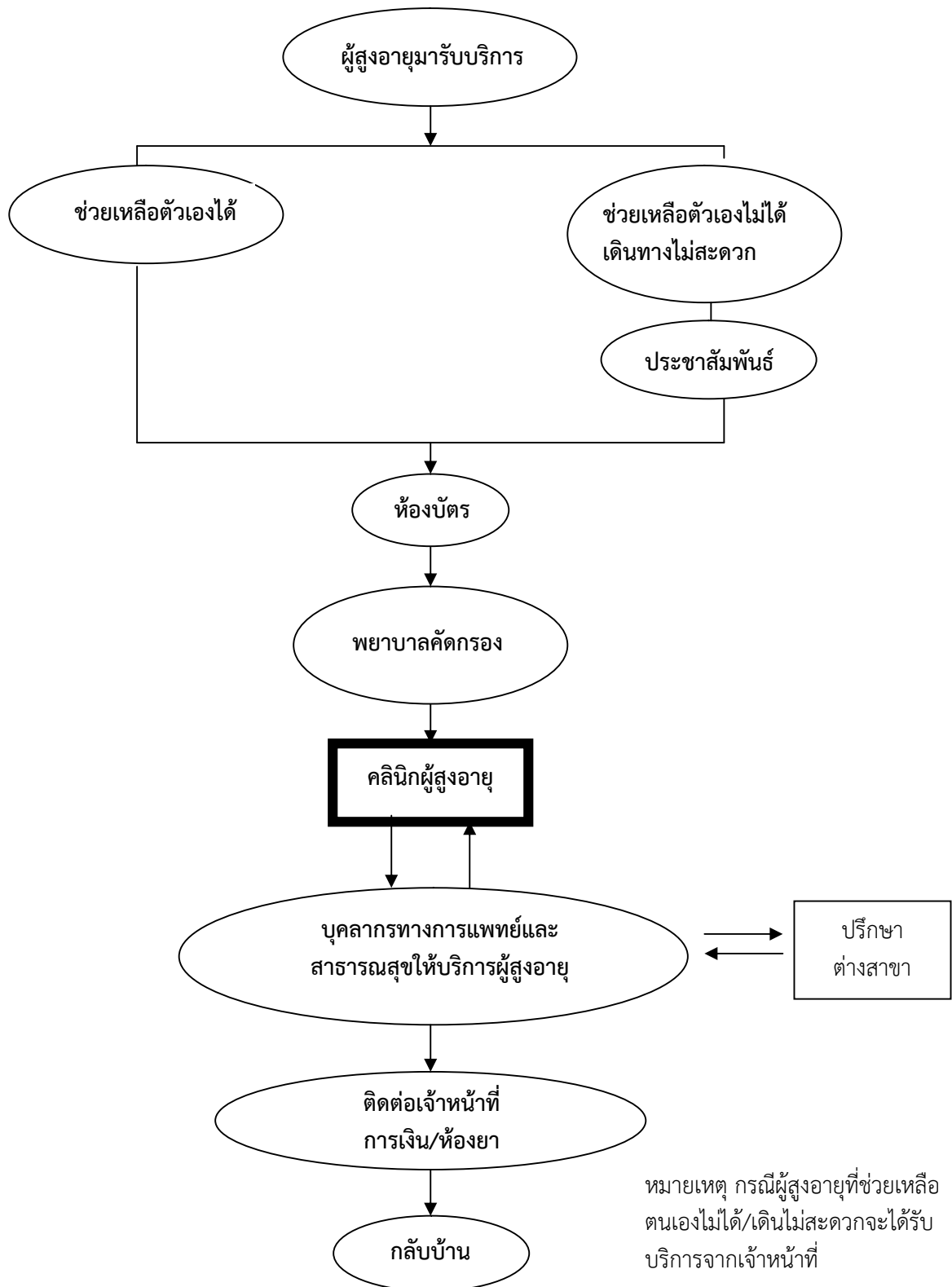
ขั้นตอนการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า





การจัดขั้นตอนการให้บริการผู้สูงอายุ

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ



๒. รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์

การดำเนินงานคลินิกพิเศษสูงวัย โรงพยาบาลลำปาง

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

คลินิกพิเศษสูงวัยให้บริการแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

จุดอ่อน - การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ขาดความต่อเนื่อง ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยน้อย

- ขาดความร่วมมือจากจุดบริการต่างๆ ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิก

- สถานที่และครุภัณฑ์ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่มีสถานที่เป็นของตนเอง ขณะนี้ปฏิบัติงานที่ห้องรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งมีครุภัณฑ์เดิมอยู่และมีขนาดเล็ก ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจำนวนหลายคน รวมถึงไม่สามารถจัดวางครุภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ เช่น เตียงตรวจโรค, FOOD MODEL

- ขาดการวางระบบการประสานงานของคลินิกพิเศษสูงวัยกับคลินิกบริการต่างๆ เช่น การปรึกษาแพทย์ ระบบบริการของหน่วยที่รับส่ง – ส่งต่อจากคลินิก

จุดแข็ง - ผู้บริหารสนับสนุน

- มีแพทย์ประจำ

- มีทีมสาขาวิชาชีพ

- ทีมสาขาวิชาชีพมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้การบริการผู้ป่วย

- มีการนัดผู้ป่วยเป็นเวลา ลดการรอคอย

- มีการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างทีม ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล

- มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ อย่างต่อเนื่อง แบบเบ็ดเสร็จและ

ผสมผสาน

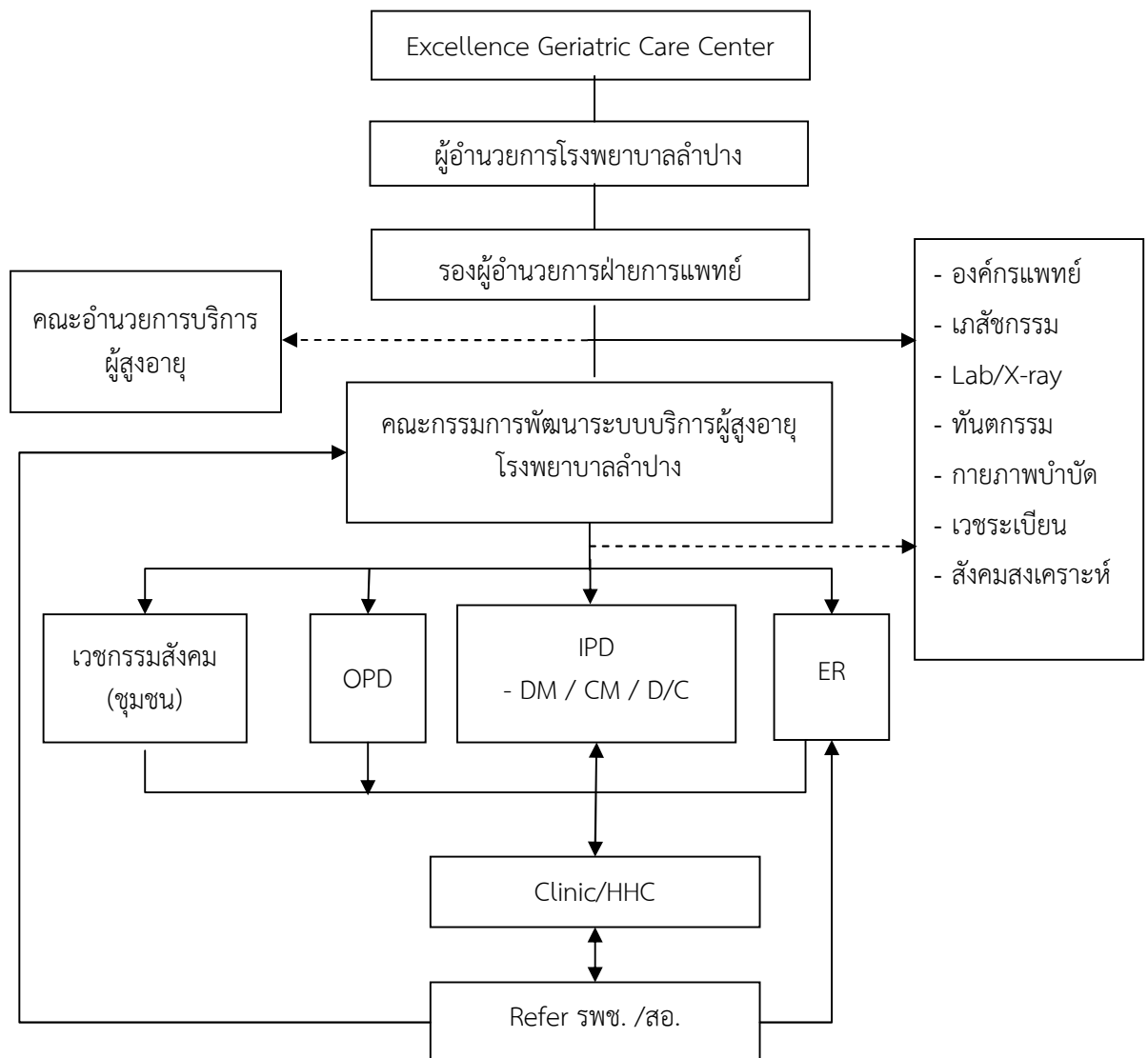
- มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มา Admit

- มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกโดยทีมสาขาวิชาชีพ

แผนงานการดำเนินงานคลินิก

๑. จัดบริการแก่ผู้สูงอายุให้ครอบคลุม ครบถ้วน ต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น
๒. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
๓. จัดหาสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการจัดบริการในคลินิกให้เพียงพอพร้อมใช้
๔. เสริมสร้างศักยภาพของจิตอาสาและแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเชื่อมโยงกับงานคลินิก เช่น เป็นตัวแทนรับยาต่อเนื่อง เป็นคนดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลในการมาตรวจตามนัด รวมถึงการเยี่ยม เฝ้าระวังและแจ้งกลับ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาก่อนนัดการเยี่ยมครั้งต่อไปของทีม เป็นต้น
๕. พัฒนาระบบสารสนเทศของงานคลินิกให้ทันสมัยและพร้อมต่อการนำไปใช้ เชื่อมโยงไปทุกหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย เช่น การทำวิจัย การบริการผ่าน intranet การรวบรวมข้อมูล

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ



ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทีมสหสาขาทั้งสิ้น
จำนวน ๑๐ คน ดังนี้

๑. แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว
๒. เภสัชกร
๓. พยาบาลวิชาชีพ จากกลุ่มการพยาบาล
๔. พยาบาลวิชาชีพ จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๕. นักโภชนาการ
๖. นักกิจกรรมบำบัด
๗. นักวิชาการสถิติ
๘. เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข
๙. นักสังคมสงเคราะห์
๑๐. ผู้ช่วยเหลือคนไข้

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในการปฏิบัติงาน ดังนี้

ตำแหน่ง	บทบาทหน้าที่
แพทย์	- ให้การตรวจวินิจฉัย/รักษาโรค - เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ - ติดตามเยี่ยมบ้าน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	- รับ/ส่งผู้ป่วยมาตรวจตามนัด - จัดเตรียมอุปกรณ์ในคลินิก - ติดตาม OPD Card - ส่ง Lab - ช่วยเหลือแพทย์/พยาบาลในการตรวจรักษา/หัตถการ - อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่นบริการทำบัตร รับยาแทน ดูแลความสุขสบาย เป็นต้น
พยาบาลวิชาชีพ	- ซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วย - ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ - เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ช่วยแพทย์ขณะตรวจผู้ป่วย - ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ร่วมกับทีมสุขภาพในการติดตาม เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยนัด และติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด - ติดตามเยี่ยมบ้าน
เภสัชกร	- ประเมินเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย/ญาติ - ค้นหาปัญหา เฝ้าระวังและติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วย - ส่งมอบและให้คำปรึกษาเรื่องยาก่อนกลับ - ติดตามเยี่ยมบ้าน

ตำแหน่ง	บทบาทหน้าที่
เจ้าหน้าที่ทันตธารณสุข	- ประเมินสภาวะช่องปากของผู้ป่วย - ค้นหาปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขต่อผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพ - ประสานงานในการดูแลและติดตามการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเมื่อส่งต่อแผนกทันตกรรม - ให้ทันตสุขศึกษา ติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหา รวมถึงป้องกันภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติ
นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข - ติดตามความก้าวหน้าของภาวะโภชนาการของผู้ป่วยรวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการร่วมกับทีมสุขภาพ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย - ติดตามเยี่ยมบ้าน
นักกิจกรรมบำบัด	- ประเมินความสามารถของสมองเบื้องต้น - ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ดัชนีบาร์เธล) - ประเมินความสามารถในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน - บำบัดรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ
นักสถิติ	- จัดเก็บ/วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการบริการ - พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูลเยี่ยมบ้าน (HHC)
นักสังคมสงเคราะห์	- ร่วมปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและประสานงานในทีมสุขภาพ - ประเมินสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว - สิทธิด้านการรักษาพยาบาล กองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ - ประสานส่งต่อหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา - ติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

จำนวนที่เปิดให้บริการทั้งหมด

รวม ๒๖ วัน

(๗ กรกฎาคม ๒๕๕๓ - ๒๖ มกราคม ๒๕๕๔)

มีจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจทั้งผู้ป่วยใหม่/ผู้ป่วยมาตามนัดต่อเนื่อง

รวม ๕๕ ราย

จำนวนเฉลี่ย ผู้ป่วยมารับบริการ ๙ คน/เดือน จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามกลุ่มอายุได้ ดังนี้

กลุ่มอายุ	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ตาม Criteria (คน)	กลุ่มผู้ดูแลที่ป่วย เป็นโรคต้องดูแลร่วมกับป่วย (คน)	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุอื่นๆ ที่มารับบริการในคลินิก (คน)
อายุ ๑ - ๕๙ ปี	๐	๐	๒
๖๐ - ๖๙ ปี	๕	๒	๒
๗๐ - ๗๙ ปี	๓	๐	๔
๘๐ ปีขึ้นไป	๓	๐	๑
รวม	๑๑	๓	๙

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

จัดบริการแบบ one stop service ที่คลินิก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้การดูแล

๒. เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยเน้นให้ตรงกับความต้องการ

(the care to need match) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเชื่อมโยงสู่ชุมชน

กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ

ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยแพทย์/พยาบาลห้องตรวจพิจารณาเห็นว่าควรได้รับการประเมินและดูแลเป็นกรณีพิเศษ นอกเหนือจากการดูแลทั่วไปในคลินิกนั้น ๆ โดยมี criteria ในการประเมินเบื้องต้นดังนี้

๑. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคและไม่สามารถควบคุมโรคได้ดีเท่าที่ควร

๒. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการรับประทานยา รับประทานยาหลายตัว รับประทานยาไม่ถูกต้อง มีอาการข้างเคียงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

๓. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ที่มีสาเหตุจากผู้ดูแลปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น ไม่สนใจนัด เบื่อ ไม่อยากมา หรือเป็นผู้สูงอายุที่เป็นหลายโรคต้องมาพบแพทย์หลายคลินิก มีวันนัดติดต่อกันหลายๆ วัน เป็นต้น

๔. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านการกิน ไม่กิน กินได้น้อยหรือมีภาวะทุพโภชนาการ

๕. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการดูแลที่บ้าน ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวละเลย ขาดผู้ดูแล

๖. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลดูแลได้ไม่ถูกต้อง

๗. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล หลงลืม ขาดการดูแลที่ประเมินแล้วอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ถ้าละเลย ไม่ได้รับการแก้ไข

๘. กรณีมีปัญหาซับซ้อน มีระบบการส่งต่อ โดยที่ผ่านมามีการส่งต่อห้องตรวจอายุรกรรม

๑ คนปรึกษาเรื่องยาพ่น มีการส่งต่อห้องทันตกรรม ๓ คนเพื่อตรวจวินิจฉัย รักษาทางทันตกรรมเพิ่มเติม และมีการส่งต่อพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๒ คนเพื่อตรวจวินิจฉัยและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง เป็นต้น

กระบวนการให้บริการแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ

๑. กระบวนการก่อนตรวจ

๑.๑ ยืนยันนัดที่คลินิก ผู้ป่วยใหม่ติดต่อเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเพื่อรับประวัติและOPD card ที่เตรียมไว้โดยไม่ต้องผ่านห้องทะเบียน

๑.๒ รับการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัด V/S ก่อนเข้าสู่กระบวนการก่อนตรวจพบสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินและติดตามปัญหาด้านต่างๆ

๒. กระบวนการขณะตรวจ เพื่อพบแพทย์ แพทย์แจ้งผลการตรวจ แผนการรักษาต่อเนื่อง

๓. กระบวนการหลังตรวจ

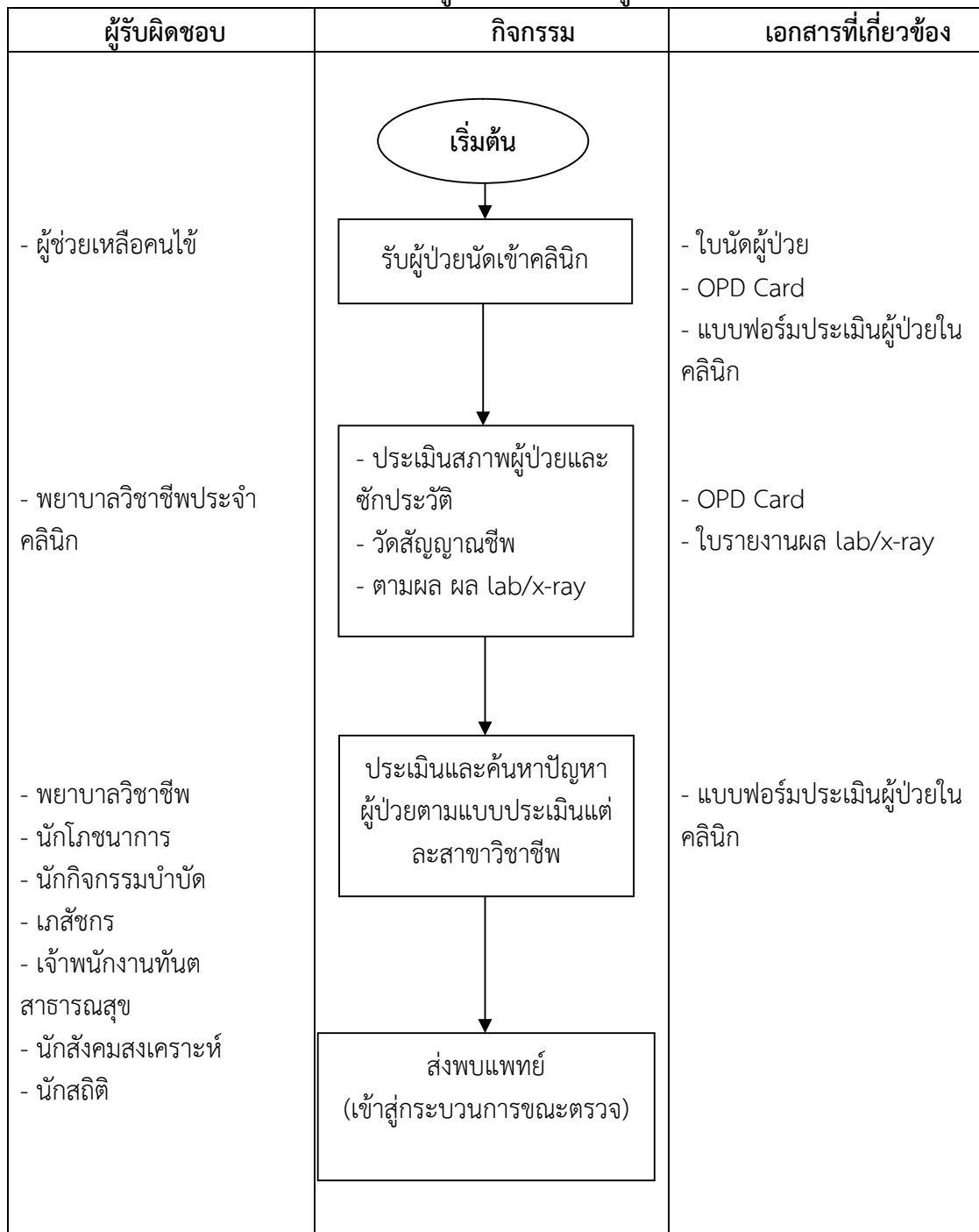
๓.๑ ผู้ช่วยเหลือคนไข้รับยาแทนญาติที่ห้องยา

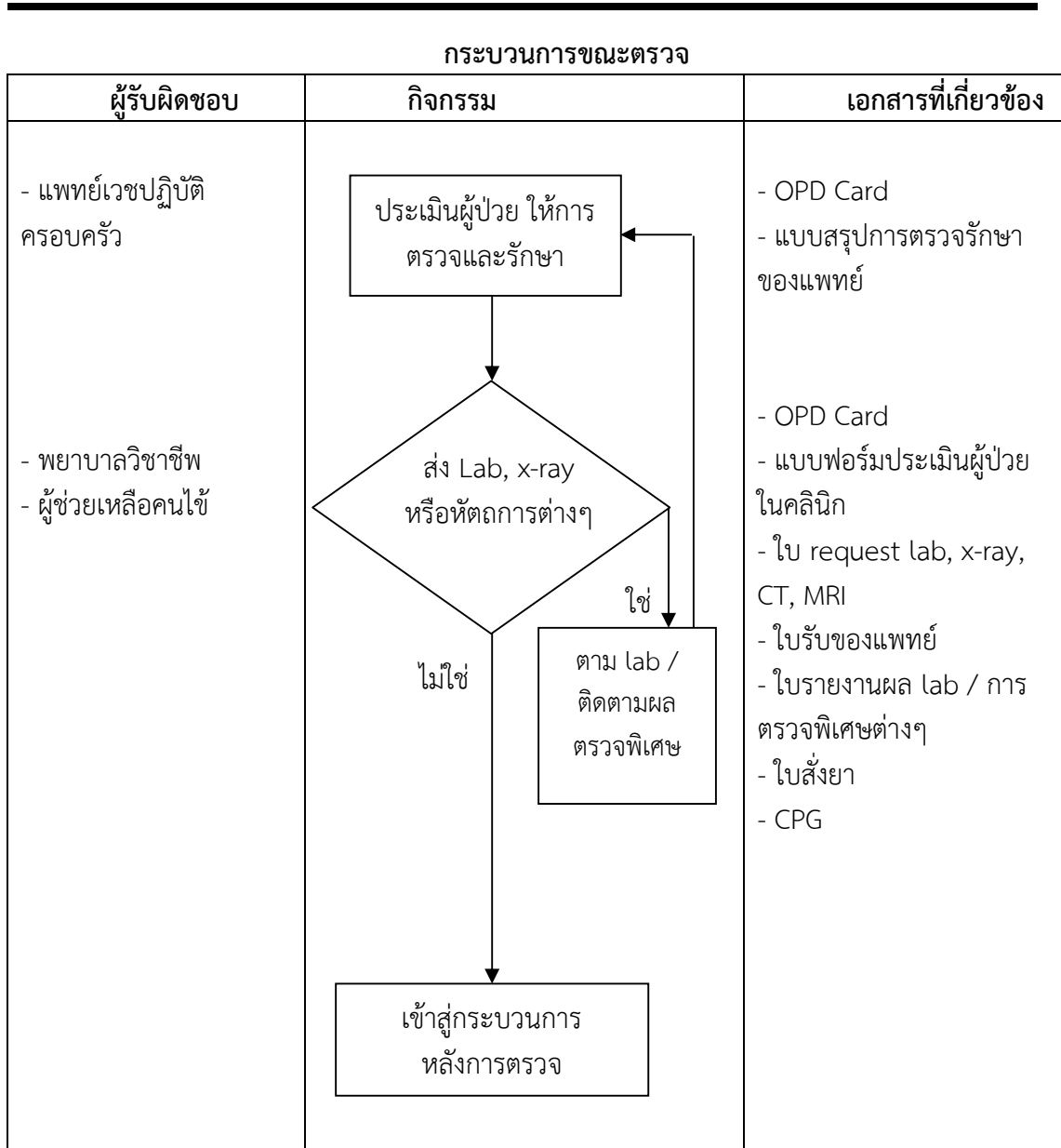
๓.๒ เภสัชกรส่งมอบยาพร้อมอธิบายวิธีใช้ยา

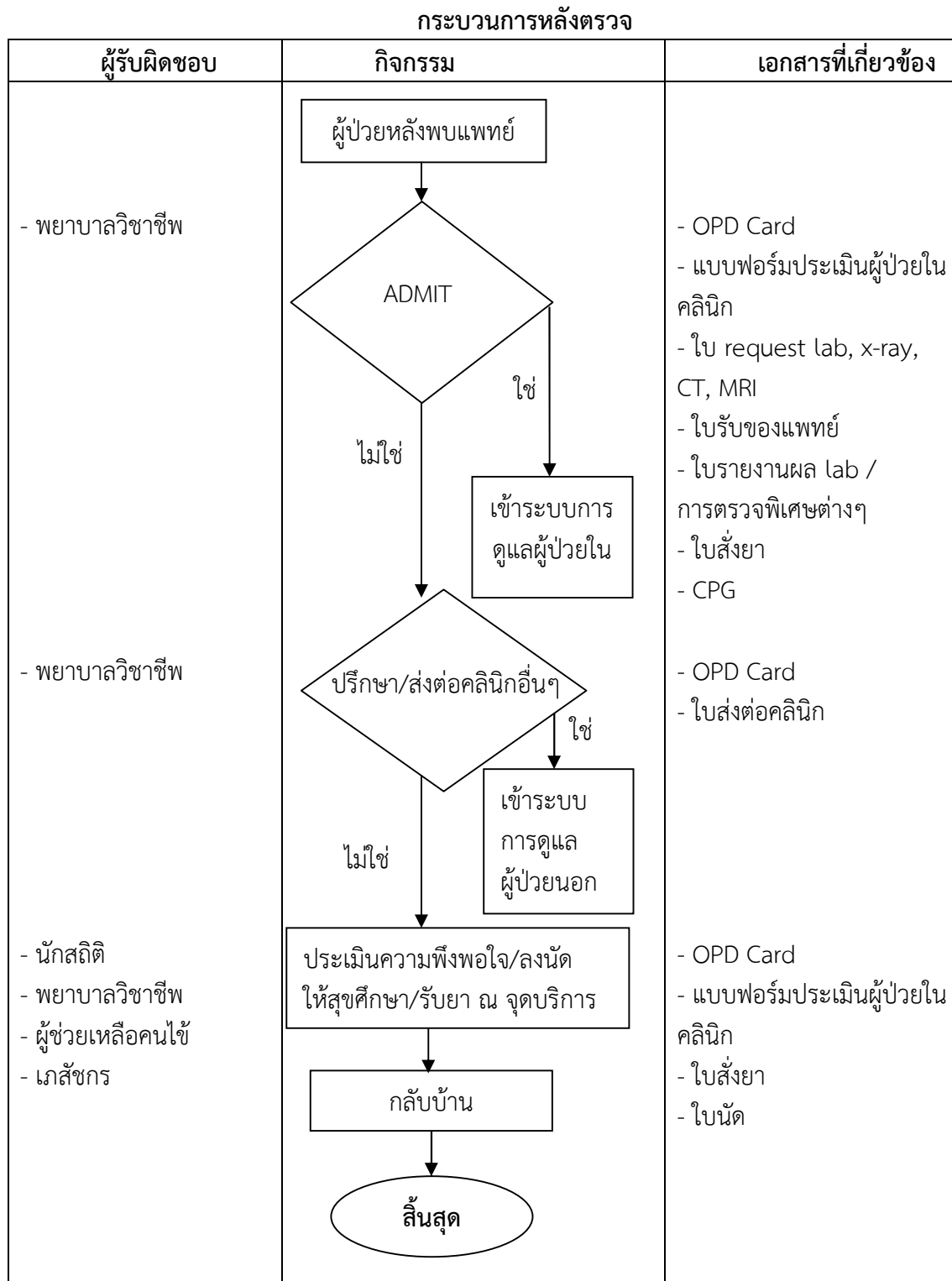
๓.๓ พยาบาลให้สุขศึกษาและนัดตรวจต่อเนื่อง



กระบวนการหลักในการให้บริการผู้ป่วยคลินิกพิเศษสูงวัยกระบวนการก่อนตรวจ







ขั้นตอนการให้บริการ

๑. แพทย์/พยาบาลห้องตรวจต่าง ๆ ประเมินผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหา ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สามารถลงนัดส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการคลินิกพิเศษสูงวัยตามระบบ SSB รหัสคลินิก ๒๒๐๙ หรือติดต่อเพื่อนัดคิวตรวจที่เบอร์โทร ๔๖๖๗

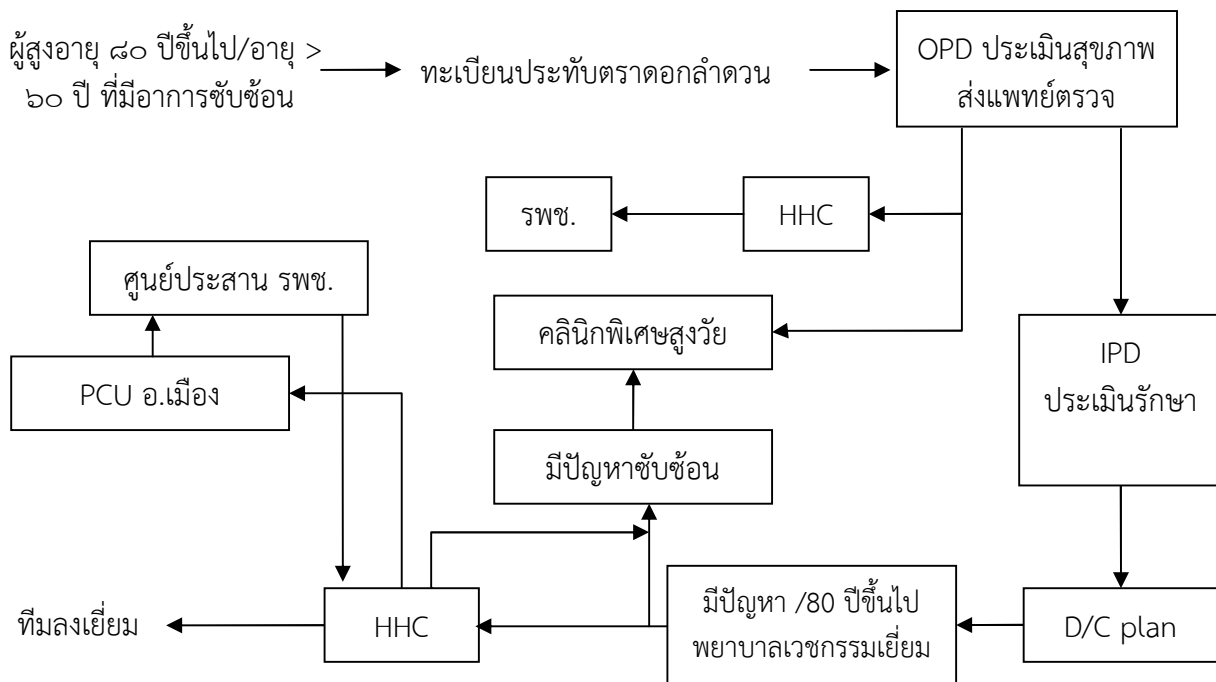
๒. เปิดให้บริการทุกวันพุธ ที่ห้องรับเรื่องร้องเรียน อาคารผู้ปวยนอก

๓. ผู้ป่วยและญาติยื่นบัตรนัดและบัตรประจำตัวผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ที่ห้องร้องเรียน โดยไม่ต้องรอรีนบัตรที่ห้องทะเบียน เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้เองแบบ one stop service

๔. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อตรวจวัด Vital signs และรับการประเมิน คัดกรองภาวะสุขภาพแบบครบวงจร โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตภิบาล นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยนักสถิติและมีการติดตามเยี่ยมประเมินสภาพต่อเนื่องที่บ้าน

๕. กรณีผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจต่างๆ กับแพทย์เฉพาะทาง จะมีการติดตาม เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกว่าปัญหาจะคลี่คลายให้สามารถกลับมาใช้บริการที่คลินิกได้ตามนัดเพื่อจะให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามสุขภาวะให้เร็วที่สุด

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกพิเศษสูงวัยกับแผนกอื่นในโรงพยาบาล



ขั้นตอนการให้บริการ

๑. เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจ ทางห้องทะเบียนจะคัดกรอง และประทับตราดอก
ลำนวนในผู้ป่วยสูงวัยอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปทุกคนและผู้ป่วยสูงวัยอายุ ๖๐ ปี ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/
ผู้พิการ ก่อนส่งผู้ป่วยไปตรวจตามห้องตรวจต่างๆ

๒. เมื่อไปถึงห้องตรวจทางห้องตรวจประเมินซ้ำในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การเคลื่อนไหว
ผู้ดูแล และปัญหาทางเศรษฐกิจ ถ้าพบว่ามีปัญหา เป็นผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ตามที่ตั้งไว้ ส่งต่อเข้า
คลินิกพิเศษสูงวัยเพื่อรับการประเมินปัญหาซ้ำและติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องต่อไป

๓. กรณีเป็นผู้ป่วยในตึกนอน ทางเจ้าหน้าที่ให้การดูแลประเมินและวางแผนการจำหน่าย
เมื่อพบปัญหาด้านต่าง ๆ นอกจากปัญหาเรื่องโรคแล้ว ให้ทางตึกนอนปรึกษาแผนกต่างๆตามปัญหาที่
พบเพื่อแก้ไขปัญหาก็แล้วเสร็จ ก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน ถ้าพบว่ายังมีปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข
หรือมีความจำเป็นต้องติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ให้ส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ HHC
เพื่อร่วมกันวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน หรือนัดเข้าคลินิกพิเศษสูงวัยได้

๔. เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกพิเศษสูงวัยตามนัด สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ที่คลินิกได้เลย
โดยไม่ต้องผ่านห้องทะเบียน โดยห้องทะเบียนจะค้นประวัติเตรียมไว้ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปรับมาใน
ตอนเช้า

๕. คลินิกมีการบริการแบบ one stop service เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลจนกระทั่งกลับ การส่งต่อไปปรึกษาแผนกต่างๆ ใช้ระบบเดิมของโรงพยาบาลแต่จะมีใบส่งต่อซึ่ง
ประทับตราดอกลำนวนพร้อมทั้งประสานทางโทรศัพท์เพื่อขอช่องทางด่วนแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ส่งต่อ
เป็นพิเศษ

๖. เมื่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ทางทีมงานคลินิกพิเศษสูงวัยจะมีการติดตามไปเยี่ยมต่อเนื่องที่
บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ประเมินปัญหาและดูแลต่อเนื่องในเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อ
อยู่ที่บ้าน กรณีมีปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ การดูแลที่ต้องแก้ไขต่อเนื่อง จะมีการติดตาม
ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น รวมถึงการติดตามให้มาตรวจตามนัด/ตรวจก่อนนัด
ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเมื่อมีภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน สามารถใช้บริการ ๑๖๖๙ ได้ตลอดเวลา
ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย case

ระบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เมื่อผู้ป่วยทุกคนรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานบริการ และมีการส่งปรึกษาตามระบบ ผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะมีการส่งปรึกษาทาง HHC ในพื้นที่เขตเทศบาล ทีม HHC ติดตามเยี่ยมบ้านเอง แต่ผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลและต่างจังหวัด ทีม HHC ประสานเครือข่ายโรงพยาบาล/รพ.สต. รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระบบโดยการประสานงานทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และโทรสาร เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องและอย่างเป็นระบบ มีการติดตามการเยี่ยม และแจ้งผลการตอบกลับแก่เครือข่าย

กรณีศึกษาตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย วัย ๖๕ ปี เมาสุรา ตกจากบันไดบ้าน สูงประมาณ ๓ เมตร เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้างฉัตรและส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลลำปาง มีการประสานงานก่อนส่งต่อตามระบบ เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลลำปาง ได้รับการประเมินและตรวจรักษาตามระบบ ห้องทะเบียนจัดทำบัตร ประทับตราดอกกล้วยไม้ ทางห้องตรวจให้บริการตามช่องทางด่วนและรับไว้ในหอผู้ป่วยที่ตึกศัลยกรรมประสาท และย้ายไปนอนที่ตึกกระดูกชายเมื่ออาการดีขึ้น

ในตึกนอน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานบริการผู้ป่วยใน พบปัญหาผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่บ้านร้างในสวนที่บ้านท่ามะโอ ตำบลเวียงเหนือ มีผู้ใจบุญให้อาศัยอยู่เหมือนเป็นคนดูแลสวนให้ด้วย หูไม่ค่อยได้ยินทั้งสองข้าง มีร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง มีแผลผ่าตัดกระดูกขาซ้ายญาติมีปัญหาในการดูแล ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสิทธิสูงอายุ ตึกนอนได้ดำเนินการดังนี้

- ปรึกษางาน HHC เพื่อติดตามเยี่ยมและวางแผนร่วมกันก่อนจำหน่าย
- ปรึกษางานสังคมสงเคราะห์เพื่อติดตามญาติและดำเนินการเรื่องบัตรประชาชนรวมถึงติดตามสิทธิสูงอายุ
- ปรึกษาแพทย์หูคอจมูก เพื่อประเมินเรื่องการได้ยิน

ก่อนจำหน่าย ปัญหาที่พบยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน งาน HHC จึงได้ประสานไปทางโรงพยาบาลห้างฉัตร งานดูแลผู้สูงอายุเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ประสานทางตึกนอนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลห้างฉัตรก่อนถ้าอาการดีขึ้นและญาติมีความพร้อมก็จำหน่ายกลับบ้าน และมีนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลลำปาง เพื่อติดตามอาการเป็นระยะๆ

งบประมาณในการจัดบริการ

งบด้านบุคลากร

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาลในจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร

งบประมาณสิ่งของ

- เนื่องจากไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการให้บริการคลินิก การของบประมาณพัฒนายังไม่ได้ดำเนินการ (ปัจจุบันขอใช้ห้องรับเรื่องร้องเรียนเป็นสถานที่ให้บริการ ทุกวันพุธ)
- สถานที่คับแคบไม่สามารถจัดวางอุปกรณ์หรือครุภัณฑ์อื่นๆได้อีก

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
๒. มีการผลักดันให้เกิดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุให้เห็นเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๓. มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักและติดตามการดำเนินการ กระตุ้นให้เกิดการสร้างบริการทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง
๔. มีกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
๕. ทีมดำเนินการมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน ไม่ย่อท้อ มีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จ

๑. การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงระบบบริการในภาพรวมของผู้สูงอายุของทั้งโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน เช่น ขั้นตอนในการปรึกษา ระหว่างแผนกยังไม่ชัดเจน ยังไม่มี CPG ของคลินิก

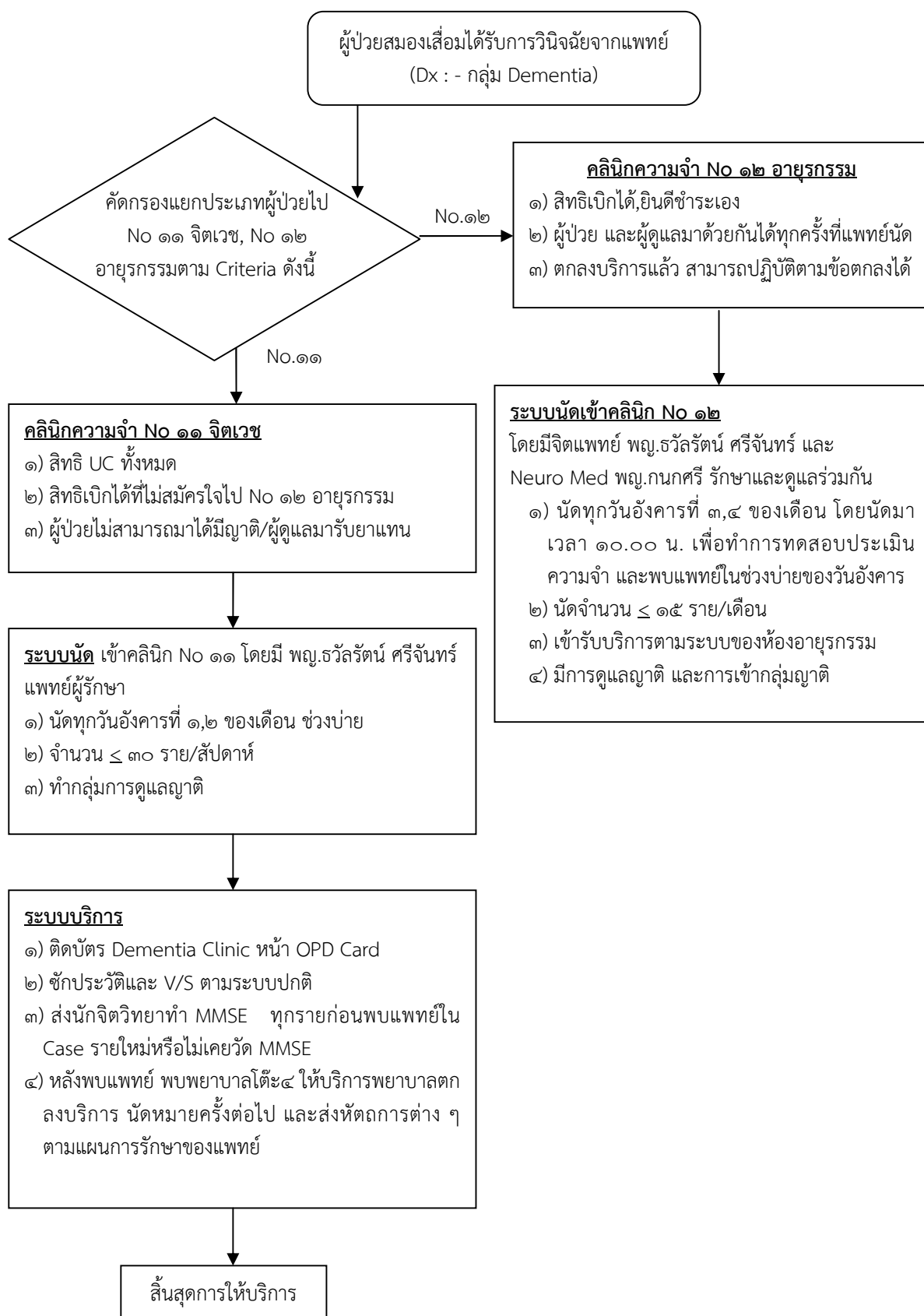
๒. ไม่มีการดำเนินการจัดหาสถานที่ที่ถาวรและเหมาะสมในการให้บริการคลินิกพิเศษผู้สูงอายุ

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน รวมถึงการได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งดูแลทั้งครอบครัวด้วย
๒. มีการผลักดันอย่างต่อเนื่องในการดำเนินพัฒนางานคลินิกจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในเรื่องสถานที่ วัสดุครุภัณฑ์
๓. มีการพัฒนาระบบส่งต่อหรือปรึกษาแผนกอื่นที่โรงพยาบาลรวมทั้ง green track สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ
๔. มีการบริการเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน
๕. การมีอาสาสมัครหรือจิตอาสาช่วยบริการในโรงพยาบาลเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ
๖. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง โดยมีคู่มือการเรียนรู้ เช่น เอกสารการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
๗. การมีผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยคลินิกความจำ (Dementia Clinic)

ห้องตรวจ No ๑๑ จิตเวช โรงพยาบาลลำปาง



การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชบุรี

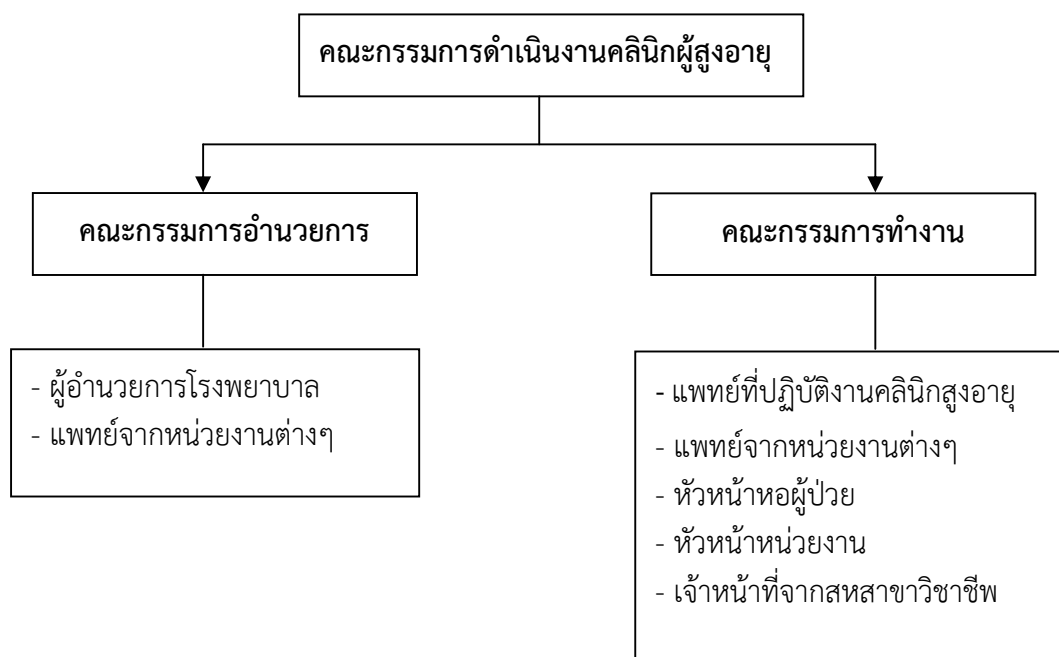
การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

นโยบาย : ดูแลผู้สูงอายุ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง โดยให้บริการแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ

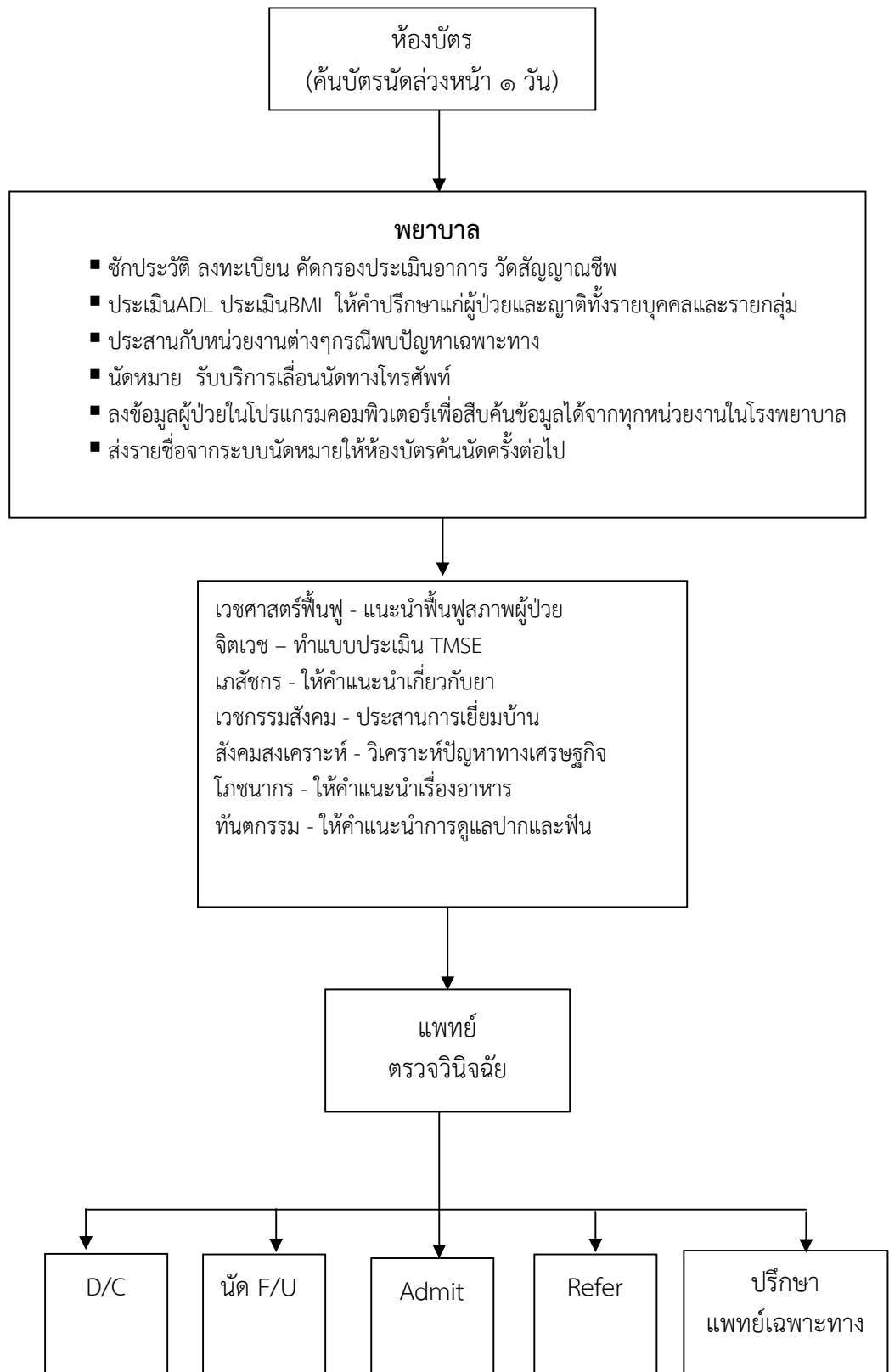
วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

- จุดแข็ง - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบมีความเข้มแข็ง
- จุดอ่อน - ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุโดยตรง

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ



กระบวนการดำเนินงาน



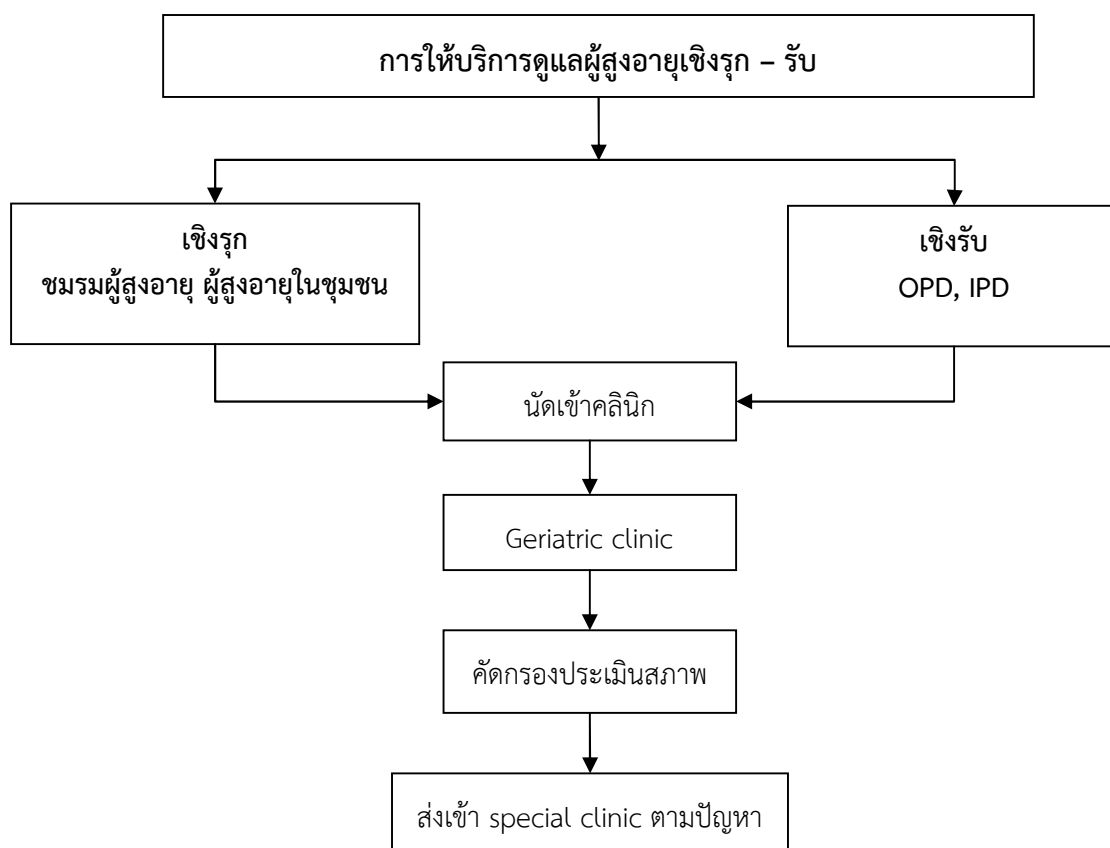
ผู้รับผิดชอบ	บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
เวชระเบียน	ทำบัตร – คั่นประวัติ	เวชระเบียน / ใบสั่งยา
พยาบาล	- ลงทะเบียน ชักประวัติ คัดกรองประเมินอาการ วัตถุประสงค์ ประเมิน BMI - ประเมินกิจวัตรประจำวัน - ให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ- ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ กรณีพบปัญหาเฉพาะทาง - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเฉพาะราย - ดูแลเรื่องการรับประทานยา - นัดครั้งต่อไป - รับบริการเลื่อนนัดทางโทรศัพท์ - ลงข้อมูลผู้ป่วยและวันที่นัดในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสืบค้นข้อมูลได้จากทุกหน่วยงาน - รับนัดผู้ป่วยทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์	- เวชระเบียน + แฟ้มผู้ป่วย - แบบประเมิน ADL - วัตถุประสงค์ - แบบประเมินปัญหาด้านต่างๆ - คู่มือการดูแลตนเองเฉพาะโรค - ตรวจสอบยาที่เหลือ/ ยาที่ได้รับ - บัตรนัด - บัตรนัดและเบอร์ติดต่อเลื่อนนัด
แพทย์	ให้การวินิจฉัยโรคและปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมรักษา และฟื้นฟูกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วย ส่ง Special clinic ตามสภาพปัญหา	เวชระเบียนและแฟ้มผู้ป่วย
เภสัชกร	- ดูแลเรื่องการให้ยา ให้เหมาะสมทั้งชนิด/ขนาดและวิธีการให้ยา - ดูแลเรื่องการแพ้ยา	
นักกายภาพบำบัด	ทำให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพใกล้เคียงของเดิมมากที่สุด	
นักจิตวิทยา	- ประเมินสภาพจิตใจ - ประเมินการทำงานของสมอง	- แบบประเมินทางจิตเวช - แบบประเมิน TMSE
นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย - เลือกวิธีชนิดและขนาดอาหารให้ผู้ป่วย	
นักสังคมสงเคราะห์	ดูแลประสานสิ่งที่ต้องช่วยเหลือด้านต่างๆ	แบบประเมินทางสังคมสงเคราะห์
ฝ่ายเวชกรรมสังคม	ดูแลประสานงานออกหน่วยเยี่ยมบ้าน	แบบฟอร์มการส่งต่อเยี่ยมบ้าน

จำนวนผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

เปิดดำเนินคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ จำแนกผู้สูงอายุที่มารับบริการตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ปี ๒๕๕๑	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓
๖๐ - ๖๙ ปี	๔	๑๐	๒๑
๗๐ - ๗๙ ปี	๒๓	๒๖	๒๖
๘๐ ปีขึ้นไป	๒๖	๒๗	๒๒
รวม	๕๓	๖๓	๖๙

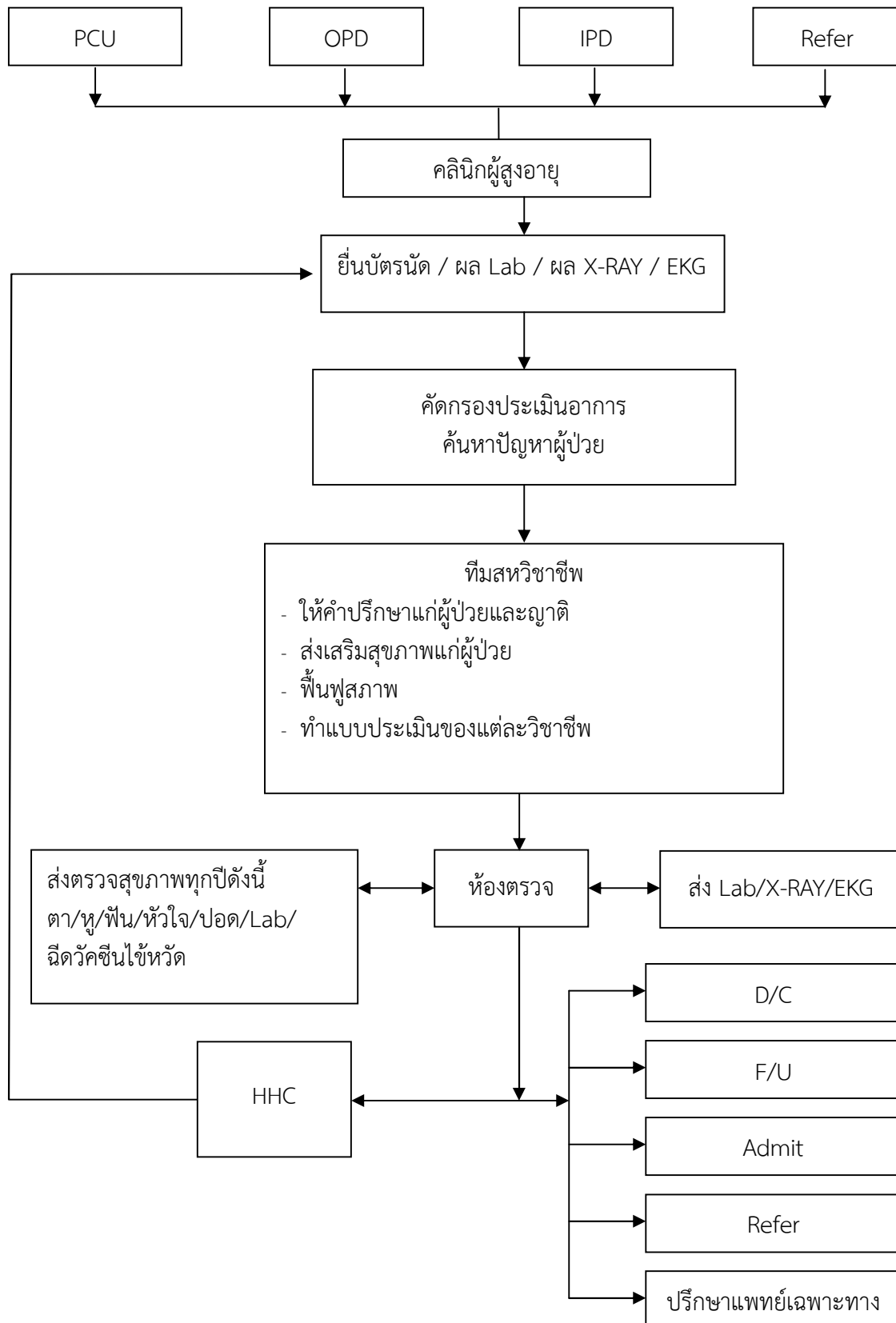
การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ



Criteria ในการนัดผู้ป่วยเข้า Geriatric clinic

- Multiple diseases
- Uncertained diagnosis
- Polypharmacy มากกว่า ๑๐ ตัว
- Geriatric syndrome-Dementia, Delirium, Depression, Insomnia, Gait disorder, eating disorder, Incontinent, constipation, weight loss, chest pain, hearing disease, Oral ulcer disability
- อายุมากกว่า ๘๐ ปี ควรได้รับการตรวจปีละครั้ง
- Caregiver stress

รูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุและความเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นในโรงพยาบาล

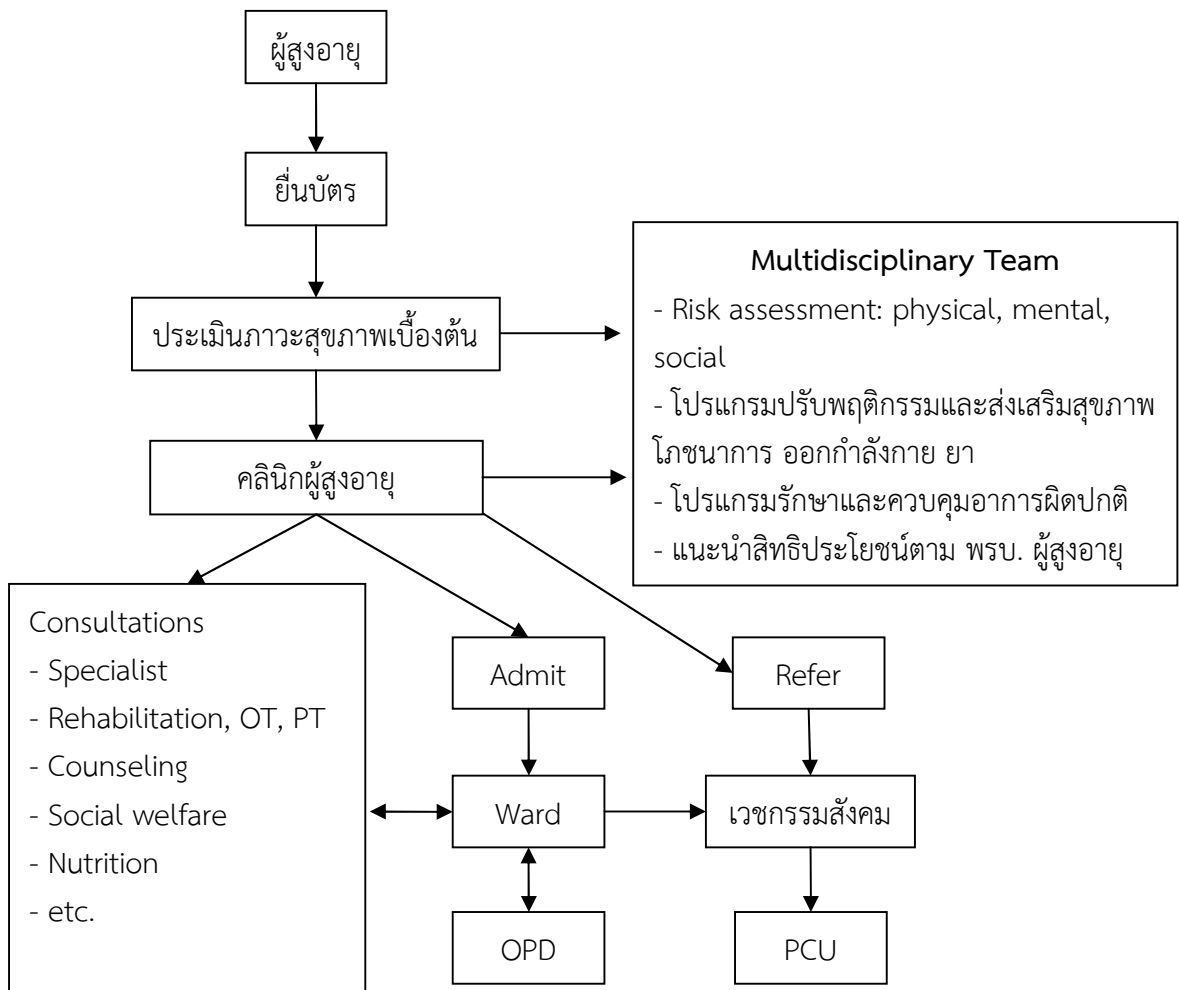


ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. การเชื่อมโยง case ในโรงพยาบาล กับ PCU จะใช้การประสานให้ฝ่ายเวชกรรมสังคม ติดตามผลการเยี่ยมบ้าน โดยมีแบบฟอร์มระบุปัญหาที่ต้องการให้ตามดูแลที่บ้าน ทางPCU จะนัดให้ผู้ป่วยพบแพทย์วันที่แพทย์ออกหน่วย PCU

๒. การเชื่อมโยง case จาก PCU มาสู่โรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุจะออกตรวจที่ PCU หากพบปัญหาจะ Refer มายังคลินิกผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชบุรี



ข้อมูลด้านความพึงพอใจตั้งแต่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ปี พ.ศ.	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)
๒๕๕๑	๘๑
๒๕๕๒	๘๖
๒๕๕๓	๘๗

งบประมาณในการดำเนินงาน

ไม่มีงบประมาณ

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- มีแพทย์เป็นผู้ดูแลคลินิก
- ความตั้งใจดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

- ไม่มีบุคลากรประจำ ต้องใช้เวลาว่างจากภาระกิจอื่นมาช่วยปฏิบัติงาน
- บุคลากรที่ทำงานขาดองค์ความรู้เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ
- ไม่มีสถานที่ดำเนินงาน ต้องยืมห้องตรวจจากแผนกอื่น
- ผู้บริหารขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังในการทำงานด้านผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ
- การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อย
- งบประมาณสนับสนุน
- ทีมสหวิชาชีพส่วนมากไม่สามารถมาทำกิจกรรมในคลินิกได้เนื่องจากต้องรับผิดชอบงาน

หลายด้าน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. การพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
๒. การดำเนินงานขึ้นอยู่กับผู้บริหารซึ่งให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุแต่ยังไม่ชัดเจนทาง

นโยบาย

การดำเนินงานคลินิกความทรงจำ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี

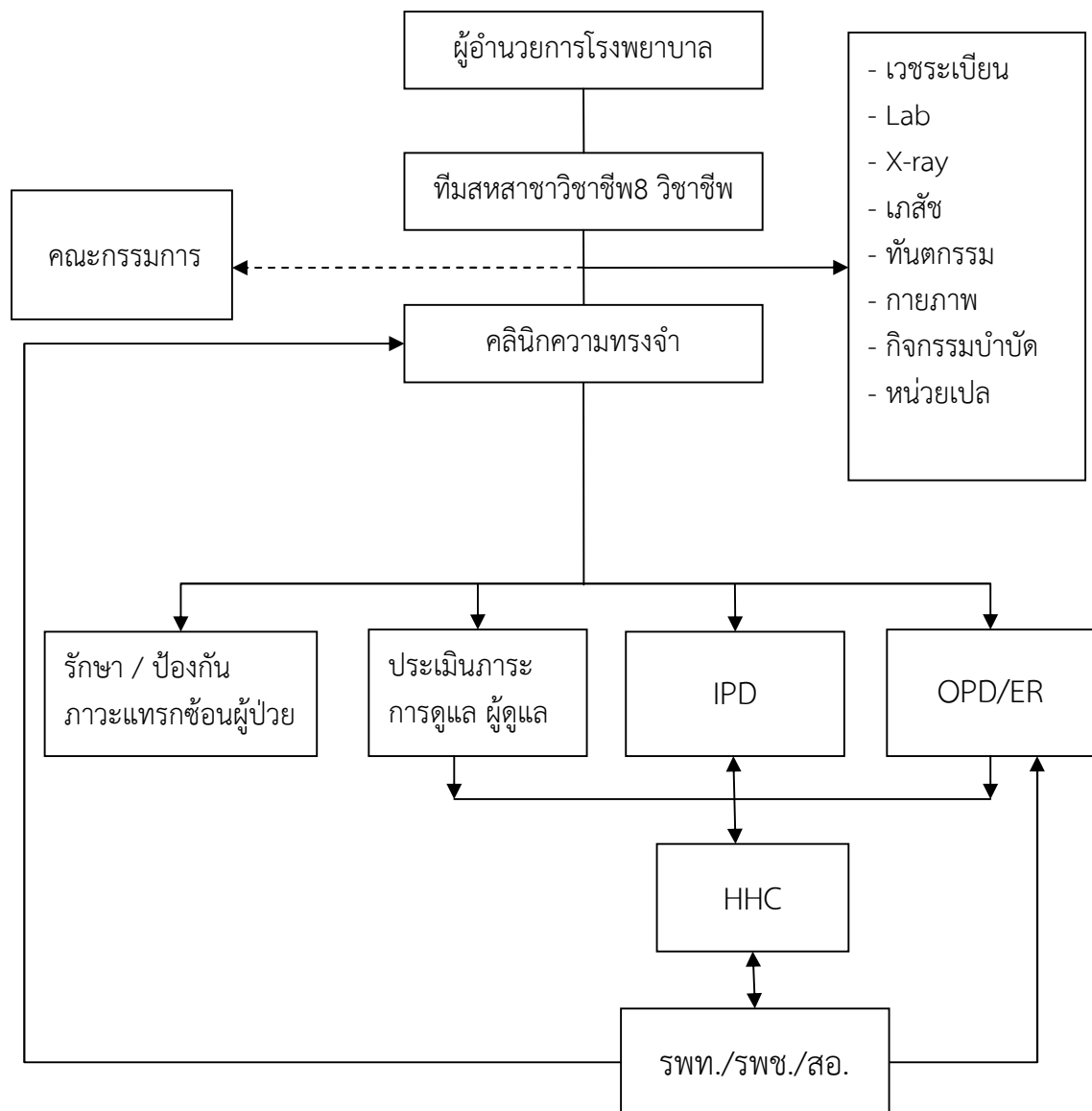
: เป็นการให้บริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม

นโยบาย : ผู้บริหาร (ระดับหน่วยงานอายุรกรรม) มีส่วนรับรู้/สนับสนุนโดยให้แพทย์เฉพาะสาขาทะสาทยุทธแพทย์ ดำเนินการคลินิกความทรงจำในโรงพยาบาล กิจกรรมมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินการ โดยมีหัวหน้าหน่วยงานของแต่ละสาขาวิชาชีพจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงาน

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

- จุดอ่อน**
- ไม่มีนโยบายรองรับ บุคลากรต้องจัดสรรเวลามาปฏิบัติงาน โดยที่ไม่กระทบงานประจำ
 - บุคลากรทุกระดับมีองค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมน้อย
 - ไม่มีงบประมาณสนับสนุน
- จุดแข็ง**
- บุคลากรมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน
 - เป็นการเริ่มต้นงานใหม่ วางแผนรูปแบบงานได้อิสระ

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกความทรงจำ



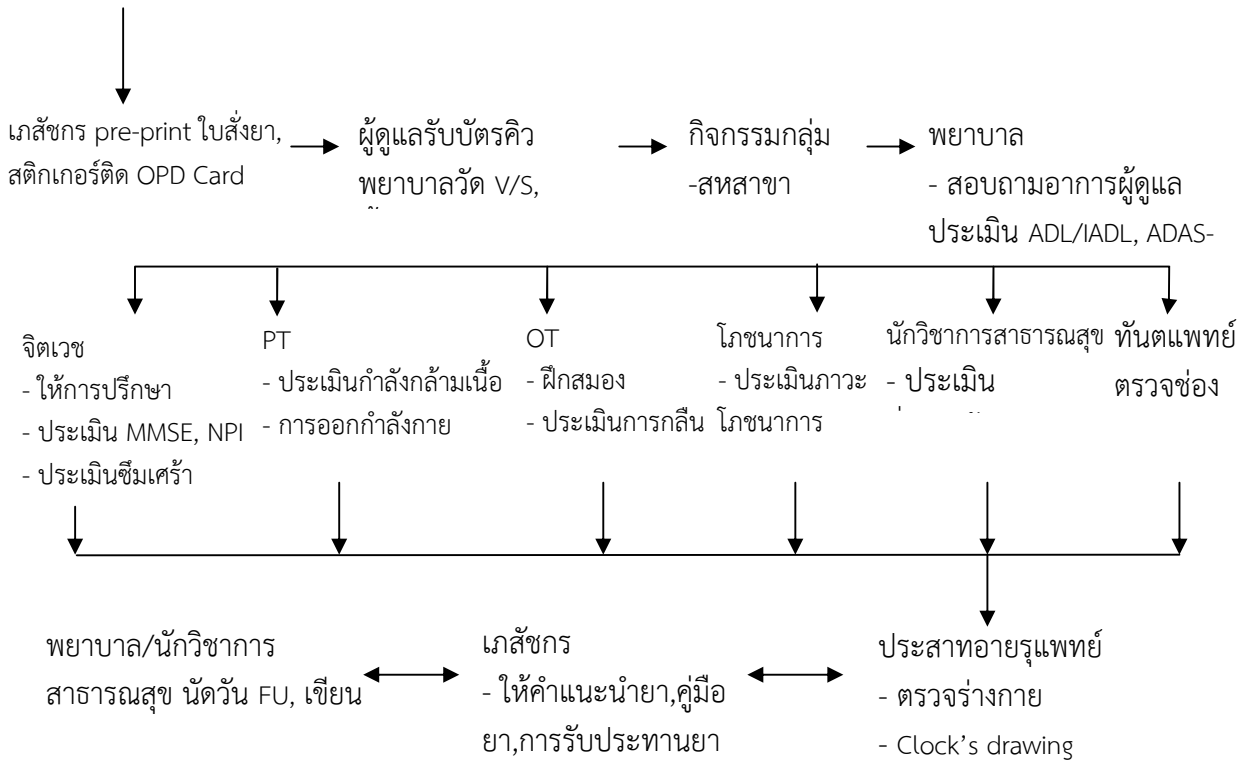
จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกความทรงจำ

ประกอบด้วย ๘ สาขาวิชาชีพ ได้แก่ ประสาทอายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกล็ดกร พยาบาล จิตเวช/นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตแพทย์เริ่มเข้ามาร่วมกิจกรรม) และมีหน้าที่ปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

กระบวนการดำเนินงานคลินิกความทรงจำ

พยาบาลทบทวนประวัติ

แฟ้ม OPD Card



จำนวนผู้รับบริการในคลินิกความทรงจำ

ผู้ป่วยมารับบริการต่อวัน จำนวน ๒๐ ราย

ผู้ป่วยมารับบริการต่อเดือน จำนวน ๘๐ ราย

เฉลี่ยปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๙๘๐ ราย

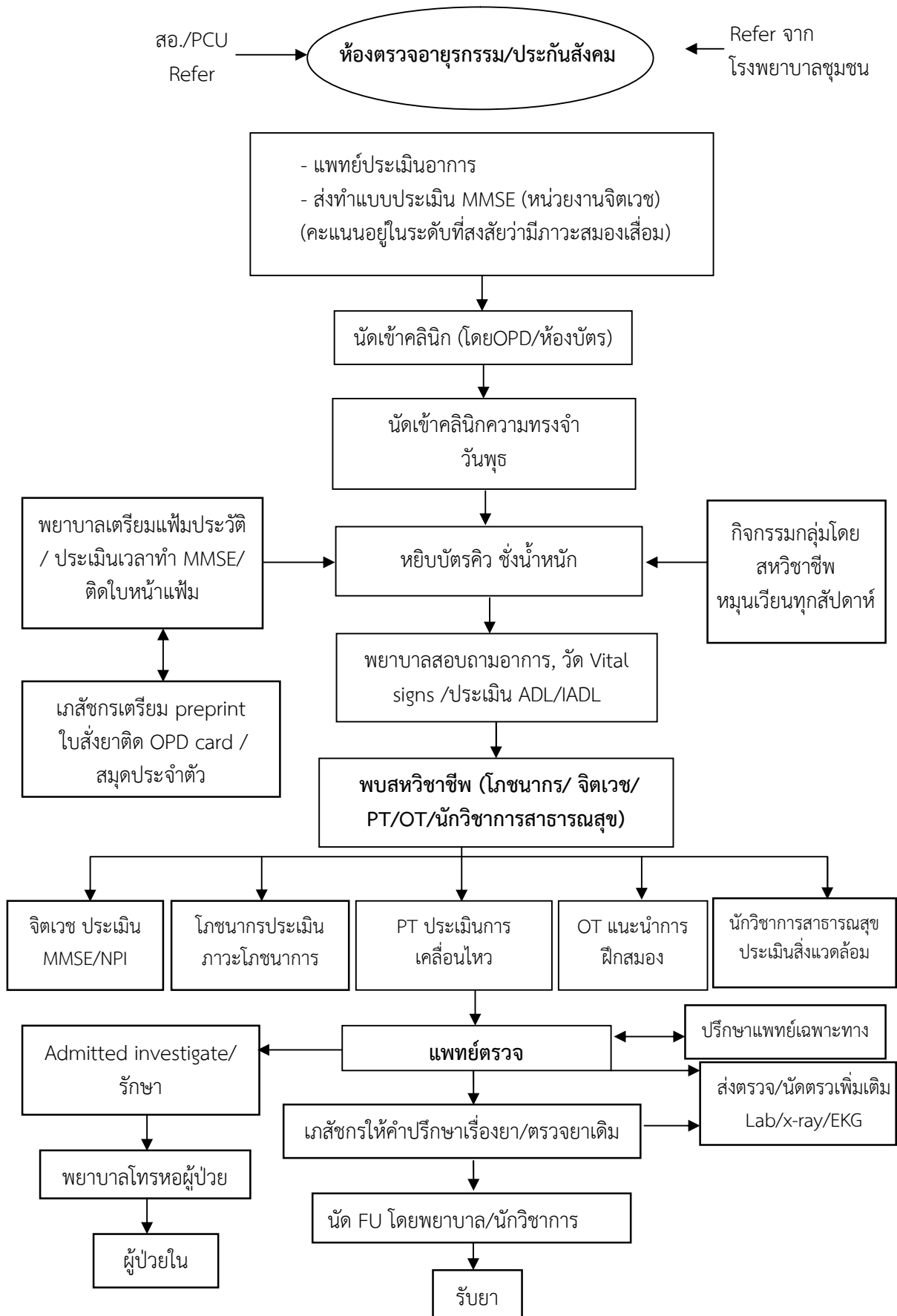
กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการแยกกลุ่มอายุ ดังนี้

- กลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๖๐

- กลุ่มอายุ ๗๐-๗๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๕

- กลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๘๕

รูปแบบดำเนินงานคลินิกความทรงจำ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



```

graph TD
    HHC[HHC] --> Patient[ผู้ป่วยทุกราย]
    Patient --> Info[ให้ข้อมูลโดยสหวิชาชีพ  
ให้คำปรึกษาแก่ญาติ/ผู้ป่วย]
    Patient --> CaseManager[Case manager ประสาน  
ศูนย์เครือข่าย/สอ/PCU]
    Patient --> HHC_Steps["- ใบ HHC (แผนที่/การวินิจฉัย/ผลx-ray  
ต่างๆ/ผล lab /อาการ/การรักษา/  
การดูแลเพิ่มเติม)  
- ใบADL/ใบประเมินสหวิชาชีพ"]
    Patient --> CaseManager2[Case manager เตรียมข้อมูลผู้ป่วย  
ประสานสหวิชาชีพ (วันเวลา)  
ร่วมวางแผนการเยี่ยม]
    Patient --> HHC_Steps2["- ส่ง HHC ทุกราย  
- ส่งนอกอำเภอ/นอกจังหวัด  
แนบใบประเมินสหวิชาชีพ"]
    Patient --> HHC_Steps3["- ส่งข้อมูลกลับ  
สรุปวิเคราะห์ผล  
HHC"]
    Patient --> HHC_Steps4["- นำมาวางแผนการดูแล  
โดยทีมสหวิชาชีพ"]
    Patient --> HHC_Steps5["- นัดหมายเยี่ยมบ้านผู้ป่วยปัญหา  
ซับซ้อน/ผู้ดูแลภาระมาก"]
    Patient --> HHC_Steps6["- สอ./PCU นัดหมาย  
ผู้ป่วยในพื้นที่"]
    Patient --> HHC_Steps7["- จนท. สอ. / PCU เยี่ยม  
ต่อเนื่องที่บ้าน"]
    Patient --> HHC_Steps8["- ทีมออกเยี่ยมบ้านกับเจ้าหน้าที่/  
อสม.ของสอ./PCU"]
    Patient --> HHC_Steps9["- สรุปผลการเยี่ยมบ้าน"]
    Patient --> HHC_Steps10["- ต้องการการปรึกษา  
โทรประสาน Case"]
    Patient --> HHC_Steps11["- สหวิชาชีพให้ความรู้/  
สร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วย  
สมองเสื่อมในชุมชน"]
    
```

The flowchart illustrates the Home Health Care (HHC) process for stroke patients. It begins with HHC, which leads to a central box for 'ผู้ป่วยทุกราย' (Every patient). From this central box, the process branches into several parallel activities: providing information and advice to families/patients, coordinating with Case managers and community centers/SOs/PCUs, conducting HHC visits (including medical history, lab results, symptoms, treatment, and additional care), preparing patient information and coordinating with stroke specialists for visit planning, sending HHC forms (locally or out-of-jurisdiction with stroke assessment forms), sending data back for analysis and HHC, planning care with stroke specialists, scheduling visits for complex cases or high burden caregivers, scheduling visits for SOs/PCUs in the area, continuous visits by SO/PCU staff, sending teams with SO/PCU staff for home visits, summarizing home visit results, and consulting via phone for case coordination. Additionally, stroke specialists provide knowledge and create care manuals for dementia patients in the community.

ตั้งแต่มีการดำเนินงานคลินิกความทรงจำมาเก็บข้อมูล 1 ครั้ง พบว่ามีความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ ๘๐

งบอื่น ๆ : การจัดกิจกรรมวันอัลไซเมอร์โลก ประจำปี ประชุมวิชาการกลางปี คลินิกความทรงจำสัจจกร เขียนโครงการเสนอเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. เขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี เทศบาลในพื้นที่ที่ออกหน่วยสัจจกร ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจังหวัดสุราษฎร์ธานี และงบสนับสนุนจากภาคเอกชน

- ประสาทอายุรแพทย์ให้การส่งเสริมจัดหางบประมาณจากภายนอกเพื่อไปประชุม/อบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกความทรงจำไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. ด้านนโยบาย ไม่มีนโยบายจากฝ่ายบริหารโดยตรง (อย่างเช่นโรคที่พบบ่อย ความรุนแรง จำนวนผู้ป่วยมาก หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วทำให้เกิดภาระต่อสังคม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ที่มีงบประมาณสนับสนุนด้านสถานที่ การฝึกอบรมและแนวทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ) การดำเนินงานจึงเป็นเรื่องของบุคลากรระดับปฏิบัติการเห็นความสำคัญและดำเนินการด้วยตนเอง

๒. ด้านงบประมาณ การไม่มีผู้รับผิดชอบงานคลินิกความทรงจำโดยตรง จึงไม่มีการสนับสนุนด้านบุคลากร

๓. ด้านกระบวนการ เนื่องจากฝ่ายบริหารไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ทำให้สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานต้องมีการจัดสรรเวลามาปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำ และไม่นำผลการปฏิบัติงานมาพิจารณาความก้าวหน้า ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเหนื่อยหน่ายท้อถอย ส่งผลให้ไม่มีกิจกรรมสร้างสรรค์ใหม่ ๆ และไม่มีคลื่นลูกใหม่เข้ามาปฏิบัติงานต่อไป

๔. ไม่มีแนวทางการพิจารณาความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเรื่องการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยผู้บริหารมีความเข้าใจและตระหนักถึงสภาพของปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น การกำหนดโครงสร้าง หน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนต่อการบริหารจัดการ การจัดสรรบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้ปฏิบัติงานตรงตามความรู้ ความชำนาญ และส่งเสริมพัฒนาให้มีบุคลากรเชี่ยวชาญในทุกวิชาชีพ

การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี

อยู่ในระยะดำเนินการ เปิดให้บริการเดือนมีนาคม ๒๕๕๔

นโยบาย : ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่านก่อน) มีแนวคิดว่าการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลควรรวมในคลินิกทั่วไป เนื่องจากมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทุกวิชาชีพ หรือควรมีการจัดการในระดับชุมชน

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

จุดอ่อน - ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ

- ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน

- ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร

- ไม่มีแพทย์ที่จบการศึกษาด้านผู้สูงอายุ

- ไม่มีสถานที่สำหรับให้บริการ

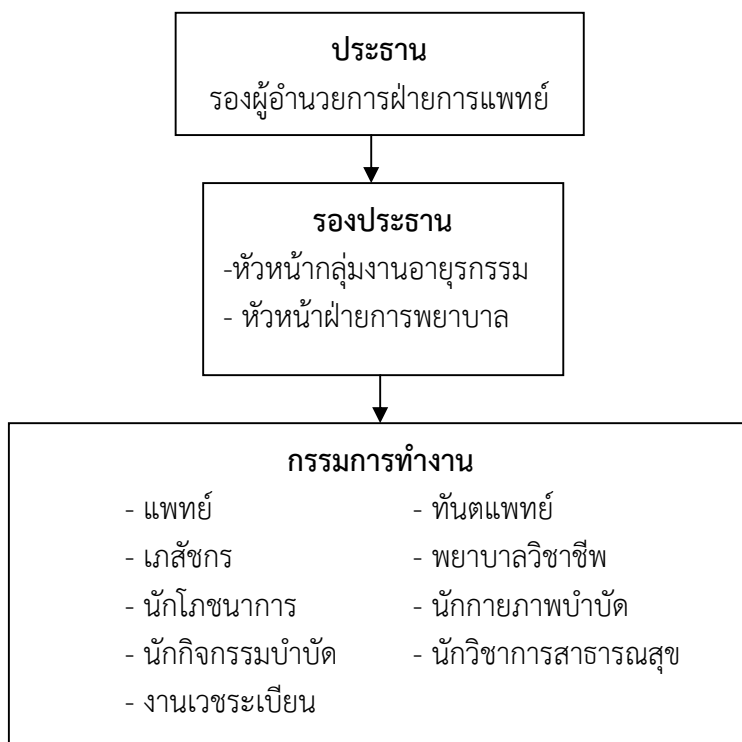
จุดแข็ง - แพทย์ พยาบาลมีความตั้งใจ มุ่งมั่นเพราะเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ

- ทีมสหวิชาชีพที่ดำเนินงานคลินิกความทรงจำมีความเข้มแข็ง สามัคคี มีจุดยืนร่วมกัน

- ผู้บริหารสูงสุดคนปัจจุบันเห็นความสำคัญ เข้าใจสภาพปัญหาและมีแนวคิดสนับสนุนการดำเนินงาน

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

เนื่องจากอยู่ในระยะเริ่มต้นยังไม่มี การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน มีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดีและคลินิกผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย :



บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. สนับสนุน ติดตาม เสนอแนะคณะกรรมการทำงานในคลินิกให้ปฏิบัติงานโดยราบรื่น เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ

๒. วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผลในคลินิกผู้สูงอายุ

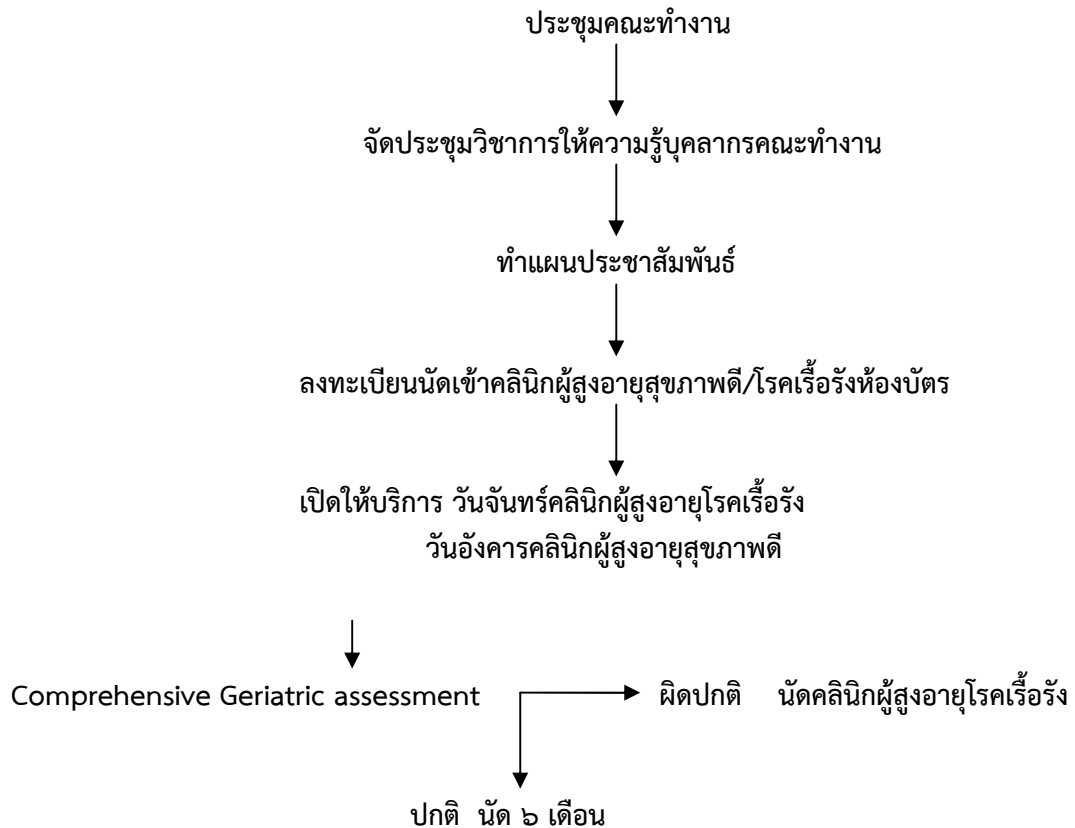
จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน

แบ่งออกเป็น ๒ คลินิก ประกอบ

๑. คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด

๒. คลินิกผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผู้สูงอายุสุขภาพดี



งบประมาณในการดำเนินการ

- งบประมาณบุคลากร : พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ (๔ เดือน)
- งบประมาณสิ่งของ : ใช้งบปกติของโรงพยาบาล เรื่องวัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

- การส่งเสริมให้มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อมาพัฒนางานด้านคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและพบว่ายังขาดการให้บริการผู้สูงอายุที่ครบถ้วนเป็นแบบบูรณาการ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น จึงได้พัฒนาปรับปรุงระบบการบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยมีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบ เพื่อร่วมกันวางแผน โดยใช้กลวิธีของ Out Com Mapping ให้เกิดเป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง และยั่งยืน และได้ทดลองจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (โครงการนำร่อง) เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ ณ ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไปงานผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาให้โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นศูนย์กลางระบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่ทันสมัย มีคุณภาพ บริการแบบองค์รวม และบูรณาการจนเกิดคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

กระบวนการดำเนินงาน

จัดตั้งคณะทำงาน พัฒนาระบบบริการจากสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย โดยใช้กระบวนการ Out Com Mapping ให้เกิดเป็นแผนกลยุทธ์ ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปถึงชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

๑. มีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ

๒. เกิดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

๒.๑ การให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

- ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ
- คลินิกผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแพทย์เฉพาะทาง
- อาสาสมัครผู้สูงอายุ จากชมรมเมตตาธรรม
- มีการพัฒนาความสามารถของบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ
- มีช่องทางด่วน Yellow line จาก OPD-IPD
- มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและติดตามประเมินผล
- มีระบบประชาสัมพันธ์และป้ายสื่อสารชัดเจน
- มีการปรับปรุงสถานที่พัฒนามุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒.๒ การให้บริการนอกโรงพยาบาล โดยศูนย์สุขภาพชุมชน

- มีกิจกรรมเชิงรุก เพื่อดูแลผู้สูงอายุ นอกโรงพยาบาล โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
- มีระบบส่งต่อสู่ชุมชน

๒.๓ การสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

๓. มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

จุดอ่อน - ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุมีบุคลากรลาออก/หมุนเวียนเร็ว

- บุคลากรในโรงพยาบาลขอนแก่นขาดความเข้าใจในระบบทางด่วน (yellow line) สำหรับผู้สูงอายุ
- คลินิกผู้สูงอายุเปิดเฉพาะช่วงเช้า ทำให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการช่วงบ่ายไม่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยง
- การเชื่อมโยงผู้สูงอายุจากคลินิกสู่ชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
- ระบบประชาสัมพันธ์และป้ายสื่อสารมีน้อย
- กิจกรรมเชิงรุกเพื่อดูแลผู้สูงอายุนอกโรงพยาบาลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน

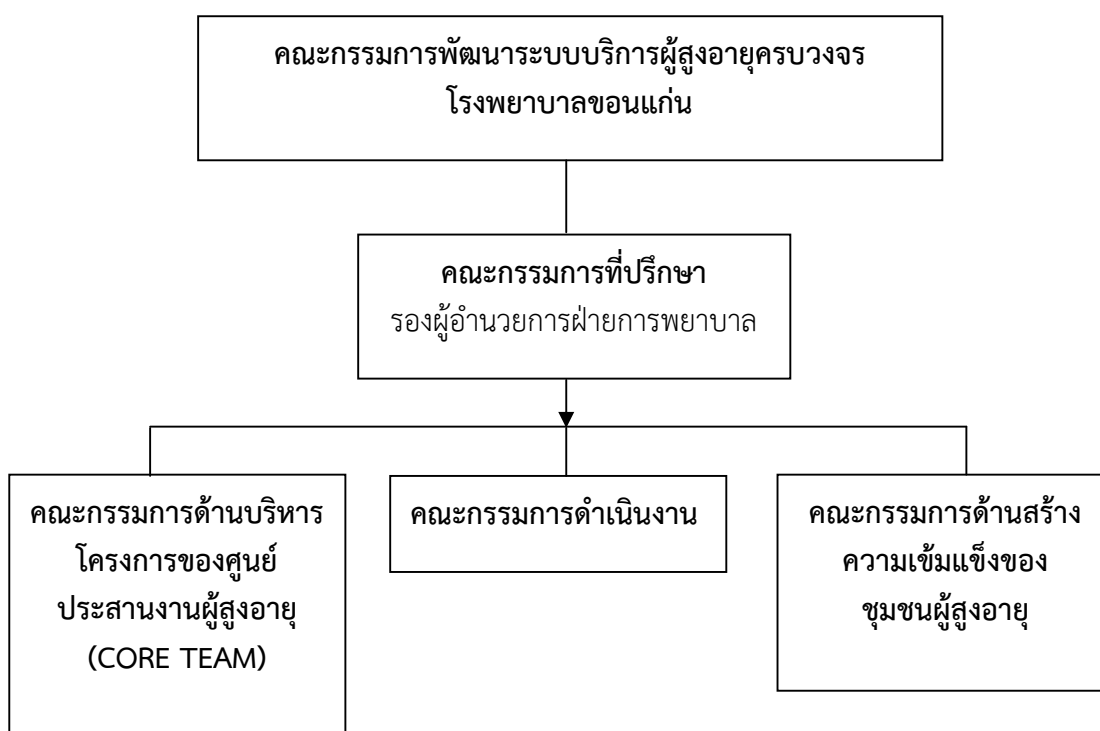
จุดแข็ง - ผู้บริหารสนับสนุนและมีนโยบายเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน

- มีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุได้รับการแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุสำหรับประสานงานทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในและนอกโรงพยาบาล

แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

- มีคลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการทุกวัน จันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น
- มีแพทย์เฉพาะในคลินิกผู้สูงอายุโดยมีงบประมาณในการจ้างแพทย์ที่เกษียณอายุราชการแล้วมาออกตรวจ
- ผู้สูงอายุในคลินิกได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงทุกราย ในเรื่อง การหกล้ม การกลืน ปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประเมิน ๒ ครั้ง ใน ๑ ปี
- มีมุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในคลินิก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและผ่อนคลายขณะรอตรวจ
- มีทีมสหสาขาเข้ามาดูแลประเมินและป้องกันภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด โภชนาการ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
- มีการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
- มีแผนพัฒนาความสามารถบุคลากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน
- อาสาสมัครผู้สูงอายุ จากชมรมเมตตาธรรม
- มีช่องทางด่วน Yellow line จาก OPD-IPD
- มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุและติดตามประเมินผล

คณะกรรมการดำเนินงาน



จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ เกสเซอร์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลเฉพาะทางเรื่องการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช

หมายเหตุ นักวิชาการจากศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุมาทุกวันเพื่อประเมินภาวะเสี่ยง ๕ ด้าน โดยใช้แบบสอบถาม เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงจึงส่งพบทีมสหสาขาตามวัน โดยพยาบาลเป็นผู้นัดผู้สูงอายุให้ แต่ถ้ามีอาการมากแพทย์ที่ออกตรวจผู้สูงอายุจะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทันที

จำนวนผู้รับบริการ

จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ จำนวน ๑๕ คนต่อวัน ต่อ จำนวน ๓๓๐ คนต่อเดือน

จัดบริการผู้สูงอายุที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป แยกเป็น

แยกกลุ่มอายุ ๗๐ - ๗๙ ปี จำนวนเฉลี่ย ๙๓๙ คน/ปี

อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวนเฉลี่ย ๒๐๕ คน/ปี

บทบาทหน้าที่ของทีมงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง	หน้าที่	ปฏิบัติงาน
แพทย์	- ตรวจรักษา ส่งต่อกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะทาง	
เกสเซอร์	- ดูแลให้คำปรึกษาเรื่องยาที่ผู้สูงอายุได้รับและตรวจสอบจำนวนยา	
นักกิจกรรมบำบัด	- ให้คำแนะนำเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	
นักกายภาพบำบัด	- แนะนำป้องกันภาวะเสี่ยงการหกล้ม	วันจันทร์
นักโภชนาการ	- ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	วันพฤหัสบดี
พยาบาลเฉพาะทางเรื่องการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	- หาสาเหตุและแนะนำการฝึกการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	วันพฤหัสบดี
นักสังคมสงเคราะห์	- สัมภาษณ์และดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง	วันศุกร์
พยาบาลจิตเวช	- ประเมินและป้องกันภาวะเสี่ยงเรื่องซึมเศร้า	

ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. ผู้สูงอายุ ๗๐ ปี ขึ้นไป ยืนยันบัตรที่ OPD GP ได้รับหมายเลขคิวขึ้นต้นด้วยเลข ๔ เช่น ๔๐๕ หมายถึงผู้สูงอายุคิวที่ ๕ จะได้รับการตรวจที่คลินิกก่อน จัดเป็นช่องทางด่วนของผู้สูงอายุ (กรณีผู้ป่วยเก่าจะได้คิวล่วงหน้าแล้ว)

๒. ประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพพร้อมซักประวัติจากพยาบาลหน้าห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป (คลินิกผู้สูงอายุอยู่ที่ OPD GP)

๓. ประเมินภาวะเสี่ยง ๕ ด้าน โดยนักวิชาการจากศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ

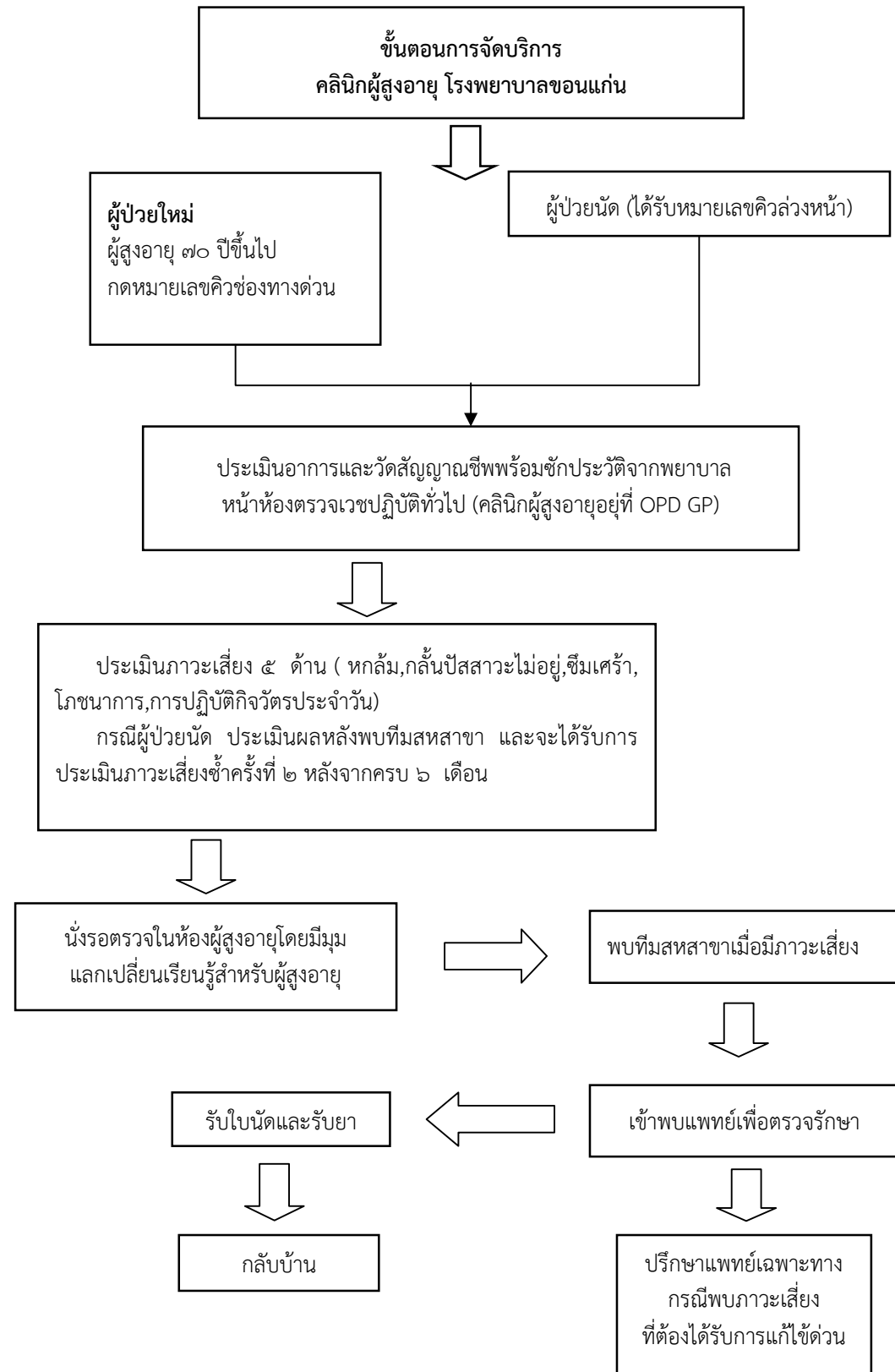
๔. นั่งรอตรวจในห้องผู้สูงอายุโดยมีมุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ

๕. พบทีมสหสาขาเมื่อมีภาวะเสี่ยง

๖. เข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา

๗. รับใบนัดและรับยา

๘. กลับบ้าน



ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล

การเชื่อมโยงจาก OPD ไป IPD โดยใช้ระบบ Yellow line และใช้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและงานเวชกรรมสังคม เชื่อมโยงไปที่ศูนย์แพทย์ ๔ มุมเมือง รพ.สต. ส่วนของชุมชนจะเป็นชมรมผู้สูงอายุเมตตาธรรมเข้ามาดูแลช่วยเหลือในคลินิกทุกวันจันทร์ และกำลังจัดตั้งชมรมผู้อาวุโสโรงพยาบาลขอนแก่น

ระบบเครือข่ายการส่งต่อจากคลินิกผู้สูงอายุ :

ผู้รับผิดชอบ คือ ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. ส่งข้อมูลผู้สูงอายุไปที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม
2. จัดทีมผู้สูงอายุออกไปติดตามเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

- เริ่มเปิดคลินิกผู้สูงอายุ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ.๒๕๕๘ และได้มีการสำรวจความพึงพอใจในพ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจอยู่ที่ระดับดีมาก ร้อยละ ๙๖

งบประมาณในการจัดบริการ

งบด้านบุคลากร : ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุมีงบด้านบุคลากร จำนวน ๓ ตำแหน่ง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ๑ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ๒

งบด้านอุปกรณ์ : พอเพียงในด้าน คอมพิวเตอร์ เครื่องพรีนเตอร์ โต๊ะ เก้าอี้ วัสดุสำนักงาน

งบด้านการศึกษาดูงาน : อบรม วิจัย

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารเห็นความสำคัญมีการส่งเสริมและสนับสนุนในเรื่องงบประมาณต่างๆ
๒. คณะกรรมการดำเนินงานมีความรับผิดชอบประชุมติดตามความก้าวหน้าของงานทุก ๒ เดือน
๓. ความสัมพันธ์ภายในทีมงานผู้สูงอายุมีความเอื้ออาทรที่ดีต่อกัน มีการส่งเสริมและกระตุ้นกันในการทำงานพร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ
๔. ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมีความประทับใจในบริการที่ได้รับ ระดับความพึงพอใจร้อยละ ๙๖
๕. ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญ
๖. มีสถานที่จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในวันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุสากล

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. งบประมาณสนับสนุนลดลง
๒. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการจัด Manager มาที่ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ
๓. ขาดการประชาสัมพันธ์

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. พัฒนาระบบข้อมูล/สารสนเทศของผู้สูงอายุ ให้ได้ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพ (ปัจจุบัน/ทันเวลา/น่าเชื่อถือ)

- บุคลากรและเจ้าหน้าที่ได้พัฒนาสมรรถนะ
- โรงพยาบาลและองค์กร มีระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ครบถ้วน ถูกต้องเหมาะสม

๒. พัฒนาระบบบริการ yellow line เพื่อให้ได้ระบบ yellow line ที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง

- บุคลากรมีทักษะให้บริการด้วยใจรักผู้ป่วยและรักวิชาชีพ
- โรงพยาบาลมีระบบบริการที่ดีมีประสิทธิภาพ
- ผู้รับบริการได้รับบริการที่น่าประทับใจ

๓. ศูนย์เรียนรู้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(คลังสมอง)

- โรงพยาบาลได้บุคลากรที่มีคุณภาพมาทำงาน
- ผู้รับบริการได้รับบริการจากผู้รู้จริงและเข้าใจ

แนวทางในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. พัฒนาสื่อแสดงสภาพบกพร่องของผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและเฝ้าระวังในทุกจุดบริการ
๒. การเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่าย
๓. พัฒนาแบบประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
๔. จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพการเจ็บป่วย
๕. จัดทำ Protocol สำหรับผู้สูงอายุ

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุรินทร์

นโยบาย - ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเลิศ ในเขตภาคอีสาน

- เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นเลิศในการบริการผู้สูงอายุ

จุดแข็ง - มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งในการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุและแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในการทำงาน

- ผู้บริหารให้ความสำคัญให้การสนับสนุน ด้านงบประมาณในการดำเนินงานและกิจกรรม

ต่าง ๆ สถานที่ตั้งของคลินิกผู้สูงอายุ และส่งเสริมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

- มีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

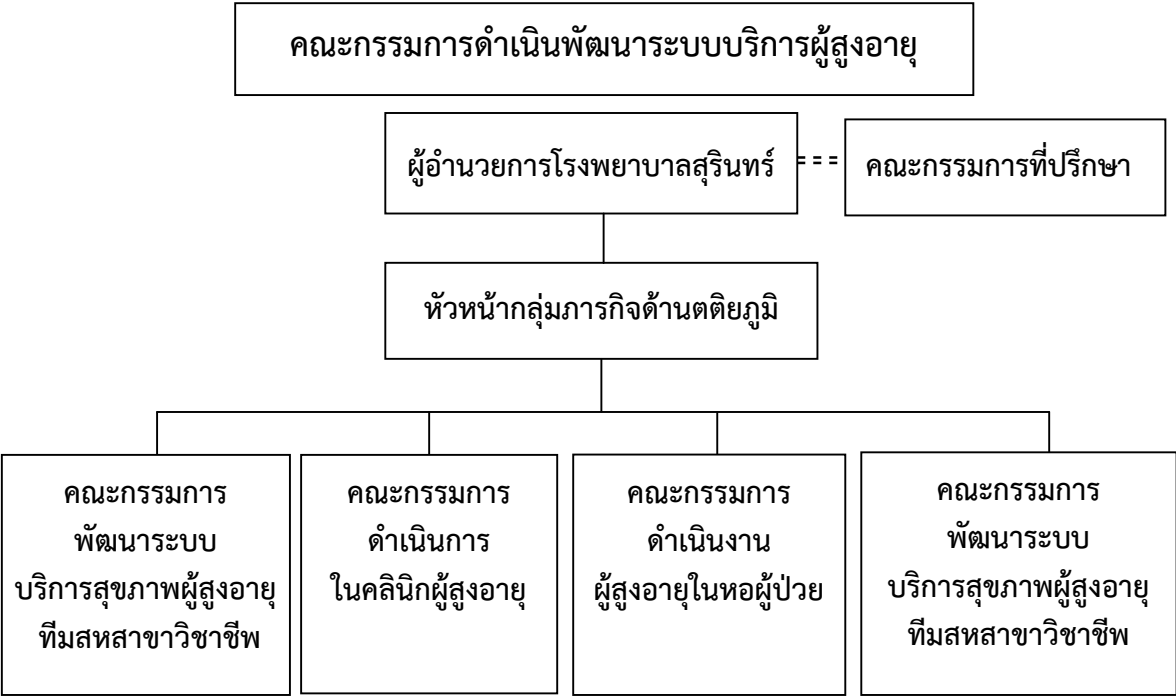
จุดอ่อน - ไม่มีรูปแบบการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ที่เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน

- ไม่มีมาตรฐานการตรวจสอบการดำเนินงานที่ชัดเจน

- คลินิกผู้สูงอายุขาดความเชื่อมโยงระหว่างคลินิกและชุมชน

- ยังไม่มีตัวชี้วัด การประเมินตามตัวชี้วัดยังขาดการติดตามประเมินผล

คณะกรรมการดำเนินงาน



จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ตำแหน่ง	หน้าที่
พยาบาลประจำห้องตรวจ	คัดกรองผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เจาะเลือดส่งตรวจ ช่วยแพทย์ตรวจ
แพทย์ประจำห้องตรวจ	ตรวจวินิจฉัยและส่งปรึกษาตามคลินิกที่เกี่ยวข้องตามอาการผู้ป่วย
นักกายภาพบำบัด	ให้คำแนะนำและสอนการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย
โภชนากร	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย
นักจิตวิทยา	ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเช่น ซึมเศร้า
เภสัชกร	จ่ายยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียง และติดตามในรายที่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยา

จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ปี พ.ศ.	อายุ	จำนวน (คน/ปี)
๒๕๕๒	๖๐ – ๗๙ ปี	๑,๓๐๕
	๘๐ ปี ขึ้นไป	๔๓
๒๕๕๓	๖๐ – ๗๙ ปี	๑,๒๕๕
	๘๐ ปี ขึ้นไป	๓๒

แบบประเมินในคลินิกผู้สูงอายุ

แบบประเมินผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ, IADL และ IDL

ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านบริการ

เก็บข้อมูลรวมกับการเก็บความพึงพอใจในการดำเนินงานคลินิก ของ OPD โดยเก็บปีละครั้ง พบว่ามีความพึงพอใจมากกว่า ๘๐ %

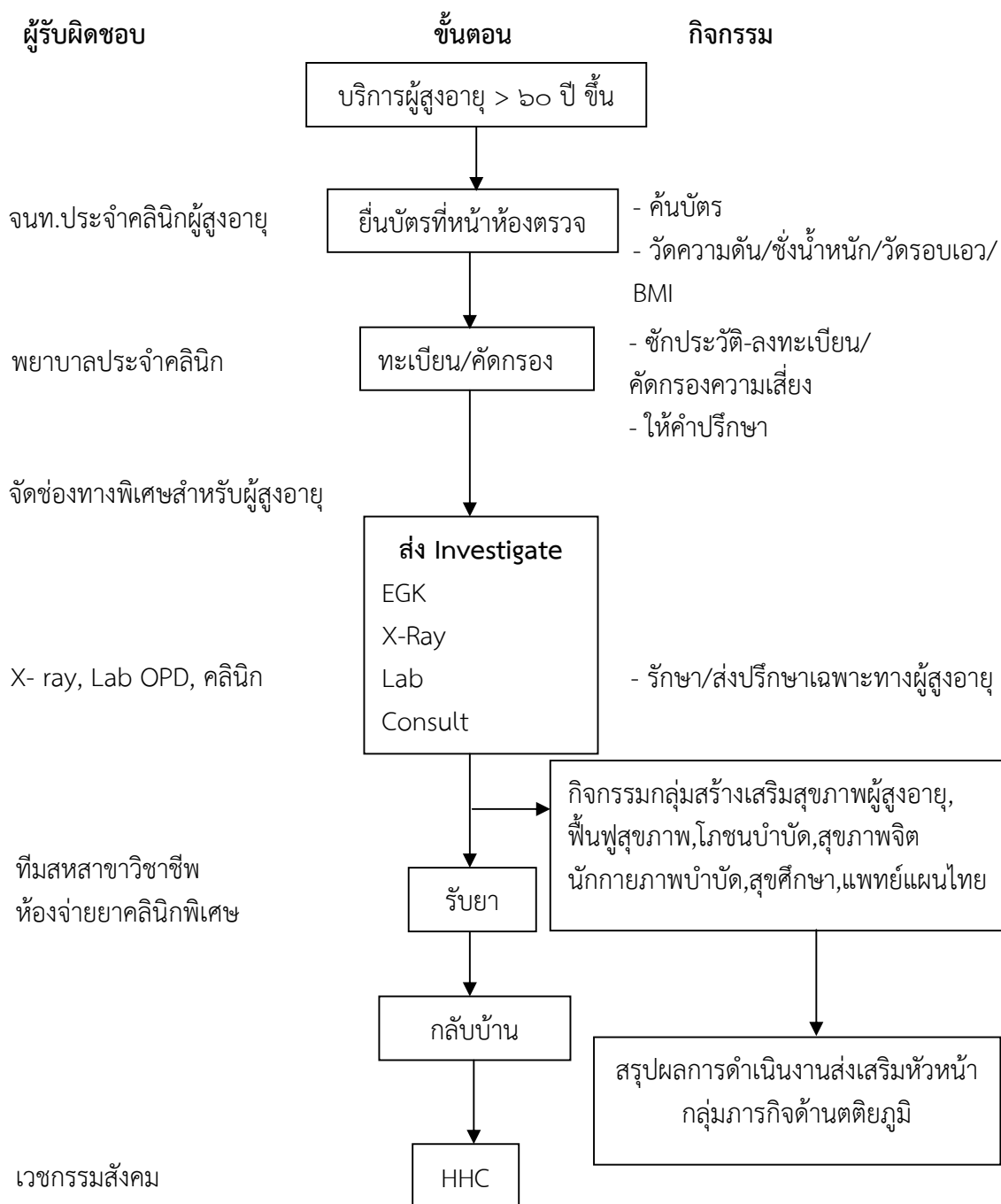
งบประมาณในการจัดบริการ

งบด้านบุคลากร มีงบในการจัดอัตรากำลังเสริมในคลินิกผู้สูงอายุ หากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีภารกิจไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ โดยการเบิกเป็นค่าล่วงเวลาให้กับบุคลากรที่มาปฏิบัติงานแทน มีการพิจารณาความดีความชอบตามผลการปฏิบัติงานที่ปรากฏ

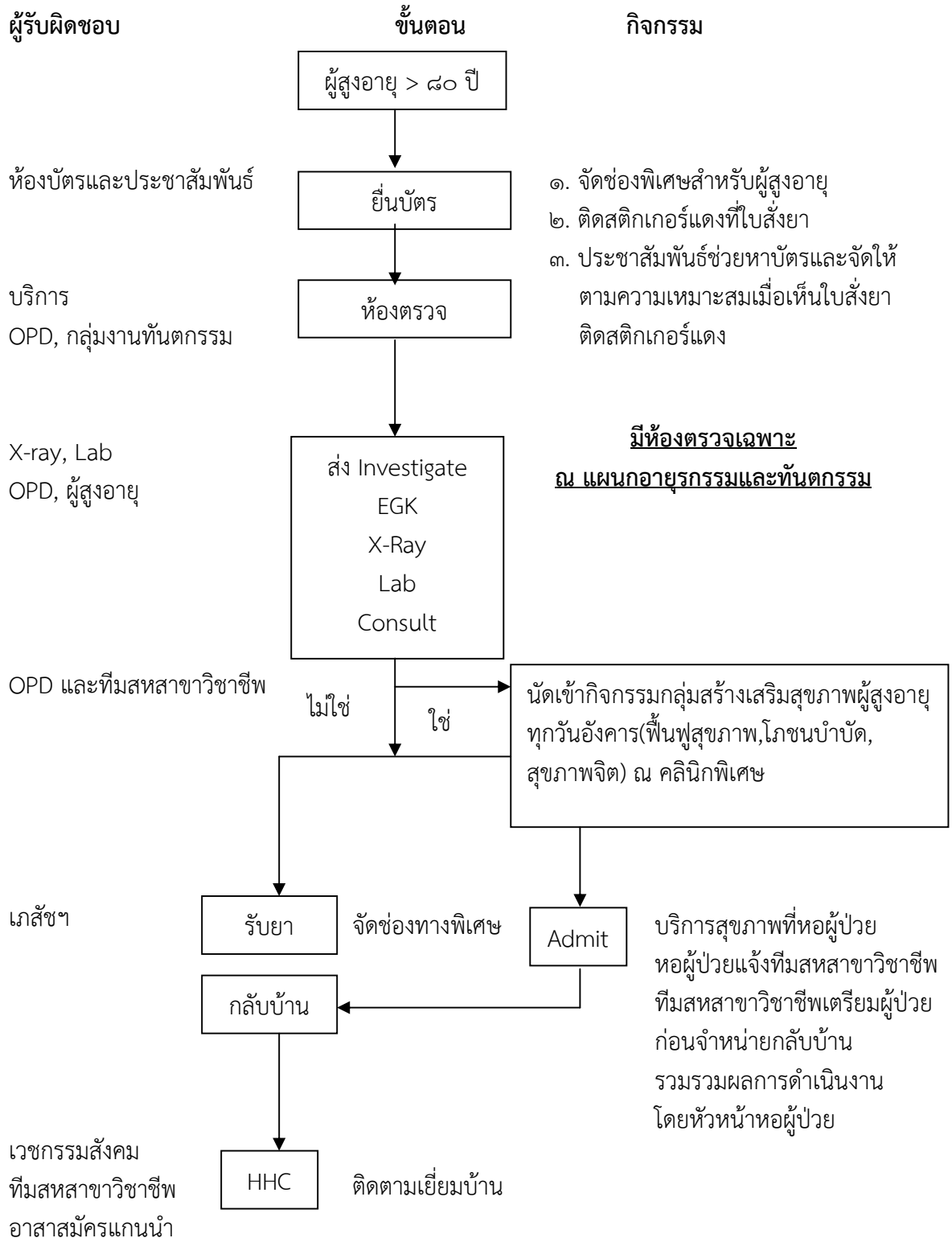
งบประมาณด้านสิ่งของและวัสดุ มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ด้านสิ่งของและวัสดุภัณฑ์ตามความต้องการ ตามแผนที่เขียนขอใช้ในแต่ละปี โดยฝ่ายพัสดุของ โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อให้

งบประมาณด้านอื่นๆ มีงบประมาณสนับสนุน ในกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในคลินิกผู้สูงอายุ ตามช่วงเวลาและเทศกาลต่าง โดยเขียนเป็นโครงการจะมีการจ่ายเงินตามโครงการโดยใช้เงินจาก งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายรายหัวจาก สปสช.

แผนผังการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุรินทร์



แผนผังการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุวันที่ไม่มี คลินิกผู้สูงอายุ



ความเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นในโรงพยาบาลและชุมชน

๑. ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่คลินิกจะมีการเจาะเลือดในคลินิก และติดตามผล Lab มาให้แพทย์ที่คลินิกตรวจร่างกายและรับยาที่ห้องยาหน้าคลินิก ถ้าเป็นกรณีที่มีปัญหาเฉพาะทางส่งแพทย์เฉพาะทางร่วมดูถ้าพบปัญหาทางอายุรกรรมสามารถ admit เข้าหอผู้ป่วยได้เลย

๒. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ป่วยสูงอายุที่ admit ในหอผู้ป่วย จะมีการติดตามการรักษาโดยส่งต่อไปให้ PCU ในเขตที่รับผิดชอบเพื่อดูแลและติดตามเยี่ยม ในเขตเมือง มีฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ติดตามอาการและเยี่ยมบ้าน และมีอาสาสมัครในพื้นที่ร่วมในการดูแล

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. ปัจจุบันไม่มีรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจนทางโรงพยาบาลได้พัฒนารูปแบบขึ้นมาเอง การเปรียบเทียบการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุในปัจจุบันว่าประสบความสำเร็จได้ตามมาตรฐานหรือไม่สามารถทำได้เนื่องจากยังไม่มีต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุที่ใช้ในการเปรียบเทียบความสำเร็จในการดำเนินงาน

๒. ไม่มีตัวชี้วัดในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจนจากระดับกระทรวงมาเป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน หลายปีที่ผ่านมาการดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัดที่ทางโรงพยาบาลกำหนดขึ้น

๓. ขาดบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันมีพยาบาลในคลินิก ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ มาออกตรวจ ๑ ท่าน และทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ที่มาช่วยดูแลเฉพาะเรื่อง ขณะเดียวกันพยาบาลผู้รับผิดชอบในคลินิกต้องรับผิดชอบการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนร่วมด้วยรวมทั้งกิจกรรมพิเศษของผู้สูงอายุที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น

๔. คำสั่งเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามลำดับ ทำให้การประสานสรุปหรือ สอ. บางครั้งไม่ได้รับความร่วมมือ เนื่องจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงคือ เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่รับทราบและมีคำสั่งตรงลงมาทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติ

แนวทางการแก้ปัญหา

๑. ควรมีคลินิกต้นแบบของกระทรวงในการเปรียบเทียบการดำเนินงาน และศึกษาดูงานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนกระทรวงควรมีตัวชี้วัดการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ชัดเจนว่าต้องการวัดอะไร

๓. ด้านบุคลากรหากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกติดภารกิจหรือติดประชุม จะให้เจ้าหน้าที่จากส่วนผู้สูงอายุในชุมชนมาออกคลินิกแทน และกรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุติดภารกิจก็จะมีแพทย์ทางอายุรกรรมมาออกตรวจแทน

๔. การส่งหนังสือ/คำสั่งการดำเนินงานควรมีคำสั่งลงตามลำดับการบังคับบัญชาเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติ

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประสานงานร่วมกัน
๒. มีงบประมาณในการดำเนินงานที่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม
๓. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
๔. มีผู้รับผิดชอบในแต่ละงานที่เกี่ยวข้อง

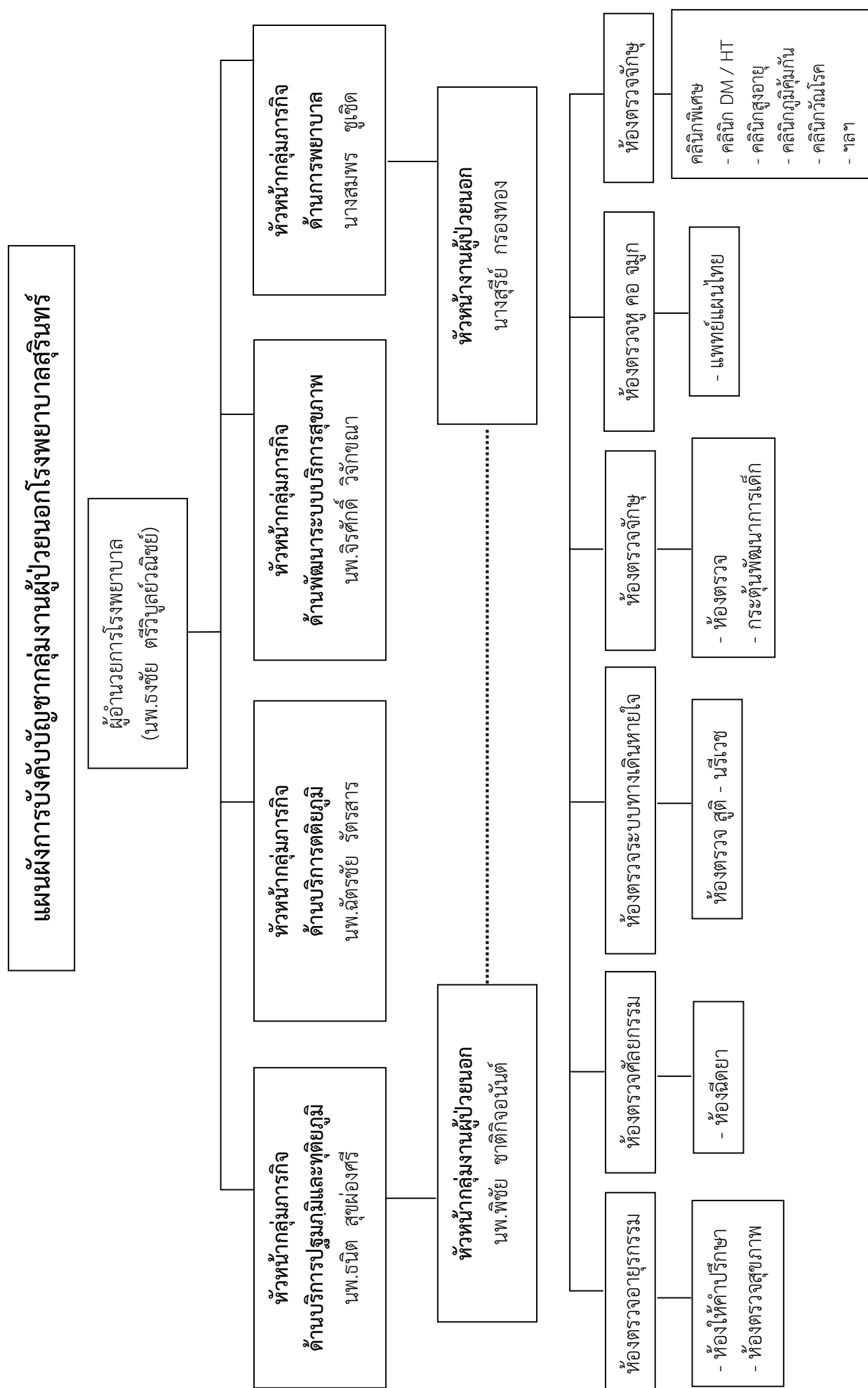
ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จ

๑. ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบที่ชัดเจน ต้องคิดรูปแบบเอง
๒. ตัวชี้วัดในการดำเนินงานผู้สูงอายุชัดเจน แต่ไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนจากระดับกระทรวง
๓. ไม่มีทีมงานที่มากเพียงพอ
๔. คำสั่งไม่เป็นไปตามลำดับขั้น บางคำสั่งไม่มีการแจ้ง ผ่านเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

แต่สั่งตรงมาที่โรงพยาบาลทำให้การประสานงานสู่ รพช. สอ. ไม่ได้รับการร่วมมือ

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

- พัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ
- สร้างระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
- เสริมสร้างชุมชนและระบบเครือข่ายผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง



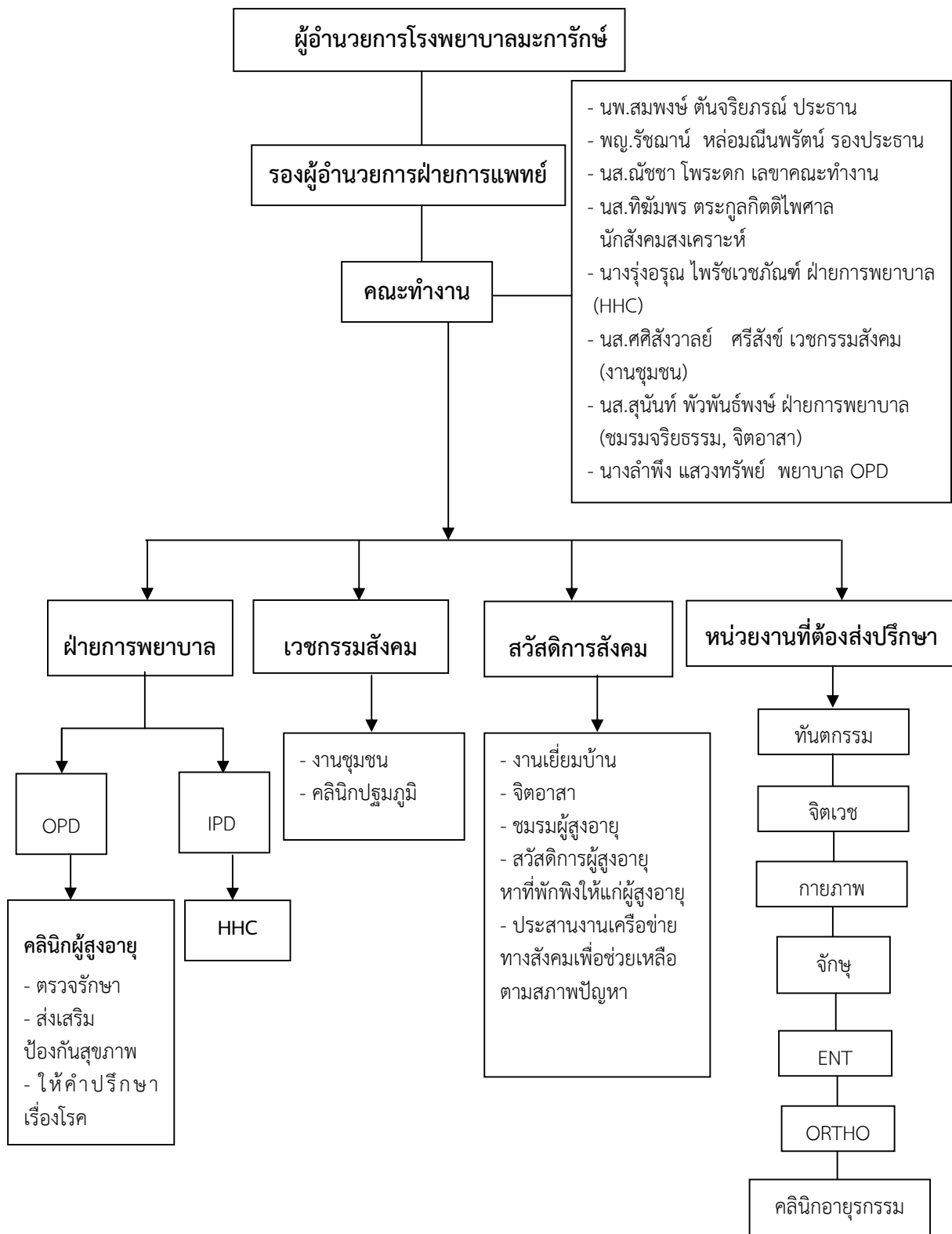
๓. รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลมะเร็ง

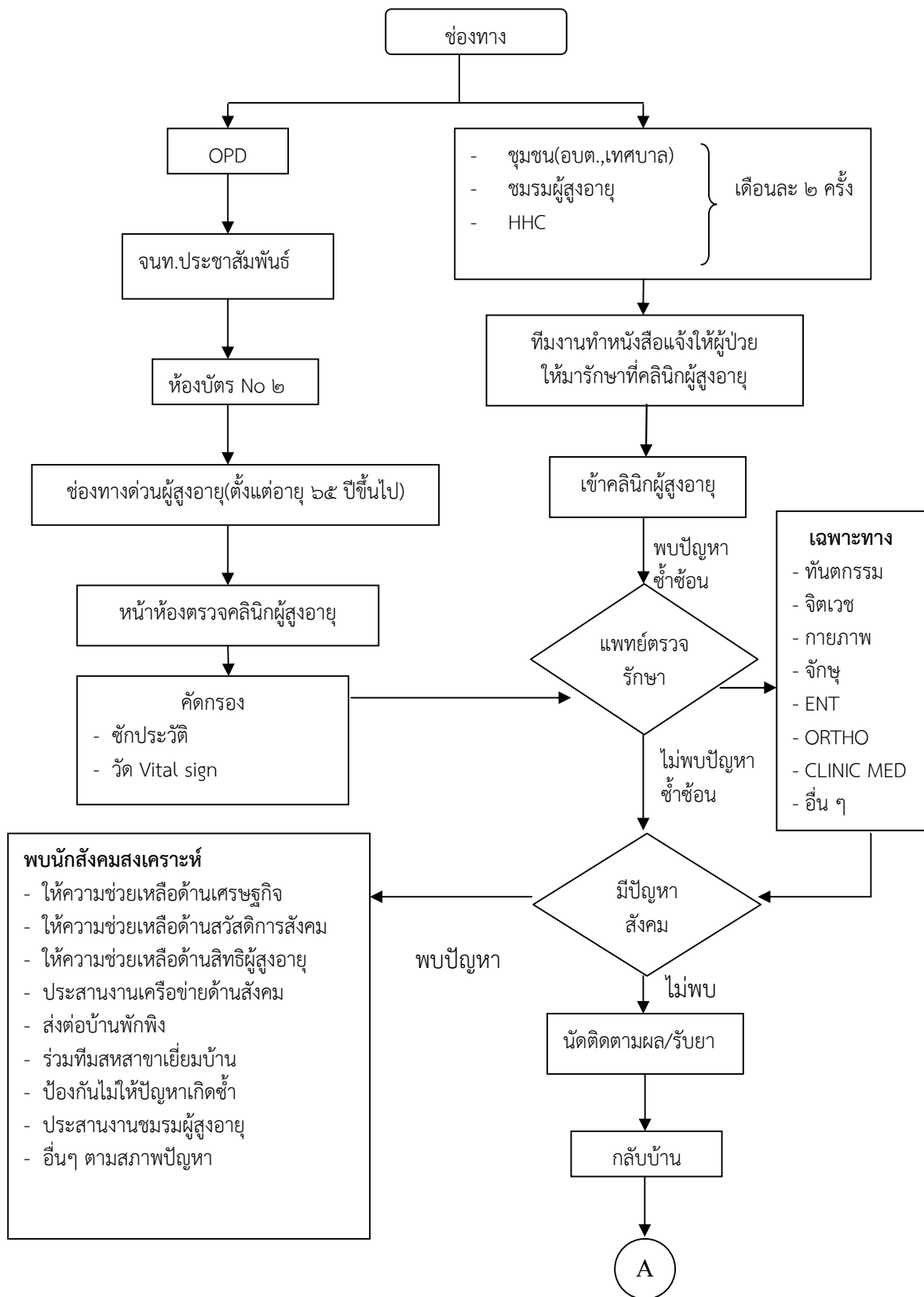
นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

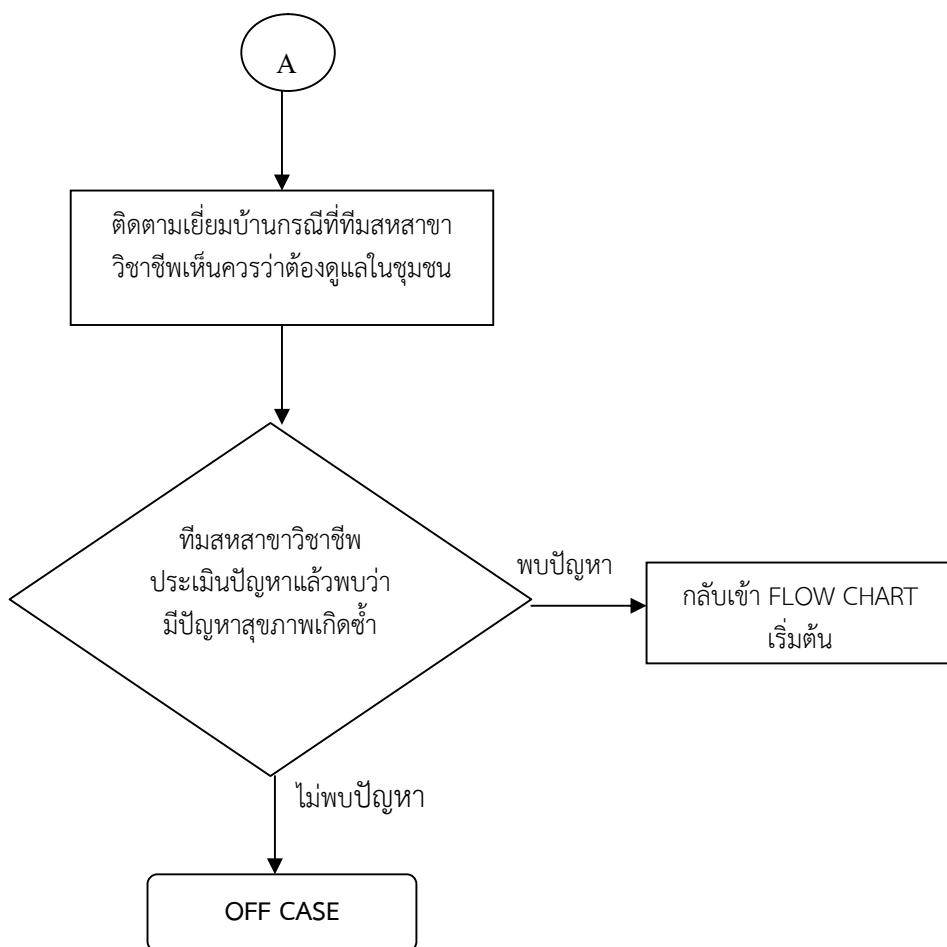
- แผนดำเนินงานของคลินิกตอนนี้ยังไม่ชัดเจน ดำเนินการโดยเน้นการตรวจรักษา
- มีแผนการดำเนินงานในแนวทางการส่งเสริมแต่ยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร

แผนภูมิโครงสร้างการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมะเร็ง



รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมะการักษ์





ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมะการักษ์ ให้บริการผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปมีขั้นตอน ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุมามาถึงหน้า OPD ให้ยื่นบัตรที่ห้องบัตรลำดับที่ ๒ แล้วไม่ต้องรอ ให้ไปนั่งรอที่หน้าคลินิกผู้สูงอายุลำดับที่ ๒๗ ได้เลย

๒. พยาบาลหน้าห้องตรวจเรียกชื่อซักประวัติตามรายชื่อที่มีอยู่ในคอมพิวเตอร์ โดยห้องบัตรจะส่งมาให้ตามลำดับที่ผู้ป่วยมารับบริการ

พยาบาลจะซักประวัติเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ ไข้ ประเมินอาการและส่งห้องตรวจ ลำดับที่ ๒๗ โดยจะมีแพทย์ประจำห้องตรวจตลอดทั้งวัน ถ้า case ที่มีปัญหาซับซ้อนเฉพาะโรค ก็ส่งเข้าคลินิกเฉพาะโรค เช่น ส่ง Med, Surge, ENT, EYE หรือส่งพบทันตแพทย์ได้ แต่ถ้าเป็นช่วงบ่ายไม่มีแพทย์เฉพาะทางก็นัดมาตรวจในวันต่อไป ถ้ามีปัญหาเร่งด่วนก็ปรึกษาได้ทันที

๓. ตรวจเสร็จรับใบควิยาแล้วรับยาที่ห้องยาได้ทันที กรณีมีนัดครั้งต่อไปก็มารับใบนัดก่อนไปรับยา

๔. กรณีมารับบริการลำบาก แต่อาการคงที่ ทำหนังสือส่งตัวไปรับยาต่อที่สถานีนามัยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล และนัดให้มาดูอาการ และเจาะ Lab ที่โรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง สิ้นสุดบริการ

จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ

จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการ ตั้งแต่ เดือน ต.ค. ๒๕๕๓ – เดือน ก.พ. ๒๕๕๔

เวลา	ผู้ป่วยสูงอายุ (ห้องประกันฯ)	
เดือน/ปี พ.ศ.๒๕๕๓	จำนวน(คน)	จำนวน(ครั้ง)
ตุลาคม	๔๖๑	๔๘๙
พฤศจิกายน	๔๗๒	๔๙๕
ธันวาคม	๔๘๔	๕๐๔
เดือน/ปี พ.ศ. ๒๕๕๔	จำนวน(คน)	จำนวน(ครั้ง)
มกราคม	๔๕๕	๔๗๔
กุมภาพันธ์	๔๖๕	๔๙๕

ระบบความเชื่อมโยงการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

๑. กรณีจำเป็นต้องประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถส่ง Case ไปให้วันนั้นๆ ได้เลย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาฟันผุ ปวดฟัน กินได้น้อย แต่วันนี้มารับยา HT เมื่อแพทย์ในคลินิกดูเรื่องยาตรวจรักษาเสร็จแล้ว สามารถส่งผู้ป่วยไปห้องฟันพบทันตแพทย์ในวันนั้นได้เลย ทันตแพทย์จะประเมินอาการซ้ำ ถ้ามีความจำเป็นต้องหยุดยาบางตัวก็ให้หยุดยาก่อน แล้วนัดมาถอนฟัน หรือให้การรักษารั้งต่อไป

๒. กรณีเป็น Case med เช่น DM หรือ HT ที่อาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถรับยาที่คลินิกสูงอายุได้ เพื่อไม่ต้องรอตรวจในคลินิก Med เพราะจำนวนผู้ป่วยมากต้องรอนานแต่ถ้าตรวจในคลินิกสูงอายุแล้วมีปัญหาคุมน้ำตาลหรือคุมความดันไม่ได้ก็ส่งเข้าคลินิก Med กลับไปใหม่

๓. กรณีเยี่ยมบ้านพบผู้สูงอายุขาดยา ต้องแจ้งให้ทีมเวชกรรมสังคมติดตามต่อ หรือกรณีที่นัดแล้วไม่มาตามนัด ถ้าผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบต้องส่งชื่อและที่อยู่ให้เวชกรรมสังคมทุกวันเพื่อดำเนินติดตามต่อไป

๔. กรณีมีปัญหาและอุปสรรคในการประสานงานต้องนำเรื่องเข้า PCT OPD จะมีการประชุมทุกเดือน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑ ไม่สามารถแยกคลินิกสูงอายุได้เพราะไม่มีแพทย์มาออกตรวจเพียงพอ ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับคลินิกประกันสังคมจึงจัดให้บริการทางด่วนได้

๒ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับงานที่ดำเนินการ มีแพทย์ประจำคลินิก ๑ คน พยาบาลซักประวัติและประเมินปัญหาผู้ป่วยและวัดสัญญาณชีพก่อนพบแพทย์ ๑ คน และมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่คอยช่วยแพทย์ในห้องตรวจ ๑ คน (คอยนัดและช่วยส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ รวมทั้งแนะนำขั้นตอนบริการต่างๆให้ผู้ป่วยทราบ) จำนวนผู้รับบริการต่อวันในคลินิกไม่น้อยกว่า ๘๐ คนต่อวัน ทำให้เป็น

คลินิกรักษาเสียมากกว่าคลินิกส่งเสริมสุขภาพ กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องให้คำปรึกษากับผู้ป่วยนานๆ ก็มีปัญหว่าผู้ป่วยคนอื่นที่รออยู่ต้องรอนานเกินไป

แนวทางแก้ไข: ส่งให้พยาบาลแนะนำหลังตรวจคุยให้คำปรึกษาแทน แต่พยาบาลแนะนำหลังตรวจก็มีเพียงวันละ ๑ คน ก็ไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ครบและครอบคลุมได้หมด กรณีไม่ทันจะนัดมาคุยอธิบายในวันอื่น ๆ หรือช่วงบ่ายซึ่งจำนวนผู้ป่วยน้อยสามารถจัดกลุ่มให้ความรู้ได้มีประสิทธิภาพ

๓. เคยดำเนินคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยพยาบาล มีการเจาะเลือด ตรวจสุขภาพ โดยไม่มีการจ่ายยา ถ้ามีปัญหาส่งพบแพทย์ทั่วไปตรวจ ทำสัปดาห์ละ ๑ วัน คือวันพฤหัสบดี ช่วงแรกๆ มีผู้มารับบริการครั้งละประมาณ ๑๐ คน ต่อมาผู้รับบริการน้อยลง จนไม่มีผู้มาและต้องหยุดดำเนินการไป ผู้สูงอายุมาลำบากและไม่ได้รับยา

แนวทางแก้ไข: บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในงานชมรมผู้สูงอายุแทน เวลามาประชุมทุกเดือนของสมาชิกในชมรมก็ตรวจสุขภาพ เจาะเลือดประจำปี ให้ความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้องและออกกำลังกายในชมรมไปพร้อมกัน ซึ่งพบว่า เป็นผลดีเฉพาะคนที่เข้ามาร่วมในชมรมเท่านั้น ส่วนคนที่ไม่เคยได้มาร่วมในชมรมก็จะไม่ได้รับโอกาสนี้

๔. กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชนก็ส่งต่อไปสถานีนอนามัย และกรณีที่ส่งต่อจากสถานีนอนามัยจะส่งต่อมาที่คลินิกพิเศษเฉพาะโรคมากกว่า แต่เมื่ออาการคงที่จึงส่งกลับมาที่คลินิกผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ
๒. รูปแบบยังไม่ชัดเจน เน้นทำตามนโยบายที่ให้ดำเนินงานมากกว่ายังไม่เน้นเรื่องคุณภาพ
๓. บุคลากรยังไม่เข้าใจแนวการดำเนินงานที่ชัดเจน
๔. บุคลากรส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าคลินิก คือ การตรวจรักษาอย่างเดียว ยังไม่คิดเลยไปถึงรูปแบบอื่น ๆ ขณะที่เปรียบเทียบกับคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกเสริมความงามทำทั้งรักษา ป้องกัน และดูแลให้ดูดีตลอด เป็นต้น

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. อยากพัฒนาคลินิกให้เป็นการดูแล รักษา ส่งเสริม ป้องกัน เน้นให้วิธีหรือแนวทาง การไปปฏิบัติตัวที่บ้านได้ โดยใช้จิตอาสาจากชมรมผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่สุขภาพดีมาเป็นทีมงานจัดเป็นมุมตอบปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น มุมทันตกรรม มุมปวดเข่า มุมท้องผูก หรือมุมต่าง ๆ ตามปัญหาที่ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. ทำแบบประเมินสุขภาพ เป็นใบประเมินที่ใส่ไว้ใน OPD CARD เช่น ประเมินสุขภาพการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) วัดความดัน โรคประจำตัว การออกกำลังกาย น้ำหนัก เป็นต้น ทำแบบประเมินทุก ๖ เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และเป็นการเปรียบเทียบกระตุ้นเตือนใจประเมินและป้องกันผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสุขภาพแย่ลงให้กลับมาดูแลและปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีดำเนินการเนื่องจากดำเนินการ (ภาระงานมาก) ดำเนินการไม่ทัน

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่

นโยบายการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ไม่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จัดทำขึ้นตามนโยบายกระทรวงฯ

คณะกรรมการดำเนินงาน

- ไม่มีคณะกรรมการที่ชัดเจน
- ดำเนินการร่วมกับระบบการตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โดยเพิ่มกระบวนการคัดกรองโรคผู้สูงอายุ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ
 - การดำเนินการในระยะเริ่มต้นจากมีพรบ.ผู้สูงอายุปี ๒๕๔๖ กำหนดให้จัดบริการช่องทางด่วนผู้สูงอายุแยกชัดเจนและจะมีทีมงานประเมินมาตรวจในสถานบริการ ทำให้มีการตื่นตัวโดยนักสังคมสงเคราะห์และฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นแกนนำ เชิญผู้เกี่ยวข้องมารับนโยบายไปดำเนินการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานในการประชุม ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นคำสั่งที่เป็นรูปธรรม กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นในที่ประชุมให้หน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบไปดำเนินการ เช่น งานเวชระเบียนป้อนตัวอักษรสีแดง “สูงอายุ ๗๐ ปี” ที่ OPD card ให้ทุกหน่วยงานเห็นชัดเจน และให้บริการผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ก่อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนมากหากกำหนดที่ ๖๐ ปีขึ้นไปอาจเกิดปัญหาผู้รับบริการต้องรอนาน จึงกำหนดที่อายุ ๗๐ ปีขึ้นไปจะได้รับบริการก่อน
 - เนื่องจากไม่มีการแต่งตั้งกรรมการและไม่มีการประเมินติดตามจึงไม่มีผู้ดำเนินการต่อเนื่องที่ชัดเจน

จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้ป่วนอกตามระบบบริการปกติ และเพิ่มการคัดกรองโรคผู้สูงอายุ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

จำนวนผู้รับบริการ(ผู้สูงอายุ) ในแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มอายุ	ปี ๒๕๕๑	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓
๖๐ - ๖๙ ปี	๕๔,๒๗๑	๖๒,๗๑๕	๖๕,๑๕๒
๗๐ - ๗๙ ปี	๔๑,๘๒๖	๔๗,๑๔๙	๕๐,๒๘๖
๘๐ ปีขึ้นไป	๑๒,๐๖๐	๑๔,๔๖๐	๑๖,๑๘๙
รวม	๑๐๘,๑๕๗	๑๒๔,๓๒๔	๑๓๑,๖๒๗
เฉลี่ย/วัน	๓๗๘.๑๗	๔๓๔.๗๐	๔๖๐.๒๓
เฉลี่ย/เดือน	๙,๐๑๓.๐๘	๑๐,๓๖๐.๓๓	๑๐,๙๖๘.๙๒

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลบ้านหมี่ได้เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๕๙ โดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ ๑ วัน ระยะแรกเปิดให้บริการในวันจันทร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ที่ห้องตรวจเบอร์ ๕ ชั้น ๑ อาคารสิรินธร โรงพยาบาลบ้านหมี่

มีพยาบาลปฏิบัติงาน ๒ คน อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล และส่งมอบงานให้อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๙ มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำคลินิก ๑ คน และเปลี่ยนวันให้บริการจากวันจันทร์เป็นวันศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ที่ห้องเบอร์ ๒๑ ชั้น ๑ อาคารสิรินธร

การให้บริการเป็นการคัดกรองสุขภาพทั่วไป และคัดกรองกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL,IADL) ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ต่อมลูกหมากโต สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งให้ความรู้ในการปฏิบัติตนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

แบบคัดกรองที่ใช้ในคลินิกผู้สูงอายุได้แก่

๑. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ BMI ภาวะเสี่ยงการหกล้ม เป็นต้น

๒. แบบประเมิน ADL, IADL

๓. แบบประเมินภาวะปัสสาวะเล็ด

๔. แบบสอบถามอาการต่อมลูกหมากโต (ฉบับนานาชาติ)

๕. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE Thai ๒๐๐๒

๖. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

กิจกรรมด้านวิชาการ

๑. จัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุสากล โดยจัดนิทรรศการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล
๒. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
๓. ผลงานวิจัย
 - ๓.๑ งานวิจัยเรื่อง ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่ (ปี ๒๕๕๐)
 - ๓.๒ งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่ (ปี ๒๕๕๑)
 - ๓.๓ งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกสมองต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๕๓)

รวมภาพกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่



เปิดคลินิก ๑๘ กันยายน ๒๕๔๙



คัดกรองโรคผู้สูงอายุ

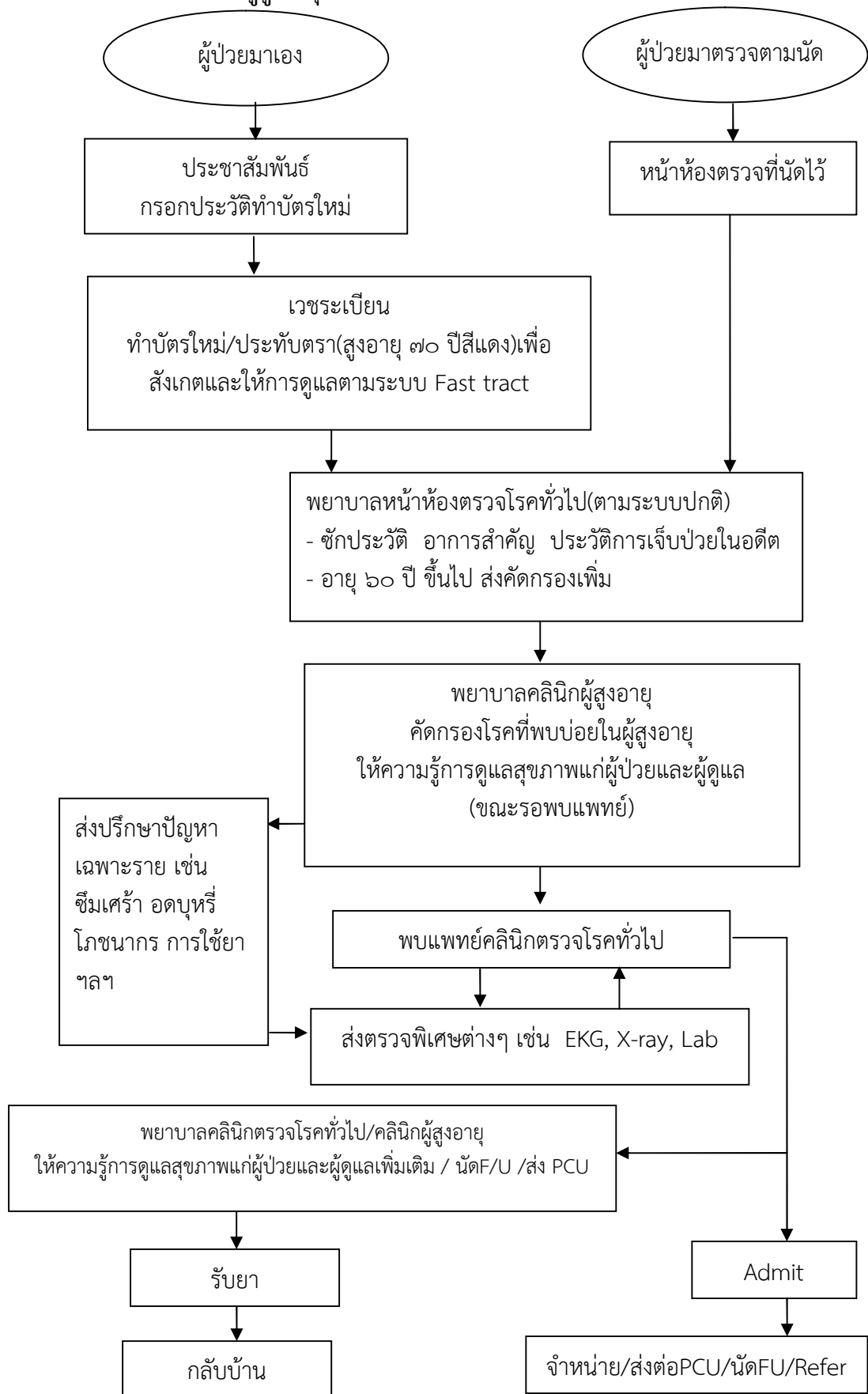


จัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ



วิจัยโปรแกรมฝึกสมองในผู้สูงอายุในชุมชน

แผนผังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่



ขั้นตอนการให้บริการ

๑. ให้บริการโดยใช้ห้องที่แผนกผู้ป่วยนอก ๑ วัน/สัปดาห์ ให้บริการร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกปกติ โดยเพิ่มขั้นตอนการคัดกรองโรคผู้สูงอายุเพิ่มมาอีก ๑ ขั้นตอน หากพบความผิดปกติจะให้คำปรึกษาเฉพาะราย เช่น หากพบมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในหญิงสูงอายุจะให้ความรู้ในการทำ Kegel exercise หากคัดกรองพบภาวะผิดปกติที่ต้องส่งต่อ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อดบุหรี่ อดสุรา จะส่งปรึกษาแผนกจิตเวช ปัญหาการใช้ยาส่งพบเภสัชกร พบโภชนาการกรณีมีปัญหาพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม

๒. กรณีพบว่าผู้ป่วยมีข้อสงสัยที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมติดตามเยี่ยมบ้านโดยเขียนแบบฟอร์มส่งต่อเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล โดยพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุซึ่งในระยะเริ่มต้นเป็นพยาบาลจากกลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบ ๒ คน แต่ในปัจจุบันรับผิดชอบโดยพยาบาลเวชกรรมสังคม ๒ คน ส่วนในระบบปกติของงานผู้ป่วยนอก พยาบาลหน้าห้องตรวจเป็นผู้ส่งต่อในระบบเดียวกัน

ตัวอย่าง case ผู้สูงอายุ ๒ รายหากมาตรวจยืนยันบัตรตามระบบปกติ วัดความดัน ชักประวัติ โดยพยาบาล OPD ระหว่างรอแพทย์ตรวจหรือหลังพบแพทย์หากอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พยาบาลหน้าห้องตรวจจะส่งต่อให้พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุประเมินโรคผู้สูงอายุ หากพบปัญหาเพิ่มเติมที่ต้องใช้ยากี่ส่งกลับพบแพทย์ หากพบปัญหาโรคผู้สูงอายุให้คำแนะนำโดยพยาบาล หากมีภาวะซึมเศร้าส่งต่อแผนกจิตเวช และส่งกลับรับยานัดเข้าคลินิกจิตเวช หรือหากต้องเยี่ยมบ้านพยาบาลคลินิกสูงอายุเขียนใบส่งต่อเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน รับประทานและกลับบ้าน

๓. ในกรณีที่บางรายส่งพบแพทย์ก่อนคัดกรองโรคผู้สูงอายุแทนที่จะคัดกรองก่อนพบแพทย์ เนื่องจากการคัดกรองโรคผู้สูงอายุใช้เวลาประมาณ ๑๕-๒๐ นาที คิวตรวจจะเป็นคิวเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปทำการคัดกรองไม่ทันคิว

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล

๑. การส่งต่อแผนกอื่นตามระบบปกติของผู้ป่วยนอก เช่น ส่งปรึกษาจิตเวช เพื่อคัดกรองพบมีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อดบุหรี่ อดสุรา กรณีมีปัญหาพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมพบโภชนาการ

๒. มีการส่งต่อให้ PCU ติดตามเยี่ยมบ้านกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน

ความพึงพอใจในการจัดบริการ

มีการประเมินในภาพรวมของแผนกผู้ป่วยนอกเนื่องจากการจัดบริการนั้นจัดร่วมกับคลินิกตรวจโรคทั่วไปของแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

ปี พ.ศ.	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)
ตุลาคม ๒๕๕๓	๘๑.๒๘
มกราคม ๒๕๕๔	๗๘.๕๗

งบประมาณในการดำเนินการ

- ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ จัดให้บริการร่วมกับงานประจำ

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- ทีมงาน
- ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง
- ความรู้ที่ได้รับการสนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานได้รับการอบรมในเรื่องที่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

- ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน
- ขาดการสนับสนุนให้เกิดทีมงานที่ชัดเจนจากสหสาขาวิชาชีพ
- ไม่มีสถานที่ในการดำเนินงานที่ชัดเจน ยังใช้สถานที่ร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกทำให้ไม่สามารถติดป้ายได้ชัดเจน ติดป้ายเฉพาะวันที่เปิดให้บริการ

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

- ควรมีการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้งด้านงบประมาณ การอบรมเจ้าหน้าที่เฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุของสหวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันจะพบว่าส่วนใหญ่สนับสนุนบางวิชาชีพ เช่น แพทย์พยาบาล
- ควรสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดบริการคลินิกให้เป็นเฉพาะทางมากขึ้น เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ
- ควรสนับสนุนนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดบุคลากรที่จำเป็นในการจัดทีมบริการคลินิกผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับปริมาณผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แบ่งการดำเนินการเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี (Well Elderly Clinic)

เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน และเป็นคลินิกตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น และบริการส่งต่อกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ต่อมาขยายบริการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการมารับบริการตามความสมัครใจ โดยจัดบริการสุขภาพ ได้แก่

๑. การตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดความดัน, อัตราการเต้นของหัวใจ, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง
๒. ตรวจคัดกรองโรค ได้แก่ ความดันโลหิต เบาหวาน โรคอ้วน ภาวะสมองเสื่อม และ

การงดสูบบุหรี่

๓. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
๔. บริการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุบนหอผู้ป่วยต่าง ๆ
๕. บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สมาชิกชมรม

๒. คลินิกผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (OPD)

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการ ๓ ด้าน ด้วยกัน คือ

๑. การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน มีโอกาสพบปะสังสรรค์ เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการทำงานต่างๆ

๒. กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งเสริมให้สมาชิกในชมรมเยี่ยมซึ่งกันและกัน จากเจ้าหน้าที่ที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจดำเนินการเยี่ยมผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นระยะ และมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา

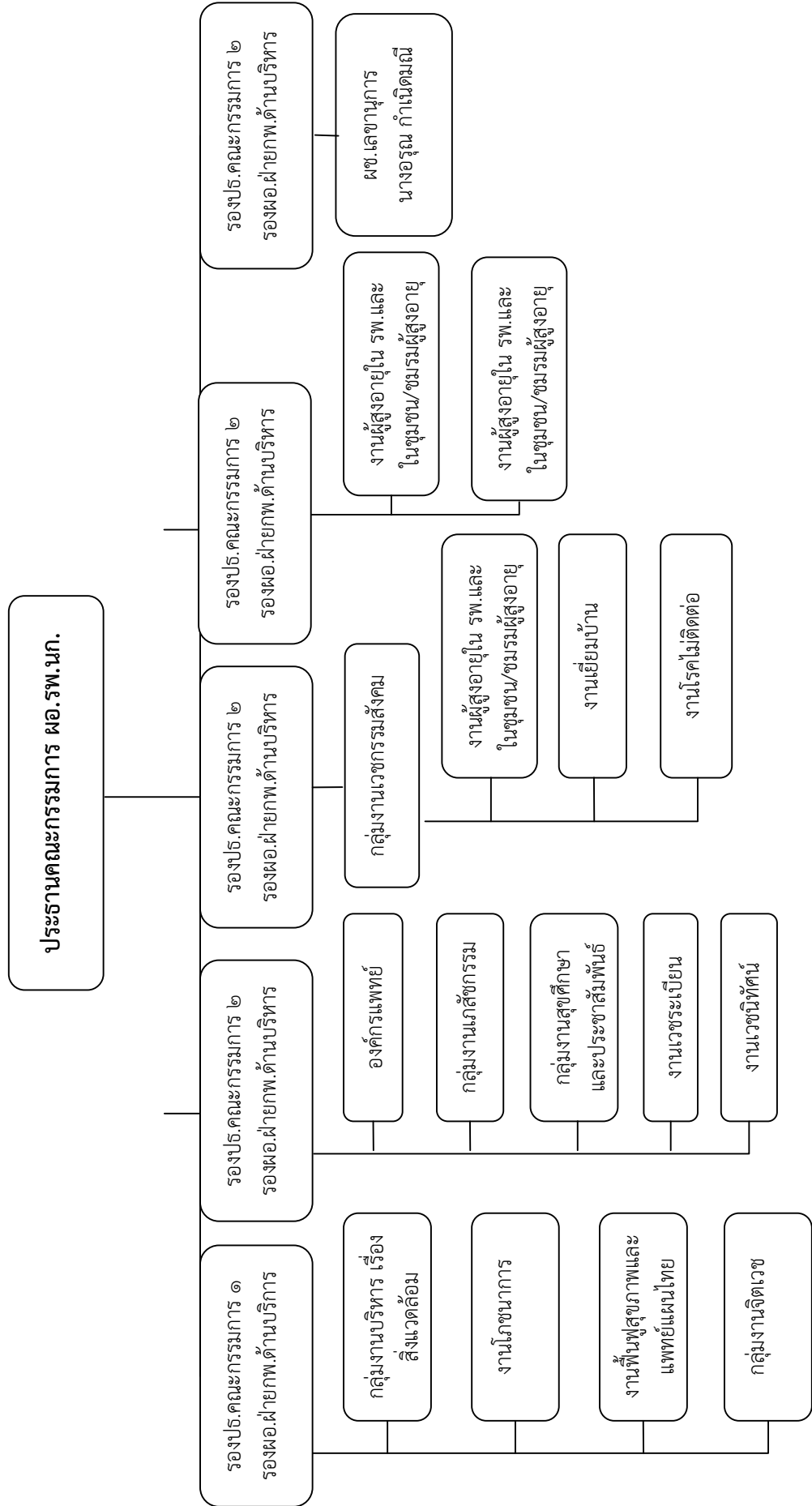
๓. สถานบริการของรัฐ มีการให้บริการตาม Green Channel ซึ่งหมายถึงการให้บริการในช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยเริ่มจากห้องบัตร ผู้สูงอายุจะได้รับบัตรสีเขียว ในผู้สูงอายุที่อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป บัตรสีเหลืองในผู้ที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป และไปยังห้องตรวจโรค ซึ่งมีทั้งจัดแยกเฉพาะและจัดรวมคลินิกเฉพาะโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อน

- | | |
|----------------|---|
| จุดแข็ง | <ul style="list-style-type: none">- มีแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางให้บริการด้านรักษาพยาบาล- คณะกรรมการดูแลระบบบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน- มีระบบการเยี่ยมผู้ป่วย/เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการส่งต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชนต่อเนื่องถึงบ้าน- มีสหสาขาวิชาชีพดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน- แต่ละหอผู้ป่วยมีโซนผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน- มีชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง- สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และเสียสละ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน |
|----------------|---|

- | | |
|----------------|--|
| จุดอ่อน | <ul style="list-style-type: none">- ขาดแพทย์ด้านผู้สูงอายุ |
|----------------|--|

แผนภูมิโครงสร้างองค์กรสำนักผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก

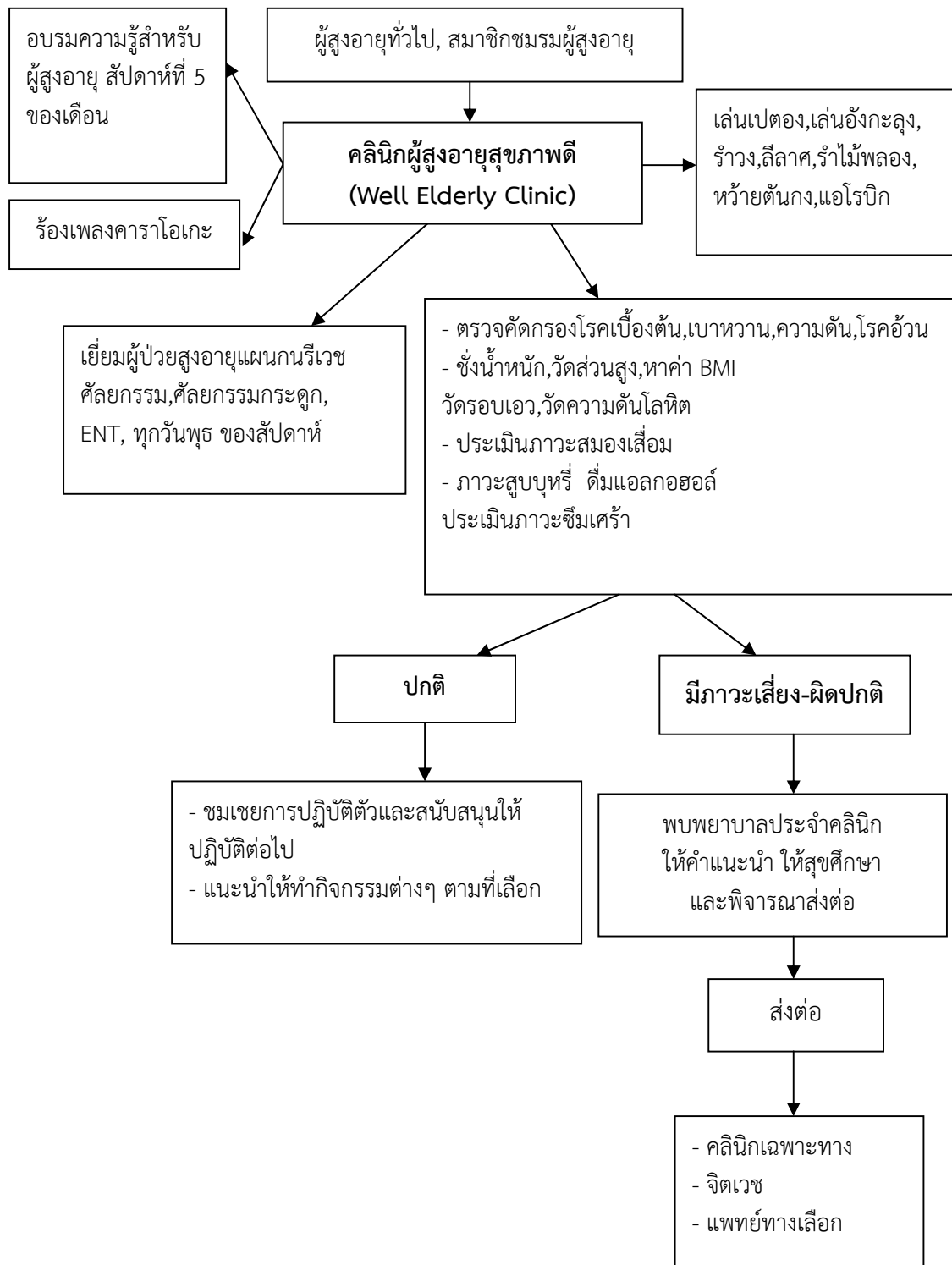
๑. คลินิกผู้สูงอายุ ณ ตึกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย แพทย์ วันละ ๑-๒ คน, พยาบาล วันละ ๔ คน, ผู้ช่วยเหลือคนไข้ วันละ ๒ คน
๒. คลินิกผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ ประจำเดือนละ ๑ คน, พยาบาล ประจำวันละ ๑ คน, ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ประจำภาคเช้า ๒ คน ภาคบ่าย ๒ คน

จำนวนผู้รับบริการ

ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีผู้สูงอายุ ๘๘,๔๒๘ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๔๒ ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุมารับบริการ	จำนวน/วัน	จำนวน/เดือน	จำนวน/ปี
อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี	๑๕๓	๓,๖๕๕	๔๓,๘๖๑
อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี	๑๑๗	๒,๗๘๘	๓๓,๔๕๖
อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป	๓๘	๙๒๖	๑๑,๑๐๘
รวม	๓๐๘	๗,๓๖๙	๘๘,๔๒๕

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี



การจัดบริการ

ให้การดูแลผู้สูงอายุสุขภาพดี มีการคัดกรองโรค ๕ โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต โรคอ้วน สิวบุนทรีย์ และสมองเสื่อม โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเอว วัดความดันโลหิต และหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องสุขภาพอนามัย ฯลฯ

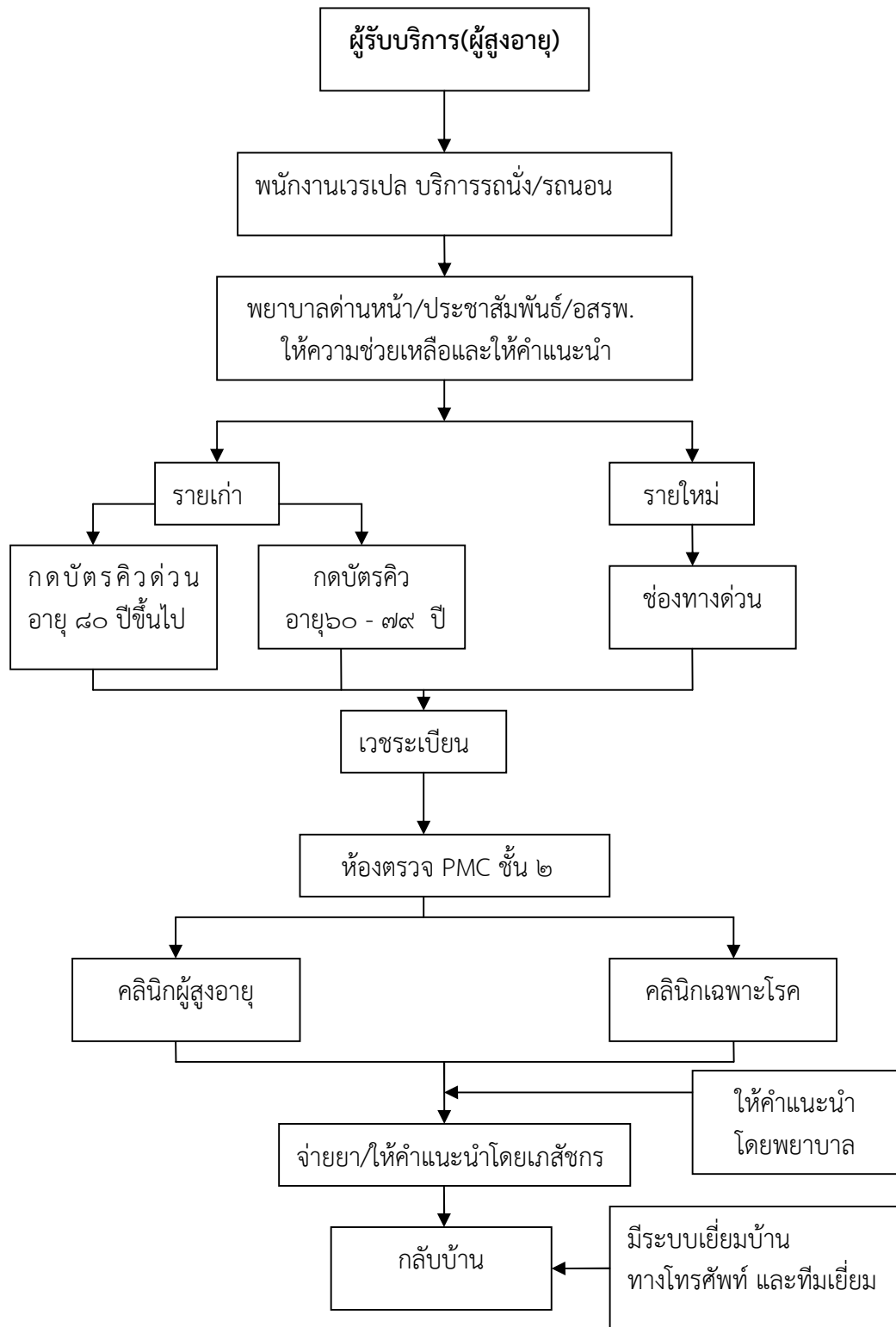
แบบประเมินสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี

๑. แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน
๒. ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง
๓. ประเมินภาวะอ้วน

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

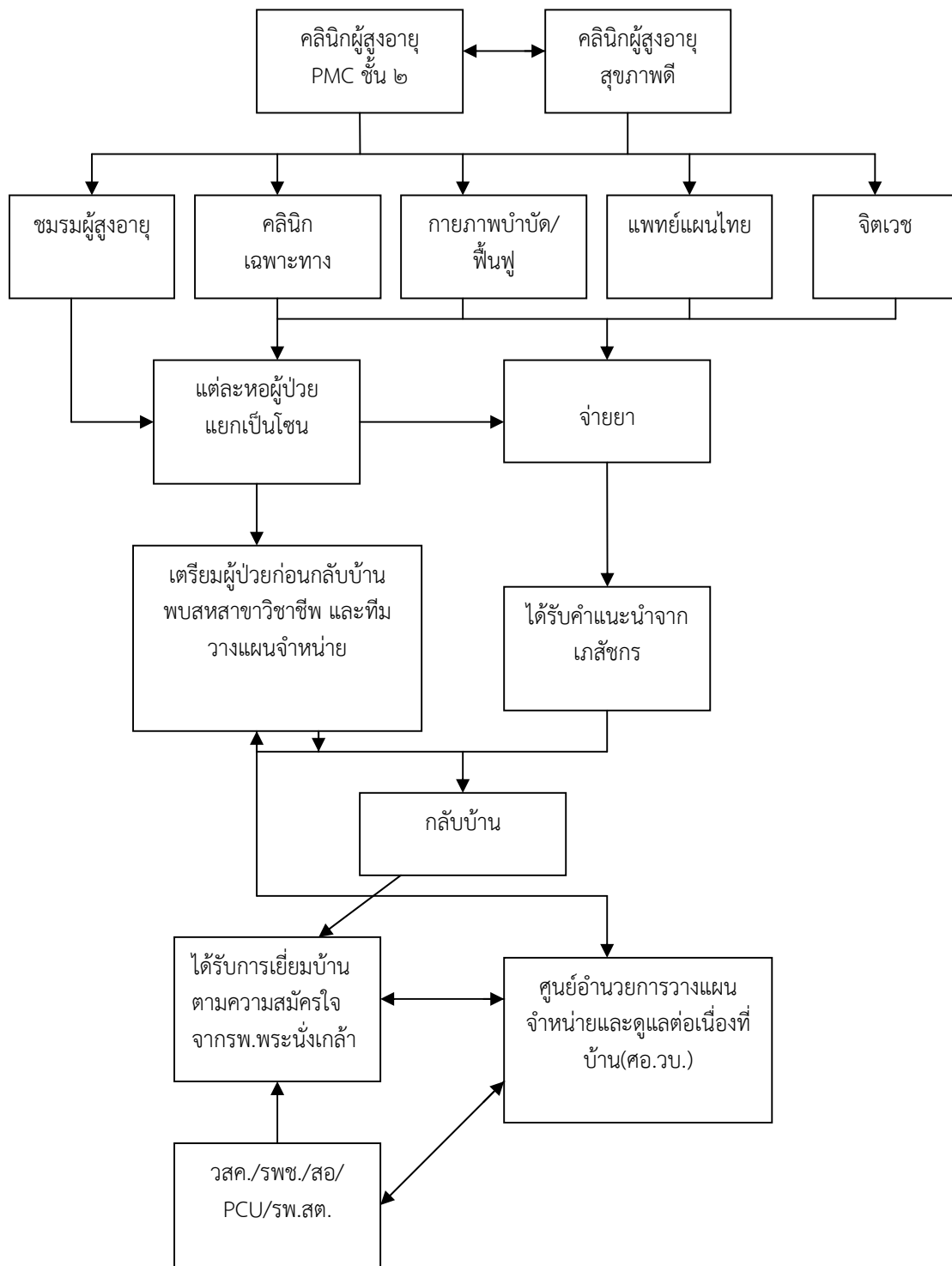
๑. งานคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี ให้บริการแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่สนใจมารับบริการเพื่อตรวจสุขภาพของตนเอง บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. โดยจัดให้มีผู้รับผิดชอบวันละ ๔ คน แบ่งเป็น ๒ ช่วง คือช่วงเช้า เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. จำนวน ๒ คน และช่วงบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. จำนวน ๒ คน
๒. งานคลินิกสุขภาพประจำเดือน จัดให้มีทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. ณ ห้อง ๒๐๗ ชั้น ๒ อาคารเกษราภรณ์ ให้บริการจองบัตรล่วงหน้าแก่สมาชิก
๓. งานคลินิกคัดกรองสุขภาพเดือนเกิด จัดให้มีทุกวันพฤหัสบดีที่ ๒ ของเดือน เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๔.๐๐ น. ณ อาคารศรีสุดาสัย ชั้น ๘
๔. งานเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน ๖ ตึก ได้แก่ ตึกศัลยกรรมชาย ๒ (ข้างโรงอาหาร), ตึกตา,ตึกศัลยกรรมหญิง,ตึกศัลยกรรมกระดูกหญิง,ตึกศัลยกรรมชาย และตึกศัลยกรรมกระดูกชาย
๕. งานออกชุมชน เดือนละ ๔ ครั้ง ทุกวันจันทร์ (เปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม)
๖. งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับมอบหมาย ฯลฯ

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (OPD)



บทบาทหน้าที่ของฝ่ายที่รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีแพทย์ และพยาบาล ประจำ

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล



ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

ระดับความพึงพอใจ ตั้งแต่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๓

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ๑. การบริการตรวจรักษา | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๐ |
| ๒. การต้อนรับ | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๕ |
| ๓. ด้านวัสดุอุปกรณ์ | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๐ |
| ๔. การรอคอย | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๒ |
| ๕. ด้านบุคลากร: - แพทย์ | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๕ |
| - พยาบาล | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๘๖ |
| - เจ้าหน้าที่อื่น ๆ | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๗๘ |
| - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๗๐ |

งบประมาณในการจัดบริการและอุปกรณ์

๑. งบด้านบุคลากร : จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
๒. งบอื่นๆ ถ้ามี : จากกองทุนผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จากกองทุนสปสข. จากเทศบาลนครนนทบุรี

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ

คือ *กระบวนการมีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา* โดยเปิดโอกาสให้ผู้บริหาร และ ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สูงอายุร่วมคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตาม แผนการติดตามประเมินผลในกิจกรรม/โครงการ เป็นการสร้างปลูกฝังจิตสำนึกในความเป็นเจ้าของ กิจกรรมและโครงการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

หากจะมองย้อนไป การบริการของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าบริเวณตึกผู้ป่วยนอก เต็มไปด้วย ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และมีการแยกเป็นแผนกทั่วไปและแผนกเฉพาะโรค ทั้งนี้ก็จัดระบบบริการตาม แพทย์ที่จบมาเฉพาะสาขานั้น แพทย์เฉพาะสาขาผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่มี จึงได้ จัดระบบบริการผู้สูงอายุไว้กับแผนกตรวจทั่วไป แต่จัดบริการที่สะดวกรวดเร็วโดยการนัดบัตรคิว และ เรียกสลับ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา ๔ ปี พบว่าระบบบริการก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก

๑. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ
๒. ทุกหน่วยบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ
๓. ประธานชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการพัฒนาและช่วยเหลือโรงพยาบาล

ปัจจัยแห่งความล้มเหลว คือ การขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรบางส่วน เนื่องจากไม่ทราบ นโยบาย และทิศทางการพัฒนา

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

เพื่อให้คลินิกนี้เป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ และบริการที่ได้รับสะดวก รวดเร็ว และได้รับการสุขภาพที่ดีตามปัญหาของผู้สูงอายุ

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย

นโยบาย : การจัดบริการผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลแบบองค์รวมเข้าถึงง่าย ครอบคลุม การรักษาพยาบาล การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงมีการเชื่อมโยงต่อเนื่องสู่ชุมชน

การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง

จุดอ่อน ๑. ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

๒. ไม่มีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพรับผิดชอบโดยตรง

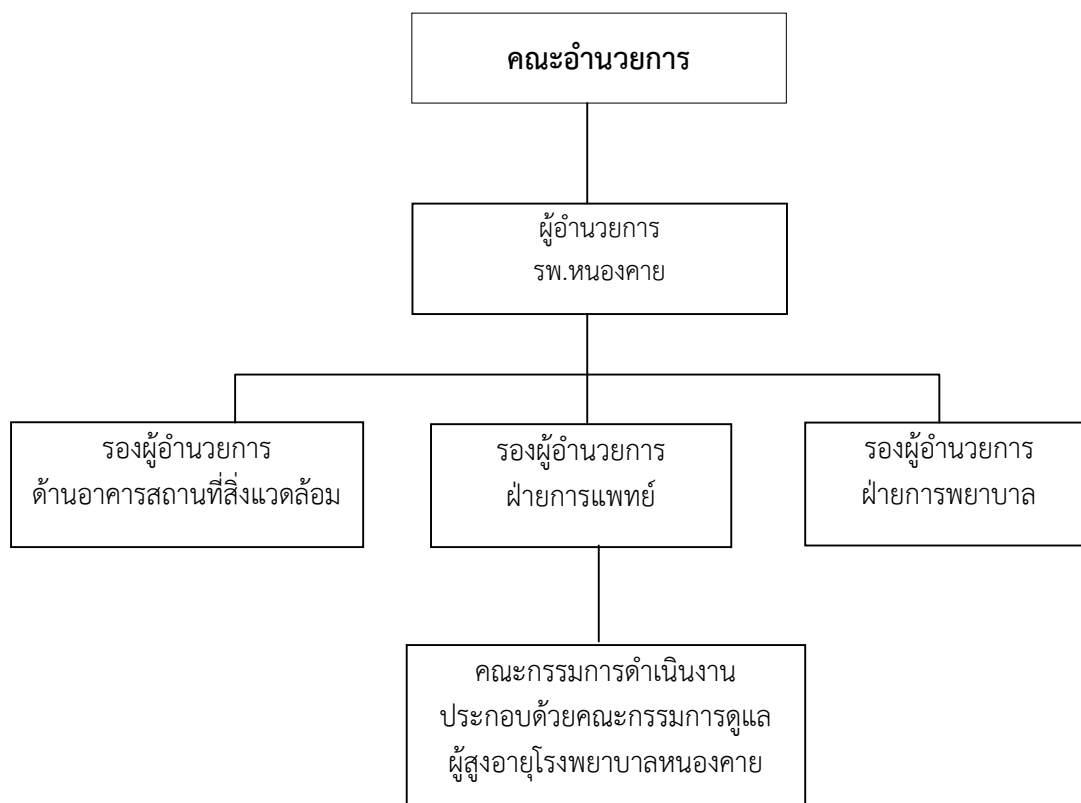
๓. ขาดอัตรากำลัง ขาดแรงจูงใจ

๔. ขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ขาดการประเมินผล

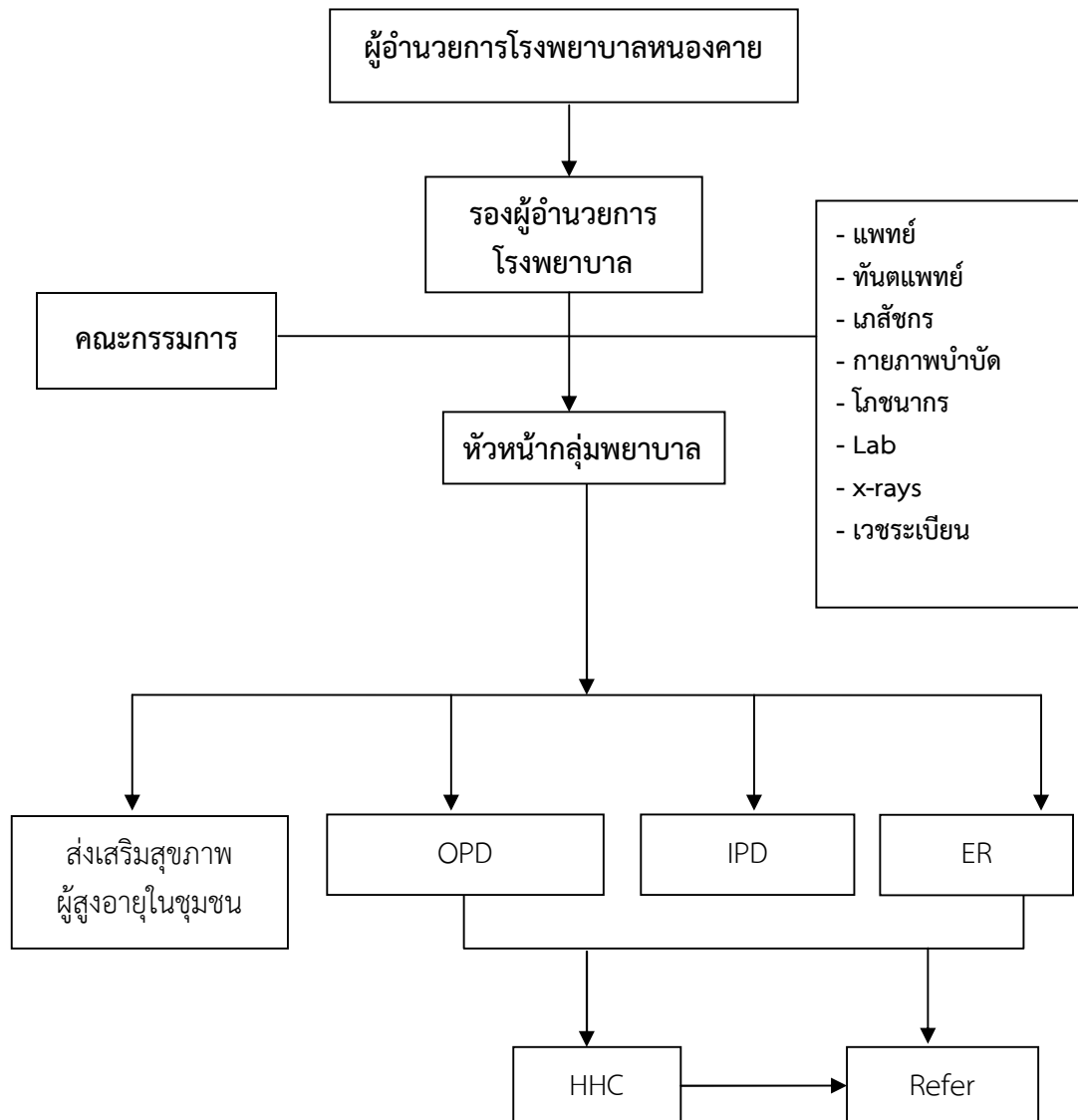
๕. ผู้ปฏิบัติแยกส่วนทำให้ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง

จุดแข็ง ให้ความสำคัญและพยายามจัดบริการโดยการบูรณาการงานเข้าด้วยกัน และสร้างความชัดเจนต่อ ผู้ปฏิบัติ ในการส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลให้ขับเคลื่อนไปได้อย่างราบรื่น

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย



คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

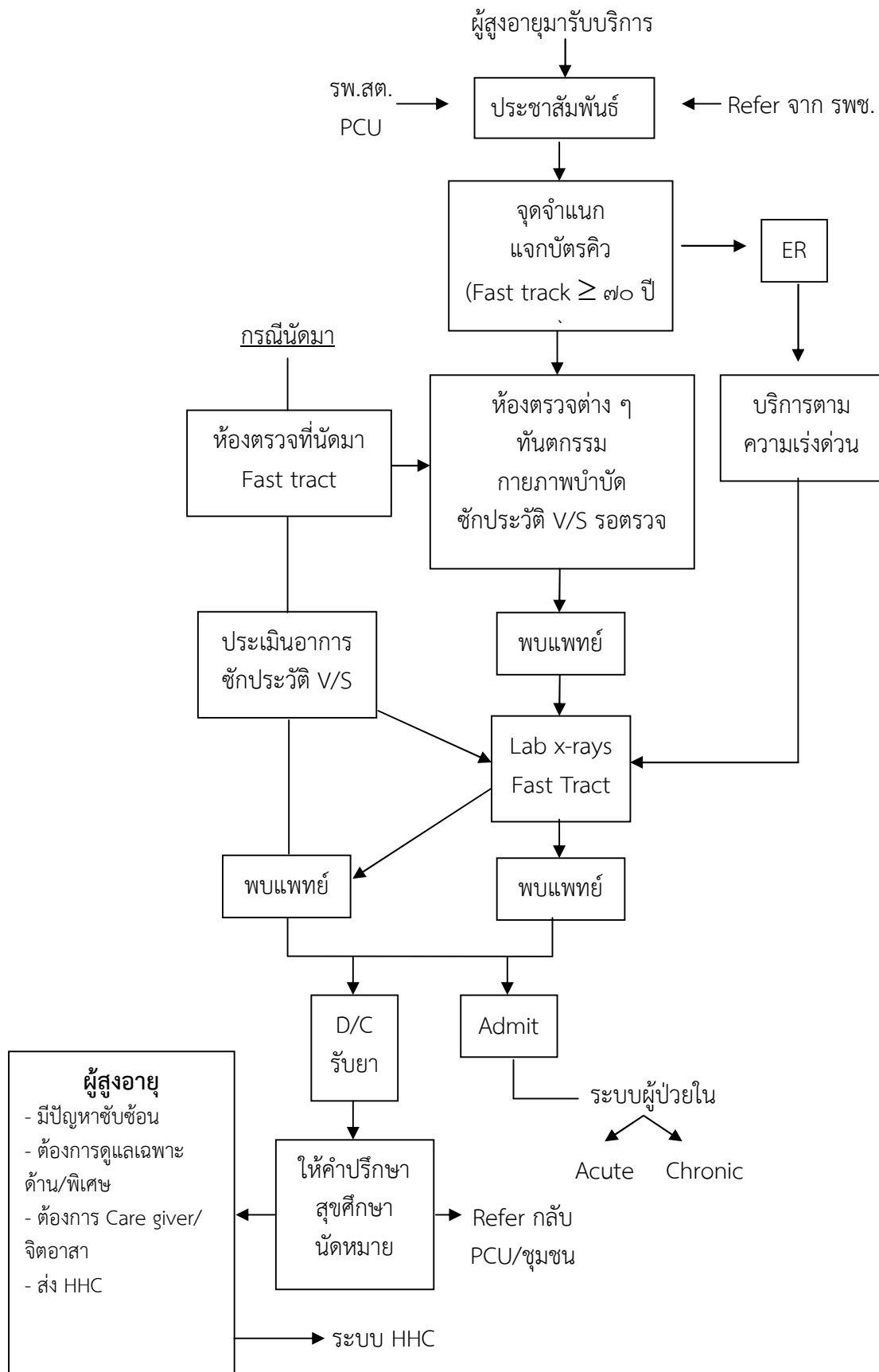


จำนวนผู้รับบริการ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีรับบริการ ๒๑๔ คน ต่อวัน จำนวน ๒,๒๘๖ คน ต่อเดือน
จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ	จำนวน
๖๐ - ๖๙ ปี	๗,๒๓๙ คน
๗๐ - ๗๙ ปี	๔,๖๕๕ คน
๘๐ ปีขึ้นไป	๙๖๗ คน
รวม	๑๒,๘๖๑ คน

ระบบบริการผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอก (OPD)



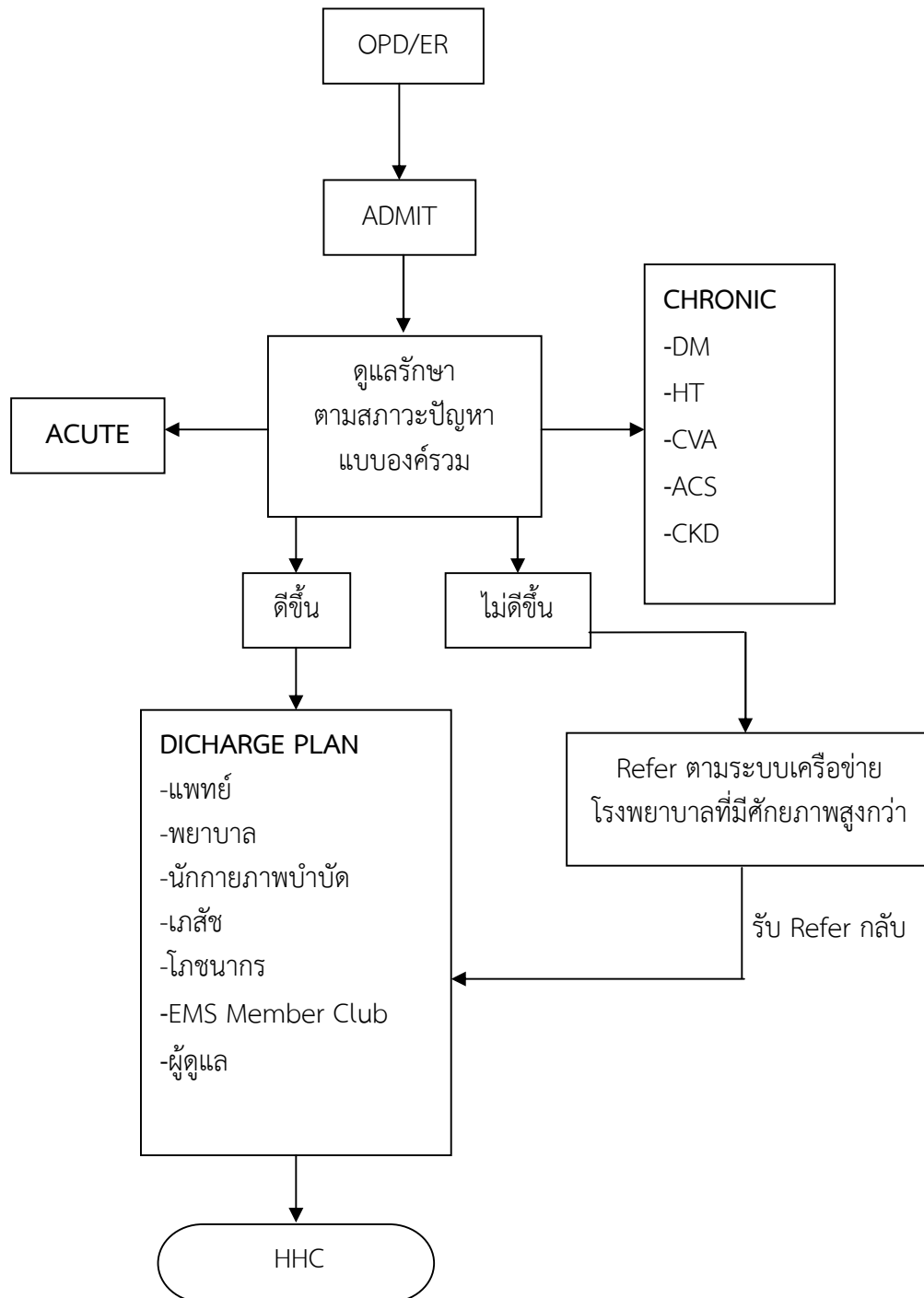
ขั้นตอนการจัดบริการ

๑. ประชาสัมพันธ์ ต้อนรับ ให้ความช่วยเหลือ บริการตามความเหมาะสม
๒. จุดจำหน่าย ประเมินอาการเบื้องต้น แจกบัตรคิวผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๐ ปี ให้
 (F) = Fast tract ตามห้องตรวจและไปรอที่หน้าห้องตรวจตามบัตรแยกโรค
 ติด (F) สัญลักษณ์ (F) ทุกจุดบริการ เข้าใจตรงกันจนถึงรับยากลับบ้าน
๓. ห้องตรวจ คัดกรองซักประวัติ ประเมินอาการ V/S รอพบแพทย์
 - ถ้ามี x-rays / Lab / ส่งตรวจก่อน (กรณีนัดมาตรวจ)
 - การตรวจรักษา และดูแลตามภาวะอาการ และปัญหาของผู้ป่วย
 - พยาบาลหลังตรวจดูแลให้คำปรึกษา และนัดผู้ป่วยตามแผนการรักษา
 - กรณีมีปัญหาซับซ้อน และเป็นกลุ่มโรคที่เฝ้าระวัง ของทีมนำเฉพาะด้าน (ทุกด้าน) เช่น Med ดูแลเรื่อง DM/HT/CVA / โรคข้อ
 - Sury ดูแลเรื่อง HI/Appendicitis
 - Orther ดูแลเรื่อง กระดูกบาง/กระดูกพรุน
 - หลังตรวจจะ Refer Case ไป เวชกรรมสังคม และเข้าโปรแกรมการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และมาตรวจตามนัดหมาย

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง	หน้าที่
แพทย์	- ตรวจวินิจฉัย ตามสภาพปัญหา กำหนดแนวทางรักษา ดูแลต่อเนื่องตาม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ
พยาบาล	- ให้ข้อมูลตามแผนการรักษา และสภาพปัญหาของผู้ป่วยดูแลครอบคลุม ทุกมิติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี - ประสานผู้เกี่ยวข้องและอำนวยความสะดวก - ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยและญาติ (Empowerment)
เภสัชกร	- ให้ข้อมูลเรื่องยา ติดตามประเมินผลการใช้ยาที่มีความต่อเนื่องครบถ้วน
โภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการตามสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจ และ ผู้ดูแลในด้านโภชนาการ เพราะนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมใน ชีวิตประจำวัน
กายภาพ	- ให้คำปรึกษาแนะนำการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม และทำ กายภาพบำบัดในกรณีอัมพาต เป็นต้น
สังคมสงเคราะห์	- สวัสดิการดูแลรักษาพยาบาล และสิทธิผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ
EMS member club	- ให้ความรู้ผู้ป่วยจิตอาสาประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล ในการประเมินอาการ ฉุกเฉินเบื้องต้น และแนวทางการใช้บริการ โทร.๑๖๖๙ ได้อย่างถูกต้อง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุงานผู้ป่วยใน (IPD)



ขั้นตอนการจัดบริการ กรณีผู้ป่วยใน

การเตรียมผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่ม Admit แพทย์จะอธิบายเรื่องโรคของผู้ป่วยและผลที่เกิดขึ้นในอนาคตจากผู้ป่วยต้องพิจารณา และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลใกล้ชิด ให้ญาติได้มีการเตรียมตัว และเตรียมใจที่จะรับผลที่จะตามมา

เมื่อการดูแลรักษาของแพทย์ พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤติ เข้าสู่ภาวะเตรียมก่อนจำหน่าย แพทย์และพยาบาล เตรียมเรื่องการดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องมีผู้ดูแล (Care giver) เช่น

๑. อัมพาต ต้องให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด

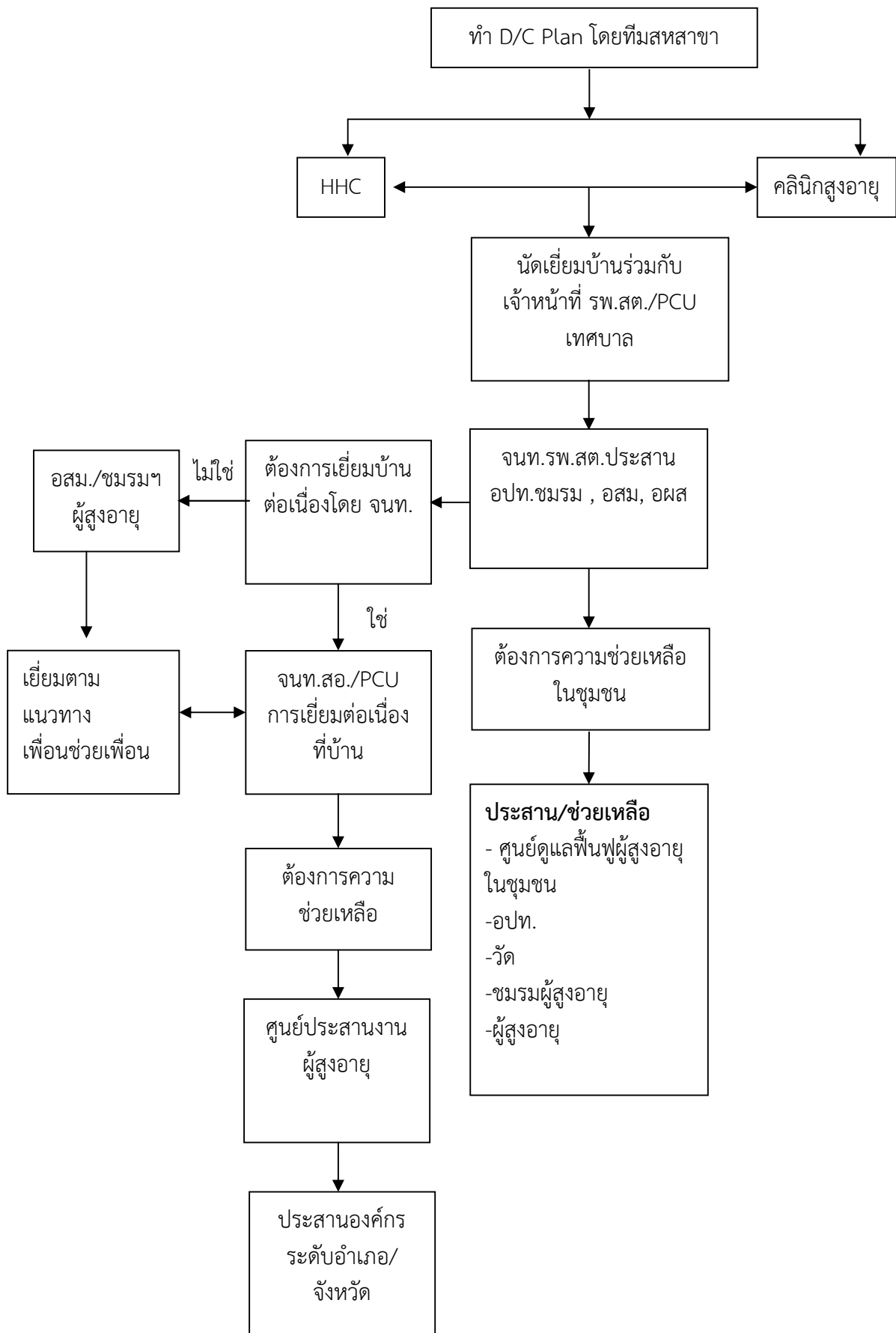
๒. โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ดังนั้น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ต้องมีการประชุมปรึกษาหารือ และทำการสอนผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย เช่น Care giver ต้องมาฝึกการให้อาหารทางสายยาง/การเตรียมอาหารสูตรพิเศษ/การเช็ดตัว/การทำกายภาพบำบัด/การฉีดยา/การดูแลแผล

เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยได้ จึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยส่งต่อให้กับ HHC ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน



ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล



การดูแลผู้สูงอายุ HHC

๑. รับ Case D/C plan จากทีมสหสาขาวิชาชีพจากผู้ป่วยใน ส่งต่อมาที่เวชกรรมสังคม เวชกรรมสังคม ส่งต่อ ในบส ๑. ไปรพ.สต./PCU/เทศบาล ๑,๒

๒. ในกรณี Case ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการนัดเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./PCU/เทศบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประสาน อปท./ชมรม/อสม./ผู้สูงอายุ

๓. ในกรณี Case ที่ต้องเยี่ยมต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ รพ.สต./PCU/เทศบาล จะเป็นผู้เยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านพร้อมด้วย อสม./ชมรมฯ/ผอ.ส. เยี่ยมตามแนวทางเพื่อนช่วยเพื่อน

๔. ในกรณีต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมประสานงานศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุประสาน อบต.

๕. ในกรณีต้องการความช่วยเหลือในชุมชนประสาน อปท./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุ

๖. และในกรณี Case ที่ไม่จำเป็นต้องเยี่ยมต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ รพ.สต./PCU/เทศบาล ๑, ๒ ร่วมกับ อสม./ชมรมผู้สูงอายุ เยี่ยม Case ตามแนวทางเพื่อนช่วยเพื่อนหลังจากนั้นจะมีการประเมินผล รวบรวมปัญหาบันทึกข้อมูลส่งต่อให้กลุ่มการพยาบาล

การให้บริการเชิงรุกหลังตรวจจะ Refer Case ไปเวชกรรมสังคม เข้าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านและมาตรวจตามนัดหมาย ส่วนในชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตเมืองทั้งหมด ๔๒ ชมรม มีการประชุมเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมร่วมกัน เช่น ฟังเทศน์ ออกกำลังกาย ร้องเพลง เป็นต้น มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ เป็นต้น หากมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน และหาก Case ผู้สูงอายุใน PCU มีปัญหาจะโทรประสานกับศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อรับทราบปัญหา และประสานงานแก้ไข ปัญหาให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นการบูรณาการเข้ากับคลินิกทางอายุรกรรม การเก็บข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อการบริการในภาพรวมของ OPD ดังนี้

ปี (พ.ศ.)	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)
๒๕๕๑	๗๖
๒๕๕๒	๗๙
๒๕๕๓	๘๐

งบประมาณในการจัดบริการ

งบประมาณ ไม่ได้แยกจัดสรรเนื่องจากไม่มีคลินิกบริการโดยเฉพาะ

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. การได้รับการสนับสนุนในแนวนโยบายจากผู้บริหาร
๒. การมีทัศนคติและความมุ่งมั่นของทีม
๓. ความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญและสหสาขาวิชาชีพ
๔. งบประมาณในการจัดสรรช่วยเหลือ
๕. การทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตัวเองและผู้อื่นแบบเพื่อนช่วยเพื่อน
๖. มีงบประมาณในการพัฒนางานอย่างเพียงพอ และมีผู้รับผิดชอบที่เฉพาะทางและไม่ควรเปลี่ยนตัวบุคคลรับผิดชอบบ่อย

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ผู้ปฏิบัติยังทำงานไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ระหว่าง กลุ่มการพยาบาล OPD/ER/IPD/PCU ซึ่งแต่ละจุดบริการยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาไม่มีจุดประสานงาน ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์

๒. นโยบายไม่ชัดเจนและไม่จริงจังกับปัญหา

๓. ผู้ปฏิบัติบางคนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

แนวทางแก้ไข เพื่อปรับปรุงให้การจัดการบริการมีความคล่องตัวและสะดวกขึ้นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

๑. จัดประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการบริการผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ปฏิบัติให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๒. มีการจัดศูนย์ประสานงานที่แผนก OPD เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย หากเกิดปัญหาในระหว่างดำเนินการ รวบรวมปัญหา หาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบ

๓. มีการประชาสัมพันธ์ ในการให้บริการระบบ Fast Tract ในกลุ่มผู้สูงอายุและในหน่วยงาน ระหว่างแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างสะดวกและเป็นระบบ

๔. จัดประชุมประจำเดือน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาส ได้นำเสนอปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานผู้สูงอายุ

๕. ให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น บุคลากรในโรงพยาบาล สถานือนามัย อสม. และจิตอาสา ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. มีตัวชี้วัด เพื่อวัดผลลัพธ์ของงานให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๗. จัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

แนวคิดและการพัฒนาการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. งานบริการผู้ป่วยนอกจะไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดการและบูรณาการงานเพื่อการเข้าถึงบริการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด เหมาะสมกับสภาพปัญหา และมีระบบจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับคลินิกโดยเฉพาะ

๒. ชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง มีการประชุมประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินกิจกรรมขณะนี้คณะกรรมการควรดำเนินงาน กำลังจะมีมติร่วมระหว่าง โรงพยาบาลหนองคาย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Cup) เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุแบบสัปดาห์ เพื่อให้ข้อมูลความรู้และช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุโดยเชิงสหสาขาวิชาชีพ เช่น โภชนากร เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด หมุนเวียนมาให้ความรู้

๓. เพื่อให้มีการขยายเครือข่ายผู้สูงอายุที่แข็งแรงได้ดูแลแนะนำกันเองอย่างใกล้ชิดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ มีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องและเหมาะสมเป็นการส่งเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน

นโยบาย - ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

- ส่งเสริม สนับสนุน ชมรมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ

วิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อน

จุดแข็ง - ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหาร

- เครือข่ายมีความสัมพันธ์ดี, ประสานงานง่าย

- มีระบบขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุแยกเฉพาะ

- ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง, ให้ความร่วมมือดี

จุดอ่อน - ขาดอัตรากำลังด้านบุคลากร

- ทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานจากภาระงาน

- บุคลากรมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์น้อย

- แผนการทำงาน นโยบาย ยังไม่ชัดเจน

- ผู้สูงอายุบางพื้นที่ ยังเข้าไม่ถึงบริการ

- ความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม

- ความเชื่อ ทศนคติของผู้สูงอายุ ไม่ดีต่อการบริการ

- อาคาร สถานที่บางส่วน ยังไม่อำนวย

คณะกรรมการดำเนินงาน

คณะกรรมการในทีมผู้สูงอายุโดยตรงยังไม่ได้แต่งตั้งอย่างเป็นทางการแต่มีคณะกรรมการอีก
หนึ่งทีมที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ/ผู้พิการ เนื่องจากมีการทำงานแบบแยกส่วน สำหรับทีมงานสหสาขา
วิชาชีพที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. อายุรแพทย์

๒. เภสัชกร

๓. ทันตแพทย์

๔. พยาบาล (คลินิกเฉพาะโรค/เวชปฏิบัติ/เวชกรรมสังคม/รพ.สต.)

๕. ทีมสุขภาพจิต

๖. โภชนากร

๗. นักกายภาพบำบัด

การจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ

๑. การบริการทางการแพทย์

- ตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
- ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้าน Geriatric syndrome
- บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค
- ตรวจคัดกรองโรคในช่องปาก
- สอนและสาธิตกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาทาง Neuropathy
- ส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลต่อเนื่องตามปัญหาที่พบในแต่ละบุคคล

๒. การส่งเสริมสุขภาพ

- ด้านกาย เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร
- ด้านจิตใจ : ส่งเสริมกิจกรรมคลายเครียด
- ส่งเสริมและสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

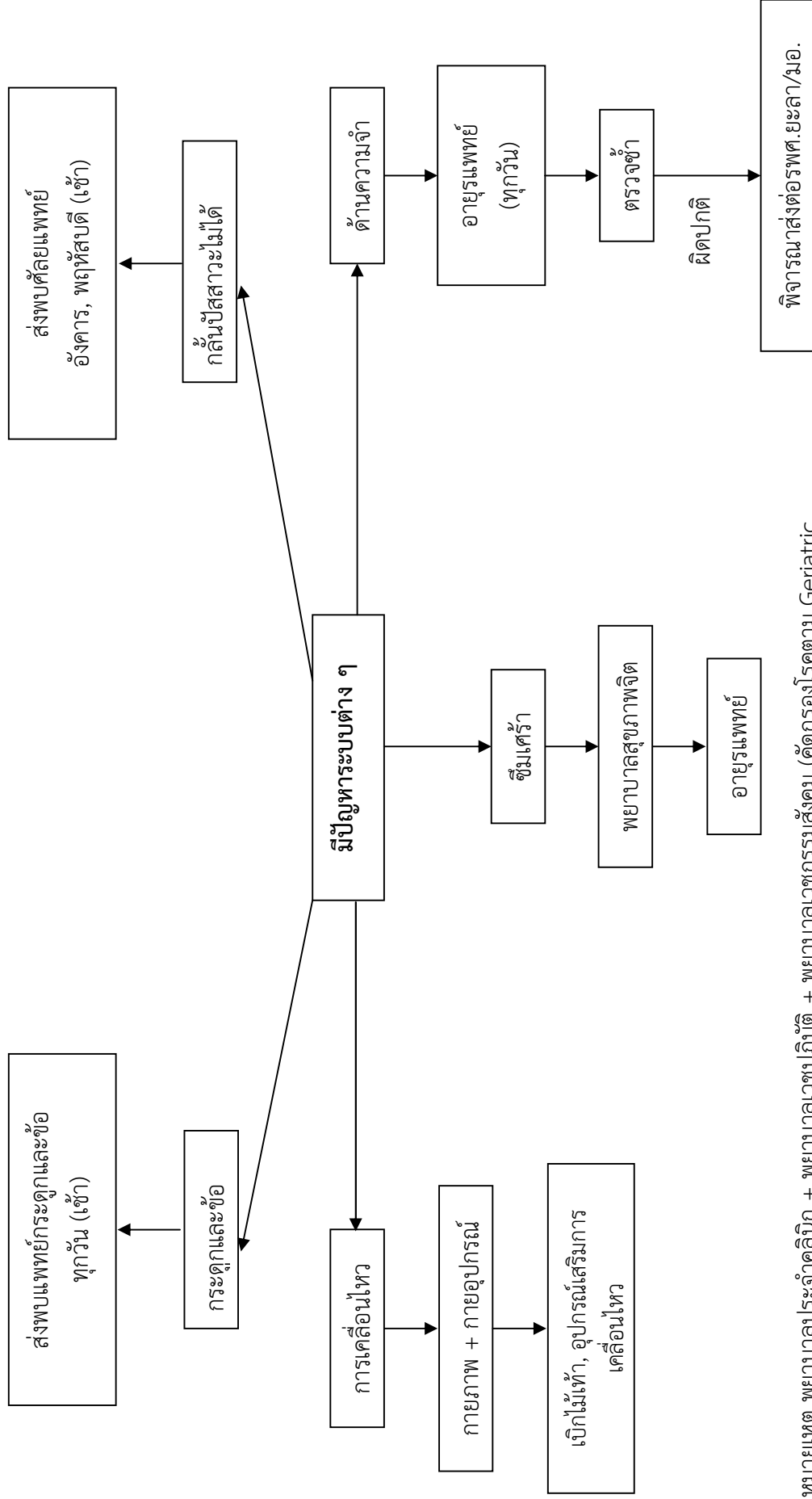
ขั้นตอนการให้บริการ

๑. กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วย : OPD อายุรกรรมเปิดคลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปจัดบริการแบบ one stop services ทุกวันอังคารบ่าย (ทำได้ประมาณ ๒ เดือน ไม่มีผู้มารับบริการ) ได้ปรับการให้บริการใหม่ เป็นมาตรวจที่ OPD ทัวไป โดยจัดคิวด่วนให้ผู้สูงอายุแยกห้องตรวจเฉพาะ

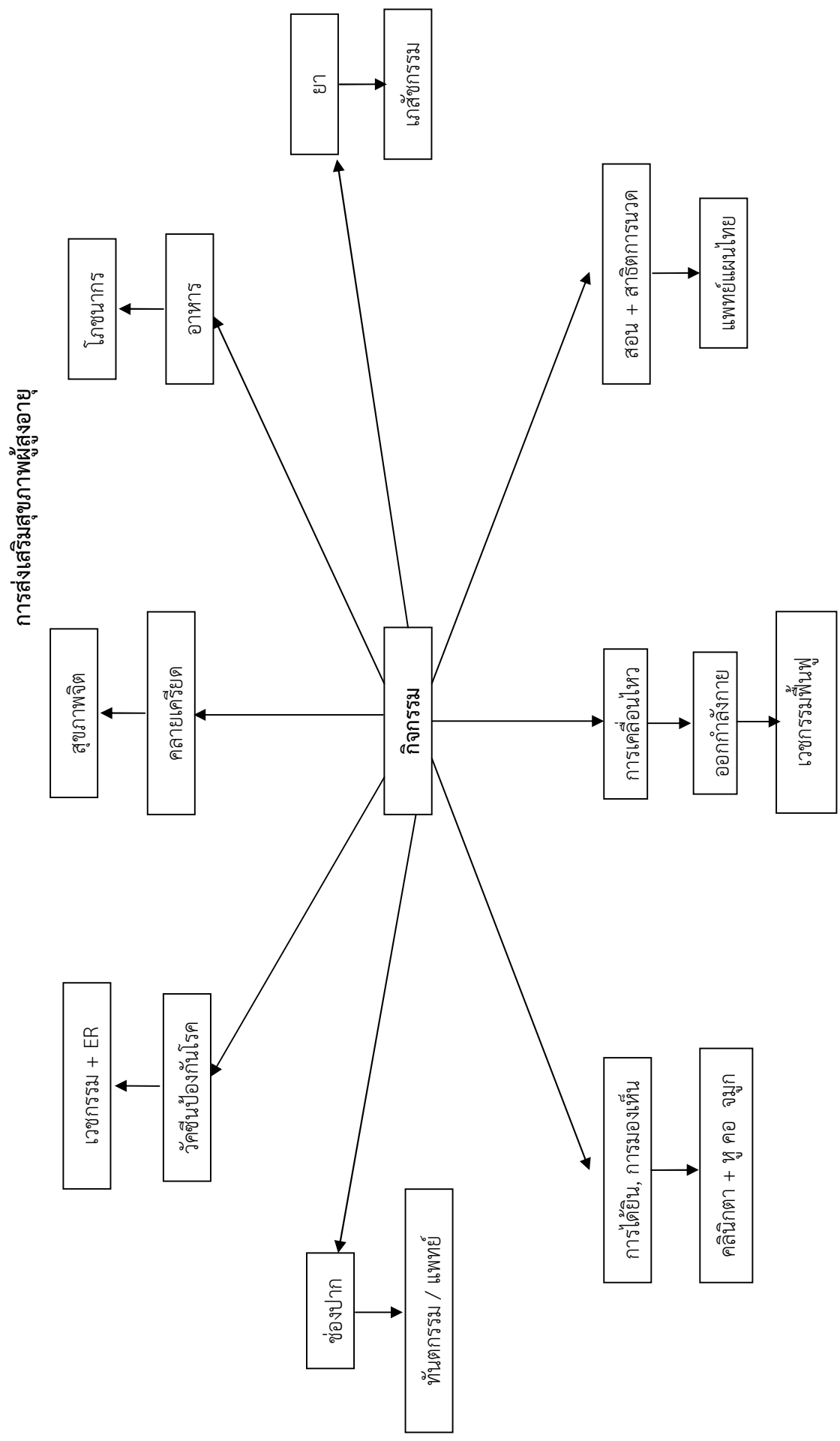
๒. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี : ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีรับบริการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และตรวจคัดกรองประเมินอาการ Geriatric Syndrome เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันศุกร์บ่ายของสัปดาห์แรกของเดือน ซึ่งดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ และดำเนินการที่รพ.สต.เขตเทศบาลในปี ๒๕๕๔

๓. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมารับบริการที่มีคลินิกเฉพาะ เช่น DM HT

การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาทตามปัญหาที่พบ



หมายเหตุ พยาบาลประจำคลินิก + พยาบาลเวชปฏิบัติ + พยาบาลเวชกรรมสังคม (คัดกรองโรคตาม Geriatric

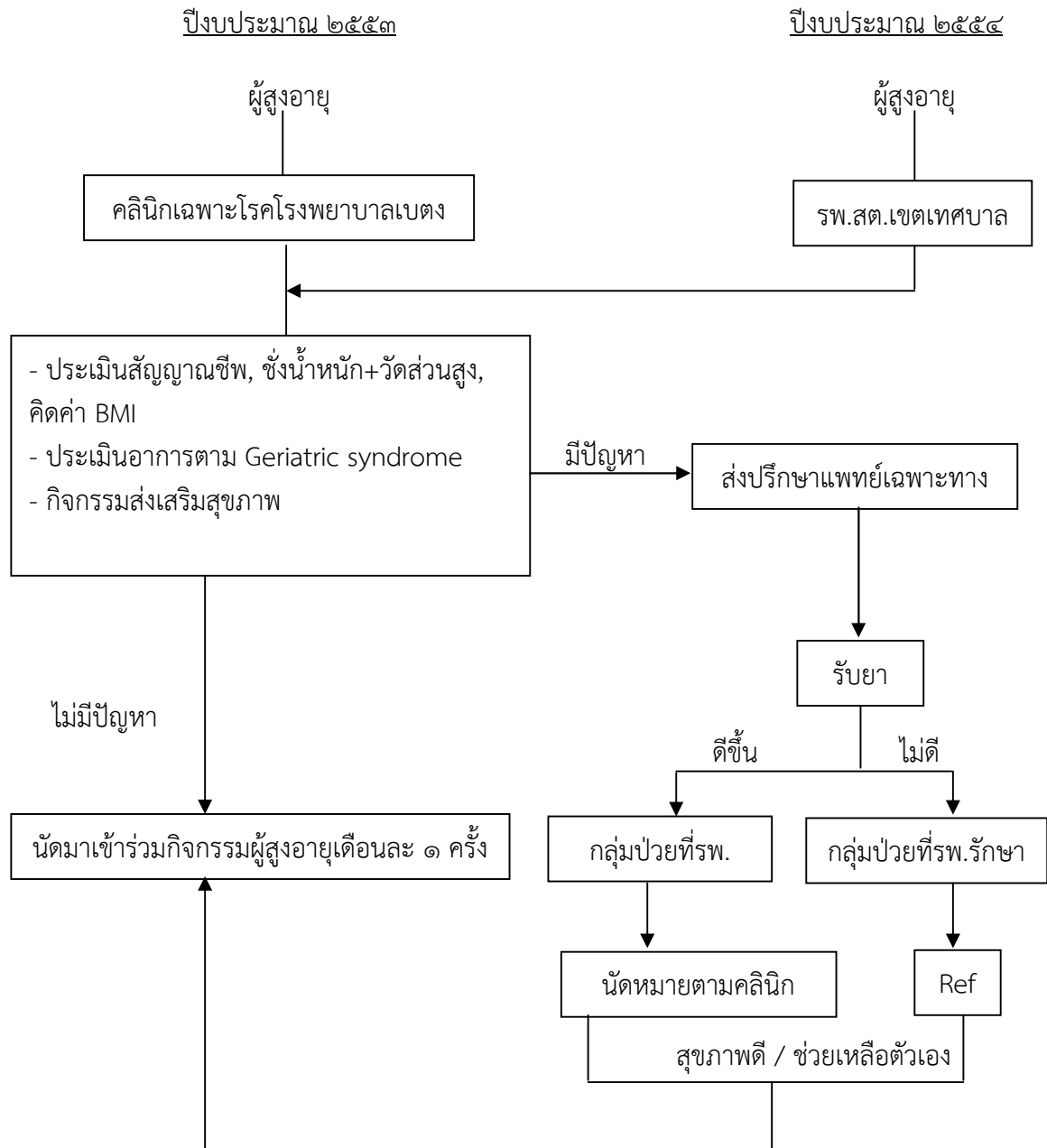


สถิติการให้บริการผู้สูงอายุ

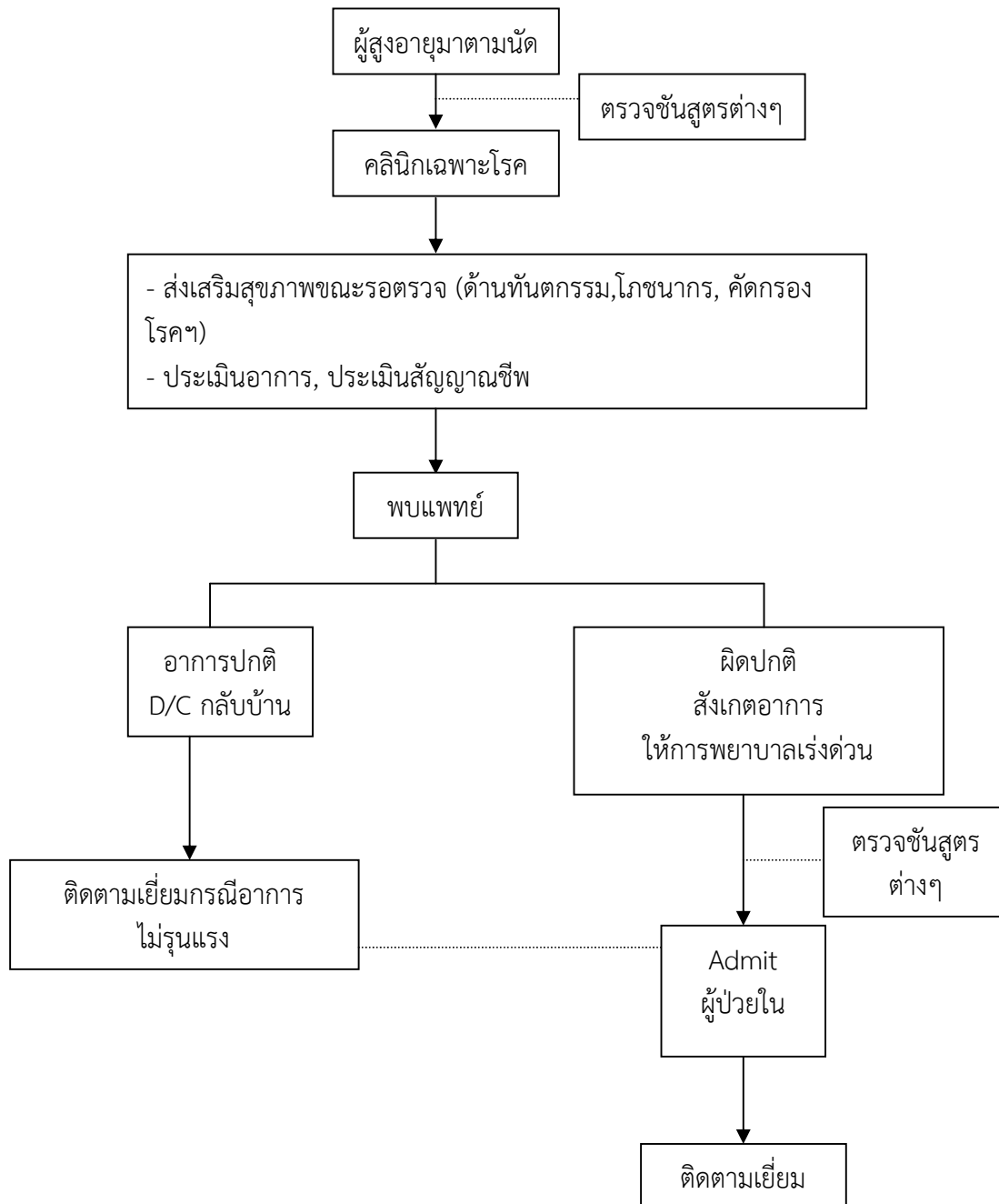
จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการเฉลี่ย = ๓๔ คน/วัน เฉลี่ย = ๗๐๐ คนต่อเดือน

รูปแบบการจัดบริการของโรงพยาบาล

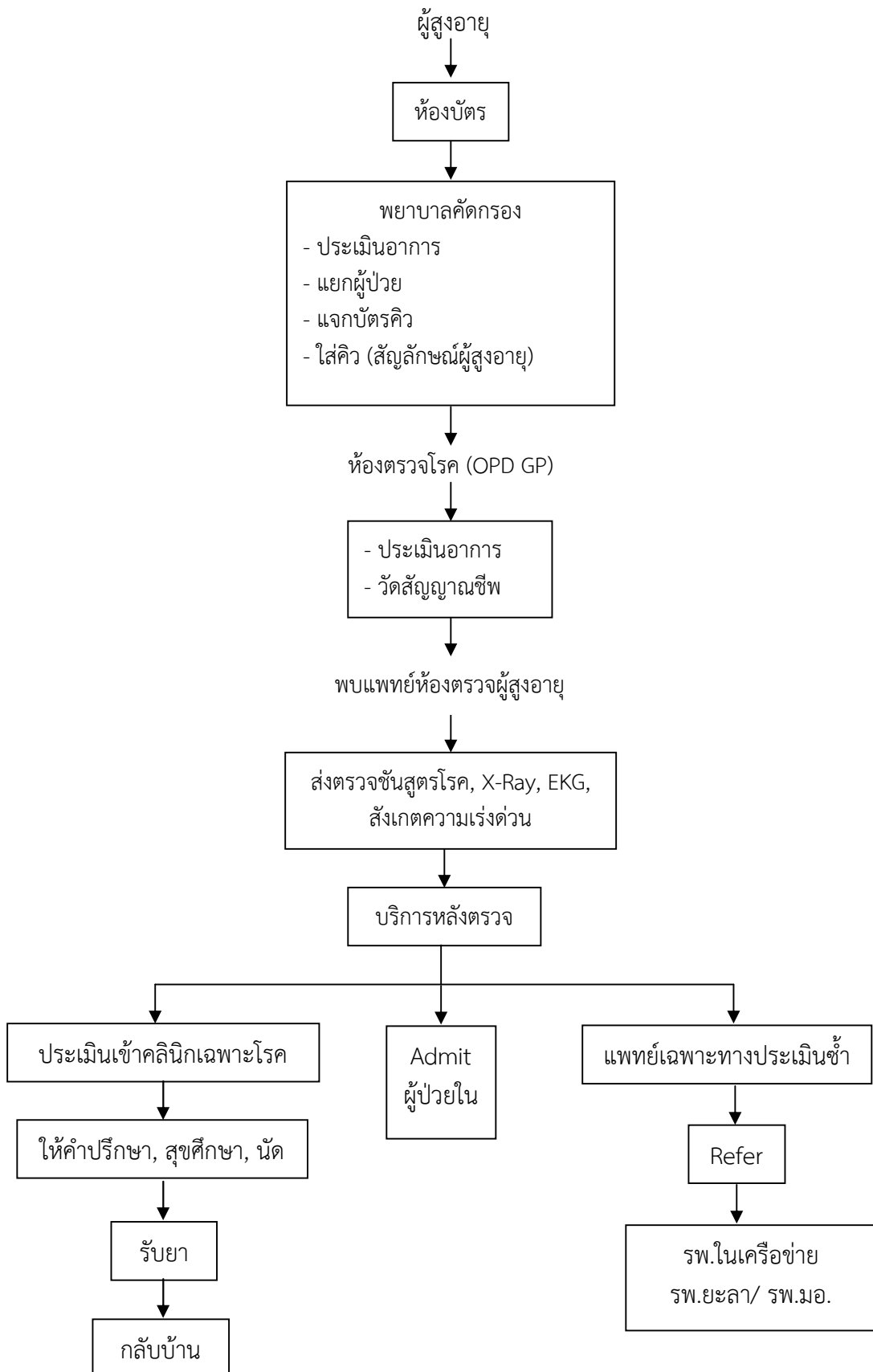
ขั้นตอนการจัดบริการ



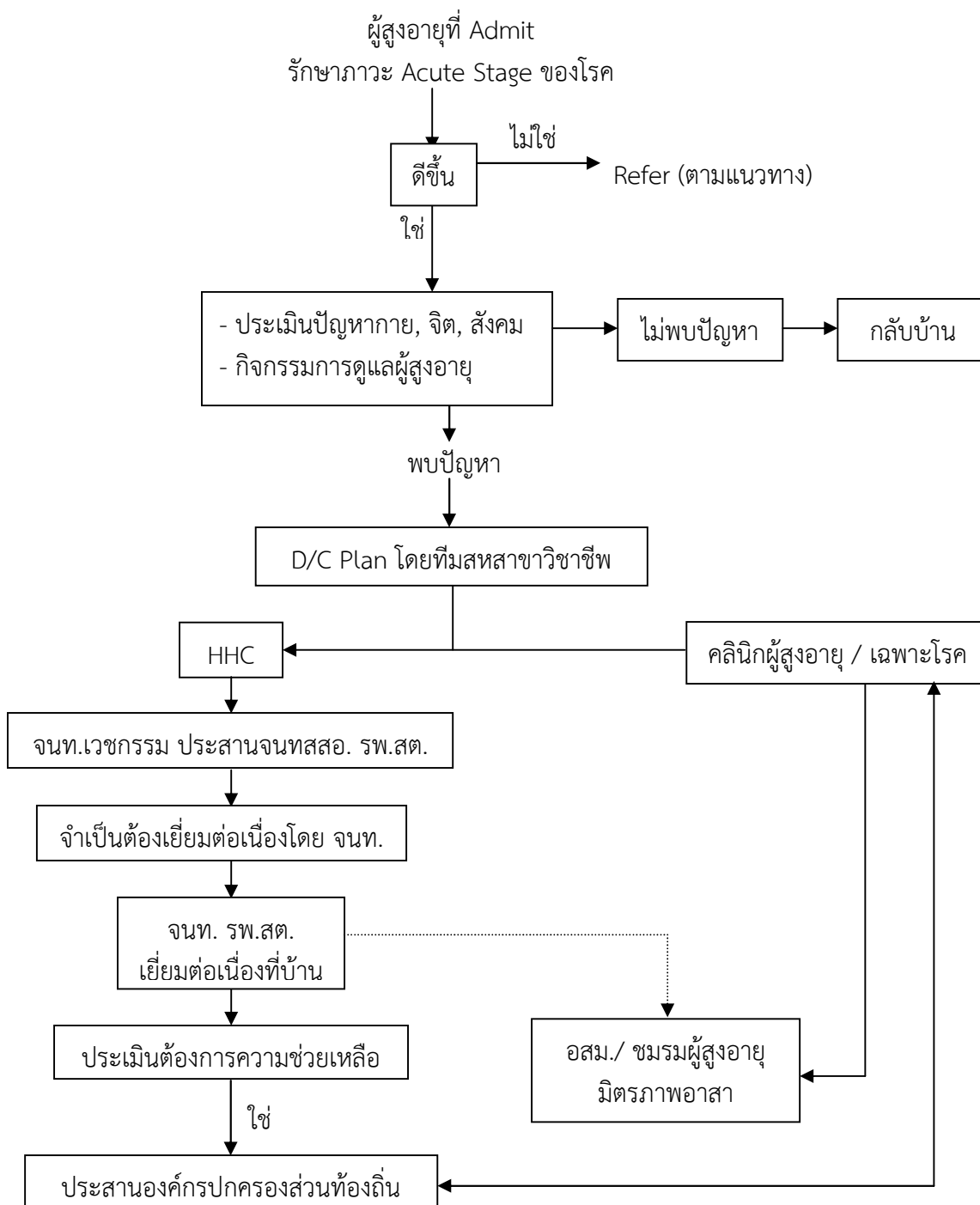
ขั้นตอนการให้บริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว



การจัดระบบบริการสุขภาพตรวจโรคทั่วไปของผู้สูงอายุ



การจัดบริการผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวแผนกผู้ป่วยใน



ขั้นตอนการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

๑. ผู้ป่วยใน (IPD) ที่มาด้วยโรคต่าง ๆ เมื่อมีอาการดีขึ้น ทางหอผู้ป่วยจะมีการประเมินซ้ำในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนอยู่คนเดียวหรือลูกอยู่ต่างจังหวัด บางคนไม่มีญาติพี่น้อง พิจารณาถึงความจำเป็นที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วย stroke ที่ต้องทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยซึมเศร้า

๒. เมื่อกลับไปบ้านต้องส่งข้อมูลและปัญหาที่พบ ประสานงานกับพยาบาลเวชกรรมสังคม เพื่อประสานต่อไปยังเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ของตนเอง ผู้ป่วยบางคนมีปัญหามากเจ้าหน้าที่จะเยี่ยมเอง บางคนมีปัญหาน้อยอาจจะให้อาสาสมัครหรือประสานชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ความช่วยกันดูแล แต่ถ้ามีปัญหาทางสังคม เช่น ขาดคนดูแล มีความพิการ จะมีการประสานกับเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

๓. สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการแผนก OPD GP ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคนอกจากโรคเรื้อรัง จะมารับบริการโดยต้องยื่นบัตรที่ห้องบัตร จะมีพยาบาลคัดกรองโรคประจำที่ห้องบัตรมีการคัดกรองกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่เร่งด่วน ถ้าด่วนมากส่งไปห้องฉุกเฉิน ถ้าผู้สูงอายุก็จะใส่บัตรคิวเฉพาะให้เมื่อพยาบาลหน้าห้องตรวจโรคเจอบัตรผู้สูงอายุก็จะวัดความดันโลหิต ชักประวัติและส่งพบแพทย์โดยมีห้องตรวจเฉพาะซึ่งจะประสานกับแพทย์ GP มีผู้ป่วยทั้งหมดเท่าไรในวันนี้ และจะส่งผู้สูงอายุตรวจห้องนี้ แต่ถ้าเมื่อไหร่ไม่มีผู้สูงอายุมาตรวจ แพทย์ก็จะตรวจผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้ตามปกติ

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

คลินิกผู้สูงอายุเปิดบริการปี ๒๕๕๓ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจพบว่า

ปี พ.ศ.	มีระดับความพึงพอใจ
๒๕๕๓	๘๖%
๒๕๕๔ (เดือนตุลาคม-มกราคม)	๘๘%

งบประมาณในการดำเนินงาน

- งบประมาณบุคลากร อัตรากำลังไม่เพียงพอ
- งบประมาณด้านอื่นๆ มีความพอเพียง (สามารถหาแหล่งงบประมาณอื่นสนับสนุนได้)

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- นโยบายต้องชัดเจน
- ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
- บุคลากรมีศักยภาพในการดำเนินงาน
- มีการนิเทศติดตามงานเป็นระยะและต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. ด้านนโยบาย ระดับประเทศถึงระดับจังหวัดไม่ชัดเจน
๒. ด้านบุคลากร มีบุคลากรไม่เพียงพอ
๓. ด้านงบประมาณ ควรสนับสนุนให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะเพื่อจัดโครงการนำงบประมาณมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ขาดอัตรากำลังของบุคลากร เช่น พยาบาล ๑ คนรับผิดชอบดูแลหลายคลินิก ทำให้มีภาระงานมากไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่
๒. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
๓. ต้องมีการบริหารจัดการในคลินิกผู้สูงอายุระดับบนลงล่างชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องแยกส่วนกับคลินิกเฉพาะโรคอื่น ๆ

แนวทางการแก้ปัญหา

๑. เสนอผู้บริหารให้รับทราบปัญหาในการดำเนินงาน
๒. การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยขอความร่วมมือจากประธานผู้สูงอายุให้มาร่วมทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละเดือน
๓. ประสานขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ ๑ ครั้ง
๔. ประสานอสม.ในพื้นที่เขตเทศบาล ช่วยเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรำไม้พลอง การสอนทำดอกไม้จากใบเตย เป็นต้น

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

- ปรับเปลี่ยนคณะกรรมการทำงานตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงชุมชน
- เสนอผู้บริหารขอบุคลากรผู้รับผิดชอบเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุ แยกส่วนกับคลินิกอายุรกรรม
- จัดทำโครงการบูรณาการ การดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพครอบคลุม กาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในระดับโรงพยาบาลลงสู่ระดับชุมชน

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ : ยังไม่มีนโยบายการที่ชัดเจนถึงการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

มีเฉพาะการจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุโดยแจกคิวผู้สูงอายุ

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

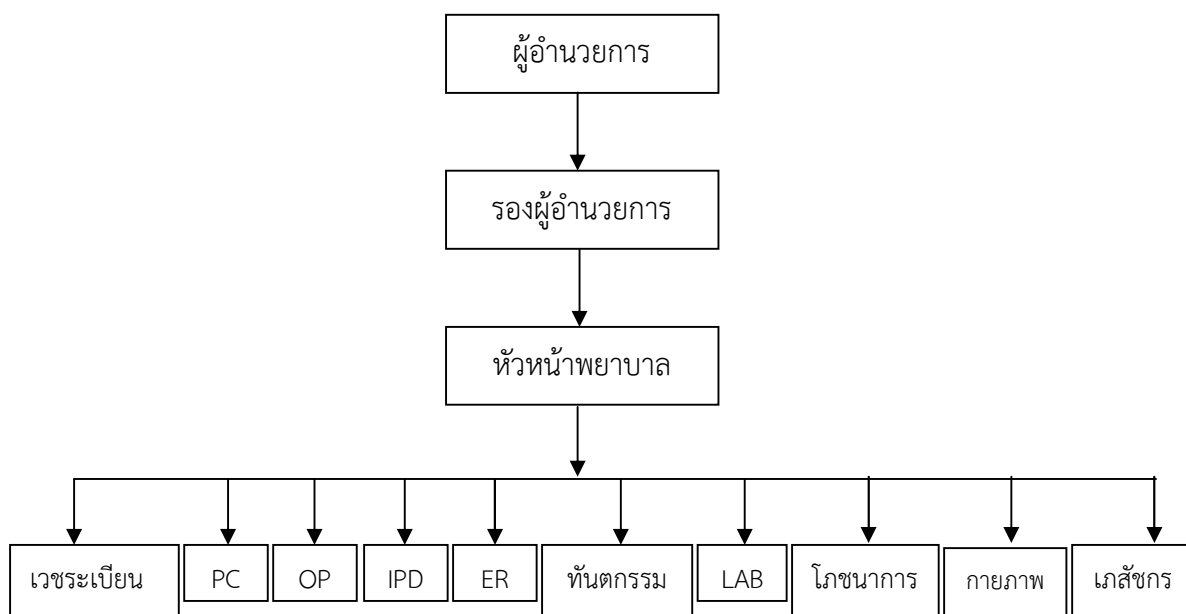
จุดอ่อน : ยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จุดแข็ง : ผู้สูงอายุมีโอกาสพบแพทย์เฉพาะทางตามภาวะสุขภาพของตนเอง

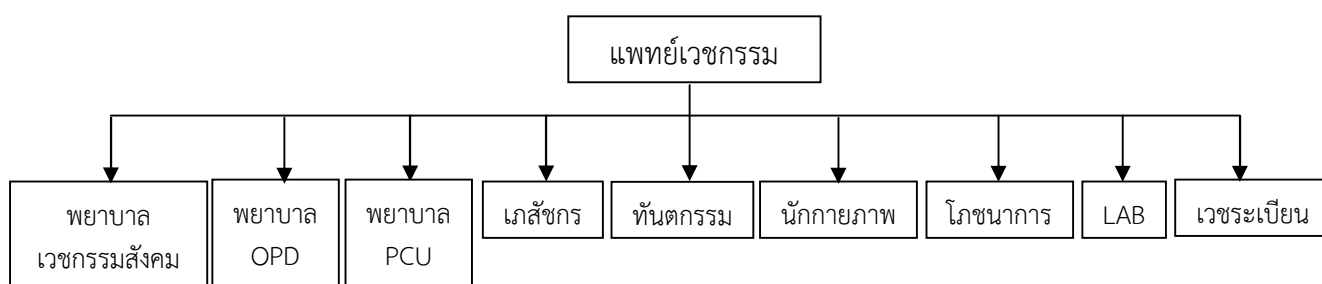
แผนงานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

จะมีการดำเนินการเปิดคลินิกผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ที่ ๑ และ ๓ ของเดือน เริ่มเดือนเมษายน ๒๕๕๔ โดยแพทย์เวชกรรมสังคมเป็นผู้ตรวจรักษาใช้สถานที่ต้องตรวจ OPD ที่มงานประจำห้องตรวจ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพแผนกเวชกรรมสังคม พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก และพนักงานผู้ช่วยเหลือแพทย์จากแผนกผู้ป่วยนอก

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย



บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

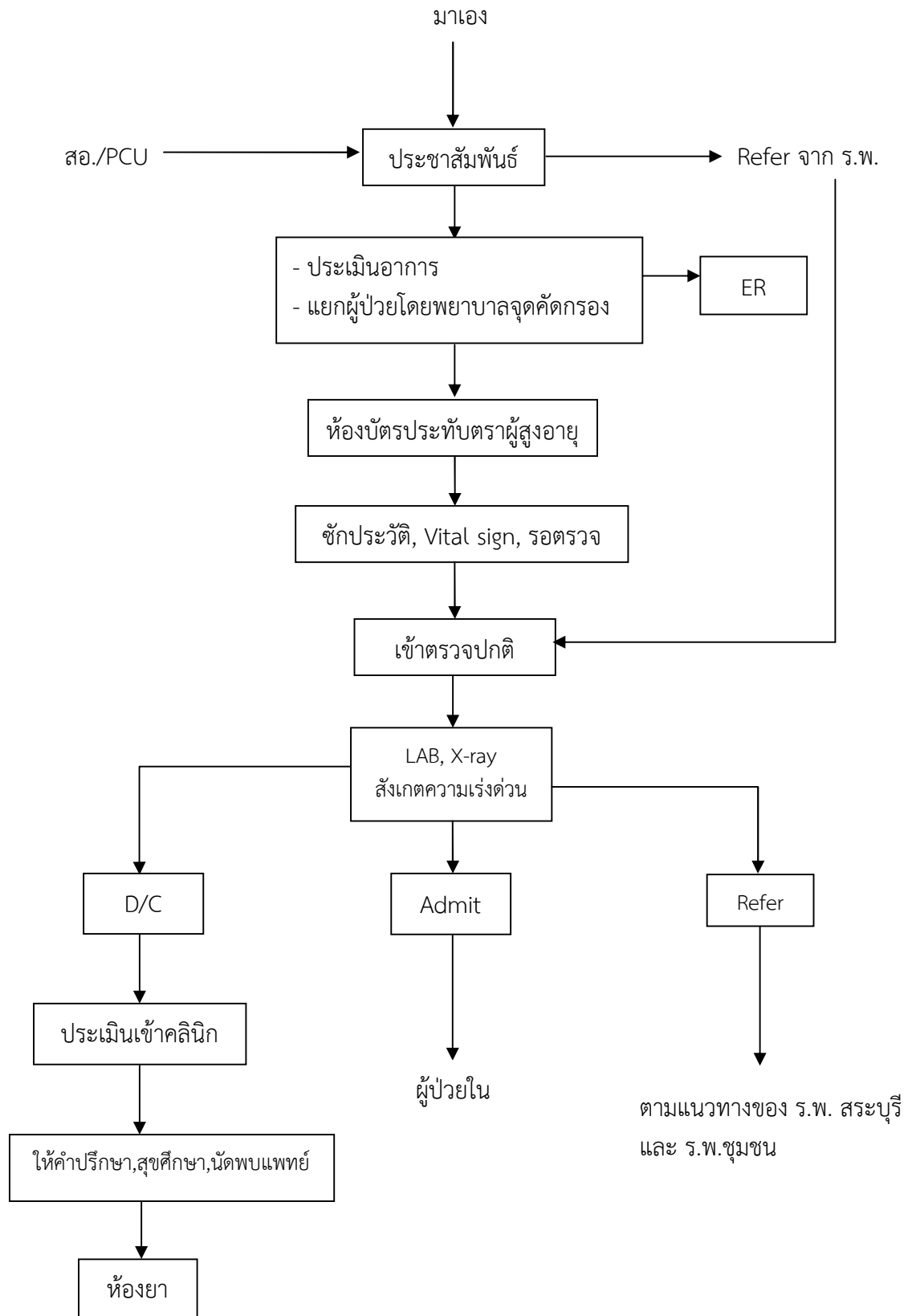


ตำแหน่ง	หน้าที่
แพทย์	ทำหน้าที่ตรวจรักษา
พยาบาลเวชกรรมสังคม	ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน
พยาบาล OPD	คัดกรองซักประวัติ แยกประเภทผู้ป่วย
พยาบาล PCU	ตรวจคัดกรองโรคให้ผู้สูงอายุในชุมชน Refer ต่อมายังโรงพยาบาล ในรายที่มีปัญหา
เภสัชกร	จัดยา เฝ้าระวังการใช้ยาผู้สูงอายุ
ทันตกรรม	ดูแลตรวจสุขภาพในช่องปาก
นักกายภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
LAB	ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
เวชระเบียน	จัดทำข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ

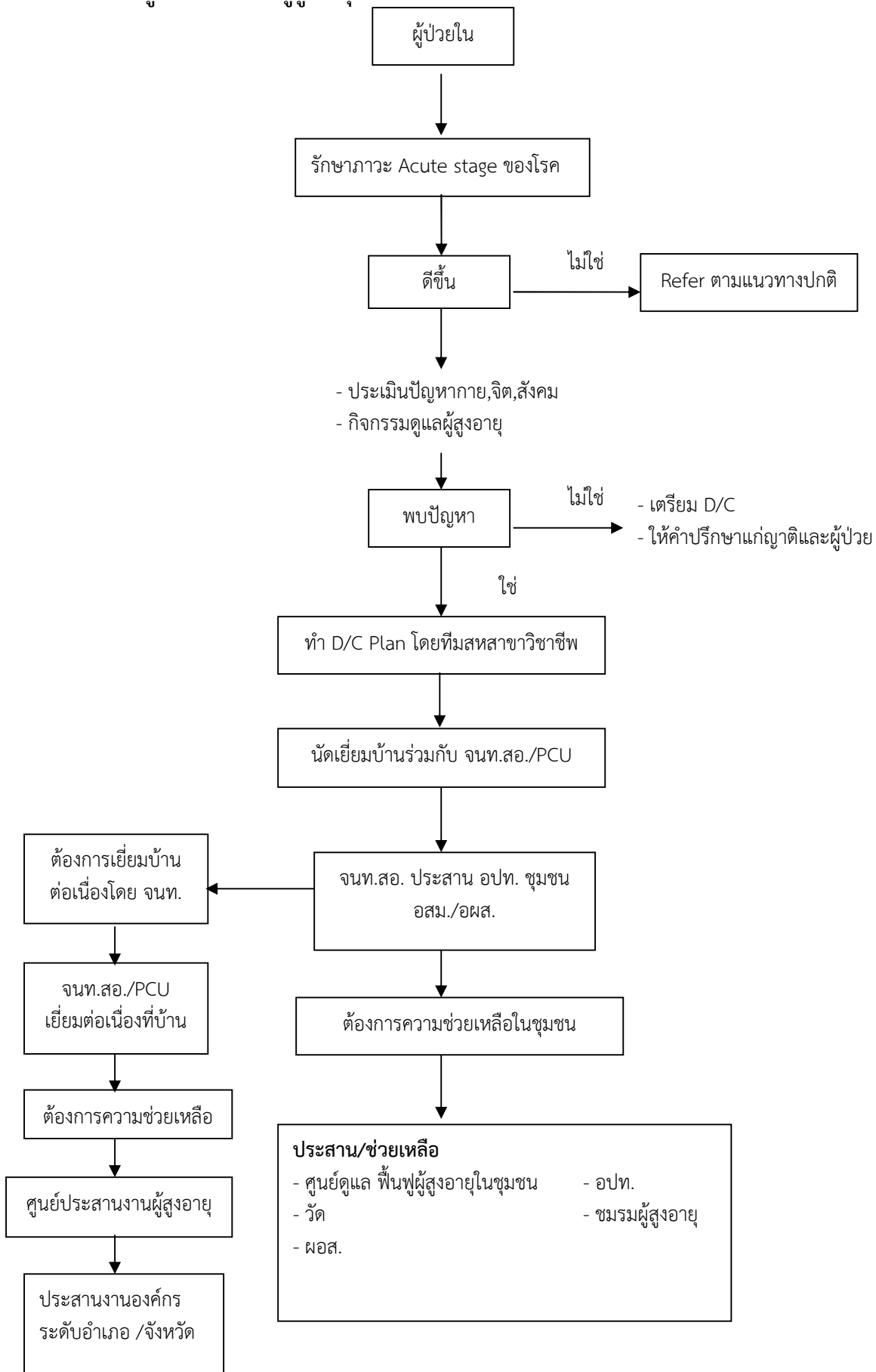
จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ - เมษายน ๒๕๕๔

เดือน/พ.ศ.	ผู้สูงอายุ(ชาย)	ผู้สูงอายุ(หญิง)	รวม
ต.ค.๒๕๕๓	๑,๔๖๗	๒,๐๗๓	๓,๕๔๐
พ.ย.๒๕๕๓	๑,๕๐๐	๒,๓๑๘	๓,๘๑๘
ธ.ค.๒๕๕๓	๑,๔๙๑	๒,๐๘๕	๓,๕๗๖
ม.ค.๒๕๕๔	๑,๔๓๙	๒,๐๓๒	๓,๔๗๑
ก.พ.๒๕๕๔	๑,๓๘๔	๒,๐๑๑	๓,๓๙๕
มี.ค.๒๕๕๔	๑,๔๗๔	๒,๑๙๐	๓,๖๖๔
เม.ย.๒๕๕๔	๑,๓๗๗	๒,๐๔๗	๓,๔๒๔

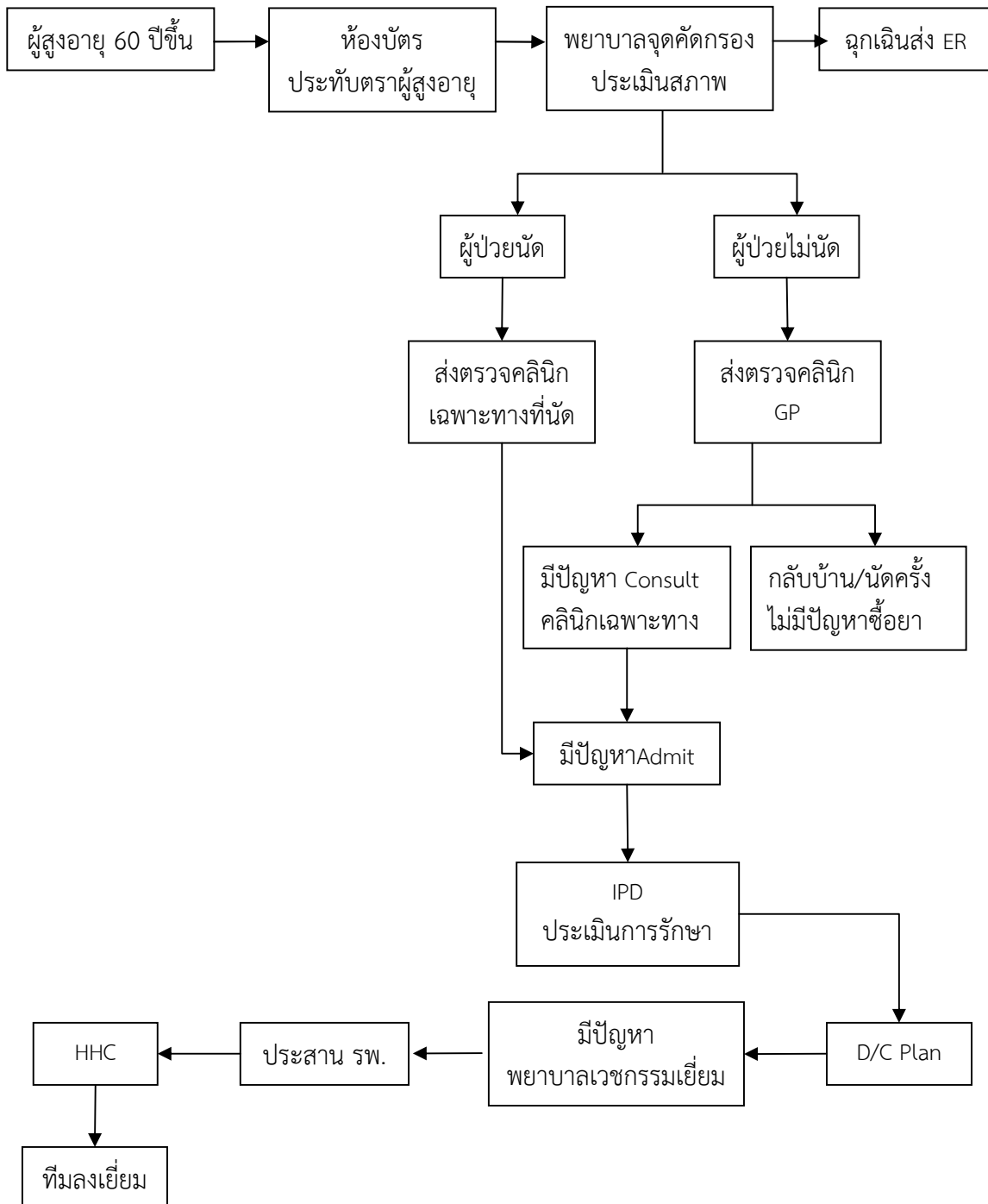
รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ



การจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุ



ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกอื่นในโรงพยาบาล



- การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการแผนกอื่น
- รับปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุจากแผนกอื่น ๆ
- การส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์บริการใกล้บ้าน

ตัวอย่าง Case Study

ผู้ป่วย นายบุญเลิศ จักรพล อายุ ๖๙ ปี HN ๐๔๔๒๓๑๘ ที่อยู่ ๕๓ ม.๒ ต.พุกวาง อ.พระพุทธรักษา จ.สระบุรี วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๔ รับ Refer จาก รพ.สต.หนองคณห์ด้วยเรื่องตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบโรคความดันโลหิตสูง BP ๑๖๐/๙๐ mm.Hg. ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต.หนองคณห์แนะนำให้ผู้ป่วย NPO หลังเที่ยงคืนเพื่อเจาะเลือดตรวจตาม Protocol คัดกรองโรค HT. จากรพ.สต./สอ. ซึ่งจะมีการตรวจ

ผู้ป่วยมาติดต่อที่ประชาสัมพันธ์ (กรณีผู้ป่วยประเภท ๑,๒ จะมีพยาบาลจุดคัดกรองเป็นผู้ประเมินอาการแล้วส่งต่อ ER ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยติดต่อห้องบัตร แล้วเจ้าหน้าที่ห้องบัตรส่งผู้ป่วยไปห้องตรวจโรคทั่วไป (ยังไม่ได้แยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุ) พยาบาลห้องตรวจโรคทั่วไปให้บัตรคิวผู้สูงอายุแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งซักประวัติ วัด Vital Signs แล้วส่งผู้ป่วยไปตรวจ Lab และ EKG ระหว่างรอผลเลือดให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารได้ หลังได้ผล Lab และ EKG จึงส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ และแพทย์สั่งการรักษาให้ยา HCTZ ๑ x ๑ PC (ผล Lab และ EKG ปกติ) แพทย์นัด F/U ๑ เดือน ที่ รพ.สต.หนองคณห์ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวออกตรวจและมีเภสัชกรไปจัดยาให้ที่ รพ.สต.หนองคณห์ และนัด F/U อีก ๖ เดือน ที่โรงพยาบาลพระพุทธรักษา พบแพทย์โรคทั่วไป หลังผู้ป่วยได้รับบัตรนัดแล้วจึงส่งผู้ป่วยไปให้พยาบาล ให้คำปรึกษาห้องที่ ๑ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องโรค HT และการปฏิบัติตัว (กรณีผู้ป่วย DM จะมีนัดคลินิกตาและเท้าด้วยทุกราย)

ในรายผู้ป่วยจะต้องนอนรักษาโรงพยาบาลและแพทย์รักษาอาการของโรค ถ้าอาการดีขึ้น Plan discharge ทำ Discharge Plan โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ถ้าไม่ดีขึ้นเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลทุติยภูมิ แพทย์จะ Refer ไปโรงพยาบาลตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านมีนัดเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./สอ./PCU/พยาบาลเวชกรรมสังคม ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ และมีการประสานต่อไปในชุมชนโดย อบต. (อบต.เทศบาล) และอสม. แล้วจัดให้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน (ตำบล) ต่อไป

ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านการบริการ

- ไม่มีการเก็บข้อมูล

งบประมาณในการจัดบริการ

- ไม่มีการจัดตั้งงบประมาณ

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

- ขาดผู้รับผิดชอบหลักทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
- นโยบายไม่ชัดเจน
- ขาดองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
- ขาดงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ขาดบุคลากรเพียงพอในการทำงาน
- ขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

- ควรมีคลินิกผู้สูงอายุสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
- ให้การดูแลเชิงรุก เชิงรับ เชิงสนับสนุน
- ผูกอบรวมบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ให้บริการแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระบบบริการสุขภาพที่จัดให้กับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพระพุทธบาท

มีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทุกวันพุธที่ ๑ ของทุกเดือน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพระพุทธบาท ยอดผู้รับบริการจำนวน ๒๐๐ คน โดยให้บริการตรวจสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ตรวจเบาหวาน และลงบันทึกในสมุดคู่มือประจำตัวของผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ เน้นหลัก ๓ อ. คือ อาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การพบปะสังสรรค์ มีกิจกรรมสนทนากันสำหรับผู้สูงอายุ เลี้ยงอาหารเพื่อสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกันในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น ทำบุญตักบาตรในวันขึ้นปีใหม่รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ ร่วมพิธีวันเฉลิมพระชนมพรรษา ๕ ธันวาคมและ ๑๒ สิงหาคมของทุกปี จัดกิจกรรมท่องเที่ยวสถานที่สำคัญของจังหวัดต่างๆ เยี่ยมสมาชิกในชมรมที่เจ็บป่วย มอบเงินช่วยเหลือครอบครัวในกรณีที่สมาชิกเสียชีวิต

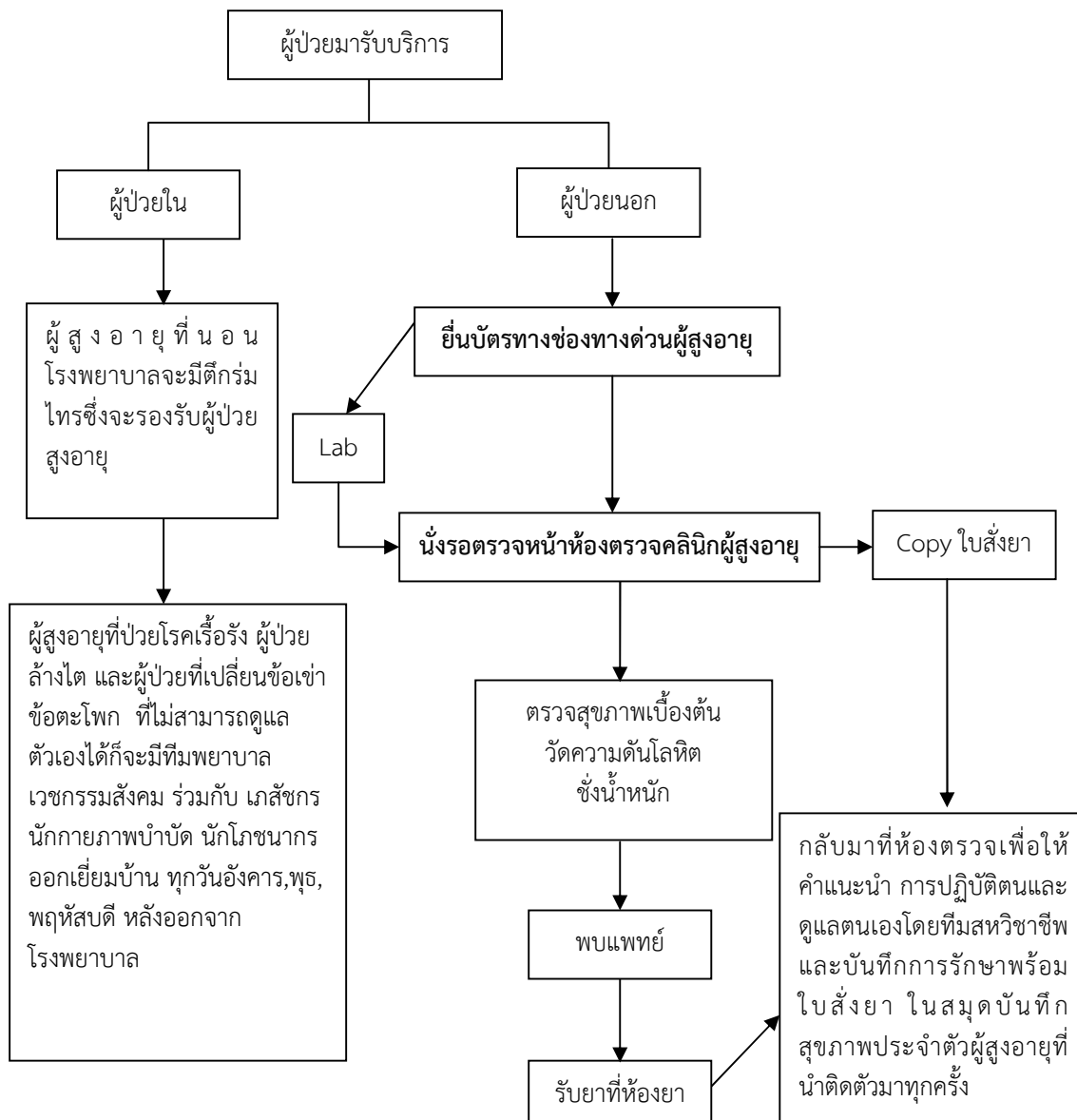
การบริการส่งต่อผู้รับบริการผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ (ครบวงจรต่อเนื่อง) ได้แก่

- โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สต.)/สอ.
- โรงพยาบาลในชุมชนเครือข่าย/รพ.สต./สอ./ชุมชน
- โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระพุทธบาท ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลหนองโดน โรงพยาบาลดอนพุด และโรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ รพ.สต.หนองคันที รพ.สต.เขาวง รพ.สต.หน้าพระลาน รพ.สต.ห้วยป่าหวาย รพ.สต.หนองแก รพ.สต.ธารเกษม รพ.สต.ตรีบุญโสภณ รพ.สต.นายาว รพ.สต. พระพุทธบาท รพ.สต.พุดาจาน รพ.สต.ชัยชะอม และ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนถ้ากระบอ

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. มีคลินิกผู้สูงอายุทุกวันอังคารและศุกร์เช้า
 ๒. มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ” ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบ
 ๓. จัดให้มีการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมี นักวิชาการสาธารณสุข เกษัชกร นักโภชนาการ พยาบาลโดยสลับเปลี่ยนกันมา
 ๔. จัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรและพบแพทย์โดยที่ผู้สูงอายุจะไม่ต้องรอคิวนาน โดยมีสัญลักษณ์แถบสีม่วงที่มอบบนขาของสมุดประวัติผู้ป่วย
 ๕. บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังโดยให้พบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและสั่งยาต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่อง
 ๖. จะมีบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมร่วมกับพยาบาลและเภสัชกรออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยล้างไต และผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกทุกวัน อังคาร, พุธ, พฤหัสบดี
- ### ขั้นตอนการดำเนินงานผู้สูงอายุ



การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

เป้าหมายคลินิกผู้สูงอายุ

“บริการประทับใจ ผู้สูงวัยสุขภาพดี ตามวิถีชีวิต”

ภารกิจ

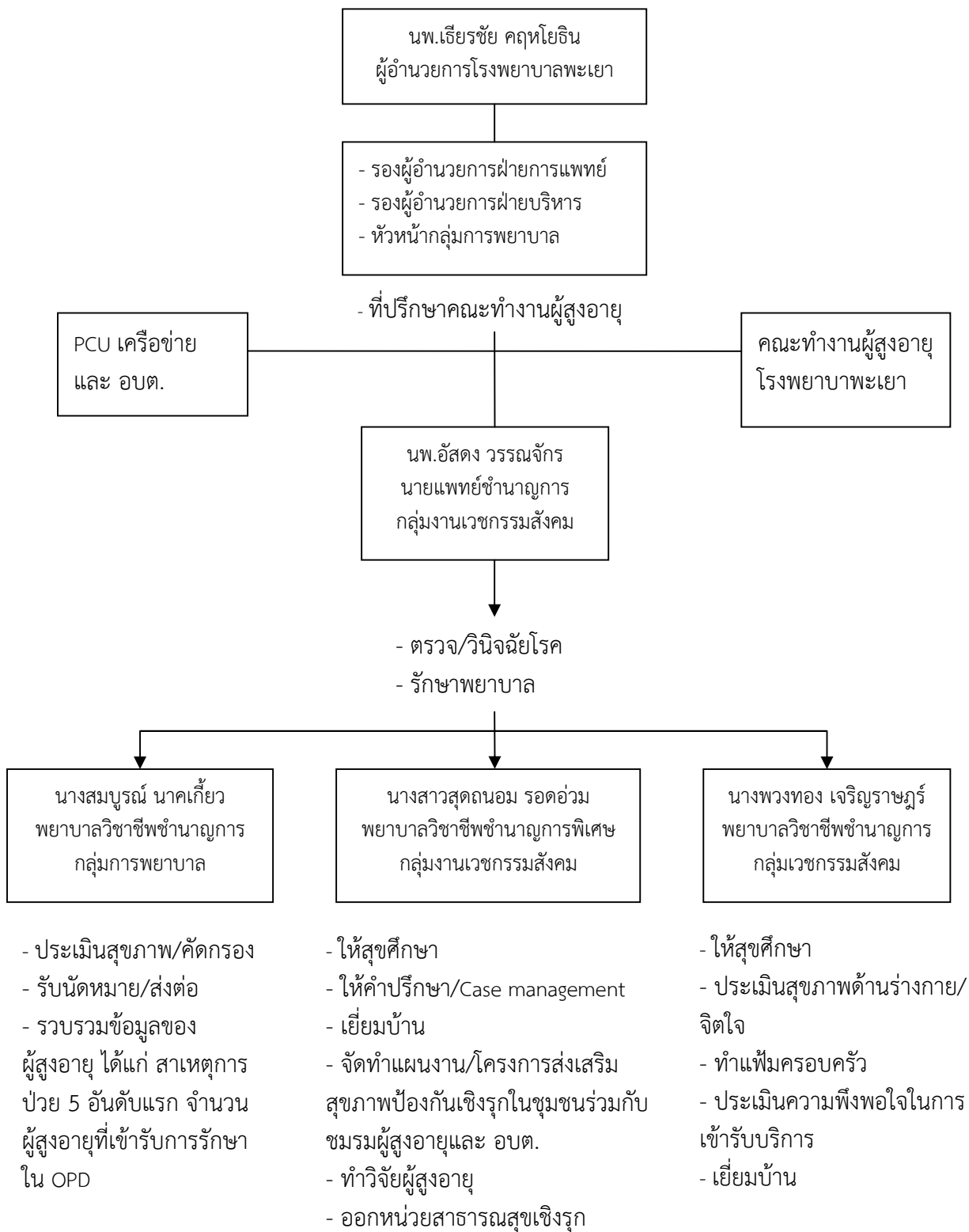
๑. ให้บริการอย่างเหมาะสม สะดวก ปลอดภัย และเข้าถึงสถานบริการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๒. มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

๓. มีการส่งเสริมในการรวมกลุ่ม ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้มีกิจกรรมในกลุ่มของผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านความรู้แก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดูแลพึ่งพาตนเอง อยู่กับครอบครัว ชุมชน ได้อย่างเหมาะสม

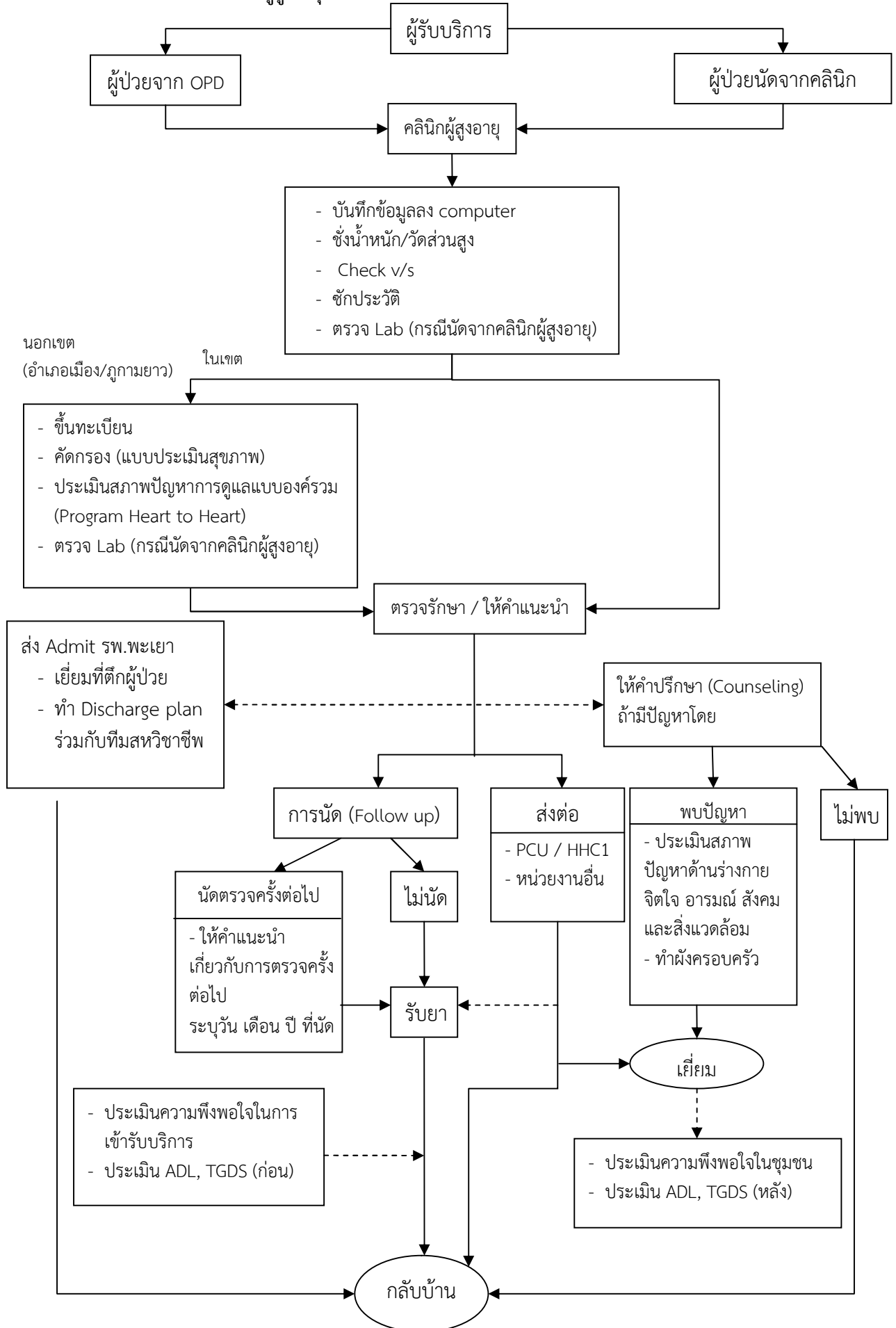
๔. ส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

โครงสร้างบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ รพ.พะเยา



หมายเหตุ - เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.
- ออกหน่วยบริการสาธารณสุขเชิงรุก อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันอังคารของเดือน

ขั้นตอนการเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพะเยา



รูปแบบการจัดบริการ

- ๑. ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองจาก OPD ทัวไปแล้วส่งเข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุในกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่
- ๒. ส่วนผู้ป่วยรายเก่าแพทย์ผู้สูงอายุจะนัดเข้ามาตรวจที่คลินิกผู้สูงอายุได้และเข้ารับการตรวจจากแพทย์ในรายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพะเยา (อำเภอเมืองและอำเภอภูกามยาว)
- ๓. ดำเนินการขึ้นทะเบียนเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยจัดให้มีแฟ้มครอบครัว ประเมินด้านร่างกาย (ADL, IDL) ด้านจิตใจ (TGDS) และเข้าร่วมประเมินสภาพปัญหาการดูแลแบบองค์รวมเน้น ๔ ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาทุกรายตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาลและชุมชน

การส่งต่อไปหน่วยงานในโรงพยาบาลจะมีแบบฟอร์มซึ่ง OPD ทัวไปจัดทำขึ้นจากคลินิกใดคลินิกหนึ่งไปยังอีกคลินิกหนึ่ง แต่ถ้าส่งต่อไปนอกโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์ม บส.๐๘ ซึ่งเป็นแบบฟอร์มของกระทรวงฯ ส่วนในชุมชนจะต้องผ่าน PCU และประสานต่อไปยัง อบต.

จำนวนผู้รับบริการผู้สูงอายุ (ปี 2553) จำนวน 20 คน/วัน จำนวน 78 คน/เดือน
แยกตาม กลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)
๖๐-๖๙ ปี	๔๓๐
๗๐-๗๙ ปี	๔๒๒
๘๐ ปีขึ้นไป	๗๗

ข้อมูลความพึงพอใจด้านการบริการ

ปี พ.ศ.	ระดับความคิดเห็น			
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
๒๕๕๑	๓๗.๘๘	๕๖.๒๖	๕.๕๑	๐.๓๕
๒๕๕๒	๕๔.๒๒	๔๑.๙๐	๓.๔๘	๐.๔๐
๒๕๕๓	๕๓.๐๒	๔๔.๓๒	๒.๕๔	๐.๑๒

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- มีนโยบายและการจัดตั้งคณะทำงาน
- มีการติดตามนิเทศงานจากคณะตรวจราชการจากส่วนกลางเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดของจังหวัดพะเยา
- มีแพทย์จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมตรวจที่คลินิกผู้สูงอายุสามารถทำได้ครบวงจรจากโรงพยาบาลถึงชุมชน

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จ

ขาดสถานที่เฉพาะทำให้ไม่สามารถให้บริการแบบ one stop service ทั้งรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ปัญหาและอุปสรรคตั้งแต่ดำเนินการ : ปัญหาอุปสรรคจะเป็นเรื่องสถานที่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๆ ที่มีมีตรวจในวันนั้น ทำให้โยกย้ายบ่อบุคลากรผู้สูงอายุสับสน

แนวทางแก้ไข : เสนอผู้บริหารเพื่อขอสถานที่เฉพาะ เพราะเกิดผลกระทบในการรักษาต่อเนื่องได้
งบประมาณในการดำเนินงาน

ใช้ทั้งเงินงบประมาณ งบเงินบำรุง เงินสวัสดิการ และงบกองทุนระดับตำบล

แนวคิดในการพัฒนางานผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา เนื่องจากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพะเยา จะเป็นผู้นำด้านบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพประทับใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยมีพันธกิจ ให้มีการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน สนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและมีระบบบริหารจัดการที่ได้มาตรฐาน ฉะนั้นงานบริการผู้สูงอายุจึงต้องพัฒนาเพื่อให้ “บริการประทับใจ ผู้สูงอายุสุขภาพดี ตามวิถีชีวิต” โดยมีภารกิจดังต่อไปนี้

๑. ให้บริการอย่างเหมาะสม สะดวก ปลอดภัย และเข้าถึงสถานบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

๒. มีระบบงานหรือกระบวนการให้บริการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

๓. มีการส่งเสริมในการรวมกลุ่ม ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้มีกิจกรรมในกลุ่มของผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านความรู้ แก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวัน ดูแลพึ่งพาตนเองอยู่กับครอบครัวชุมชนได้อย่างเหมาะสม

๔. ส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

๕. จัดทำแผนพัฒนางานบริการผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ การพัฒนางานบริการผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่สะดวกและเหมาะสม

๒. ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

๓. บุคคลในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการให้บริการผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา พบว่าระบบงาน

๑. ไม่มีการกำหนดภารกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของการจัดบริการเป็นลายลักษณ์อักษร

๒. ไม่มีการกำหนดวิธีปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร

๓. ไม่มีการจัดทำแผนงานโครงการของการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น แผนงบประมาณ แผนปฏิบัติการ แผนพัฒนาบุคลากร

๔. ไม่มีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุกับทีมผู้ให้บริการ เพื่อที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถกลับไปดำเนินกิจกรรมประจำวัน สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

๕. ไม่มีการติดตามข้อมูลและสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

๔. รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย (Purpose) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพ

หน้าที่ ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการรักษาพยาบาล

ขอบเขตบริการ

๑. ด้านการรักษาพยาบาล
๒. การส่งเสริมสุขภาพ
๓. การฟื้นฟูสภาพ
๔. พัฒนาศักยภาพของชุมชน

เป้าหมาย

๑. ผู้สูงอายุอำเภอศรีรัฐนิคมได้รับการดูแลสุขภาพโดยกิจกรรมของคลินิกผู้สูงอายุอำเภอศรีรัฐนิคมอย่างครอบคลุม
๒. ผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ
๓. เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็ง

นโยบายทั่วไป

๑. ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งสิทธิตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ และตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖
๒. ส่งเสริม สนับสนุน ร่วมมือกับหน่วยงานของราชการตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพชีวิต และความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ
๓. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว ส่งเสริมค่านิยม ความกตัญญูทวดเฒ่าและความเอื้ออาทรต่อกัน
๔. ส่งเสริมผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จุดอ่อน - งบประมาณสนับสนุนงานคลินิกผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนน้อยส่วนที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต่อเนื่องเพราะการเปลี่ยนแปลงผู้นำทางการเมืองตามยุคสมัย

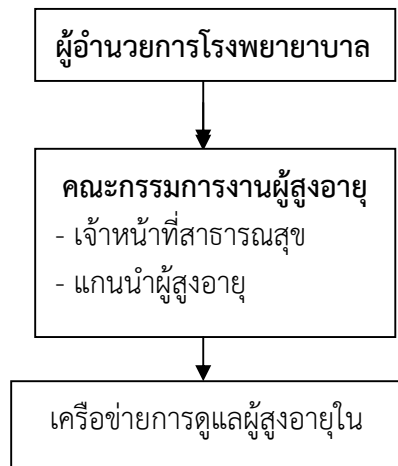
- ข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถแยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุได้อย่างเป็นสัดส่วน

จุดแข็ง - ผู้นำมีวิสัยทัศน์กว้างไกล กำหนดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในแผนยุทธศาสตร์

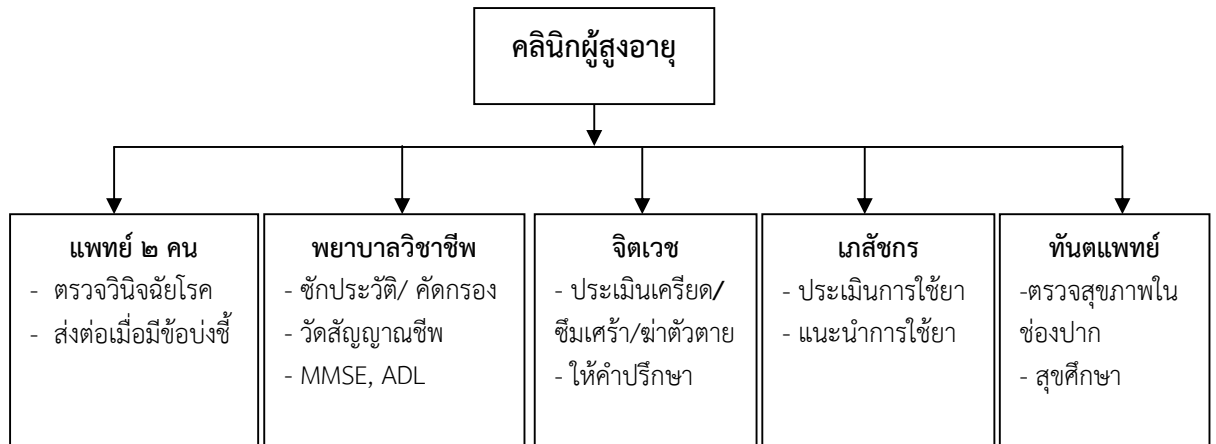
- ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

- ภาควิชาผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุในชุมชนเข้มแข็ง มีศักยภาพ รวมกลุ่มพัฒนาตนเองเปลี่ยนจากภาระให้เป็นพลัง รวมกลุ่มทำประโยชน์ให้แก่สังคม

๒. โครงสร้างการดำเนินงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม



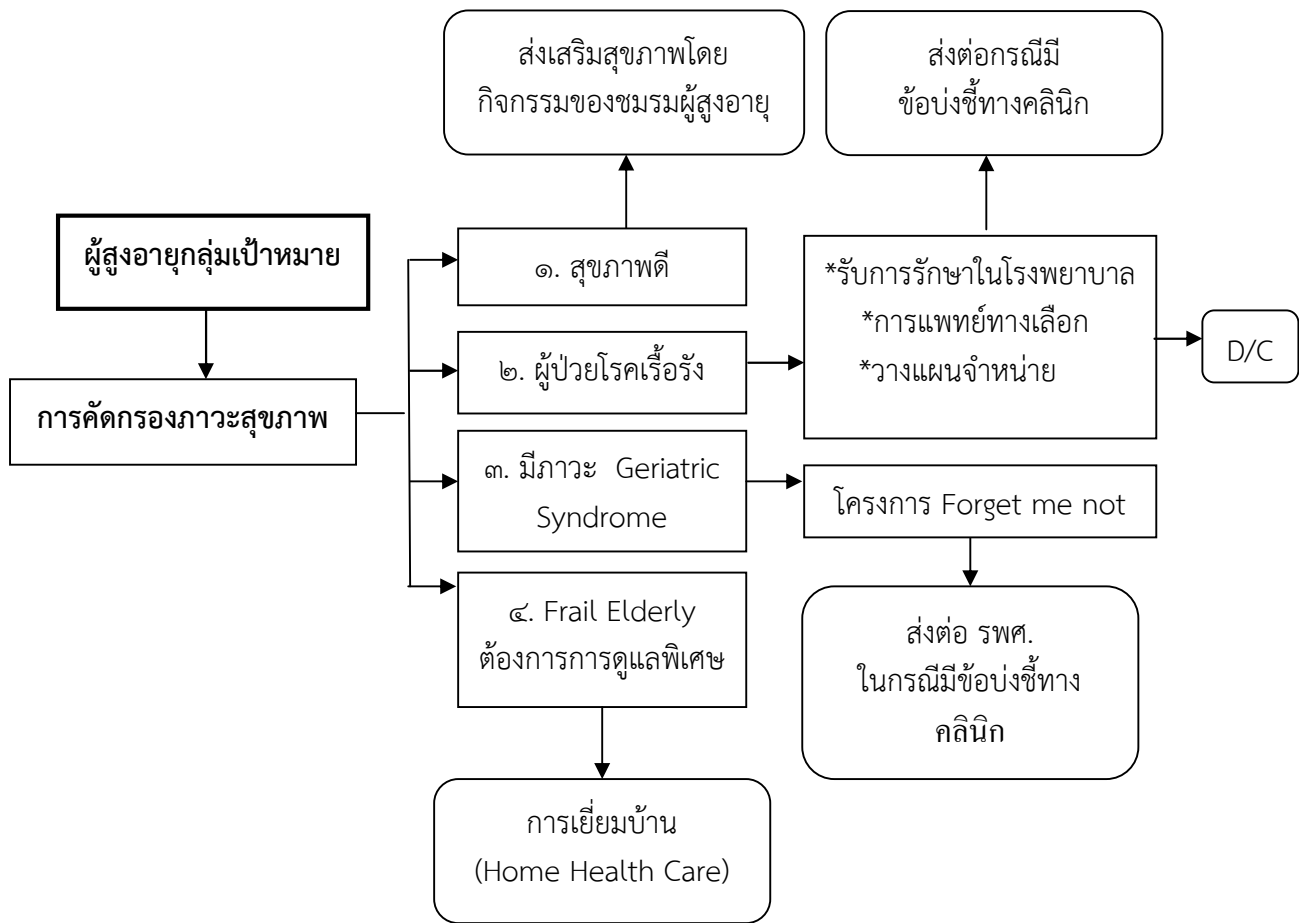
บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ



จำนวนผู้รับบริการผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชฯ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ปี พ.ศ.๒๕๕๑			ปี พ.ศ.๒๕๕๒			ปี พ.ศ.๒๕๕๓		
	ครั้ง/ปี	ครั้ง/เดือน	ครั้ง/วัน	ครั้ง/ปี	ครั้ง/เดือน	ครั้ง/วัน	ครั้ง/ปี	ครั้ง/เดือน	ครั้ง/วัน
๖๐-๖๙ ปี	๗,๘๐๓	๖๕๐	๒๑	๘,๖๙๑	๗๒๔	๒๔	๘,๖๐๑	๗๑๗	๒๔
๗๐-๗๙ ปี	๗,๑๓๕	๕๙๕	๑๙	๘,๖๙๕	๗๒๕	๒๔	๘,๑๘๓	๖๘๒	๒๒
๘๐-๘๙ ปี	๒,๒๒๘	๑๘๖	๖	๘๗๔	๒๔๐	๘	๒,๘๕๔	๒๓๘	๘
๙๐ ขึ้นไป	๓๒๔	๒๗	๑	๓๔๖	๒๙	๑	๓๗๗	๓๑	๑

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ



๓.๑ การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

๑. บริการทางคลินิกหออผู้ป่วยนอก

- มีการจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปทุกคน สำหรับผู้สูงอายุทั่วไปที่มีอาการเปลี่ยนแปลง จะมีการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนใช้บริการช่องทางด่วน โดยติดบัตรสีแดงเป็นสัญลักษณ์

- กิจกรรมการเรียนรู้ การให้ศึกษาในคลินิก เช่น รมรณรงค์การล้างมือ ค่ายเบาหวาน

- ปรับรูปแบบการบริการเป็น One Stop Service และปรับเวลาให้บริการตั้งแต่เวลา ๐๖.๓๐ น. ในกลุ่มคลินิกเรื้อรังเบาหวาน

- ฉีดวัคซีน เช่น ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรัง

- ออกกำลังกาย ผ่อนคลาย มีการยืดเหยียดก่อนพบแพทย์

๒. บริการทางคลินิกในหออผู้ป่วย

- ประเมินปัญหาและความต้องการครอบคลุมองค์รวม

- ดูแลแบบสหวิชาชีพและวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคเรื้อรัง

- ประเมินโภชนาการและจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค

- ผู้สูงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป/ผู้สูงอายุที่หลังล้มจะได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

- กิจกรรมธรรมชาติเชื่อมโยงสุขภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) ติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ

- ติดตามประเมินผลการรักษา

- ค้นหา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง

- ประเมินสิ่งแวดล้อม

- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

๓.๒ การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

๑. คัดกรองภาวะสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของสถานีนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. ผู้สูงอายุด้วยโอกาส ไม่มีผู้ดูแล เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลจากจิตอาสา (อผส.) ที่ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

๑. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การออกกำลังกายโดยรำไม้พลองของป้าบุญมีในผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังแข็งแรง

- การออกกำลังกายโดยใช้ท่าฤๅษีตัดตนในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมหรือออกกำลังกายกลางแจ้งไม่ได้

- การแข่งขันกีฬาประจำปี มหกรรมสร้างสุขภาพประจำปี

- การตรวจสุขภาพในช่องปาก การคัดกรองมะเร็งในช่องปาก

- การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย

๒. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- การให้ศึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

การดูแล ตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- การป้องกันการติดเชื้อของไข้หวัดใหญ่ ฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๓. กิจกรรมทางศาสนา

- สวดมนต์ ไหว้พระ
- นั่งสมาธิ แผ่เมตตา
- ฟังธรรมเทศนา
- ร่วมงานบุญและร่วมพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ เช่น วันเข้าพรรษา
- ร่วมเป็นเจ้าภาพงานศพของสมาชิก

๔. กิจกรรมสันทนาการ

- กระตุ้นการแสดงออกของสมาชิกในชมรม เดือนละ ๓ กลุ่ม
- การเล่นเกมส์
- รำวงพื้นบ้าน ร้องเพลง การรักษาศิลปะพื้นบ้าน เช่น เพลงนา เพลงบอก เพลงกล่อมเด็ก

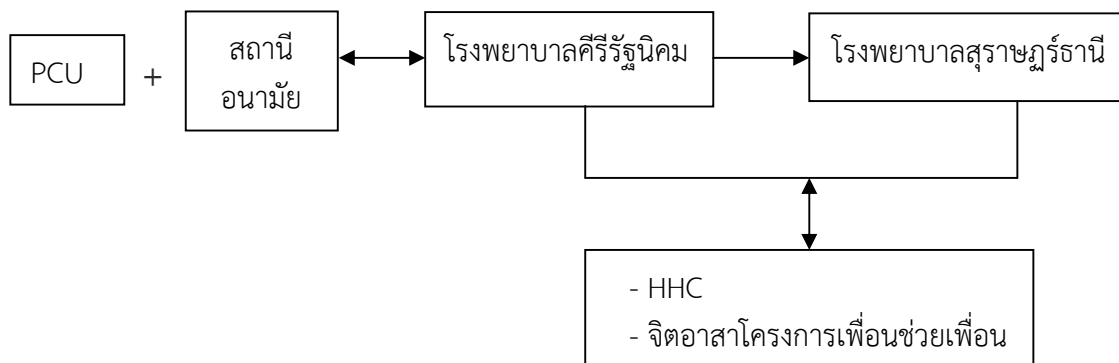
๕. การสืบสานวัฒนธรรม ประเพณี

- ส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่
- กตัญญูกตเวทิตารดน้ำผู้สูงอายุในวันสงกรานต์
- เป็นต้นแบบการรักษาศิลปะพื้นบ้าน

๖. การบำเพ็ญประโยชน์

- จิตอาสาในโรงพยาบาล
- ร่วมทำความสะอาดวัด โรงเรียน
- เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
- ช่วยเหลือทายาทสมาชิกกองทุนฌาปนกิจชมรมผู้สูงอายุ
- มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน

๔. ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาล และชุมชน



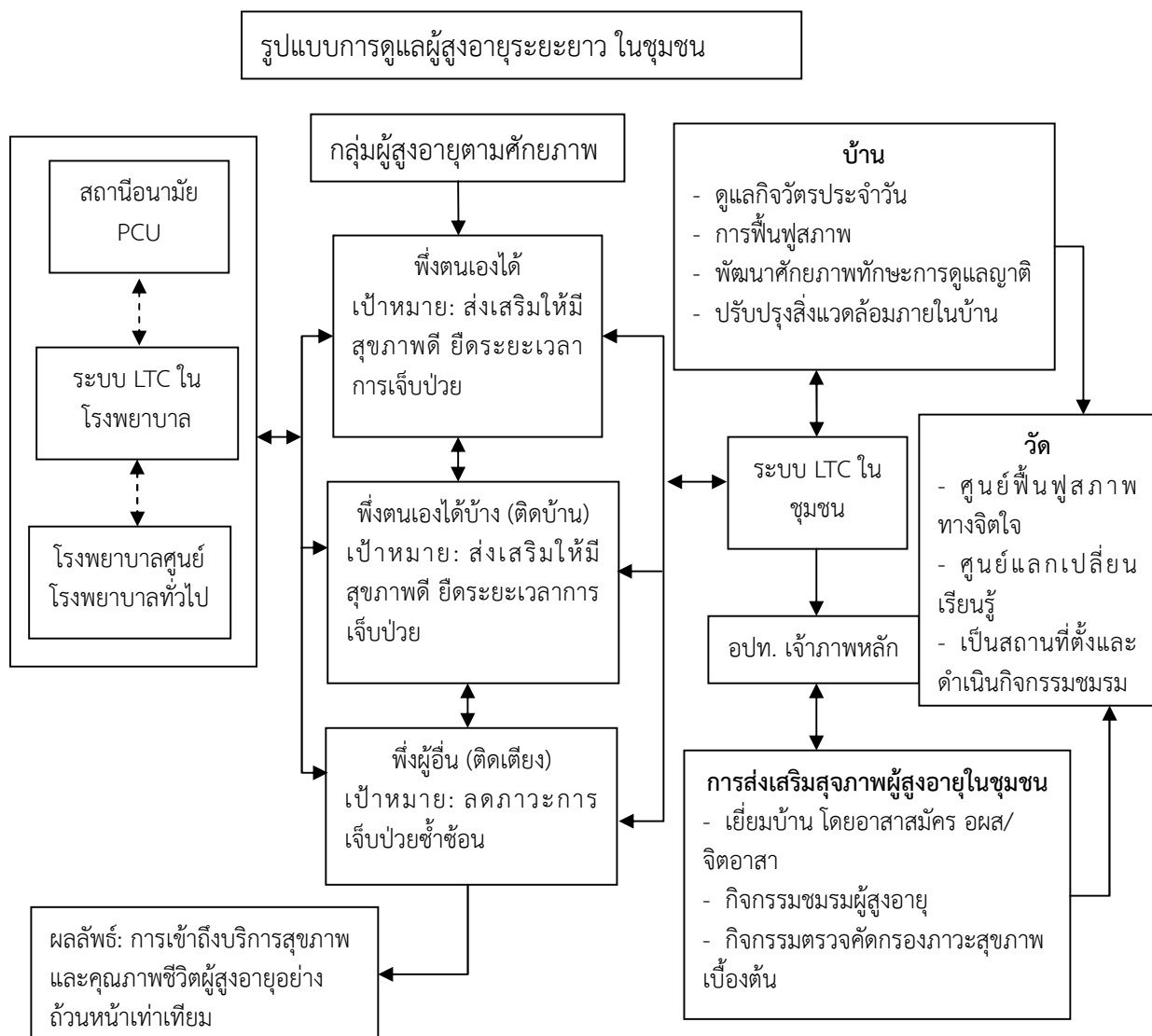
ขั้นตอนการจัดบริการ

๑. เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการให้บริการ และการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดศักยภาพของโรงพยาบาล เพราะบริบทของโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทาง หากเป็นผู้สูงอายุที่พบปัญหาด้านสมองเสื่อม ประเมิน MMSE แล้วผิดปกติ ส่งต่อคลินิกความทรงจำเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีธานีทราย แล้วรอรับการส่งต่อ Case ให้ทีม HHC เยี่ยมบ้านติดตามต่อปีละ ๑ ครั้ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ทางโรงพยาบาลได้ทำโครงการร่วมกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (คลินิกความทรงจำ) ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในอำเภอคีรีรัฐนิคม

๒. ระบบนัดผู้ป่วยในกลุ่มที่ต้องการติดตามความก้าวหน้าของการรักษา เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรัง กรณีไม่มาตามนัดเกิน ๑ เดือน มีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามสาเหตุการขาดนัด เลื่อนนัดหรือเปลี่ยนวันนัด สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยการวางแผนจำหน่าย คือประเมินปัญหาที่คาดว่าจะเกิดหลังจำหน่ายและเตรียมความพร้อมในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการฝึกปฏิบัติ เช่น ทำแผล เคาะปอด ให้อาหารทางสายยาง หากสามารถปฏิบัติได้ดีจึงจะจำหน่าย เมื่อกลับบ้านญาติสามารถโทรปรึกษาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง จากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใน

๓. กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลด้วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ CVA มีแผล Bed Sore เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผล ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การวางแผนจำหน่ายโดยเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล โดยแพทย์พยาบาลกำหนดเป้าหมายการดูแลและความเสี่ยงทั้งด้าน Specific clinical risk และ Common Clinical Risk พยาบาลสอนญาติทำแผล พลิกตะแคงตัว นักการแพทย์แผนไทยสอนการทำกายภาพ นวดบำบัด มีการประเมินผลของทีมสหวิชาชีพในด้านความพร้อมของผู้ดูแล จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อข้อมูลในรายที่ต้องดูแลต่อเนื่องไปยังศูนย์ HHC โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม สถานีอนามัย เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป และมีการนำข้อมูลจากการติดตามผลการดูแลโดยการนัด F/U ผู้ป่วย การสรุปผลจากการเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับใบส่งต่อของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การติดตามดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานอื่น เช่น ทีม HHC จิตอาสา มาปรับกระบวนการดูแลรักษาต่อไป

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



(ที่มา : สำนักส่งเสริมผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

การส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ มีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพครบทั้ง ๕ ด้านคือ ด้านร่างกาย เน้นการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ จิตใจเบิกบาน ด้านความคิด คิดดี คิดได้ สมองไม่เสื่อม ด้านสังคม ได้เพื่อนได้ช่วยคนอื่น มีความทันสมัย และด้านจิตวิญญาณ ช่วยให้มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า

๒. ผู้สูงอายุกลุ่มเจ็บป่วย ดูแลตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้ดีที่สุดและนานที่สุดเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ปรับโครงสร้างทางกายภาพ เช่น ราวจับ ทางลาด ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป หรือกรณีมีอาการเร่งด่วน มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/ครอบครัวให้มีความรู้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้

๓. กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) มีระบบการเยี่ยมบ้าน Home health care อย่างต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ การเยี่ยมและ Empowerment ครอบครัวจนสามารถจำหน่าย Case ได้ มีการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม อสม. และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเป็น อพส. ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” พัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุ โดยจิตอาสาในหมู่บ้านและระบบ EMS ของโรงพยาบาลศิริราช

โอกาสพัฒนา : ปลุกฝังค่านิยมการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่วัยเด็ก จัดกิจกรรม “อาสาสมัครน้อย” ให้ลูกหลานในชุมชนติดตามอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเยี่ยมบ้านและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ปี (พ.ศ.)	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)
๒๕๕๒	๘๖.๑๔
๒๕๕๓	๙๐.๕๖

หมายเหตุ ความพึงพอใจปี ๒๕๕๓ เพิ่มขึ้นเนื่องจากปรับบริการเป็น One Stop Service ในคลินิกเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หอบหืด เป็นต้น

งบประมาณในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

- ด้านบุคลากร : ยังไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น จำนวนบุคลากรไม่เพิ่มขึ้น บุคลากรที่รับผิดชอบงานสูงอายุนได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้อยู่เสมอ
- ด้านงบประมาณสิ่งของ เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
- งบประมาณอื่นๆ
 - องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะสุขภาพ มหกรรมสร้างสุขภาพประจำปี
 - องค์การบริหารส่วนตำบลท่าขนอน สนับสนุนงบประมาณด้านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยสนับสนุนงบประมาณโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” (พ.ศ. ๒๕๕๐ – เม.ย. ๒๕๕๒)
 - ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๑ สนับสนุนงบประมาณ โครงการสร้างสรรค์ภูมิปัญญาพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงวัย (ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ และปี พ.ศ. ๒๕๕๒)
 - คลินิกความทรงจำ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีร่วมคัดกรองค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและรับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. มุมมอง แนวคิดของผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ
๒. มีการรับฟัง/สอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและปรับรูปแบบการให้บริการเหมาะสมกับผู้สูงอายุและบริบทของโรงพยาบาล มีผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการภาคประชาชนของโรงพยาบาล

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จ

๑. ข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่สามารถปรับการให้บริการเป็นแบบ One Stop Service สำหรับผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและนักโภชนาการ
๒. ยังไม่สามารถจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วนสำหรับผู้สูงอายุทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

๑. ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ปัจจุบันเริ่มก่อตั้งกองทุนสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการสมทบทุนก่อสร้างอาคารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร เช่น หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูและ ศูนย์ Day Care สำหรับผู้สูงอายุ การแพทย์ทางเลือก (แพทย์แผนไทย) เป็นต้น

๒. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ครอบคลุมทั้งอำเภอศิริราช โดยมีชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราชเป็นต้นแบบ (ผ่านการรับรองชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ HPMQA ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และดำเนินแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากกรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๕๓

๓. แผนพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ปัจจุบันส่งเจ้าหน้าที่ศึกษาระดับปริญญาโทด้านผู้สูงอายุเพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชต่อไป

๑๐. ภาพถ่ายกิจกรรม



การคัดกรองภาวะสุขภาพในชุมชน



Home Health Care



จิตอาสา

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดีภายใต้ศักยภาพและบริบทของโรงพยาบาล ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

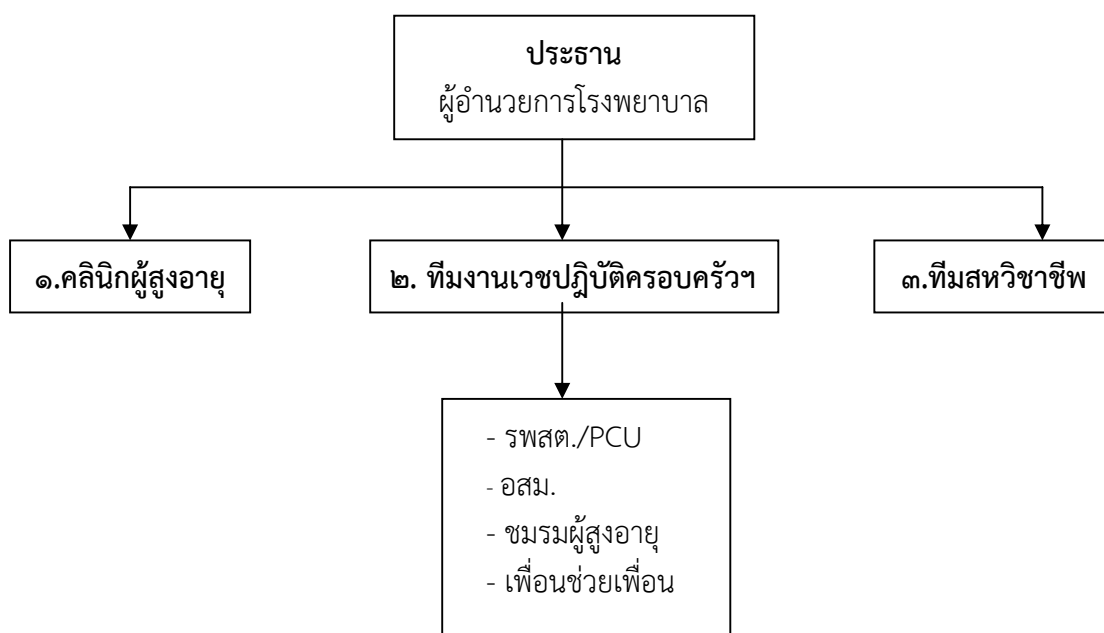
จุดแข็ง - ผู้บริหารเห็นชอบในนโยบายให้มีการจัดบริการและติดตามเป็นระยะ

- ทีมงานรองรับการดำเนินงาน เช่น ทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

จุดอ่อน - งบประมาณที่ไม่ชัดเจน

- รูปแบบการจัดบริการคลินิกในสถานบริการที่ยังปฏิบัติตามมาตรฐาน 4 ข้อไม่ได้
- นโยบายจากส่วนกลางไม่ชัดเจน
- ผู้รับผิดชอบที่ไม่มีระบุชัดเจนในระบบตำแหน่งและกรอบการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง ๆ ที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุมากขึ้น ลักษณะงานเหมือนงานแฝงไม่ใช่งานหลัก
- หน่วยงานไม่เห็นความสำคัญ เนื่องจากความไม่ชัดเจนในการลงรายงาน และ ICD ไม่มีผลต้องงบประมาณโดยตรงทำให้งานไม่สำคัญ
- การประสานงานในทีมไม่ต่อเนื่องและเป็นระบบ
- ระบบสื่อสารที่มีอยู่ไม่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ



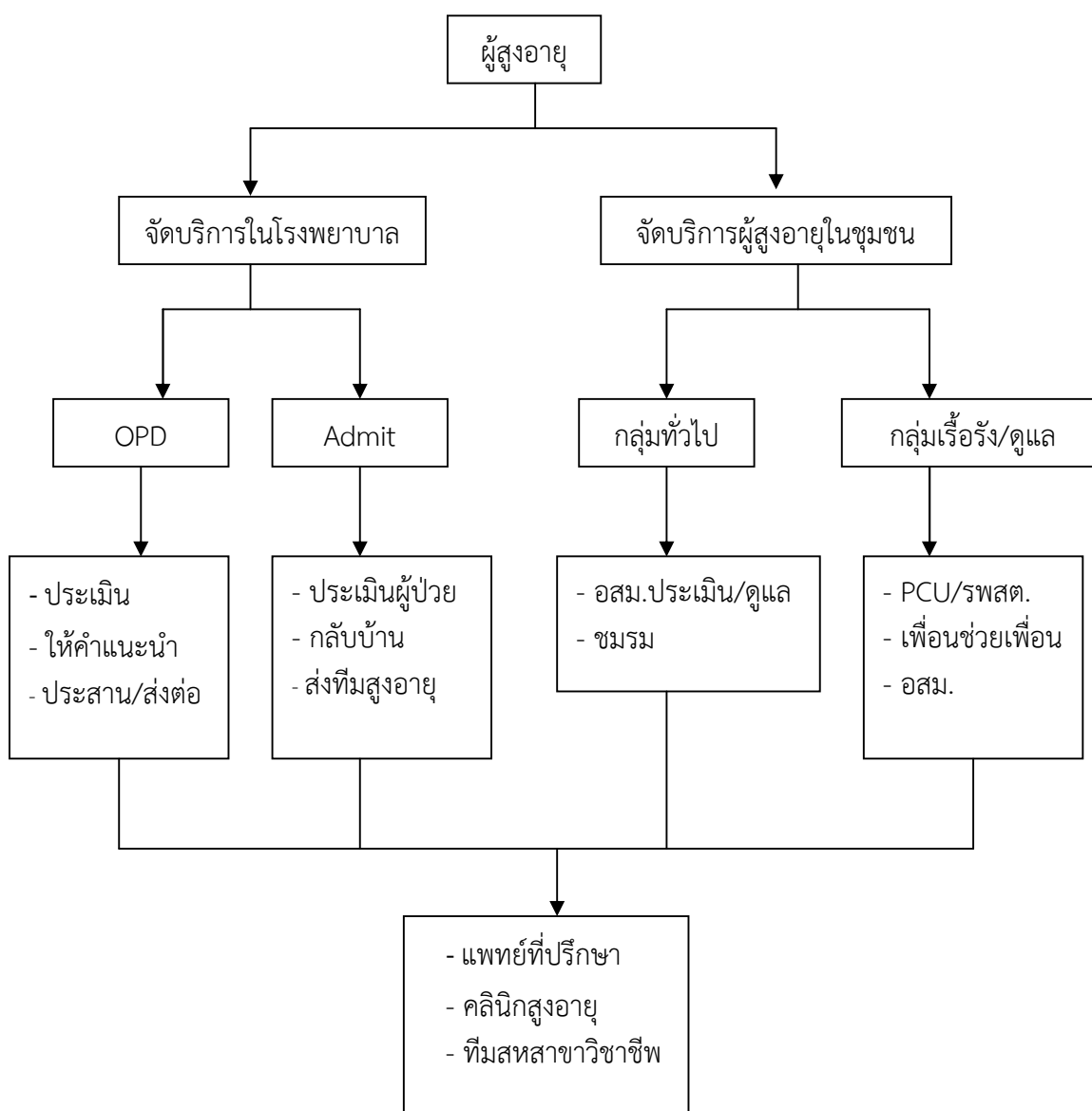
จำนวนบุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ทีม	ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่
๑. จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล - แพทย์เวรตรวจ OPD	๑. รับให้คำปรึกษา ตรวจรักษา case ที่ส่งจากคลินิกสูงอายุ ๒. ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจรักษา - ติดตามเยี่ยม - ส่งให้คำแนะนำคลินิก
	- พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน	๑. ให้บริการตรวจรักษา ประเมินผู้ป่วยสูงอายุในด้านร่างกาย สังคม ๒Q ๒. กรณีแพทย์ส่ง ให้คำปรึกษา ประเมินการติดตาม ๓. ประสานงานทีมที่เกี่ยวข้อง ๔. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมเยี่ยมบ้าน
๒. ทีมเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน	- พยาบาลวิชาชีพ ๓ คน	หัวหน้าทีม ๑. ประสานงานในทีม และทีมที่เกี่ยวข้อง ๒. วางแผนและติดตามการปฏิบัติในทีมและระหว่างทีม ๓. นิเทศติดตาม PCU/ รพ.สต. ทีมงาน ๑. ประสานงานในทีม และทีมที่เกี่ยวข้องชุมชน ชมรม ผู้ดูแล ๒. ติดตามส่งต่อคลินิกสูงอายุ และติดตามย้อนกลับชุมชน /PCU ๓. พี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา ชมรมสูงอายุ ๔. อบรมเป็นที่ปรึกษา / ติดตามสมาชิกเพื่อนช่วยเพื่อนและอสม.
๓ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	- เกสัชกร - ทันตแพทย์ - นักกายภาพบำบัด - ทีมให้คำปรึกษาคลินิก	ร่วมประเมิน ติดตามเยี่ยม ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และ Admit

จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เฉลี่ยต่อวัน และต่อเดือน

พ.ศ.	อายุ	จำนวนครั้งที่มาร.พ./วัน	จำนวนครั้งที่มาร.พ./เดือน
พ.ศ. ๒๕๕๓	๖๐-๖๙	๓	๔๒
	๗๐-๗๙	๓	๓๖
	๘๐ ปีขึ้นไป	๑	๑๓
พ.ศ. ๒๕๕๒	๖๐-๖๙	๓	๔๒
	๗๐-๗๙	๓	๓๖
	๘๐ ปีขึ้นไป	๑	๑๓
พ.ศ. ๒๕๕๑	๖๐-๖๙	๒	๓๕
	๗๐-๗๙	๑	๓๐
	๘๐ ปีขึ้นไป	๑	๘

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและระบบความเชื่อมโยงการให้บริการ



ขั้นตอนการจัดบริการในโรงพยาบาล

๑. การประเมินสุขภาพ
 - ค้นหาความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง
 - ประสานงานเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการใช้ยา และให้คำแนะนำปัญหาด้านอื่นๆ
 - แบบประเมินที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินด้านร่างกาย (Physical) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ด้านสุขภาพจิต (Mental) และด้านสังคม (Social)
๒. จัดบริการคลินิกทุกวัน
๓. มีการจัดบริการเชิงรับและเชิงรุก
๔. การประสานงานกับชุมชน
๕. โครงการเพื่อนช่วยเพื่อ “โครงการโดดเดี่ยวไม่เดียวดาย”

กรณีที่ ๑ ผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลและช่วยเหลือ

ตัวอย่าง ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๗๒ ปี ญาติขอรับการรักษาต่อเนื่อง แพทย์ส่งปรึกษาคลินิกเพื่อประเมินและติดตาม

- ทบทวน ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้อง ER เมื่อ ๑ เดือนก่อนมาติดต่อขอรับยาที่โรงพยาบาล ด้วยอาการล้ม仆กระดูกสะโพกหักก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ส่งต่อเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลทั่วไป ญาติปฏิเสธการรับการรักษาหลัง D/C พบโรคเรื้อรังเพิ่ม คือ ความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง แพทย์ส่งต่อมารับยาต่อญาติจึงมารับยาต่อที่โรงพยาบาลป่าโมก

- ทบทวนข้อมูลการรับการรักษา ตรวจรักษา มารับยาความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยมีปัญหาการมารับยาไม่ตรงตามนัดและการกินยาไม่ต่อเนื่อง

- การดำเนินการประสานงานและส่งต่อทีม ดังนี้

➢ ทีมคลินิกผู้สูงอายุในสถานพยาบาลร่วมกับทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุเข้าประเมินผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจากปัญหาข้อสะโพกหลุด ใช้การถัด/โถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ยังไม่พบแผลกดทับ ปัญหาทางกายภาพอื่นที่พบ คือ ปวดแขนและเจ็บมือจากการใช้ในการถัดร่างกาย ป้อนข้าว กินข้าวเองได้โดยญาติดูแลจัดหาให้ เข้าห้องน้ำใช้การถัดหรือบางครั้งหมอนอนโดยญาติช่วย

➢ ประสานทีมสถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบผู้ป่วยทราบและแจ้งขอความร่วมมือในการประสานงานและติดตามประเมินสภาพผู้ป่วยกรณีญาติรับยาแทนต่อที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเหมารถเพื่อนำผู้ป่วยมารับการรักษาในหัวข้อดังนี้

➢ ประสานงานกับกายภาพบำบัดในการประเมินการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือในการฟื้นฟู และจัดหาอุปกรณ์ เช่น รถเข็นผู้ป่วย และปัญหาในเรื่องผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยอยู่กับภรรยาอายุ ๖๕ ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัญหาไม่ค่อยมีแรง ใช้ไม้ในการช่วยเดินจัดหาวอร์คเกอร์ในการช่วยเดินของภรรยาผู้ป่วย บุตรทำงานโรงงาน และแยกครอบครัว ๑-๒ สัปดาห์จะมาดูแลพาผู้ป่วยนั่งรถนั่งเที่ยวได้

ปัญหาในเรื่องผู้ดูแล

- ประสานงานกับทีมให้คำปรึกษาในปัญหาผู้ป่วยเกิดความท้อแท้จากการประเมิน ๒๐ ผู้ป่วยของทีมคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และติดต่อญาติ/บุตรผู้ป่วยในการให้กำลังใจ และรับปากจะสลับกันมาดูแลผู้ป่วยทุกวันหยุดและจัดหารถขึ้นจากการประสานกับกายภาพบำบัดเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- ประสานกับสมาชิกทีมเพื่อนช่วยเพื่อนที่ผ่านการอบรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยและแจ้งประสานเจ้าหน้าที่กรณีต้องการความช่วยเหลือ

ปัจจุบันหลังจากประสานงานและให้ดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี ผู้ป่วยประเมินติดตามจากงานกายภาพบำบัด พบว่า กล้ามเนื้อส่วนใหญ่ไม่ลีบ แรงดึงตัวลดลงเพียงเล็กน้อย สุขภาพด้านจิตใจดี ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น ความดันโลหิต ๑๒๙/๘๒ มิลลิเมตรปรอท

กรณีที่ ๒ ผู้รับบริการที่มารับบริการทั่วไป

เป้าหมาย ตั้งเป้าการบริการ ร้อยละ ๑๐ ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกที่ อายุมากกว่า ๖๐ ปี ได้ผ่านการประเมินและให้คำปรึกษาจากคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล โดยประเมินในเรื่อง

๑. การประเมินสุขภาพทางกาย

- ค้นหาความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

- ประสานงานเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการใช้ยา และปัญหาอื่นๆ

- แบบประเมินที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินด้านร่างกาย (Physical) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในรูปแบบประยุกต์ของคลินิกที่ทำเป็นแบบฟอร์มคำถาม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ทำงานบ้านทั่วไป กรณีช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือมีปัญหาให้ประเมินแบบสรุป เช่น ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในกิจวัตรประจำวัน ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรือผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขน/ขา ข้างขวาอ่อนแรง ทำกิจวัตรประจำวันได้ในเรื่องการป้อนอาหารตนเองโดยญาติดูแลจัดหาให้

๒. การประเมินสุขภาพทางจิต

- ใช้การประเมิน ๒๐ และทบทวนการนอนของผู้ป่วย เช่น เวลาเข้านอน ระยะเวลาในการหลับสนิท และผ่อนคลาย การจัดการกับปัญหาการตื่นในเวลากลางคืนและ การได้พักผ่อนในเวลากลางวัน การได้รับยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและยาก่อนนอนที่ได้รับ

๓. การประเมินด้านสังคม

- ชักถามเรื่องการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุแล้วหรือไม่ ได้รับเบี้ยสูงอายุ ได้รับหรือไม่รับแบบใดการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่ได้รับ

- อยู่บ้านกับใครมีผู้ดูแลหรือไม่

กรณีพบอยู่บ้านคนเดียวขึ้นทะเบียน **โดดเดี่ยวไม่เดียวดาย** จัดทีมเข้าประเมินและเยี่ยมบ้านพบว่าส่วนใหญ่จะมีญาติในบริเวณบ้านเดียวกัน กรณีที่บางคนที่อยู่ห่างไกลญาติ จะเข้าเยี่ยมเพื่อนบ้านและฝากการประเมินกรณีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ควรพบแพทย์ และเบอร์โทรฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ให้เพื่อนบ้านรับทราบ

กรณีที่ ๓ ผู้รับบริการที่มาใช้บริการตรวจ แพทย์พบว่ามีปัญหาต่าง ๆ

รับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อประเมิน ปัญหา กรณีสิ้นสุดที่การประเมินให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กรณีพบปัญหาเพิ่มเติมส่งผู้ป่วยสูงอายุกลับพบแพทย์

กรณีผู้สูงอายุต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลผู้ดูแลจะประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

กรณีต้องให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ประสานคลินิกสูงอายุเพื่อส่งต่อไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทันตกรรม กายภาพบำบัด โดยจะมีแบบให้คำแนะนำและทบทวนกรณีผู้ป่วย D/C

ขั้นตอนการจัดบริการในชุมชน

๑. การจัดบริการกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

- ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนร่วมกับ อสม.ในพื้นที่จัดข้อมูลด้านสุขภาพ ถ้าพบว่าต้องการการดูแลช่วยเหลือ ส่งเข้าระบบประสานโดยคลินิกผู้สูงอายุเป็นหน่วยประสาน และเข้าระบบของการดูแลผู้สูงอายุ

๒. การจัดบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

- ชมรมสูงอายุของแต่ละตำบลมีการจัดโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยโรงพยาบาลและทีมดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้จัดอบรมและติดตาม โดยงานนี้เป็นความรับผิดชอบหลักของทีมเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นรับผิดชอบหลัก

- ประสานงานกับงานเวชปฏิบัติครอบครัวและหน่วยงานกายภาพบำบัด จัดทำโครงการ “การดูแลฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว” โดยความร่วมมือจากชุมชนและของบประมาณจากส่วนท้องถิ่น โดยดำเนินการในต้นปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีหน่วยงานท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการใน ๓ พื้นที่

ความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ผลการประเมินในปี ๒๕๕๓ ประเมินช่วงเดือน เมษายน – พฤษภาคม ๒๕๕๓

ความพึงพอใจประเมิน: ระดับความพึงพอใจมากในด้านต่อไปนี้

- ๑) ด้านขั้นตอนการให้บริการ
- ๒) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่
- ๓) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ระดับความพึงพอใจมาก

งบประมาณ

- งบสนับสนุนจาก สสส./เอกชน
- งบประมาณเงินบำรุง/เครือข่าย

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกประสบความสำเร็จ

- งบประมาณที่ชัดเจน ทั้งส่วนเจ้าหน้าที่และปรับรายหัวต่อผู้สูงอายุให้เหมาะสม
- ความสำคัญของงานและการรายงานผลการดำเนินงาน
- ผลต่อข้อมูล ICD
- รูปแบบและนโยบายที่เอื้อตามบริบท
- มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดการบริการคลินิกผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลป่าโมก

จัดบริการที่ภายใต้ความเท่าเทียมสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ ให้ตระหนักและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ รูปแบบเป็นผู้ดูแลและที่ปรึกษา ไม่ใช่ผู้ให้เพียงอย่างเดียวไม่ต้องการให้เกิดภาวะพึ่งพิง สร้างให้เกิดศักยภาพในผู้สูงอายุ

การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

นโยบายการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน

๑. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุขของโรงพยาบาล และสนับสนุนการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ

๒. เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

จุดแข็ง - มีระบบการวางแผน การบริหารงานตามแผน การติดตามตัวชี้วัด (KPIs) และผลการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ

- บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง การประเมิน พร้อมรับภาวะวิกฤต
- มีระบบการจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการให้กับบุคลากรที่ดีกว่าในระบบราชการเดียวกัน
- มีระบบสารสนเทศ Hos-xp ที่ทันสมัย สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อน - ขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การส่งเสริม Health promotion ยังไม่จริงจัง และความร่วมมือลดลง

- บริหารทรัพยากรยังไม่เต็มประสิทธิภาพ
- อัตราการโอนย้ายมีอย่างต่อเนื่อง และขาดแคลนอัตรากำลังและผู้เชี่ยวชาญ
- การสื่อสาร/การประสานงานไม่ชัดเจน
- การบูรณาการและสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลสวนผึ้งต้องพัฒนาเพิ่ม
- การบูรณาการงานบริการและการให้บริการในชุมชน ยังต้องมีการพัฒนา

โอกาสและภัยคุกคาม

- โอกาส : ๑. มีแหล่งงบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งสามารถบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้
๒. การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ
๓. หลากหลาย เหมาะแก่การทําวิจัย
๔. ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น มีความรู้มากขึ้น

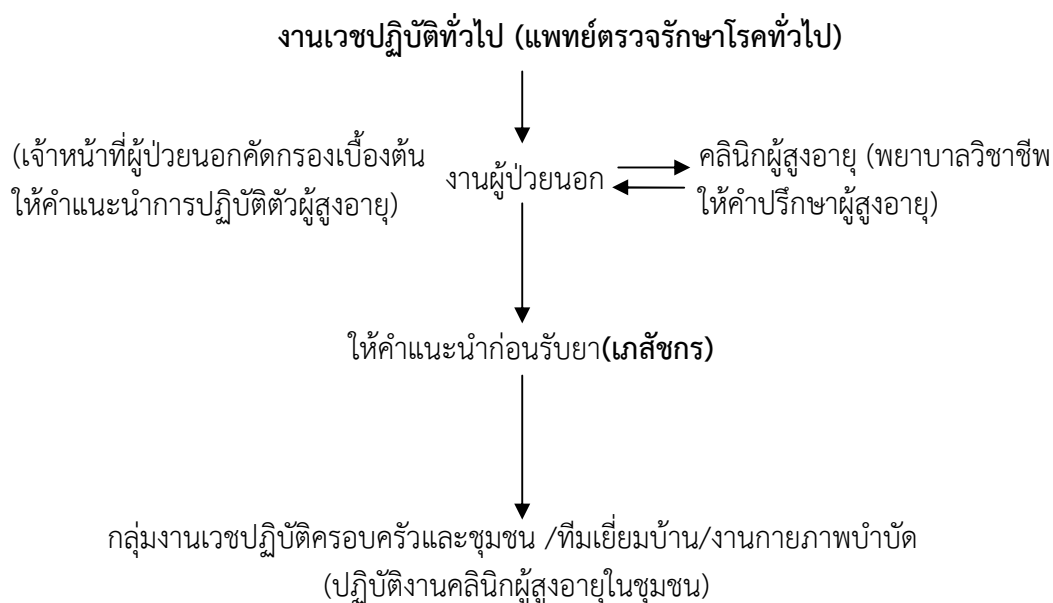
การคุกคาม

๑. ผู้สูงอายุและครอบครัวขาดความใส่ใจด้านสุขภาพ
๒. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระบบการจ่ายเงินที่ให้กับโรงพยาบาลชุมชนไม่แน่นอน มีผลให้งบประมาณในการดำเนินงานลดลง
๓. การปฏิรูประบบสวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการที่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การใช้ยานอกบัญชียาหลักไม่สามารถเบิกได้
๔. ในปัจจุบันผู้ป่วยและญาติรู้จักสิทธิผู้ป่วยมากขึ้นและพร้อมที่จะเรียกร้องสิทธิ
๕. มาตรการกำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐของรัฐบาล

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- แพทย์
- พยาบาลผู้ป่วยนอก
- พยาบาลผู้ป่วยใน
- เภสัชกร
- ทันตแพทย์
- นักกายภาพบำบัด
- พยาบาลเยี่ยมบ้าน

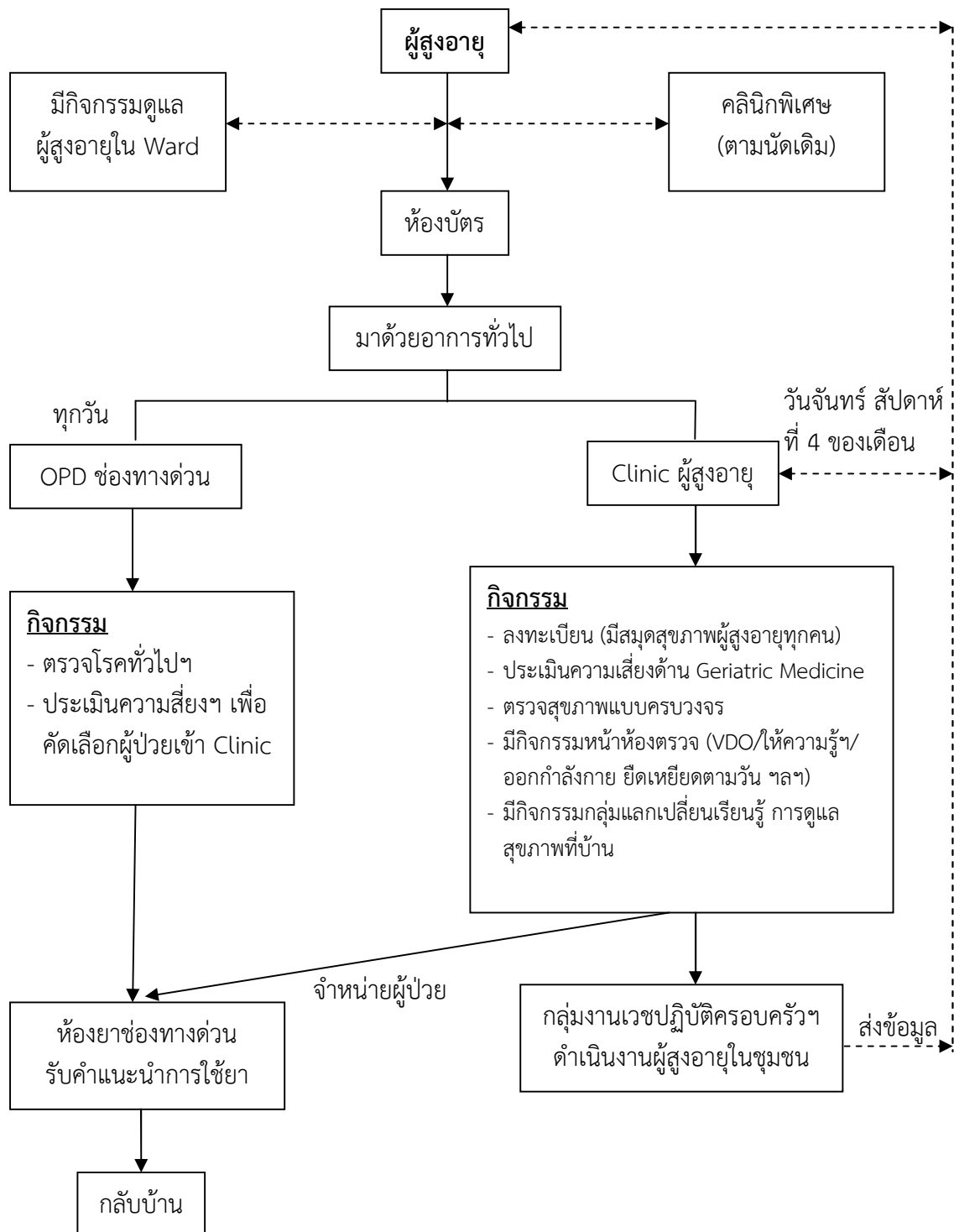
จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย



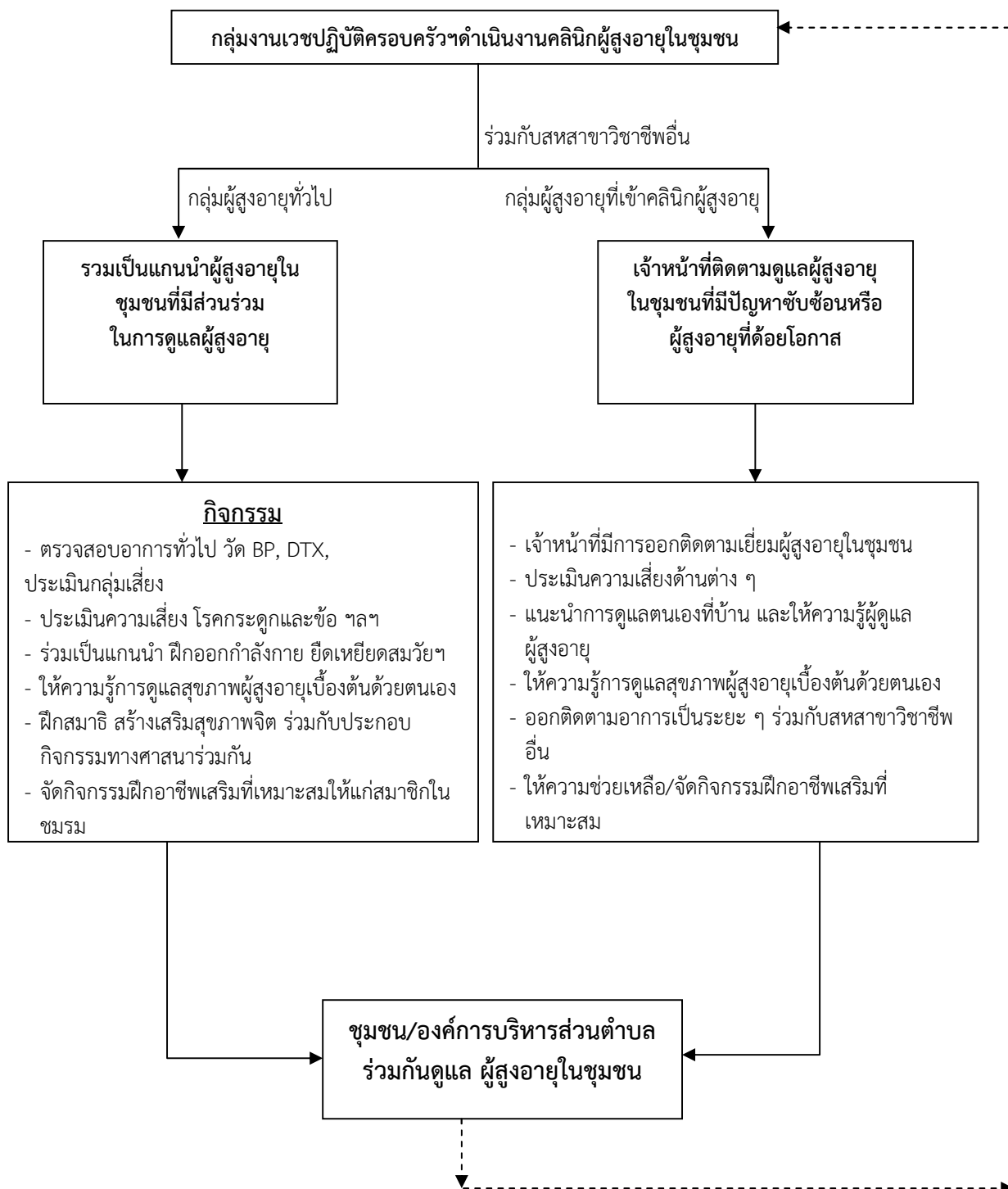
ข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ (ผู้สูงอายุ) ปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ จำแนกตามกลุ่มอายุ

พ.ศ.	อายุ	จำนวนครั้งที่มา ร.พ.	จำนวนคน	ร้อยละ
พ.ศ. ๒๕๕๓	๖๐-๖๙	๙,๙๐๐	๑,๘๒๖	๕๒.๒๐
	๗๐-๗๙	๗,๒๙๖	๑,๒๒๕	๓๕.๐๒
	๘๐ ปีขึ้นไป	๒,๘๐๘	๔๔๗	๑๒.๗๗
	รวม	๓,๔๙๘		๑๐๐.๐๐
พ.ศ. ๒๕๕๔	๖๐-๖๙	๕,๐๕๐	๑,๔๓๙	๕๒.๑๙
	๗๐-๗๙	๓,๖๗๒	๙๖๘	๓๕.๑๑
	๘๐ ปีขึ้นไป	๑,๔๔๔	๓๕๐	๑๒.๖๙
	รวม	๒,๗๕๗		๑๐๐.๐๐

แผนผังการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนผึ้ง



แผนผังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลสวนผึ้ง



กรอบหน้าที่การปฏิบัติงาน

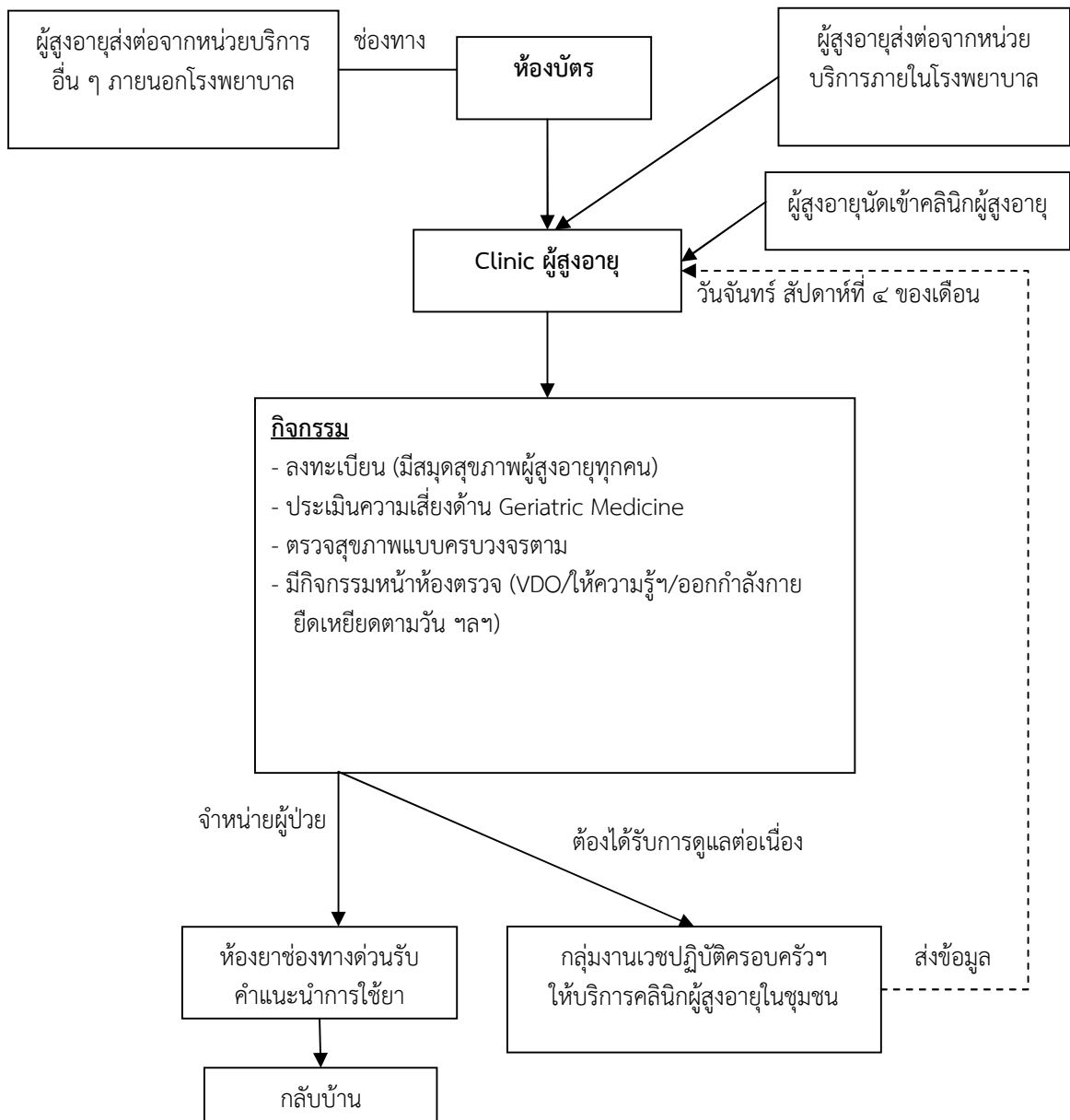
- OPD ให้บริการผู้สูงอายุทั่วไป/คลินิกผู้สูงอายุ
- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน : ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ แยกออกมาเป็นคลินิกพิเศษ (ทุกวันจันทร์ที่ ๔ ของเดือน)
โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. มีความเสี่ยงนอกเหนือความเจ็บป่วย เช่น สุขภาพจิต ความจำเสื่อม ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและปัญหาจากการขับถ่าย
๒. ผู้สูงอายุ ที่ Readmit, revisit
๓. มีการใช้ยามากกว่า ๑๐ ตัว
๔. จากการส่งต่อจากหน่วย อื่น ๆ เช่น รพ.สต.,ชมรมผู้สูงอายุ,การเยี่ยมบ้าน

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล



มีเอกสารนำส่งช่องทางด่วนและหรือโทรประสานงานจากหน่วยปฐมภูมิส่งต่อ CASE ให้ผู้รับผิดชอบได้ทราบและติดตามดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

- พ.ศ. ๒๕๕๓ มีความพึงพอใจร้อยละ ๘๕.๒๑

งบประมาณในการจัดบริการ

งบด้านบุคลากร

- มอบหมายพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลสวนผึ้ง
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกและงานบริการสุขภาพชุมชน

งบประมาณสิ่งของ

- ได้รับจากโรงพยาบาลสวนผึ้ง
- ได้รับงบประมาณจากอบต.ท่าเคย/ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนผึ้ง

งบประมาณอื่น ๆ

- รับบริจาคจากกลุ่มหม่อนไหมบ้านหนองมะค่า
- กลุ่มเอกชนอื่น ๆ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ผู้สูงอายุที่จะมารับบริการต้องรอให้ญาติว่างถึงจะมาเข้าคลินิกผู้สูงอายุได้
- ผู้สูงอายุอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล

แนวทางแก้ไขปัญหา

- ให้คำแนะนำญาติและครอบครัว เห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการในคลินิก
- ปรับเปลี่ยนการให้บริการจากคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ไปนั้ดรับบริการคลินิก

ผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ ตามวันเวลาที่กำหนด

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

- ทำงานร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อเนื่องร่วมกัน
- ทีมงานเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

- การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน
- การมอบหมายหน้าที่ไม่ครอบคลุม
- แบ่งส่วนกันทำงานขาดการมีส่วนร่วมคิดร่วมปฏิบัติ

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

การให้บริการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในตำบลท่าเคย
- สมาชิก อบต.ท่าเคย
- ครอบครัวผู้สูงอายุ
- ผู้นำชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน

- ส่งเสริมและพัฒนาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรฐาน
- ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- พัฒนาทักษะ องค์ความรู้ เตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน จัดตั้งและพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ
- สนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการจัดตั้งและดำเนินการชมรมผู้สูงอายุ
- พัฒนาและปรับปรุง การจัดการให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- พัฒนาระบบการวิจัย และนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

- จุดแข็ง:**
- หน่วยงานมีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ
 - มีการบริหารในเชิงรุก มีระบบที่เอื้ออำนวยต่อผู้รับบริการ
 - มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย นำมาใช้ในงาน
 - ความร่วมมือที่ดีของชุมชน ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ
 - มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหาร ระบบงานในโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง

- จุดอ่อน:**
- มีข้อจำกัดเรื่อง การจัดบุคลากรให้เหมาะสมตามตำแหน่ง ลักษณะงาน มีการปรับเปลี่ยนบ่อย
 - สถานที่ในการดำเนินงานไม่เอื้อต่อการจัดบริการ

- โอกาสในการพัฒนา :**
- นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ
 - กระแสการพัฒนาและการประกันคุณภาพของสถานบริการ
 - นโยบายการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น

- ภาวะคุกคาม :**
- นโยบายของรัฐบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
 - นโยบายการถ่ายโอนสถานบริการสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น

การดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพของโรงพยาบาล

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
๒. จัดประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและแนวทางการติดตามประเมินผล
๓. จัดให้มีบริการทางคลินิก
 - ๓.๑ โรงพยาบาล
 - ๓.๒ ชุมชน

การจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม

๑. ช่องทางด่วนผู้สูงอายุ (ห้องบัตร/ OPD /คลินิกพิเศษ/ ทันตกรรม /ห้องยา)
๒. คลินิกผู้สูงอายุ
๓. หอผู้ป่วยใน

ขั้นตอนบริการช่องทางด่วนผู้สูงอายุ

ห้องบัตร/ประชาสัมพันธ์

๑. ยื่นบัตร ที่จุดประชาสัมพันธ์
๒. เจ้าหน้าที่จุดประชาสัมพันธ์ แบบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ และบัตรโรงพยาบาล พร้อมบัตรคิวช่องทางด่วนผู้สูงอายุ แยกไว้ต่างหากเพื่อส่งต่อไปยังห้องบัตร
๓. เจ้าหน้าที่ส่งบัตรเพื่อลงทะเบียนรับบริการ และให้ผู้ป่วย/ญาติ ไปนั่งรอที่หน้าห้องรอตรวจช่องทางด่วน

ห้องซักประวัติ/หน้าห้องตรวจ

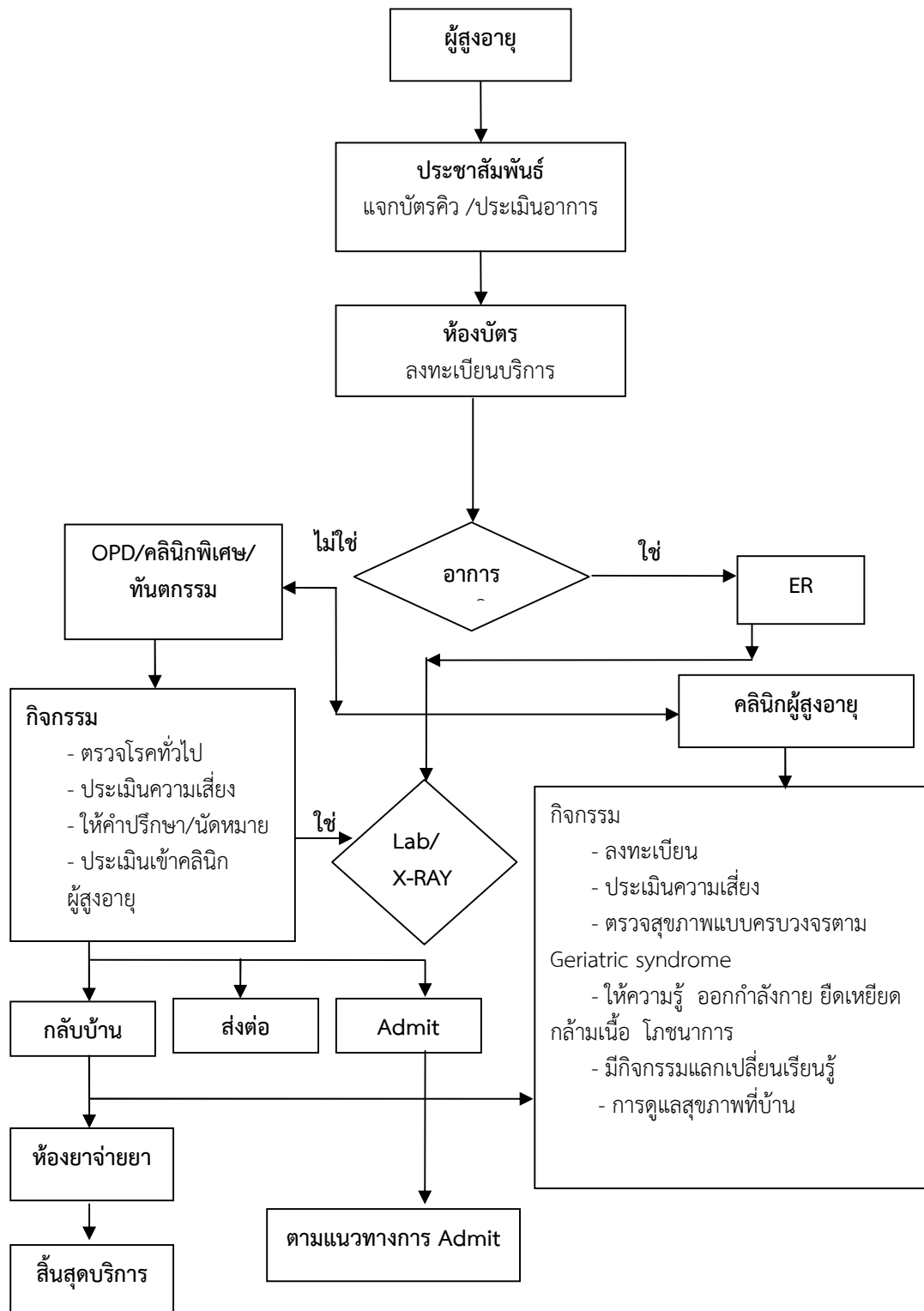
๑. เจ้าหน้าที่เรียกชื่อซักประวัติ และตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมคืนบัตรโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ และส่งพบแพทย์ต่อไป
๒. แพทย์ตรวจผู้สูงอายุ ทุกวันในเวลาราชการ กรณีพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน สามารถนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุได้โดยตรง

ห้องจ่ายยา

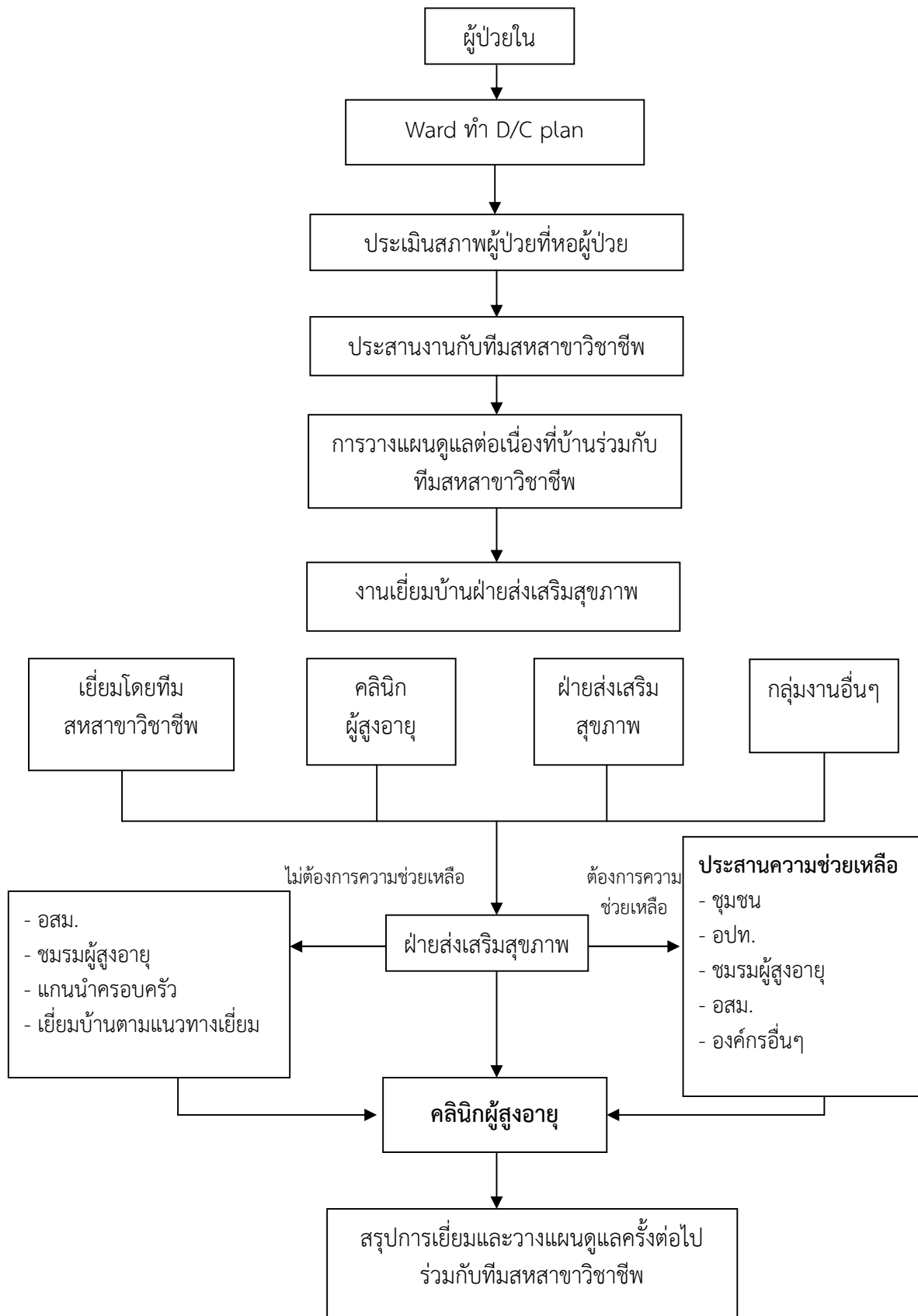
๑. จัดให้มีช่องจ่ายยาช่องทางด่วน
๒. เจ้าหน้าที่พิจารณาบริการจ่ายยาผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก



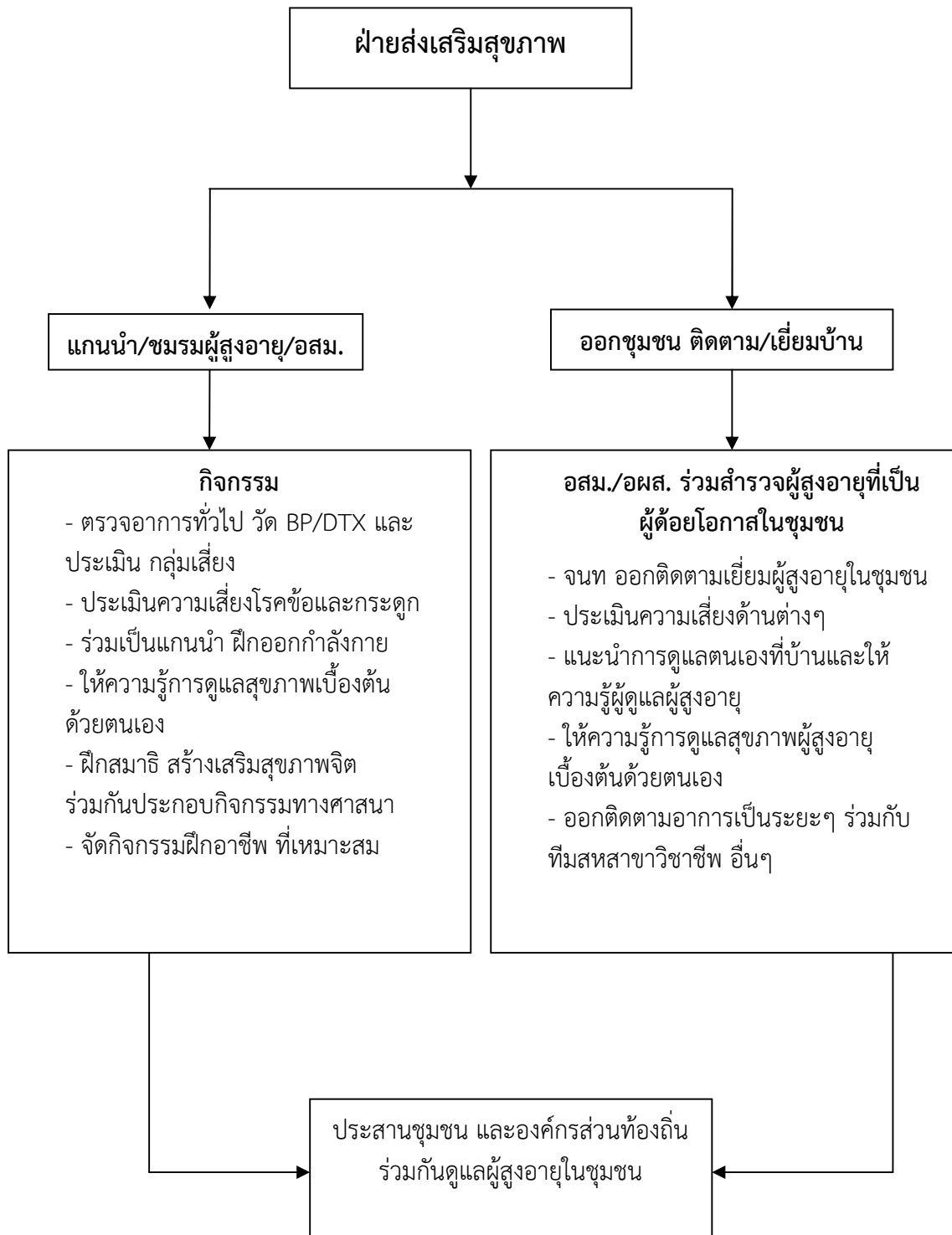
ขั้นตอนการให้บริการผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านกรวด



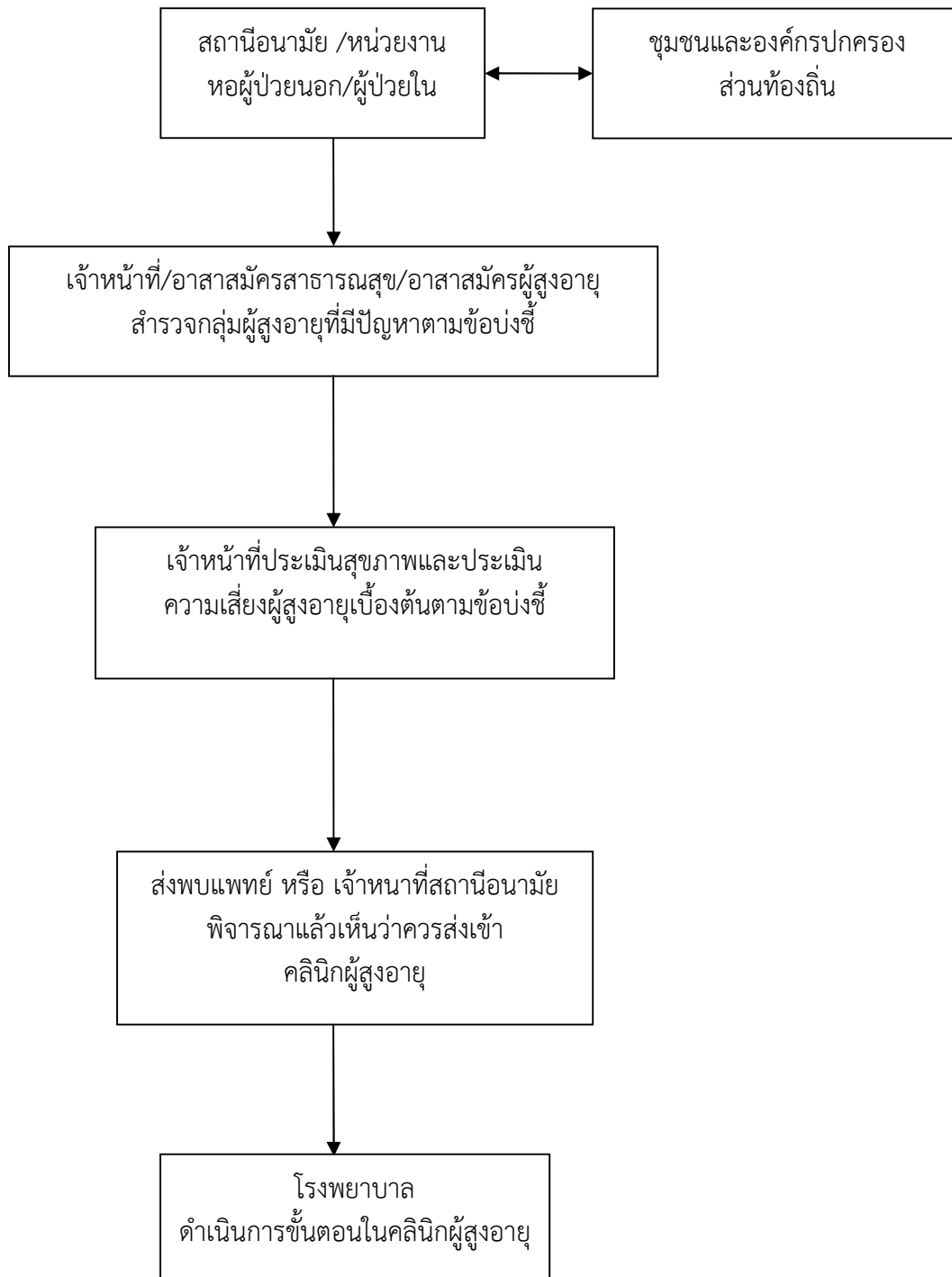
การดูแลผู้สูงอายุที่ Admit ในโรงพยาบาลบ้านกรวด



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลบ้านกรวด



แนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุ



จำนวนผู้รับบริการ ปี พ.ศ.๒๕๕๔

กลุ่มอายุ	ปี พ.ศ. ๒๕๕๓		ปี พ.ศ. ๒๕๕๔	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
๖๐-๖๙	๒,๒๙๖	๙,๗๙๑	๑,๗๑๘	๕,๑๗๔
๗๐-๗๙	๑,๔๔๔	๖,๔๒๕	๑,๐๖๖	๓,๔๑๙
๘๐ ปี ขึ้นไป	๔๖๒	๒,๐๘๓	๓๖๒	๑,๑๐๘
รวม	๔,๒๐๒	๑๘,๒๙๙	๓,๑๔๖	๙,๗๐๑

ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

ข้อมูลความพึงพอใจปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบร้อยละ ๗๙.๓๐

งบประมาณในการจัดบริการ

มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการดำเนินงาน การบูรณาการในงานอื่นๆ ที่มี และหน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานจากงบประมาณโรงพยาบาล กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเพียงพอต่อการดำเนินงาน

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ทางโรงพยาบาลมีแผนการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุให้มีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ผู้รับผิดชอบงานและบุคลากรขาดทักษะในการดำเนินงาน
๒. สถานที่ในการดำเนินงานไม่เอื้ออำนวย
๓. รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน

แนวทางแก้ไข

๑. มีการทบทวน และเสนอกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการจัดบริการมีคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล
๒. การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานคลินิกที่เหมาะสมโดยทีมสหวิชาชีพ
๓. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน บุคลากรขาดทักษะในการดำเนินงาน
๒. บุคลากรไม่ตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ
๓. สถานที่ในการดำเนินงานไม่เอื้ออำนวย
๔. รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน
๕. ขาดการประสานงานและการสื่อสาร

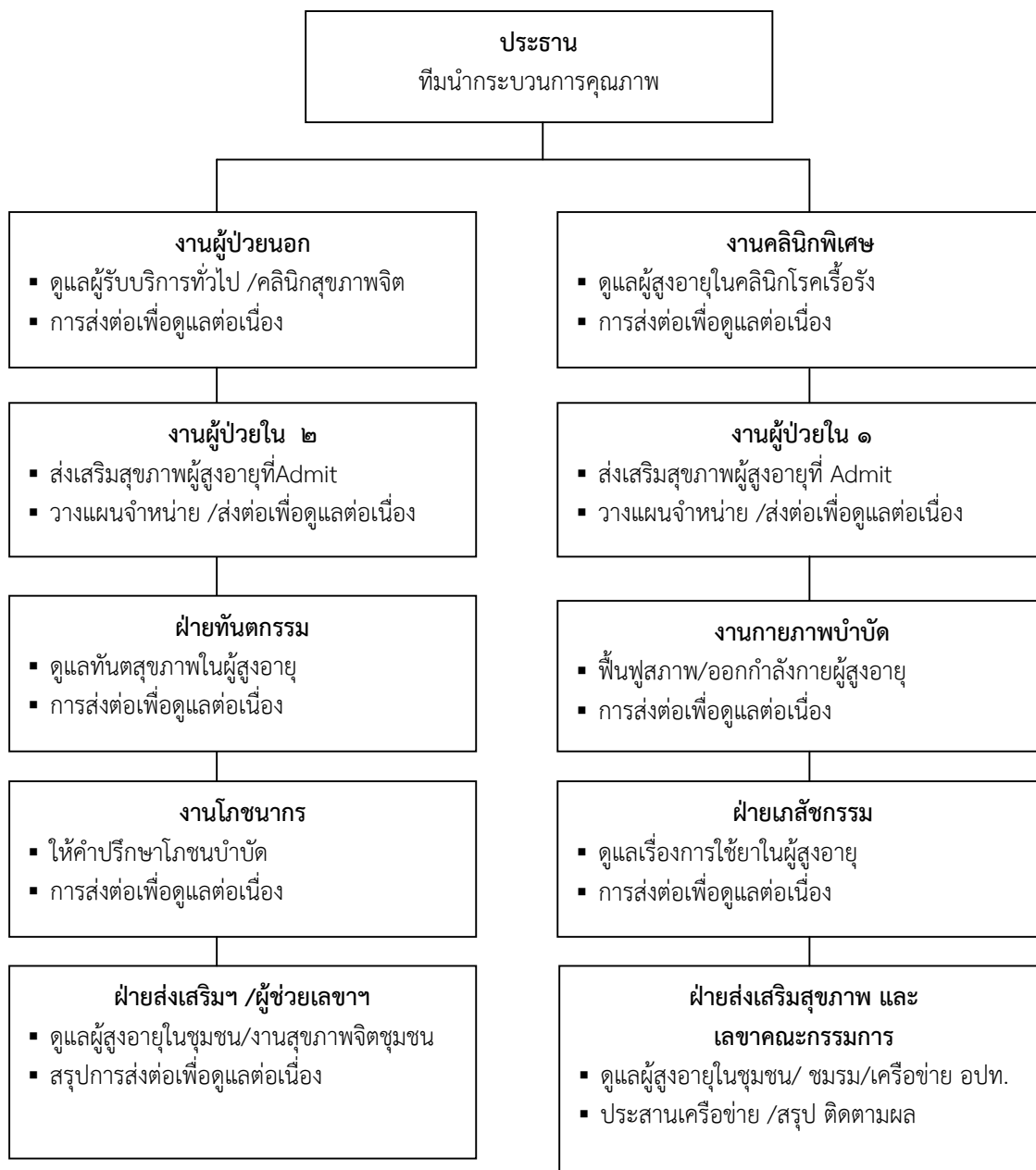
ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ
๒. มีนโยบายการดำเนินงาน
๓. มีบุคลากรรับผิดชอบที่ชัดเจน
๔. มีคณะกรรมการดำเนินงานหลากหลายวิชาชีพ
๕. มีงบประมาณสนับสนุน
๖. องค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

๑. การมีนโยบายที่ชัดเจน
๒. ควรมีคลินิกเฉพาะที่มีกิจกรรมชัดเจน
๓. การปรับปรุงแบบการดำเนินงานคลินิกที่เหมาะสม
๔. การพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ
๕. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คณะกรรมการเนิงานคลินิกผู้สูงอายุ



การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

นโยบาย มีการกำหนดเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาล (โครงการสานรักแต่ผู้เฒ่า)

- ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
- เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
- บุคลากรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
- จัดให้มีสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ (ทางลาด, ราวจับห้องน้ำ ฯลฯ)

วัตถุประสงค์ :- ผู้สูงอายุได้รับการ และแก้ไขเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้าน

- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง

การบูรณาการตามกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาล

- การพัฒนาอาคารสถานที่ เพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
- การจัดบริการผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
- การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

จุดแข็ง - มีนโยบายหลักในการดูแลผู้สูงอายุชัดเจน

- บุคลากรมีศักยภาพ และประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขที่เหมาะสม

จุดอ่อน - บุคลากรที่รับผิดชอบงาน มีทักษะไม่เพียงพอ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ

- อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ
- สถานที่ในการทำงานคับแคบ ไม่เอื้อต่องานบริการ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

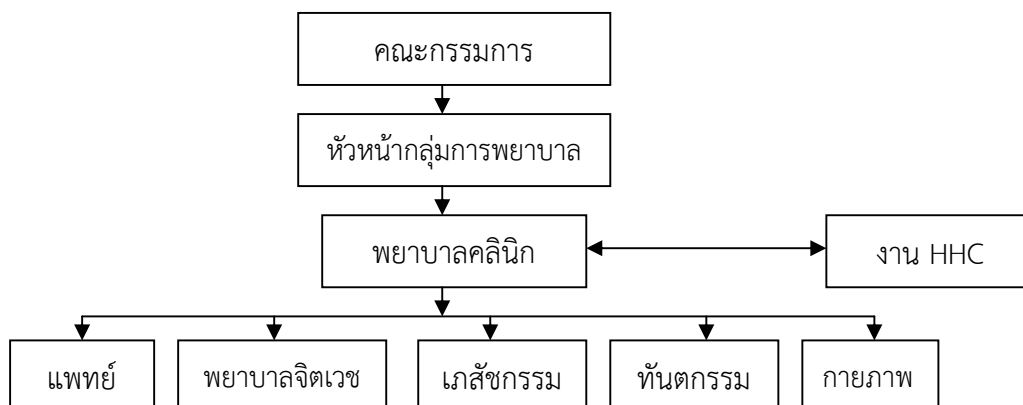
โอกาส - รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย/แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ นโยบายหลักประกัน

- สุขภาพแห่งชาติ/พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ
- โครงการนำร่องของกองทุนประชากรสหประชาชาติ (UNFPA) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ

อุปสรรค - การจัดสรรงบประมาณมีจำนวนจำกัด

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

กลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยบุคลากร ดังนี้



หน้าที่ความรับผิดชอบ

ตำแหน่ง	หน้าที่
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	ควบคุม กำกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากนโยบายของคณะกรรมการดำเนินงาน และคณะกรรมการอำนวยการ
พยาบาลผู้ปฏิบัติในคลินิก	- คัดกรอง ประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาส่งต่อข้อมูลแก่แพทย์เพื่อรับการรักษา - ประสานข้อมูลต่อเนืองให้แก่หน่วยงานอื่นๆ เช่น HHC เภสัชกรรม ชันสูตรเอกซเรย์ และ IPD กรณี Admit - ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - รวบรวมข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วย และติดตามปัญหาต่อเนื่อง
แพทย์	ตรวจรักษา ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้การรักษาและวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางการแก้ไข ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
พยาบาลจิตเวช	ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิต
เภสัชกรรม	ประเมินการใช้ยา ให้คำแนะนำการใช้ยาให้ถูกต้อง ค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ยา
ทันตกรรม	ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางช่องปาก วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข รักษา และป้องกันการเกิดโรคทางช่องปาก
นักกายภาพบำบัด	ประเมินและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม

จำนวนผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

๑. ข้อมูลการบริการผู้ป่วยคลินิกผู้สูงอายุ

๑.๑ ข้อมูลเดิม ปี ๒๕๕๓ : วันที่ ๒๘ เดือนมกราคม ๒๕๕๓ – วันที่ ๘ เดือนเมษายน ๒๕๕๓ ให้บริการเดือนละ ๒ วัน คือวันพฤหัสบดีช่วงบ่าย อาทิตย์ที่ ๒ และ ๔ ของเดือน ให้บริการผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ณ อาคารสูงอายุ ชั้นล่างบริเวณระเบียงด้านหน้าของห้องกายภาพบำบัด ส่วนต่อขึ้นบันไดชั้นสองของอาคาร ซึ่งห่างจากอาคารผู้ป่วยนอก (บริการผู้ป่วยทั่วไป)

จำนวนผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) ทั้งหมด ๒๐ ราย เฉลี่ย ๓-๔ ราย/วัน แยกกลุ่มอายุ เป็น

๑. อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี จำนวน ๔ ราย

๒. อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี จำนวน ๗ ราย

๓. อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๙ ราย

๑.๒ ข้อมูล ปี ๒๕๕๔ : เริ่มบริการคลินิกผู้สูงอายุ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๔ - ๒๑ เมษายน ๒๕๕๔ ให้บริการทุกวันพฤหัสบดีช่วงบ่าย ให้บริการผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ บริเวณคลินิกพิเศษ

จำนวนผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) ทั้งหมด ๑๒ ราย เฉลี่ย ๓ ราย/วัน แยกกลุ่มอายุ เป็น

๑. อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี จำนวน ๒ ราย

๒. อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี จำนวน ๕ ราย

๓. อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๕ ราย

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการก่อนเป็นอันดับแรก คือ

๑. ผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป

๒. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ขั้นตอนการให้บริการช่องทางด่วน

๑. ยินบัตร

๑.๑ ประชาสัมพันธ์

- รับสมัคร ประเมินอาการ คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

- แจกบัตรคิว พร้อมบัตราสัญลักษณ์ดอกกลาดวนสีแดง ลงในบัตรผู้ป่วย

๑.๒ หอทะเบียน

- ค้นบัตร ลงทะเบียนรับบริการและประทับตราสัญลักษณ์ดอกกลาดวนบน OPD Card

สีแดง ตรงกลางบัตรด้านบน

๑.๓ จุดสัญญาณชีพ

- เจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้ป่วยที่มีตราสัญลักษณ์ผู้สูงอายุตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

๑.๔ จุดบริการอื่นๆ

- ให้บริการผู้ป่วยที่มีตราสัญลักษณ์ผู้สูงอายุก่อน ยกเว้นกรณีมีผู้รับบริการฉุกเฉินเร่งด่วน

- คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปทุกราย โดยการสังเกตดูประวัติย้อนหลังหรือการสอบถาม

- ในกรณีพบภาวะผิดปกติในการคัดกรอง หลังจากพบแพทย์เพื่อรับการตรวจเสร็จสิ้น

ให้ส่งผู้ป่วยนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับการประเมิน

ตัวชี้วัด

๑. ผู้สูงอายุที่รับบริการคลินิกพิเศษผู้สูงวัย มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิต มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๒. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการวางแผนดูแลอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

๓. คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

การรับผู้ป่วยเข้าคลินิกสูงอายุ

๑. ผู้ป่วยนอก / หน่วยงานอื่นๆ

- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองทั่วไป พบมีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ใน ๑๘ ข้อ
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

๒. ผู้ป่วยใน

- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองทั่วไป พบมีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ใน ๑๘ ข้อ
- ผู้ป่วยที่ประเมินตามเกณฑ์ พบว่ามีภาวะผิดปกติ

กิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จัดระบบ One stop service

๑. จุด Vital Signs เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัด BMI วัดความดันโลหิต จับชีพจร วัดรอบเอว รอบต้นแขน หรือรอบต้นขา

๒. จุดลงทะเบียนผู้รับบริการ

๓. ชักประวัติ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินกิจวัตรประจำวัน โภชนาการ ยา อนามัยช่องปาก ทดสอบสมอง ภาวะซึมเศร้า หรือโรคที่มีข้อบ่งชี้ เช่น กลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีโอกาสพลัดตก หกล้ม และทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

๔. รอพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจรักษา และรับฟังคำแนะนำจากแพทย์

๕. พบพยาบาล เพื่อรับฟังคำแนะนำ และลงทะเบียนนัดผู้ป่วย

๖. พบเภสัชกร เพื่อรับฟังคำแนะนำการรับประทานยา

๗. หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทันตกรรม โภชนาการ ชันสูตร

๘. พบพยาบาล เพื่อรับฟังคำแนะนำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และลงบันทึกการนัด และนัดหมายผู้ป่วยตรวจครั้งต่อไป

เอกสารการประเมินผู้สูงอายุ

หมายเลข ๑ การคัดกรองสุขภาพทั่วไป (๑๘ ข้อ) : ประเมินทุกราย ถ้าพบผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งส่งนัดเข้าคลินิกสูงอายุ

หมายเลข ๒ สุขภาพผู้สูงอายุ : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๓ ภาวะโภชนาการ : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๔ การใช้ยา : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๕ ความเสี่ยงในช่องปาก : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๖ การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๗ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bartheal Index): ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๘ โรคซึมเศร้า (๙๐): ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๙ ภาวะพลัดตก หกล้ม : ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เสี่ยงต่อการหกล้ม

หมายเลข ๑๐ การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ : ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

หมายเลข ๑๑ ข้อมูลทางสังคม : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

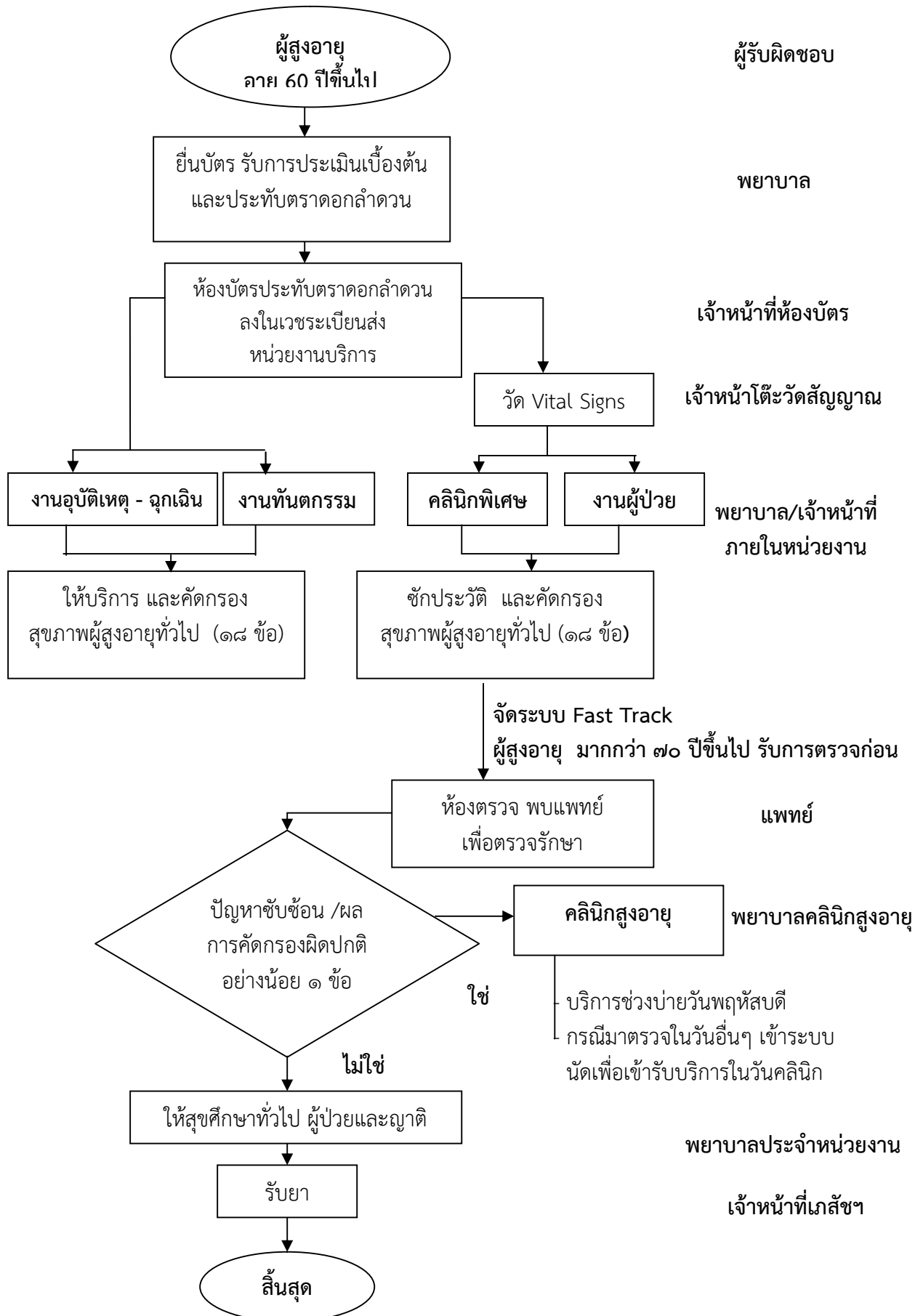
หมายเลข ๑๒ Geriatric Evaluation : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๑๓ Sexual health problems: ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

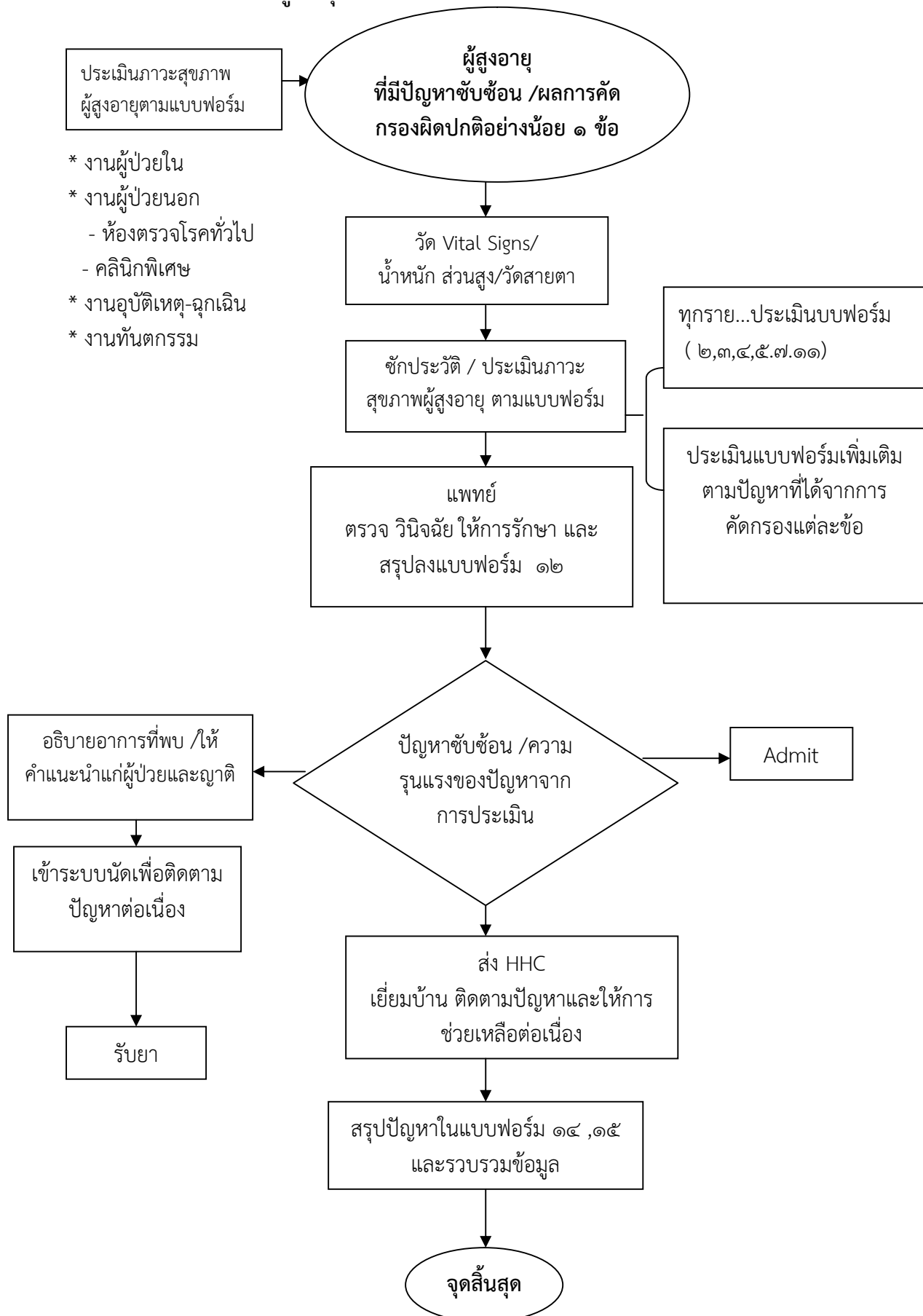
หมายเลข ๑๔ สรุป Problem list: ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข ๑๕ Geriatric Assessment: ประเมิน เพื่อพิจารณาการส่งต่อ และการลงเยี่ยมบ้าน

กระบวนการทำงานงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร



กระบวนการทำงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลห้างฉัตร



แนวทางการประเมินแบบองค์รวม คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลห้างฉัตร

ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป ผิดปกติอย่างน้อย ๑ ข้อ (ประเมินเอกสาร หมายเลข ๑) และผลการตรวจจากแพทย์ พบว่ามีปัญหาซับซ้อน **ประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ** ทุกอายุ ๗ แบบฟอร์ม (ประเมิน ๓ แบบฟอร์ม และแบบฟอร์มสรุป ๔ แบบฟอร์ม)

ลำดับ	หมายเลข แบบฟอร์ม	การประเมิน	รายละเอียด	การประเมินผล	ผู้ประเมิน
๑	๒	สุขภาพผู้สูงอายุ	-	-	พยาบาล
๒	๗	ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน (Bartheal Index)	-	๐-๒๐ ต้องพึ่งพาทั้งหมด ๒๕-๔๕ พึ่งพาผู้อื่นมาก ๕๐-๗๐ พึ่งพาพอสมควร ๗๕-๙๕ พึ่งพาเล็กน้อย ๑๐๐ ดูแลตัวเองได้ดี	พยาบาล
๓	๑๑	สถานะทางสังคม (Social information)	-	-	พยาบาล
๔	๑๒,๑๓	Geriatric evaluation	-	-	แพทย์
๕	๑๔	สรุปปัญหาที่พบ /แนว ทางแก้ไขด้านร่างกาย,จิตใจ ,สังคม	-	-	แพทย์/ พยาบาล
๖	๑๕	Follow up Form/ Home Visit	-	-	พยาบาล

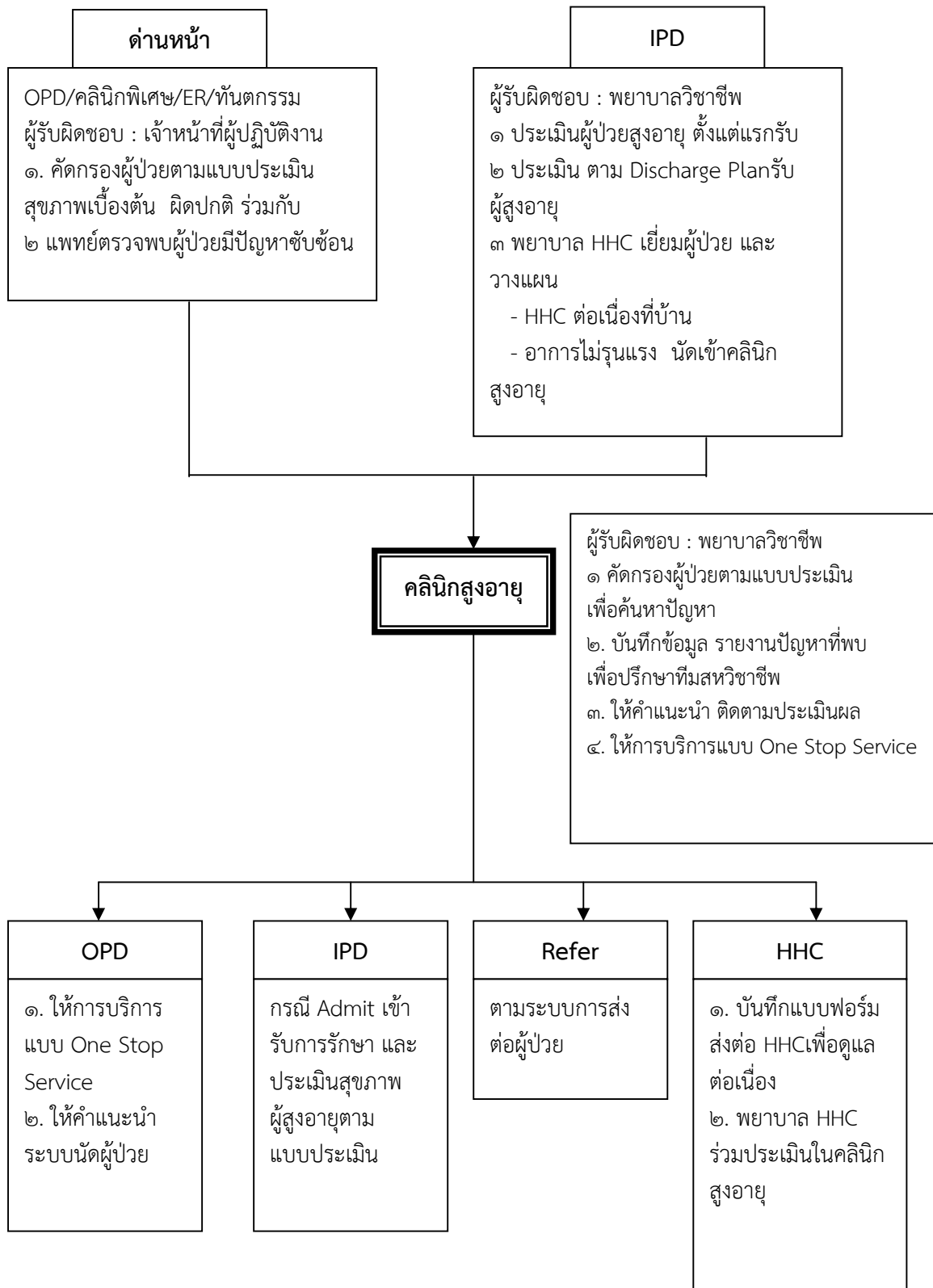
หมายเหตุ ประเมินความพึงพอใจทุกราย จากผู้ป่วย /ผู้ดูแล

ประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ตามการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป (๑๘ ข้อ) ที่มีอาการผิดปกติในแต่ละข้อ ให้ช้กแบบฟอร์มเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อ	การประเมิน	แบบฟอร์ม	การประเมินผล	ผู้ประเมิน
๑	อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ห่อแท้ ไม่มีความสุข	๘.โรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙๐)	<๗ ปกติ ๗-๑๒ มี น้อย ๑๓-๑๘ มี ปานกลาง ≥ ๑๙ มี รุนแรง	พยาบาล
๒	มีปัญหาเรื่องความจำ หลงลืมง่าย	๖.สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai ๒๐๐๒)	ไม่ได้เรียน (๒๓) <๑๔ ประถม (๓๐) <๑๗ สูงกว่าประถม (๓๐) <๒๒	พยาบาล
๓	เดินลำบาก เดินเซ เคลื่อนไหวผิดปกติ	๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล
๔	ทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร	๓.ภาวะโภชนาการ ๕.ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	<u>ตอน ๑:</u> คะแนนรวม ≥ ๑๒ ถือว่า ปกติ (ไม่ต้องทำต่อ) ≤ ๑๑ ผิดปกติ (ให้ทำต่อ) <u>สรุปคะแนนรวม</u> < ๑๗ ขาดสารอาหารมาก ส่งพบแพทย์ ๑๗-๒๓.๕ ให้คำปรึกษา แนะนำ	พยาบาล
๕	น้ำหนักลดมากกว่า ๔ กก.ใน ๖ เดือน	๓.ภาวะโภชนาการ ๕.ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	เหมือนข้อ ๔	พยาบาล
๖	BMI < ๑๘ หรือ > ๒๕	๓.ภาวะโภชนาการ ๕.ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	เหมือนข้อ ๔	พยาบาล
๗	กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะลำบาก	๑๐.ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	รุนแรงมาก/ปานกลาง/น้อย	พยาบาล
๘	นอนไม่หลับ หลับยาก หรือนอนหลับมากเกินไป	๖.สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai ๒๐๐๒) ๘.โรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙ Q.)	เหมือนข้อ ๑ และ ๒	พยาบาล
๙	ใช้ยาตั้งแต่ ๕ ชนิดขึ้นไป	๕. การใช้ยา	ดูจากการใช้ยา	เภสัชกร
๑๐	เวียนศีรษะเรื้อรัง	๙. ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล

ข้อ	การประเมิน	แบบฟอร์ม	การประเมินผล	ผู้ประเมิน
๑๑	อายุ > ๘๐ ปี	๖.สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai ๒๐๐๒) ๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล
๑๒	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้อง พึ่งญาติ	๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล
๑๓	เคยมีประวัติหกล้ม หรือ กระดูกหัก	๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล
๑๔	สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า	๘.โรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙ Q.)	เหมือนข้อ ๑	พยาบาล
๑๕	มาตรวจด้วยโรคเดิมซ้ำๆ	๘.โรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙ Q.)	เหมือนข้อ ๑	พยาบาล
๑๖	ขับถ่ายผิดปกติ	๓.ภาวะโภชนาการ ๕.ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใน ช่องปาก	เหมือนข้อ ๔	พยาบาล
๑๗	ตามัว หูได้ยินไม่ชัด	๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล
๑๘	อยู่คนเดียว หรือไม่มีผู้ดูแล	๖.สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai ๒๐๐๒) ๙.ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ๕ เสี่ยงที่จะหกล้มสูง	พยาบาล

ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นในโรงพยาบาล



ข้อมูลความพึงพอใจคลินิกผู้สูงอายุ

ระบบบริการ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)
1. ขั้นตอนการให้บริการ	๗๙.๕๒
2. คุณภาพการให้บริการ	๗๘.๙๔
3. เจ้าหน้าที่ / บุคลากรที่ให้บริการ	๘๒.๑๙
4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	๗๖.๒๕
5. ด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ	๗๙.๑๗
คะแนนภาพรวม	๘๐.๐๔

งบประมาณในการจัดบริการ

- งบจาก UC

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

สรุปปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอก

๑. เอกสารคัดกรองผู้สูงอายุ

แบบฟอร์มการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการจัดทำการประเมินแบบง่าย จำนวน ๕ ข้อ และใช้กระดาษสีเขียว ติดกับประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ชัดเจนขึ้น แต่เนื้อหาข้อมูลการประเมินยังไม่ครอบคลุม ปัจจุบันกำลังปรับปรุงแบบฟอร์ม จำนวน ๑๘ ข้อ

๒. การให้ข้อมูลของผู้สูงอายุและญาติ

- ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูล การให้ข้อมูลไม่ชัดเจน
- ญาติที่มาส่งผู้สูงอายุ จะไม่ใช่ญาติใกล้ชิด ที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน ให้ข้อมูลได้ไม่ถูกต้อง บางรายส่งถึงโรงพยาบาลให้ผู้สูงอายุมาตรวจเอง และมารับกลับ แต่ส่วนใหญ่มาเองไม่มีญาติ นำส่งทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็น

๓. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

การจัดลำดับผู้สูงอายุเข้าตรวจก่อน แต่พบปัญหาแพทย์ห้องตรวจไม่เพียงพอ องค์กรแพทย์มีการจัดเวรการตรวจประจำหน่วยงาน เช่น IPD, ER, คลินิกพิเศษ และห้องตรวจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าตรวจตามลำดับคิวทั่วไป ยกเว้นเข้าตรวจก่อนใน กรณีป่วยฉุกเฉิน หรือมีปัญหาเรื่องการเดิน ฯลฯ

๔. ระบบการทำงาน

เรื่องสถานที่และผู้รับผิดชอบในการรับบริการต่อเนื่องจากห้องตรวจทั่วไป กรณีที่พบปัญหาซับซ้อน ที่ต้องนัดมาเฉพาะในคลินิกผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน

๕. ปัญหาความต่อเนื่องของการบริการผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น การบันทึกข้อมูล การสื่อสารให้หน่วยงานบริการต่อเนื่องได้รับทราบข้อมูล เช่น

- หลังเยี่ยมบ้าน ควรมีการบันทึกข้อมูลในประวัติของผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่อง
- หลังทำกิจกรรมอื่นๆ ควรมีการประเมิน อาการของผู้ป่วย และบันทึกใน ประวัติผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพบำบัด การนวด
- การประสานงานกรณีพบปัญหา และส่งกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือการคัดกรองผู้ป่วยจากชุมชน พบความผิดปกติ

ปัญหาที่พบ ดังนี้

๑. การบริการอยู่รวมกันกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่สามารถจัดบริการผู้ป่วยแยกเฉพาะอย่างชัดเจน
๒. สถานที่คับแคบ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม เช่น การแนะนำการออกกำลังกาย ฯลฯ
๓. การให้บริการเหมือนกับผู้ป่วยมาตรวจทั่วไป ไม่มีข้อแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นๆ
๔. เอกสารการประเมินไม่ชัดเจน
๕. อัตราการล้มไม่เพียงพอ ทั้งแพทย์ และพยาบาล เพราะมีแพทย์ปฏิบัติงานวันละ ๑-๒ คน และพยาบาลที่รับผิดชอบหลัก เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติต้องช่วยตรวจผู้ป่วยทั่วไป และต้องคัดกรองผู้ป่วย

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. นโยบายการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนทุกระดับ และเห็นความสำคัญอย่างแท้จริง
๒. การสนับสนุนอย่างแท้จริงจากทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชน ทั้งทางด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างคนในการปฏิบัติงาน สถานที่ดำเนินการ
๓. องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
๔. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล รวมถึงอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลัก
๒. มีนโยบายการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ แต่การดำเนินงานเป็นไปตามกระแส ขาดความต่อเนื่อง
๓. ขาดการสนับสนุนอย่างแท้จริงจากทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชน ทั้งทางด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างคนในการปฏิบัติงาน สถานที่ดำเนินการ วัสดุอุปกรณ์
๔. องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ เกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
๕. ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล รวมถึง อผส. ที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ
๖. ขาดการประสานงาน ตั้งแต่หน่วยงานบริการ ถึงชุมชน

แนวคิดและการพัฒนาการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

การพัฒนาการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ควรประกอบด้วย

๑. การพัฒนาสถานที่ให้บริการผู้สูงอายุ ให้เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ
๒. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ให้มีบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการดูแล มีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน
๓. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ร่วมกับชุมชนเครือข่ายบริการ เพื่อติดตาม ประเมินผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

แผนงานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

มีการจัดทำแผนงาน “โครงการพัฒนาระบบและรูปแบบการบริการดูแลผู้สูงอายุอำเภอ
ห้างฉัตร” ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ

- จัดบริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะด้านและปัญหาซับซ้อน ๑ ครั้ง สัปดาห์
- จัดทีมสหวิชาชีพให้บริการผู้สูงอายุในช่วงเช้า และเยี่ยมวางแผนการดูแลผู้ป่วยใน ก่อนกลับบ้านในช่วงบ่าย

- ทีมสหวิชาชีพ ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ สอ. (ทีมประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ ๑-๒ คน, นักกายภาพบำบัด ๑ คน, เภสัชกร ๑ คน, เจ้าหน้าที่ สอ. ๑ คนและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน)

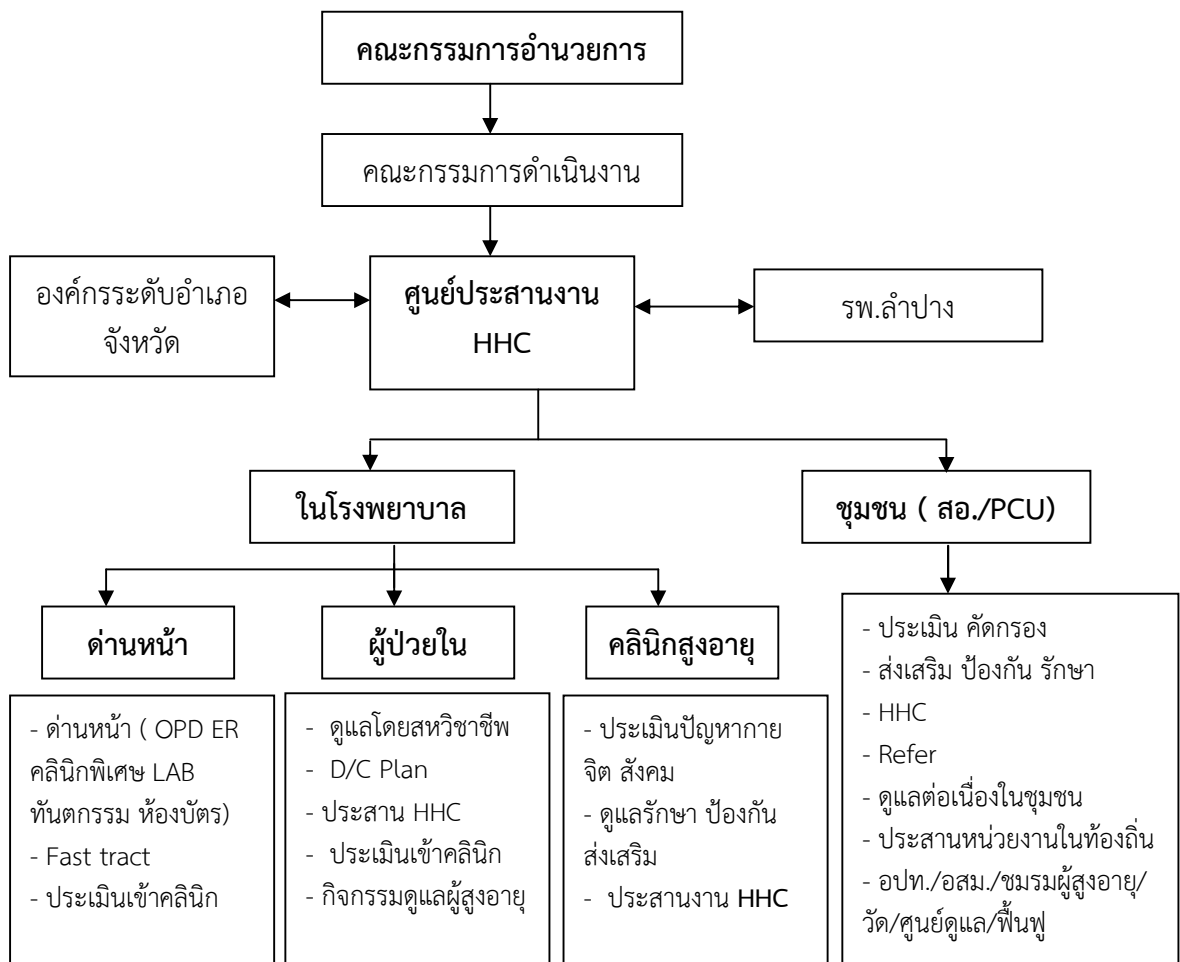
๒. การบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว

- ทบทวนระบบการบริการ การดูแล การส่งต่อผู้ป่วย ในสถานบริการ

๓. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้สูงอายุ

- จัดทำทะเบียนผู้ป่วยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ
- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา และวางแผนการแก้ไข
- รายงานผลการปฏิบัติงาน

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย



หน้าที่ความรับผิดชอบ

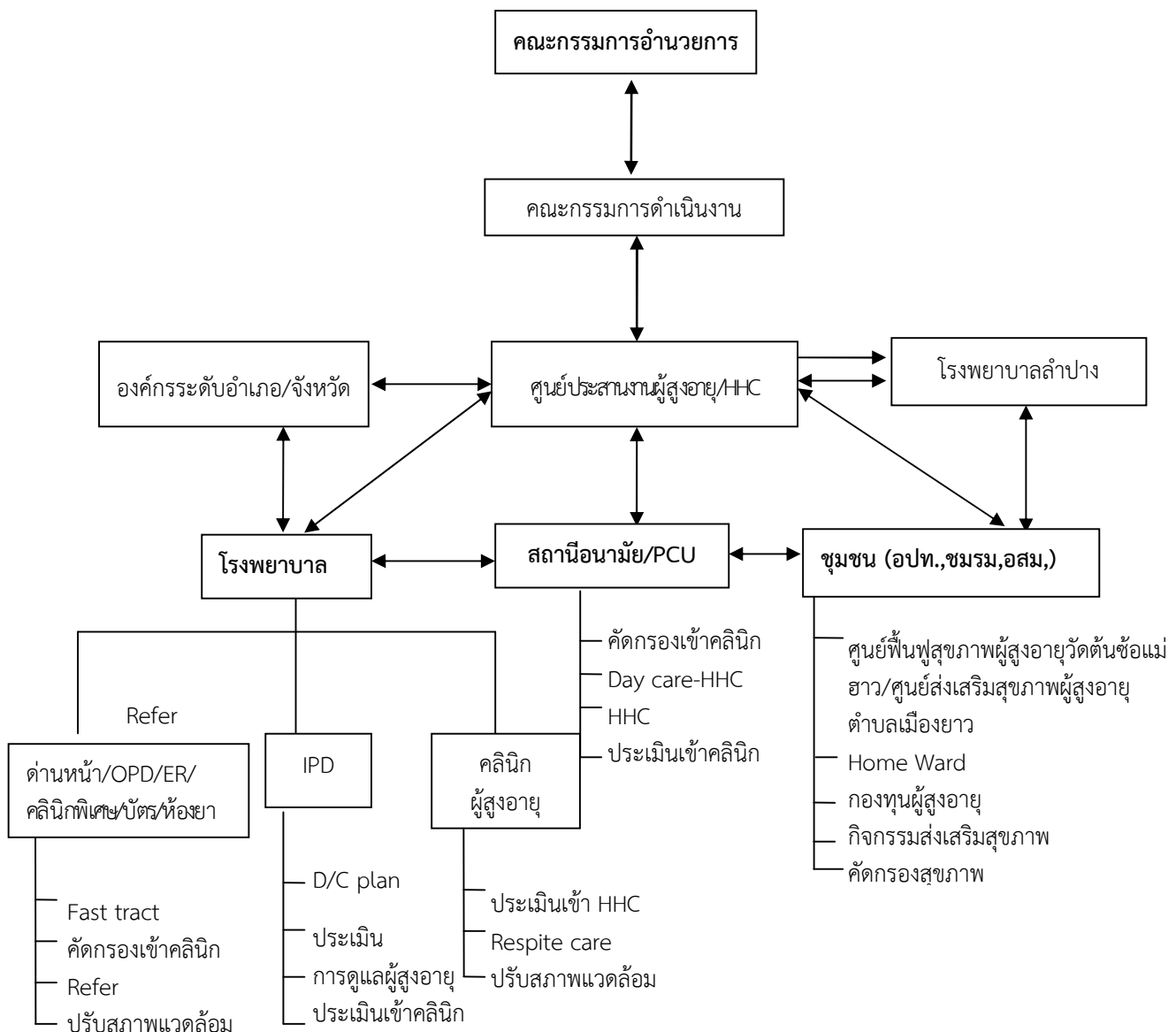
๑. คณะกรรมการอำนวยการ

- ช่วยเหลือให้การสนับสนุนที่ดำเนินงานทุกด้าน
- กำหนดนโยบาย
- ช่วยให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

๒. คณะกรรมการดำเนินงาน

- นำนโยบายสู่การปฏิบัติและจัดทำแผน
- ประสานทีมงานต่างๆ ให้เกิดระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และชุมชน
- ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ศูนย์ประสานงาน HHC



หน้าที่ของศูนย์ประสานงาน

๑. ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในอำเภอ (การเจ็บป่วย การเยี่ยมบ้าน การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรม ปัญหาต่างๆ ตลอดจนความต้องการด้านผู้สูงอายุ)
๒. รับแจ้งปัญหาหรือข้อมูลผู้สูงอายุทุกช่องทางเพื่อนำเข้าระบบการดูแลผู้สูงอายุ
๓. ผลิตสื่อ/ประชาสัมพันธ์งานผู้สูงอายุในอำเภอ สารสนเทศในการดูแลผู้สูงอายุ
๔. ให้ความช่วยเหลือ เครือข่าย ในการประสานงานกับองค์กรระดับอำเภอและจังหวัด
๕. จัดทำแผนผู้สูงอายุระดับอำเภอ
๖. แหล่งองค์ความรู้และพัฒนาบุคลากร (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น)
๗. บริการให้คำแนะนำแก่ทีมงานเครือข่ายผู้สูงอายุทางโทรศัพท์
๘. จัดประชุมพัฒนางานผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

นโยบายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน

๑. ให้มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลคำมวง
๒. ผลักดันให้มีการจัดตั้งคลินิกและพัฒนาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลคำมวง
๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ
๔. มีกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรค ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและให้มีบริการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง
๕. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีปัญหา ทางด้านสุขภาพที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการวางแผนการจำหน่ายและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน
๖. พัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับตำบลให้มีความทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
๗. มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาภาวะสุขภาพในโรงพยาบาลคำมวง

หน้าที่

๑. ศึกษานโยบายและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน
๒. กำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมาย
๓. ดำเนินงานตามมาตรฐาน
๔. สนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรให้กับงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ
๔. ร่วมมือและประสานงานที่ดีในการจัดบริการ
๕. การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาใช้ในการวางแผนการให้บริการ
๖. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการและวางแผนการให้บริการ
๗. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการให้บริการ อย่างปลอดภัยและเอื้อต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ
๘. พัฒนาองค์ความรู้ในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

๙. มีการวิเคราะห์ความต้องการ ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะให้บริการ

๑๐. จัดทำแนวปฏิบัติงานสำหรับกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาและทีมผู้ปฏิบัติทราบและมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้

๑๑. กำหนดตัวชี้วัดและติดตามตัวชี้วัด

๑๒. มีระบบติดตามการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

๑๓. พิจารณาคัดกรองสิทธิผู้สูงอายุอย่างเคร่งครัดทั้งด้านการเรียกเก็บเงินรับ และส่งต่อการรักษา

๑๔. พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Clinical Practice Guideline) จากหลักฐานเชิงประจักษ์และมีการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้องครบถ้วนและปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง

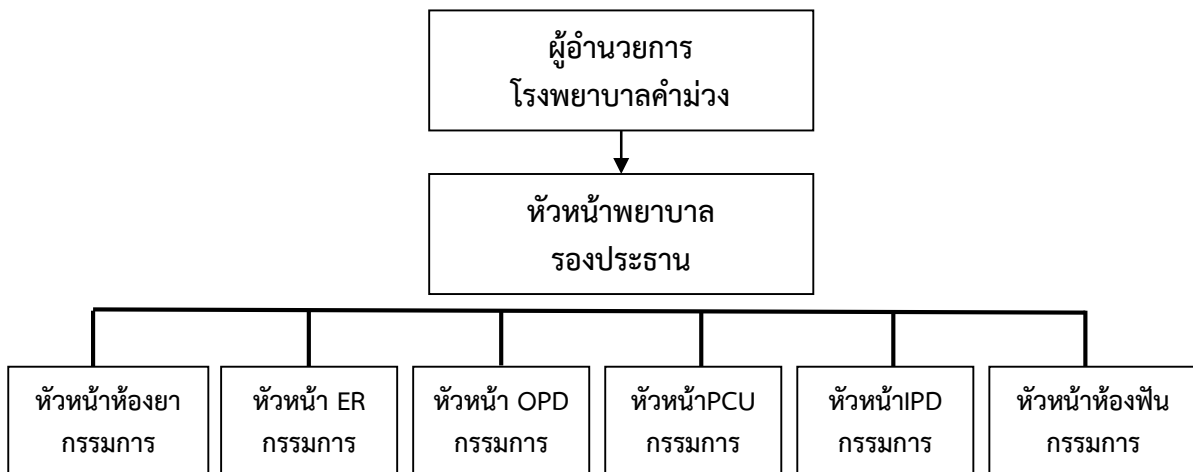
จุดอ่อน : - ขาดบุคลากรทำงานอย่างจริงจัง

- ขาดการเชื่อมโยงงาน

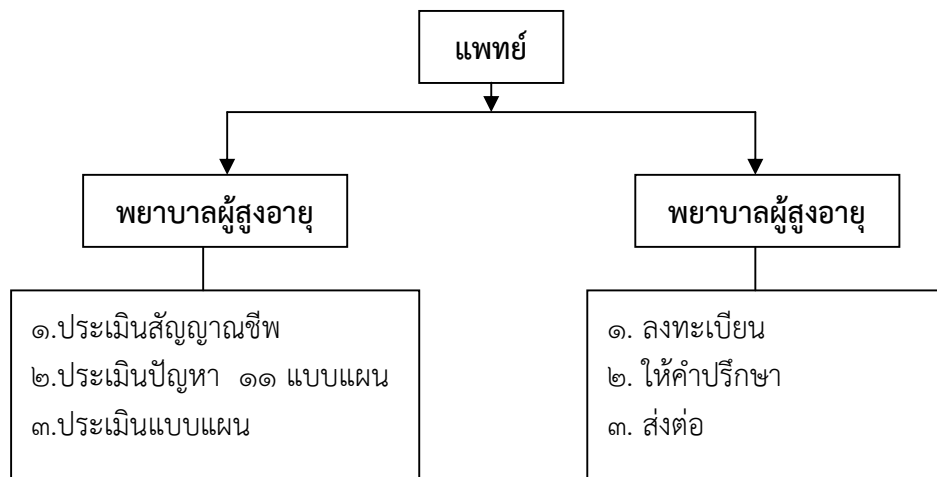
- การประสานงานจากทีมงานผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน

จุดแข็ง : มีแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

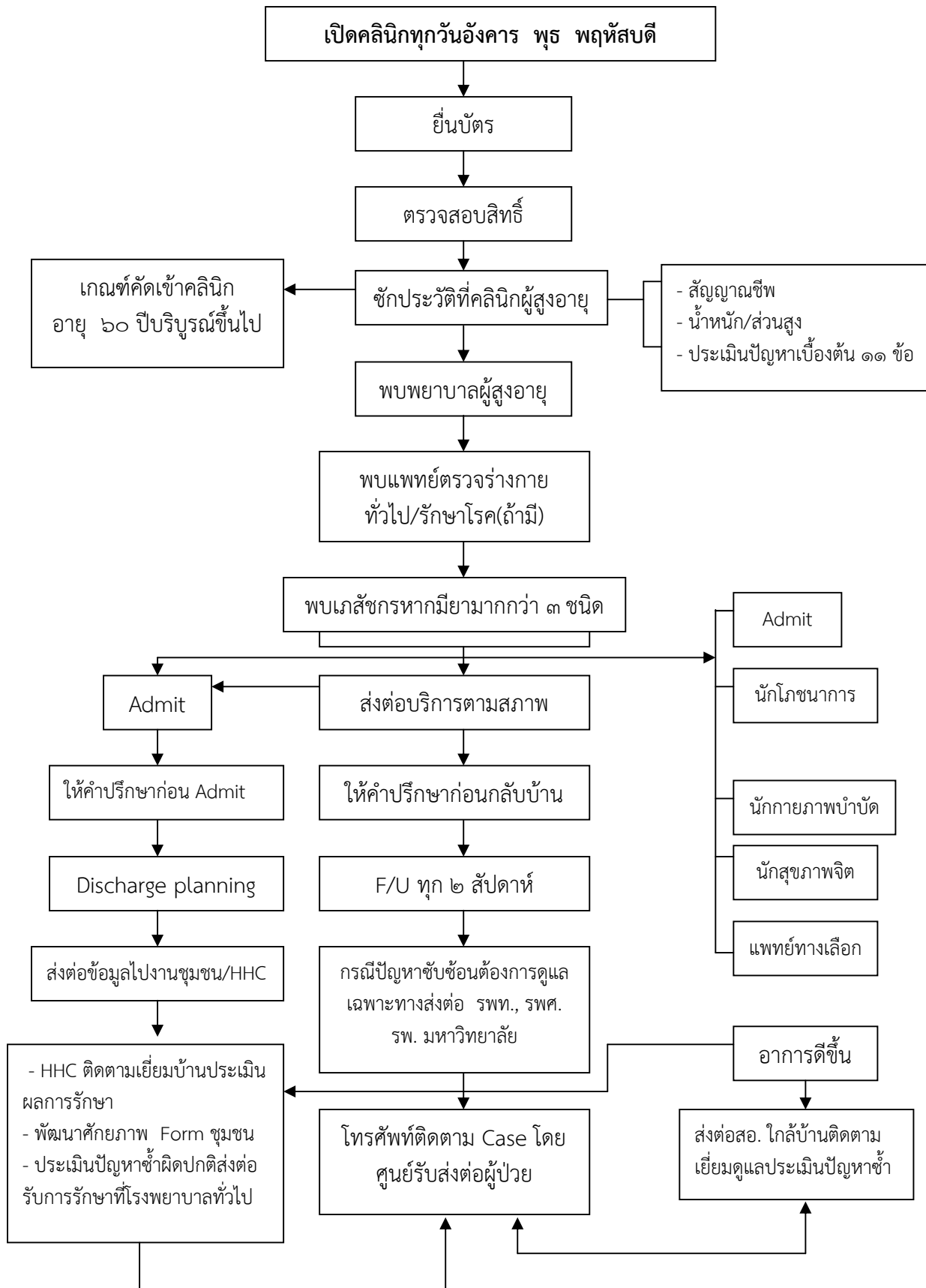
คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย



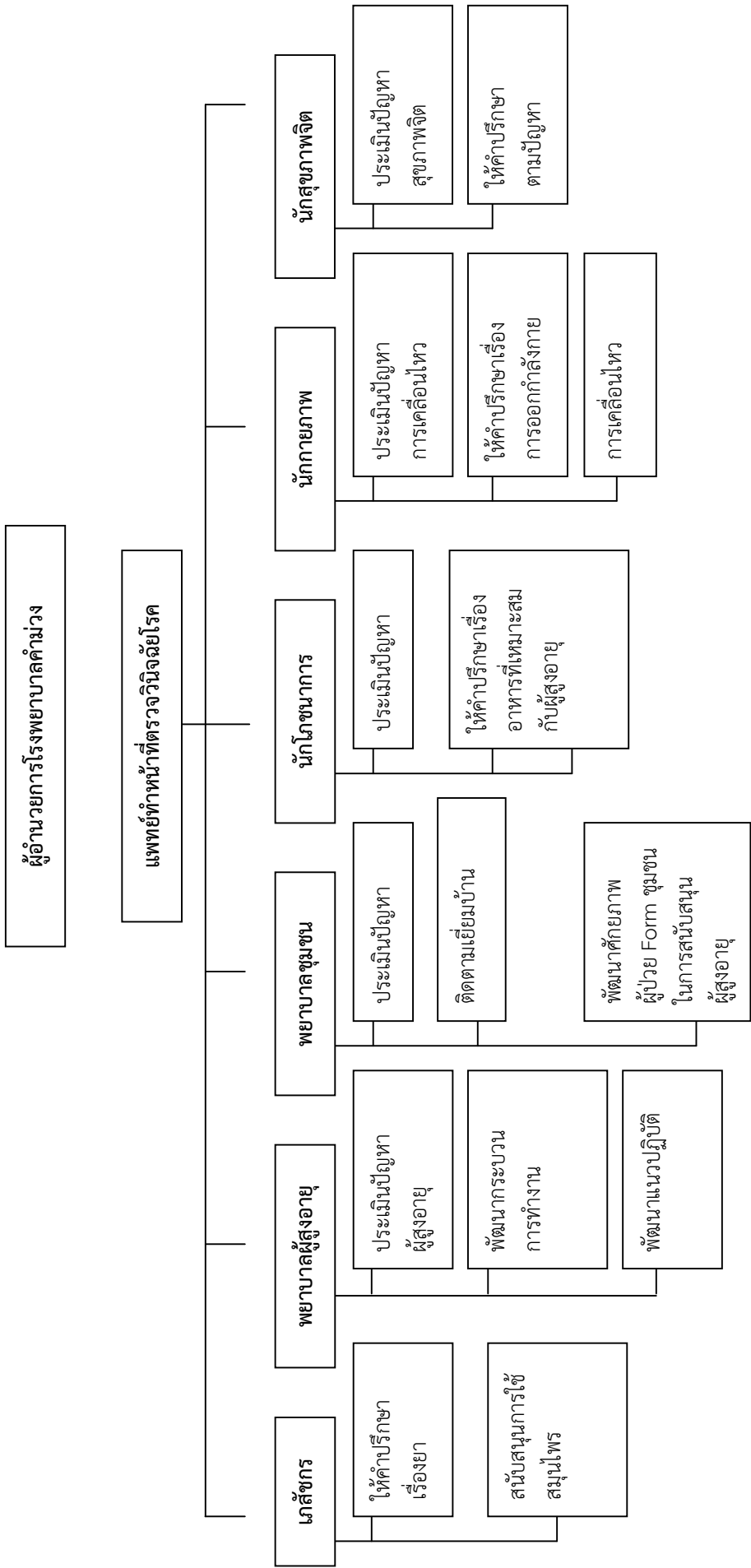
จำนวนทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย



รูปแบบการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ



ระบบความเชื่อมโยงของคลินิกผู้สูงอายุกับแผนกบริการอื่นใน



ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

การประเมินความพึงพอใจร้อยละ ๘๐.๐๓ %

งบประมาณในการจัดบริการ

งบด้านบุคลากร จ้างนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด
งบประมาณสิ่งของ การปรับปรุงโครงสร้างคลินิกบริการ

ปัจจัยที่ทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

๑. ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ
๒. การมีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงาน
๓. การทำงานเป็นทีม
๔. ความต่อเนื่องของกระบวนการทำงาน
๕. การมีความสุขกับการพัฒนางาน

ปัจจัยที่ทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุไม่ประสบผลสำเร็จ

๑. ด้านบุคลากร
 - อัตรากำลังไม่เพียงพอ (แพทย์/พยาบาล)
 - ไม่มีความรู้เฉพาะทาง (แพทย์/พยาบาล)
 - บุคลากร ไม่เข้าใจนโยบาย
๒. ด้านนโยบาย
 - นโยบายยังไม่ชัดเจน
 - นโยบายไม่มีการประกาศใช้
 - นำไปสู่การปฏิบัติยาก
๓. ด้านกระบวนการทำงาน
 - มีความยุ่งยากซ้ำซ้อนเพราะ Case ซ้ำซ้อน
 - การประสานงานไม่ชัดเจน
 - กระบวนการไม่ต่อเนื่อง
 - ความยากในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง
๔. ด้านผู้รับบริการ
 - จำนวนผู้รับบริการมาก
 - มีปัญหาซ้ำซ้อน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย

๑. ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ในประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ควรมีการผลักดันนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างไร

เห็นด้วยกับนโยบาย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เหมือนผู้ป่วยธรรมดาทั่วไป การทำคลินิกทั่วไปจะเน้นเรื่องการรักษา จะขาดมิติของผู้ป่วยที่ไม่ได้ป่วย แต่ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่างจากวัยหนุ่มสาว จึงต้องมีการจัดการดูแลที่เหมาะสมและเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุต้องมีการกำหนดชัดเจนว่าคลินิกผู้สูงอายุควรมีบทบาทอย่างไร ตามบริบทสถานบริการนั้น ๆ ใครเป็นผู้ให้บริการหลัก กรณีเป็นแพทย์เฉพาะทางอาจกำหนดบทบาทระดับหนึ่งให้สอดคล้องกับงานที่ต้องปฏิบัติ และมองทุกมิติรวมกับการรักษาพยาบาล เน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือการฟื้นฟู และสุดท้ายจะเห็นการดูแลระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไปให้ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งมองว่าคลินิกผู้สูงอายุดำเนินการได้ ยกเว้นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๒. นโยบายด้านคลินิกผู้สูงอายุของประเทศควรเป็นเช่นไร

นโยบายของประเทศไม่ควรตั้งรับอย่างเดียว ความดำเนินการเชิงรุกไปพร้อมกัน (Primary prevention) ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจจะดูแลได้ ๓๐ หรือ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ แล้วส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางดูแลในเวลาที่เหมาะสมตามความจำเป็นและทันเวลา

ในขณะเดียวกันนโยบายต้องมีความยืดหยุ่น โดยมองถึงความต้องการจริงๆ เนื่องจากการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุ มีความลำบากในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิง ส่วนนี้อาจจะเกิดคลินิกผู้สูงอายุอีกรูปแบบ แต่กรณีนี้ผู้สูงอายุยังเป็นรุ่นเยาว์สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ก็อาจจะเป็นคลินิกผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง อาทิ คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นต้น

๓. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ ให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

เห็นด้วย เนื่องจากกำหนดที่จำนวนเตียง ๑๒๐ เตียงขึ้นไปคิดว่าเหมาะสม เพราะมองว่ามีความพร้อมด้านบุคลากร ขณะเดียวกันต้องคำนวณตามจำนวนประชากรที่เป็นจริงร่วมด้วย อาทิ ในพื้นที่อำเภอที่มีประชากรสูงอายุมากกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์หรือมากกว่าก็จะต้องมีการดำเนินการแม้ว่าในพื้นที่นั้นจะมีสถานบริการที่ไม่ถึง ๑๒๐ เตียงก็ตาม ฉะนั้นควรจะมองในประเด็นจำนวนผู้สูงอายุ และศักยภาพของผู้ให้บริการ

๔. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไรในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพ ควรจะเป็นศูนย์ฝึกอบรม เน้นการเรียนการสอน และเป็นพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลชุมชน และจะต้องมีบุคลากรทำงานหรือสนใจด้านผู้สูงอายุ

การดำเนินในโรงพยาบาลศูนย์ สามารถดำเนินงานได้ ๒ ระดับ คือ เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากสถานบริการอื่นๆ เพราะมีผู้เชี่ยวชาญ และในโรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์เฉพาะทางที่ดำเนินงานอะไรอยู่ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจนส่งผู้ป่วยกลับบ้านได้ ขณะที่คลินิกผู้สูงอายุอาจจะมีแพทย์เชี่ยวชาญที่สนใจจะพัฒนารูปแบบการดูแล เช่น ภาวะสมองเสื่อม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือ การหกล้ม ซึ่งอาจจะอยู่ติดกับงาน Orthopedic เป็นคลินิกพิเศษ เป็นต้น และมีความเชื่อมโยงกับการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) และเชื่อมกับระบบ HHC ของสถานบริการอื่น

โรงพยาบาลทั่วไป เน้นการให้บริการผู้สูงอายุ และควรจะมีมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปมีแพทย์เฉพาะทาง โดยจะเปิดคลินิกตามโรคซึ่งผู้สูงอายุเป็นลูกค้าอยู่ในคลินิกเหล่านั้น ผู้สูงอายุบางท่านมีหลายคลินิก ลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปจะแตกต่างกันไม่มาก ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุน่าจะดูผู้ป่วยที่ต้องไปหลายคลินิก เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ โรคไต เป็นต้น แล้วดูแลภาพรวมของผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการให้ความรู้คำแนะนำกับผู้สูงอายุ เป็นลักษณะเหมือน Manager ของผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญมากในจุดนี้

โรงพยาบาลชุมชน อาจจะมีการดำเนินงานที่ชัดเจนกว่าในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป เนื่องจากแพทย์มีจำนวนไม่มาก เป็นการดูแลในระดับปฐมภูมิ เน้นการเฝ้าระวังผู้ที่เป็น กลุ่มเสี่ยง Health promotion และ primary prevention ในกลุ่มที่ยังแข็งแรง เป็นต้น

๕. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรแยกจากคลินิกอื่นทั่วไป หรือ บูรณาการเข้ากับคลินิกอื่นทั่วไปที่มีผู้สูงอายุไปรับบริการ เช่น คลินิกอายุรกรรม

กรณีที่ต้องการให้บริการที่ชัดเจน และมีความต้องการมาก (ผู้สูงอายุ) ควรแยกบริการออกมาให้ชัดเจน แต่ถ้ามีบริการเฉพาะทางที่เข้มแข็งสามารถบูรณาการเข้ากับงานคลินิกที่ดำเนินงานอยู่ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ในกรณีไม่แยกคลินิกออกมาเฉพาะ ในโรงพยาบาลศูนย์ถ้าแยกการจัดบริการออกมาเพื่อเป็นศูนย์ฝึกอบรมให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ไม่เน้นการบริการสามารถทำได้แต่จะไม่ใช่รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ ถ้าไปอยู่ในงานอายุรกรรมก็ไม่ใช่ความชัดเจนเพราะมีความเป็นเฉพาะทางอยู่แล้ว กรณีไม่เป็นบทบาทด้านการเรียนการสอน ในโรงพยาบาลศูนย์ก็จะมีการแข่งขันของบริการเฉพาะทางแต่ละบริการ เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลศูนย์ควรเป็นศูนย์ฝึกอบรมโรงพยาบาลอื่นๆ ฝึกอบรมวิชาชีพผู้สูงอายุเฉพาะที่มีปัญหาเท่านั้น ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปแข่งกับเฉพาะทางสาขาอื่นๆ การจัดบริการที่เหมาะสมขึ้นกับสถานการณ์

กรณีมีคลินิกอายุรกรรมอยู่แล้ว เมื่อจะดำเนินการเป็นคลินิกผู้สูงอายุก็จะมีประเด็นคำถามบ่อยๆ โดยจะถามผู้ปฏิบัติงานทั้งแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งไม่ได้ศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะมีคิดเห็นที่ผ่านมาก็ดูแลรักษาผู้สูงอายุอยู่แล้ว เช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต ถ้าจะแยกจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุออกมาขึ้นกับบุคลากร ถ้ามีแพทย์ที่จบด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้เพราะมิติการดูแลแตกต่างกัน โดยคลินิกที่ดูแลโดยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจะดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่คลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกอายุรกรรมจะดูแลเรื่องทั่วไปเป็นหลัก เช่น คุณน้ำตาลอย่างไร คุณความดันอย่างไร ฉะนั้น การบูรณาการจะอย่างไรกรณีที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจะทำอย่างไรให้แพทย์ทางอายุรกรรมที่มีอยู่มีแนวคิดทางด้านการดูแลผู้สูงอายุได้รอบด้าน เช่น นอกจากจะดูแลเรื่องความดันและให้ยาอย่างเดียว แต่จะต้องพิจารณาด้วยว่าคนนี้มีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มมากน้อยขนาดไหน จะต้องดูแลอย่างอื่นเพิ่มหรือไม่ เหมือนกับการดูแลเด็กกว่าตอนนี้อายุเท่าไร ฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่เป็นพื้นฐาน ถ้าไม่เคยเจอเด็กคนนี้นี่มาก่อนเลยก็สามารถถามเรื่องดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปแบบ ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มีรูปแบบการถาม เช่น ได้ตรวจร่างกายครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ เดินเป็นอย่างไร มีปัญหาเรื่องการหกล้มหรือไม่ ให้ปฏิบัติเป็นพื้นฐานรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถดูแลได้ทันกับปัญหา โดยประเด็นเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุทั่วไป โดยแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ใช้เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์อายุรกรรมเท่านั้น

๖. การจัดการบริการคลินิกควรเป็นรูปแบบใด

รูปแบบการบริการแบบ one stop service เป็นบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการได้ อาจจะดำเนินงานเป็นสหสาขาของแพทย์ที่สนใจทำร่วมกัน แต่ต้องมีเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบหลัก และสร้างเครือข่ายกับแพทย์สาขาอื่นในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะดำเนินการยากที่จะมีแพทย์หลายสาขามาเปิดบริการในวันเดียวกัน และปัญหาสำคัญการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ฉะนั้นอาจจะดำเนินการโดยมีแพทย์คนหนึ่งที่อยู่แลภาพรวมผู้สูงอายุที่มารับบริการ ซึ่งต้องการสร้างทีมงานขึ้นมาดูแลกำลังสำคัญหลักคือพยาบาล

๗. งบประมาณในการดำเนินงาน

งบประมาณน่าจะเป็นในระยะเริ่มดำเนินการหรือขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานคลินิก ถ้ามีการลงพื้นที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขรวมด้วยก็ต้องมีงบประมาณสนับสนุน หรือบางแห่งอาจจะไม่ใช้งบประมาณในการดำเนินงานเลย

และที่สำคัญการดำเนินงานในระยะยาวต้องมีตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ถ้ามีตำแหน่งจะมีคนรับผิดชอบประจำ เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะมีตำแหน่งของแพทย์และทีมงาน

๘. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญ คือ บุคลากรที่จะดำเนินงานต้องมีทัศนคติที่ดี อดทนอดทนแบบองค์รวม และขึ้นกับความต่อเนื่องในการจัดการบริการของผู้ให้บริการ ถ้าผู้ให้บริการไม่ได้ตั้งใจที่จะทำให้ดี และต่อเนื่อง ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ

นอกจากนั้นนโยบายและการสนับสนุนต้องชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของผู้บริหาร และแพทย์ เพราะมองว่าพยาบาลมีความพร้อมอยู่แล้ว ถ้าแพทย์ไม่เห็นด้วยในการดำเนินงานก็จะสำเร็จยาก และการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุต้องความยืดหยุ่น พิจารณาพื้นที่ที่ดูแล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

๙. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย

อาจจะเป็คลินิกที่เข้าถึงบริการได้ง่าย แก้ไขปัญหาผู้สูงอายุได้ ๓๐ หรือ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ เป็นที่ปรึกษาของผู้สูงอายุว่าเมื่อไรจะไปพบแพทย์เฉพาะทาง และรับดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องหลังจากพบแพทย์เฉพาะทางแล้ว หรือการดำเนินงานคลินิกต้องสอดคล้องกับบริการที่การดำเนินการอยู่ เช่น การดำเนินงานควรบูรณาการรวมกับแผนกอายุรกรรมในการดูแลรักษา ถ้าแยกออกมาอาจจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นการดูแลแบบขั้น ๒ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐาน หรือเน้นรูปแบบนี้เรื่องดูแลรักษา รูปแบบนี้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เมื่อจัดการบริการในคลินิกผู้สูงอายุจะต้องทำอย่างไรให้คุ้มค่าและให้ได้ประโยชน์ไปด้วยกัน

๑๐. คลินิกผู้สูงอายุควรจะต้องมีนโยบายให้มีการดำเนินงานต่อหรือไม่ควรมี

ควรมีการดำเนินนโยบายต่อไป อาจจะต้องปรับกลยุทธ์ เพราะบางปัญหาแก้ไขได้ และบางปัญหาแก้ไขยาก หรืออาจจะปรับรูปแบบของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพราะการดำเนินงานต้องใช้ระยะเวลา ควรจัดให้มีการดำเนินงานเป็นต้นแบบ ๒-๓ แห่ง ให้พัฒนารูปแบบการบริการเหมือนโรงเรียนแพทย์ เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และต้องมีตัวอย่างที่ดี ในการทำงานด้านนี้ให้กับแพทย์รุ่นหลังๆ อยากจะทำงานสายนี้มากขึ้น โดยคลินิกผู้สูงอายุไม่ใช่ “คลินิกที่เอาหมอเก่าๆ ตรวจคนไข้เก่าๆ เดินไปรับยากับเภสัชเก่าๆ ใชยาเก่าๆ ยาเดิมแบบ Repeat Medicine (RM)” แบบนั้นไม่จำเป็น เพราะพิจารณามิติการดำเนินงานว่าจริงๆ ต้องการอะไรในการจัดการบริการ

๒. ความคิดเห็นจากผู้บริหารสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการในแต่ละระดับ ในประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ควรมีการผลักดันนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างไร

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการผลักดันนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น สถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีความรู้ความเข้าใจ และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีความเฉพาะในการดูแล การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเน้นให้แพทย์ให้ความรู้ความสนใจผู้สูงอายุ ไม่ใช่เพื่ออำนวยความสะดวกหรือจัดคิดให้เท่านั้น การจัดบริการควรเน้นด้านส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูมากกว่าการรักษา

ส่วนการกำหนดนโยบายต้องชัดเจนและสามารถดำเนินการได้จริงตามบริบทของแต่ละระดับโรงพยาบาล มีการกำหนดมาตรฐานและระบบการติดตามประเมินงานอย่างต่อเนื่อง

๒. นโยบายด้านคลินิกผู้สูงอายุของประเทศควรเป็นเช่นไร

การกำหนดนโยบายควรเน้นเชิงบูรณาการทุกภาคส่วน โดยมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมและชัดเจน การกำหนดเฉพาะทางสาธารณสุขอาจไม่ครอบคลุม เพราะงานด้านผู้สูงอายุมีหลายหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้อง คลินิกผู้สูงอายุอาจเน้นจัดบริการในเรื่อง การเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพ และควรแยกการบริการออกมาจากคลินิกเฉพาะโรค มีรูปแบบการดำเนินงานทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ นอกจากนี้การวางนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมอัตรากำลัง ต้องดำเนินการควบคู่ไปด้วยเพื่อรองรับการดำเนินงาน อาทิ โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งควรมีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การอบรมแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่อาจจะต่อเนื่องจากอายุรแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป เป็นต้น

๓. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ ให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในรพ.ของรัฐที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุทุกระดับโรงพยาบาลตามบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ อาจจะเน้น เช่น ไม่เน้นบริการรักษา โดยการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ให้คำแนะนำ การบูรณาการกับคลินิกที่เปิดดำเนินการอยู่ โดยการดูแลรักษาให้แพทย์แต่ละแผนกดูแลเฉพาะทาง และมีทีมสหสาขาวิชาอื่นๆ ทำงานร่วมในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การประเมิน และการเก็บข้อมูล เป็นต้น และควรดำเนินการบริการในโรงพยาบาลระดับ ๓๐ เตียง การแยกคลินิกในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจทำได้ยาก ควรจะดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

๔. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไรในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ ควรมีกลุ่มงานเฉพาะ มีการเรียนการสอน และฝึกอบรม การจัดบริการเพื่อรองรับเฉพาะทาง (ตติยภูมิ) เช่น มีคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกสมองเสื่อม ภาวะ Geriatric syndrome โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงทั้งด้านบุคลากร และเทคโนโลยีให้กับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ในส่วนโรงพยาบาลทั่วไป ควรจัดบริการคลินิกที่ชัดเจน รักษาโรคผู้สูงอายุแยกจากโรคทั่วไป และดูแลแบบองค์รวม กรณีที่บางสถานบริการที่แพทย์ที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับภาระที่จะแยกงานได้ ควรจะบูรณาการร่วมกับคลินิกที่มีอยู่ โดยมีทีมสหสาขาวิชาอื่นๆ ทำงานร่วมในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การประเมิน และการเก็บข้อมูล เป็นต้น

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ควรเป็นคลินิกที่เน้นการตรวจสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ แบบต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาผู้สูงอายุในการดูแลตนเองได้ โดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา ป้องกัน และฟื้นฟู หรือรูปแบบจัดบริการคลินิกเป็นบางวันและมีทีมสหสาขาาร่วมด้วย เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร

๕. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรแยกจากคลินิกอื่นทั่วไป หรือ บูรณาการเข้ากับคลินิกอื่นทั่วไปที่มีผู้สูงอายุไปรับบริการ เช่น คลินิกอายุรกรรม

ส่วนใหญ่เห็นว่าควรดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุแยกออกจากคลินิกทั่วไป ตามศักยภาพของ และบริบทของแต่ละระดับโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลศูนย์ควรแยกการบริการอย่างชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนอาจบูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น เพราะมีข้อจำกัดด้านบุคลากร สถานที่ และงบประมาณ

๖. การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นรูปแบบใด

ควรดำเนินการแบบ one stop service จะได้ฐานข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบอื่นๆ ของโรงพยาบาลได้สะดวก

๗. งบประมาณในการดำเนินงาน

ส่วนใหญ่เห็นว่าควรตั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน และงบประมาณในการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ทำงานด้านนี้

๘. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุสำเร็จ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารมอง คือนโยบายและความเห็นชอบความสำคัญ จะมีผลให้เกิดการผลักดันการดำเนินงาน รองลงมาคือ ระบบ/รูปแบบการดำเนินงาน บุคลากร/ทีมงานต้องมีความพร้อมทั้งกำลังคน/องค์ความรู้/มีใจรักในงานด้านนี้ และสุดท้ายคือ งบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ ในการดำเนินงาน

๙. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรมีการผลักดันการดำเนินงานอย่างจริงจัง และมีรูปแบบการดำเนินงานตามบริบทของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบเฉพาะ โดยมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วน

๑๐. คลินิกผู้สูงอายุควรจะต้องมีนโยบายให้มีการดำเนินงานต่อหรือไม่ควรมี

ควรมีการดำเนินการ เน้นการทำงานตามบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ และการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๓. ความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุ

๑. ท่านเห็นด้วยกับการผลักดันนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างไร

เห็นด้วย ถ้าไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็ต้องไปปนกับคนไข้ทั่วไป มีความอยากลำบากของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหา disability และก็ไปเข้าคิว บางโรงพยาบาลไปเข้าคิวตั้งแต่ การมีคลินิกผู้สูงอายุ ๑. ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก ๒. ได้เจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ ๓. ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เพราะว่าโรคเรื้อรังทั่วไป พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ เช่น ผู้สูงอายุไปรับยา เป็นต้น

ถ้ามีคลินิกผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุต้องการเนื่องจากผู้สูงอายุจะคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็มีทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ ควรดำเนินการแบบ comprehensives หรือ one stop service แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ด้านผู้สูงอายุ พยาบาลที่จบด้านผู้สูงอายุ หรืออบรม/เรียนต่อยอดด้านผู้สูงอายุ จะสามารถมองเห็นปัญหาและคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลบ่อยกว่าคนทั่วไปหรือมาเกือบทุกเดือน

๒. ท่านคิดว่านโยบายด้านคลินิกผู้สูงอายุของประเทศควรเป็นเช่นไร

ก่อนออกนโยบาย ต้องให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจก่อนว่าปัญหาผู้สูงอายุ คืออะไร ปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น ตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน ซึ่งเราต้องอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ต้องให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจผู้สูงอายุว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย/จิตใจอย่างไรบ้าง ปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้าง ฉะนั้นเวลานโยบายลงมาก็น่าจะไม่เห็นจำเป็น เพราะยังเห็นผู้สูงอายุเดินได้อยู่ นอกจากนี้ต้อง Training ให้เข้าใจเรื่องผู้สูงอายุมากขึ้น

เจ้าหน้าที่ไม่มีองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ เช่น การใช้ชีวิต ส่วนการอบรม เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุจะต้องให้การดูแลอย่าง สิ่งที่ผู้สูงอายุขาดต้องให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้บริหาร อ่าง บริหารไม่สนใจ และขาดการทำงานที่ต่อเนื่อง เปลี่ยนแปลงคนทำงานบ่อย

๓. ท่านคิดเห็นอย่างไร “ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ กำหนดให้ตั้งคลินิกผู้สูงอายุในรพ.ของรัฐที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป”

จำนวน ๑๒๐ เตียง ขึ้นกับนโยบายของกระทรวง จะกำหนด ระดับการดูแล จำนวน ๑๒๐ เตียง ในทางทฤษฎีก็พอเหมาะ ถ้าน้อยไปอาจมีปัญหา

๔. ท่านคิดว่าการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร

- คลินิกผู้สูงอายุ ไม่ใช่มีเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ให้มีตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนไปเลย
- โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ไม่เพียงพอ อาจจะใช้พยาบาลเป็นหลัก อย่างเช่น PCU เล็กๆ ดูแลได้
- โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ต้องดูนโยบายจริงๆ ไม่ได้รับเฉพาะ รับทุกระดับ อาจทำได้ลำบาก เพราะรับคนไข้ทุกระดับ ปฐมภูมิ ตติยภูมิ/ทุติยภูมิ มันแยกไม่ได้ลำบาก

๕. ท่านคิดว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรแยกจากคลินิกอื่นทั่วไป หรือ บูรณาการเข้ากับคลินิกอื่นทั่วไปที่มีผู้สูงอายุไปรับบริการ เช่น คลินิกอายุรกรรม เป็นต้น

ต้องแยกออกมาเฉพาะหรือไม่ ไม่จำเป็นต้องแยก เป็นโรคเรื้อรัง หรือไม่โรคเรื้อรัง ที่แผนกผู้ป่วยนอกสามารถดำเนินการได้ เช่น โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ๒/๓ มาทำ Rehabilitation ลดภาระงานของโรงพยาบาล

๖. ท่านคิดว่าการจัดบริการคลินิกควรเป็นรูปแบบใด

One stop service

๗. งบประมาณในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร / จำเป็นหรือไม่

งบประมาณ ไม่เห็นจำเป็น ขึ้นกับว่าเราอยากทำหรือไม่ คนที่สนใจรวมกลุ่มกันมาดูแล อย่าเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อยๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุคุ้นเคย ความคุ้นเคยเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเลย พอเขาเห็นเจ้าหน้าที่ก็ดีใจแล้ว ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงไปมา

๘. ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุสำเร็จ

๑. ผู้บริหาร

๒. คนผ่านการอบรมไม่ได้ทำงานผู้สูงอายุ มีเปลี่ยนแปลงตลอด

๓. แพทย์เกษียณมาทำ

๔. แพทย์มองไม่เห็นความจำเป็นในการที่จะดำเนินงาน

๕. ทีมงานบางส่วนไม่อยากทำ/บางส่วนอยากทำ

๖. ต้องมีงบประมาณหรือ งบประมาณ Top up ให้ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้

๙. ท่านมองว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก และมีโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ต้องดูแล หาสถานที่ในโรงพยาบาลและจัดบริการแยกออกมาต่างหาก

๑๐. สุดท้ายท่านเห็นว่าคลินิกผู้สูงอายุจะต้องมีนโยบายให้มีการดำเนินงานต่อหรือไม่ ควรมี หรือควรหยุดการดำเนินงาน

คลินิกผู้สูงอายุน่าจะลองทำ Model ในโรงพยาบาลระดับ โรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป /ชุมชน และต้องเป็นการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจจะดูแลต่อจากโรงพยาบาลได้ หรือการดูแลระยะยาวในชุมชน

๔. ความคิดเห็นจากหัวหน้างานหรือกลุ่มงานในสถานบริการแต่ละระดับ

ผลการสัมภาษณ์หัวหน้างานหรือกลุ่มงานที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุหรือปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในส่วนด้านงานผู้สูงอายุในสถานบริการ ๓ ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ทัวไป และชุมชน ในเรื่องการจัดดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. ควรมีการผลักดันนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างไร

พบว่าส่วนใหญ่ด้วยกับนโยบายผลักดันให้มีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น เนื่องจากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพครบวงจร และการจัดบริการที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก คลินิกผู้สูงอายุควรจัดเป็นหน่วยงาน/แผนก ขอบเขตการปฏิบัติงาน และมีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อการดำเนินการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง นอกจากนี้เห็นว่า เมื่อกำหนดนโยบาย แนวทาง และงบประมาณที่ชัดเจนในการดำเนินการตั้งแต่นโยบายระดับประเทศสู่ภาคีรัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารทุกระดับสถานบริการ นำสู่ผู้ปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ขณะเดียวกันหน่วยงานรับผิดชอบต้องกำหนดทิศทางและนโยบายด้านผู้สูงอายุและบรรจุเข้าแผนปฏิบัติการสาธารณสุข

ในส่วนการดำเนินการต้องกำหนดนโยบายชัดเจนต่อผู้บริหาร และสถานบริการต่าง ๆ แต่ละระดับ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการของสถานบริการ มีกระบวนการที่แสดงถึงการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างไปจากประชากรทั่วไปตามบริบทของแต่ละระดับสถานบริการ มีความเชื่อมโยงกับชุมชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีระบบ

๒. นโยบายด้านคลินิกผู้สูงอายุของประเทศควรเป็นเช่นไร

นโยบายด้านคลินิกผู้สูงอายุควรมีการกำหนดนโยบาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและเหมาะสม นำสู่การปฏิบัติในแต่ละสถานบริการตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ ทัวไป และชุมชน โดยการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และมีรูปแบบการบริการแต่ละระดับจะมีการดำเนินงานอย่างไร โดยให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลรักษา ส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินการควรเริ่มในสถานบริการที่มีความพร้อมด้านสถานที่ และอัตรากำลัง ในกรณีที่สถานบริการมีข้อจำกัดดังกล่าว การดำเนินการควรอยู่ในรูปแบบการบูรณาแบบสหสาขาวิชาชีพและบริการช่องทางด่วนในจุดที่มีบริการผู้สูงอายุ

การพัฒนาบุคลากรทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ

๓. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ ให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป

ส่วนที่เห็นด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลระดับ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป หรือมีขนาดใหญ่ มีความพร้อมสามารถรองรับและจัดการปัญหาผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น และมีความพร้อมในการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ควรจะให้ระยะเวลาโรงพยาบาลได้มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ และงบประมาณในการดำเนินการ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบ ควรสนับสนุนในด้านวิชาการ ทุนพัฒนาบุคลากรทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งแพทย์ พยาบาล และสาขาอื่น ๆ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

ส่วนที่ไม่เห็นด้วย เห็นว่าควรดำเนินงานในสถานบริการทุกระดับ ซึ่งอาจจะดำเนินการยากเนื่องจากขาดงบประมาณและการสนับสนุนอัตรากำลังคนในสถานบริการขนาดเล็ก

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่มีขนาดน้อยกว่า ๑๒๐ เตียง ควรมีการดำเนินงาน เช่น รูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ถ้าพบปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องก็ส่งต่อเพื่อการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะโรคที่ต้องการการดูแลพิเศษ เช่น ภาวะสมองเสื่อม สามารถส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพ

๔. การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไรในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ซึ่งทั้งสองแห่งมีศักยภาพใกล้เคียงกัน ควรเน้นการให้บริการทั้งการรักษาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน การประเมินปัญหาสุขภาพทุกด้านอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การประสานงานและเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างเป็นระบบ การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุควรเป็นแบบ one stop service ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัดการ หรือจัดบริการเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุและต้องการการดูแลพิเศษอย่างต่อเนื่อง เช่น ภาวะสมองเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้

ส่วนโรงพยาบาลชุมชน การจัดบริการควรเน้นทั้งเชิงรับและเชิงรุก เน้นการรักษา สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งค้นหาและคัดกรองสุขภาพเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองได้

๕. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรแยกจากคลินิกอื่นทั่วไปหรือบูรณาการเข้ากับคลินิกอื่นทั่วไป ที่มีผู้สูงอายุไปรับบริการ เช่น คลินิกอายุรกรรม

ในกรณีที่เห็นว่าไม่ควรแยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุออกมา เนื่องจากการดำเนินการมีข้อจำกัดในด้านสถานที่และบุคลากรในการจัดบริการ ควรเป็นการดำเนินการรูปแบบการบูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น เช่น คลินิกอายุรกรรม คลินิกตรวจโรคทั่วไป และต้องมีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีผู้รับผิดชอบโดยตรงเพื่อการประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ขณะเดียวกันกรณีบูรณาการงานร่วมถ้าจัดระบบบริการไม่ดีอาจจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุถูกละเลยได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพิเศษ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ฉะนั้นในการบูรณาการเข้ากับคลินิกอื่น ต้องมีการดำเนินการคัดกรองและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหา เมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อนที่ต้องการการประเมินและการดูแลต่อเนื่องก็ควรส่งต่อ เช่น ภาวะสมองเสื่อมควรส่งต่อคลินิกความจำ เป็นต้น

ในส่วนที่เห็นว่าการดำเนินการคลินิกควรจะแยกออกมาดำเนินการโดยเฉพาะ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มพิเศษที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการบริการที่สะดวกและผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการ เพราะการแยกคลินิกออกมาดำเนินการจะทำให้การบริการครอบคลุมครบวงจร เช่น การคัดกรอง การติดตาม และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการแก้ไขปัญหาที่ทันทั่วถึง โดยเป็นการบริการแบบ one stop service ดีกว่าดำเนินการในคลินิกอื่นที่ผู้สูงอายุมาตรวจ เนื่องจากเวลาจำกัดและจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการ

๖. การจัดบริการคลินิกควรเป็นรูปแบบใด

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ควรเป็นแบบ one stop service เพื่อความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ตั้งแต่การทำบัตร จนผู้ป่วยรับยาและกลับบ้าน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น กรณีมีปัญหาเฉพาะโรคสามารถปรึกษาคลินิกเฉพาะโรคที่เปิดบริการในวันนั้นๆ หรือนัดเพื่อการดูแลเฉพาะโรคต่อไป ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจจะดำเนินการยากถ้าจะดำเนินการตามนโยบายที่จะให้มีการดำเนินการทุกสถานบริการ ฉะนั้นอาจจะต้องปรับการบริการตามบริบทของโรงพยาบาลหรือบูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น หรือร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการบริการในชุมชน เป็นต้น

๗. งบประมาณในการดำเนินงาน

งบประมาณในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุเห็นว่าในช่วงแรกของการดำเนินงานควรสนับสนุนงบประมาณ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพราะผู้สูงอายุต้องการการดูแลพิเศษแตกต่างกับกลุ่มประชากรอื่น ในการจัดสรรงบประมาณให้ดำเนินการในด้านระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องมีแผนงบประมาณระยะยาว รวมทั้งกรอบอัตรากำลังคน และค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านนี้

นอกจากนี้งบประมาณที่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรให้กับโรงพยาบาลคงไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน และงบประมาณต่อหัวประชากรของผู้สูงอายุควรกำหนดอัตราบริการแตกต่างจากประชากรอื่น ๆ งบประมาณบางส่วนอาจจะมาจากหน่วยงานอื่นที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ หรือ งบประมาณจากภาษีบาป เช่น ภาษีเหล้า บุหรี่ เพราะในอดีตบุคคลเหล่านี้ก็บริโภคส่งเหล้านี้ สนับสนุนและให้ชุมชนหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำโครงการดำเนินการได้เองในอนาคต ขณะที่ในสถานบริการบางส่วนสามารถดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยไม่ได้ใช้งบประมาณในการดำเนินงาน

๘. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุสำเร็จ

ปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุประสบความสำเร็จนั้น สิ่งแรกที่สำคัญคือผู้บริหาร ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ข้อสองคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความตระหนักและทัศนคติที่ดี และมีใจรักในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ข้อสามคือ การสร้างความร่วมมือของบุคลากรในทีมงานและสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สุดท้ายคือ งบประมาณซึ่งอาจจะมาจากโรงพยาบาลหรือองค์กรภายนอก เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อปต.) เป็นต้น

๙. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ควรจะดำเนินการตามบริบทของแต่ละสถานบริการและภูมิภาค โดยไม่สามารถที่จะกำหนดรูปแบบให้เหมือนกันได้ทั่วไป มีการสร้างหรือดำเนินการสถานบริการต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละระดับสถานบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และรูปแบบใดที่เหมาะสมตามบริบทสถานบริการที่นั้นๆ และความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ ของสถานบริการ โดยเน้นการบูรณาการแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ต้องพัฒนาศักยภาพที่ทำงานด้านผู้สูงอายุเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วย

๑๐. คลินิกผู้สูงอายุควรจะต้องมีนโยบายให้มีการดำเนินงานต่อหรือไม่อย่างไร

ควรมีการดำเนินการต่อเนื่อง เพราะประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลจะสูงขึ้นตามด้วย จึงจำเป็นจะต้องมีการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และเน้นบริการเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองเพราะต่อไปจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศในอนาคต ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ ควรสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการพัฒนาและผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอกับความต้องการ

ความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๒๘ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑,๑๖๓	๓๕.๐
หญิง	๒,๑๖๑	๖๕.๐
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐
อายุ		
๖๐ – ๖๙ ปี	๑,๕๔๕	๔๖.๕
๗๐ – ๗๙ ปี	๑,๓๖๙	๔๑.๒
๘๐ ปีขึ้นไป	๔๑๐	๑๒.๓
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐
สถานภาพ		
โสด	๑๔๓	๔.๓
สมรส	๑,๙๓๓	๕๘.๒
หม้าย	๙๕๐	๒๘.๖
หย่า/แยกกันอยู่	๗๘	๒.๓
ไม่ตอบ	๒๒๐	๖.๖
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐

จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ ๖๕ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๓๕ กลุ่มอายุที่มารับบริการมากที่สุดคือ ๖๐ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๔๖.๕ กลุ่มอายุ ๗๐ – ๗๙ ปี ร้อยละ ๔๑.๒ ในกลุ่ม ๘๐ ปีขึ้นไปพบร้อยละ ๑๒.๓

เมื่อพิจารณาสถานภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรส ร้อยละ ๕๘.๒ หม้าย ร้อยละ ๒๘.๖ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ ๒.๓ ในขณะที่ผู้สูงอายุสถานโสด ร้อยละ ๔.๓

ตารางที่ ๒๘ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๕๑๖	๑๕.๕
ไม่จบประถมศึกษา (ป.๔ หรือ ป.๖)	๒๘๖	๘.๖
จบประถมศึกษา (ป.๔ หรือ ป.๖)	๑,๙๗๘	๕๙.๕
มัธยมศึกษาตอนต้น	๑๓๔	๔.๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	๑๙๑	๕.๗
ปวส.หรือเทียบเท่า	๔๘	๑.๔
ปริญญาตรี	๑๕๔	๔.๖
สูงกว่าปริญญาตรี	๑๕	๐.๕
อื่น ๆ	๒	๐.๑
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑,๖๗๕	๕๐.๔
เกษตรกร	๘๕๗	๒๕.๘
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจ	๒๖๓	๗.๙
รับจ้างทั่วไป	๒๒๐	๖.๖
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	๓๐๒	๙.๑
อื่น ๆ	๗	๐.๒
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐
รายได้ต่อเดือน (เทียบเส้นความยากจนระดับประเทศ)		
น้อยกว่า ๑,๕๐๐ บาท	๑,๔๓๖	๔๓.๒
๑,๕๐๐ – ๕,๐๐๐ บาท	๙๕๐	๒๘.๖
๕,๐๐๑ – ๑๐,๐๐๐ บาท	๓๖๘	๑๑.๑
มากกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๔๓๔	๑๓.๑
ไม่ตอบ	๑๓๐	๔.๑
รวม	๓,๓๒๔	๑๐๐.๐

จากการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.๔ หรือ ป.๖) มากที่สุด ร้อยละ ๕๙.๕ และร้อยละ ๑๕.๕ ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่ามากกว่าร้อยละ ๕๐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ ๒๕.๘ ยังประกอบอาชีพเกษตร

เมื่อพิจารณารายได้ผู้สูงอายุเทียบกับเส้นความยากจนของประเทศพบว่า ร้อยละ ๔๓.๒ ยังมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าเส้นความยากจนของประเทศ (ตารางที่ ๒๘)

ตารางที่ ๒๙ จำนวนและร้อยละโรคของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

โรค	เพศ (N=๓,๓๖๔)	
	ชาย (N=๑,๑๖๙)	หญิง (N=๒,๑๙๕)
- โรคเบาหวาน	๓๐๙ (๒๖.๕)	๗๓๙ (๓๓.๖)
- โรคเกี่ยวกับระบบกระดูก	๑๙๐ (๖.๓)	๔๔๙ (๒๐.๔)
- โรคหลอดเลือดสมอง	๔๒ (๓.๖)	๔๗ (๒.๑)
- โรคมะเร็ง	๒ (๐.๒)	๒๔ (๑.๑)
- โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน เช่น ภูมิแพ้	๓๑ (๒.๗)	๖๘ (๓.๑)
- โรคเกี่ยวกับระบบสายตา	๘๕ (๗.๓)	๑๘๑ (๘.๒)
- โรคความดันโลหิตสูง	๖๒๙ (๕๓.๙)	๑,๒๓๖ (๕๖.๓)
- โรคไต	๕๒ (๔.๕)	๗๘ (๓.๖)
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	๙๒ (๗.๙)	๑๖๓ (๗.๔)
- โรคระบบทางเดินหายใจ	๙๗ (๗.๙)	๑๐๒ (๔.๖)
- โรคเกี่ยวกับระบบเลือด	๒๗ (๒.๓)	๙๐ (๔.๑)
- โรคระบบประสาท	๒๒ (๑.๙)	๓๘ (๑.๗)
- อัมพฤกษ์	๔ (๐.๓)	๓ (๐.๑)
- โรคเกี่ยวกับหู/คอ/จมูก	๒๗ (๒.๗)	๔๙ (๒.๒)
- ต่อมลูกหมาก	๓๙ (๓.๓)	-
- ไชมันในเลือดสูง	๓๐ (๒.๖)	๑๕๙ (๓๕.๖)
- ฟัน	-	๓ (๐.๑)
- ปวดกล้ามเนื้อ	๓ (๐.๓)	๖ (๐.๓)
- กระเพาะ/ลำไส้	๒๕ (๒.๑)	๗๒ (๓.๘)
- ไทรอยด์	๓ (๐.๓)	๑๘ (๐.๘)
- โรคผิวหนัง	๑๐ (๐.๙)	๖ (๐.๓)
- ถูน้ำดี	๔ (๐.๓)	๗ (๐.๓)
- ริดสีดวง	๕ (๐.๔)	๖ (๐.๓)
- ตับอักเสบ	๒ (๐.๒)	๕ (๐.๒)
- นิ่วในไต	-	๑ (๐.๐)
- จิตเวช	-	๑๑ (๐.๕)

จากตารางแสดงจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกพบว่า พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเกี่ยวกับระบบกระดูก ไชมันในเลือดสูง และโรคเกี่ยวกับระบบสายตาส่วน กลุ่มโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงพบในผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ ๓.๖ และเพศหญิง ร้อยละ ๒.๑ (ตารางที่ ๒๙)

ตารางที่ ๓๐ จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกจำแนกตามเพศ			
ภาวะสุขภาพ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ดีมาก	๘๕ (๗.๕)	๑๐๘ (๕.๐)	๑๙๓ (๕.๙)
ดี	๕๔๐ (๔๗.๕)	๘๘๖ (๔๑.๔)	๑๔๒๖ (๔๓.๕)
พอใช้	๔๐๐ (๓๕.๑)	๘๕๐ (๓๙.๗)	๑๒๕๐ (๓๘.๑)
ไม่ดี	๑๑๐ (๙.๗)	๒๖๙ (๑๒.๖)	๓๗๙ (๑๑.๖)
ไม่ดีมากๆ	๓ (๐.๓)	๒๘ (๑.๓)	๓๑ (๐.๙)
รวม	๑,๑๓๘ (๑๐๐.๐)	๒,๑๔๑ (๑๐๐.๐)	๓,๒๗๙ (๑๐๐.๐)

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าสุขภาพดี ร้อยละ ๔๓.๕ รองลงมาคือ พอใช้ ร้อยละ ๓๘.๑ สุขภาพดีมาก ร้อยละ ๕.๙ ในขณะที่ประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี ร้อยละ ๑๑.๖ และไม่ดีมาก ร้อยละ ๐.๙ (ตารางที่ ๓๐)

ตารางที่ ๓๑ จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกจำแนกกลุ่มอายุ					
ภาวะสุขภาพ	กลุ่มอายุ				รวม
	๖๐ – ๖๙ ปี	๗๐ – ๗๙ ปี	๘๐ ปีขึ้นไป	ไม่ตอบ	
ดีมาก	๑๐๕ (๗.๐)	๗๑ (๕.๓)	๑๕ (๓.๗)	๒ (๔.๙)	๑๙๓ (๕.๙)
ดี	๖๖๐ (๔๔.๑)	๖๐๓ (๔๕.๑)	๑๔๐ (๓๔.๗)	๒๓ (๕.๖.๑)	๑,๔๒๖ (๔๓.๕)
พอใช้	๕๕๔ (๓๗.๐)	๕๐๐ (๓๗.๔)	๑๘๔ (๔๕.๕)	๑๒ (๒๙.๓)	๑,๒๕๐ (๓๘.๑)
ไม่ดี	๑๖๓ (๑๐.๙)	๑๕๑ (๑๑.๓)	๖๑ (๑๕.๑)	๔๙ (๘.๘)	๓๗๙ (๑๑.๖)
ไม่ดีมากๆ	๑๕ (๑.๐)	๑๒ (๐.๙)	๔ (๑.๐)	-	๓๑ (๐.๙)
รวม	๑,๔๙๗ (๑๐๐.๐)	๑,๓๓๗ (๑๐๐.๐)	๔๐๔ (๑๐๐.๐)	๔๑ (๑๐๐.๐)	๓,๒๗๙ (๑๐๐.๐)

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าสุขภาพดี ร้อยละ ๔๓.๕ รองลงมาคือ พอใช้ ร้อยละ ๓๘.๑ สุขภาพดีมาก ร้อยละ ๕.๙ ในขณะที่ประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี ร้อยละ ๑๑.๖ และไม่ดีมาก ร้อยละ ๐.๙ (ตารางที่ ๓๑)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ ๖๐ – ๖๙ ปี และ กลุ่มอายุ ๗๐ – ๗๙ ปี ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่แตกต่างกันมาก ในขณะที่กลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ ๔๕.๕ (ตารางที่ ๓๑)

ตารางที่ ๓๒ จำนวนและร้อยละระดับการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก

กิจวัตรประจำวัน	ระดับกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
	ทำได้	ทำได้ต้องมีคนช่วย	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- ท่านอาบน้ำเองได้หรือไม่	๓,๑๑๒ (๙๔.๑)	๑๒๘ (๓.๙)	๖๖ (๒.๐)
- ท่านเอาใจใส่ดูแลเรื่องการแต่งตัวเองได้หรือไม่ เช่น การหวีผม โกนหนวด	๓,๑๓๓ (๙๔.๘)	๑๒๗ (๓.๘)	๔๖ (๑.๔)
- ท่านไปห้องน้ำเองได้หรือไม่	๓,๑๒๕ (๙๔.๖)	๑๓๔ (๔.๑)	๔๖ (๑.๔)
- ท่านขึ้น/ลง เตียงหรือที่นอน ได้หรือไม่	๓,๑๒๑ (๙๔.๖)	๑๒๕ (๓.๘)	๕๔ (๑.๖)
- ท่านรับประทานอาหารได้เองหรือไม่	๓,๑๗๙ (๙๖.๒)	๙๕ (๒.๙)	๒๙ (๐.๙)
- ท่านสวม/ถอดเสื้อผ้าได้เองหรือไม่	๓,๑๔๙ (๙๕.๓)	๑๑๙ (๓.๖)	๓๗ (๑.๑)
- ท่านเดินได้หรือไม่	๓,๐๗๒ (๙๓.๓)	๑๘๐ (๕.๕)	๓๙ (๑.๒)
- ท่านสามารถเดินขึ้นลงบันได ๑ ชั้นได้หรือไม่	๒,๙๘๕ (๙๐.๕)	๒๑๗ (๖.๖)	๙๘ (๓.๐)
- ท่านสามารถกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	๒,๗๕๘ (๘๓.๖)	๓๖๔ (๑๑.๐)	๑๗๙ (๕.๔)
- ท่านสามารถกลั่นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	๒,๕๙๔ (๗๘.๗)	๕๗๕ (๑๗.๕)	๑๒๖ (๓.๘)

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๐ สามารถทํากิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบปัญหาในเรื่องการกลั่นอุจจาระมากที่สุด ร้อยละ ๕.๔ รองลงมาคือ การกลั่นปัสสาวะ ร้อยละ ๓.๘ และการเดินขึ้นลงบันได ๑ ชั้นได้ ร้อยละ ๓ (ตารางที่ ๓๒)

ตารางที่ ๓๓ จำนวนและร้อยละระดับการทํากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก

กิจวัตรประจำวัน (IADL)	ระดับกิจวัตรประจำวัน (IADL)			
	ทำได้	ทำได้ต้อง มีคนช่วย	ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้	ไม่มีโทรศัพท์
- ในกรณีที่ท่านมีโทรศัพท์ ท่านสามารถใช้โทรศัพท์ได้เองหรือไม่	๑,๘๗๖ (๕๖.๗)	๖๑๗ (๑๘.๗)	๔๑๙ (๑๒.๗)	๓๙๔ (๑๑.๙)
- ท่านสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้หรือไม่ ใช้ยานพาหนะ	๒,๖๐๕ (๗๙.๐)	๕๔.๘ (๑๖.๖)	๑๔๓ (๔.๓)	-
- ท่านสามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าใน ร้านค้าหรือร้านขายของชำได้หรือไม่	๒,๘๕๘ (๘๖.๗)	๒๗๔ (๘.๓)	๑๖๓ (๔.๙)	-
- ท่านหุงหา/อุ่นอาหารได้เองหรือไม่	๒,๘๓๔ (๘๖.๒)	๒๖๖ (๘.๗)	๑๘๘ (๕.๗)	-
- ท่านจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ ลูกหลานให้ได้หรือไม่	๒,๙๔๑ (๘๙.๓)	๒๒๕ (๖.๘)	๑๒๘ (๓.๙)	-
- ท่านสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเองหรือไม่	๒,๘๘๒ (๘๗.๔)	๓๓๑ (๑๐.๐)	๘๓ (๒.๖)	-

จากตารางที่ ๓๓ พบว่ามากกว่าร้อยละ ๕๐ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ ในประเด็น การจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ลูกหลานให้ ร้อยละ ๘๙.๓ รองลงมาคือสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ ๘๗.๔ สามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าในร้านค้าหรือร้านขายของชำได้ ร้อยละ ๘๖.๗ หุงหา/อุ่นอาหารได้เอง ร้อยละ ๘๖.๒ และสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้ยานพาหนะ ร้อยละ ๗๙ ขณะที่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เอง ร้อยละ ๕๖.๗

ตอนที่ ๒ ความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๓๔ จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อขั้นตอนการบริการของคลินิก

ขั้นตอนการบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
- ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ	๘๔๗ (๒๕.๖)	๑,๕๔๘ (๔๖.๗)	๘๔๘ (๒๕.๖)	๖๖ (๒.๐)	๖ (๐.๒)
- ระบบการค้นหะเบียนประวัติ	๗๔๘ (๒๒.๖)	๑,๕๒๘ (๔๖.๑)	๘๓๐ (๒๔.๑)	๑๐๐ (๓.๐)	๕ (๐.๒)
- มีการจัดลำดับ การให้บริการ	๘๐๔ (๒๔.๖)	๑,๕๓๙ (๔๗.๐)	๘๕๔ (๒๖.๑)	๗๓ (๒.๒)	๓ (๐.๑)
- เป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว					

จากการตอบแบบสอบถามผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการประสานงานและความร่วมมือเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ ๔๕.๖ รองลงมาคือ ความสะดวกในการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก ร้อยละ ๔๔.๘ มีการจัดลำดับการให้บริการ เป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว ร้อยละ ๔๗ ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ ร้อยละ ๔๖.๗ และระบบการค้นหะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็ว ร้อยละ ๔๖.๑

ในขณะที่ความรวดเร็วในการให้บริการ พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการมีความพึงพอใจในระดับน้อย ร้อยละ ๔๓.๖ (ตารางที่ ๓๔)

ตารางที่ ๓๕ จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
- การตรวจร่างกายโดยแพทย์	๑,๐๕๑ (๓๑.๘)	๑,๕๕๕ (๔๗.๐)	๖๒๙ (๑๙.๐)	๖๙ (๒.๑)	๑ (๐.๐)
- ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรคที่ ท่านเป็น	๑,๐๙๑ (๓๓.๐)	๑,๖๐๘ (๔๘.๗)	๕๕๕ (๑๖.๘)	๔๙ (๑.๐)	๒ (๐.๑)
- ความสามารถของพยาบาลในการให้การ พยาบาล	๑,๐๑๐ (๓๐.๖)	๑,๖๓๔ (๔๙.๔)	๖๑๐ (๑๘.๔)	๕๓ (๑.๖)	๑ (๐.๐)
- การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์	๑,๐๕๙ (๓๒.๐)	๑,๔๙๕ (๔๕.๒)	๖๖๙ (๒๐.๒)	๗๘ (๒.๔)	๔ (๐.๑)
- ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	๘๓๕ (๒๕.๔)	๑,๔๕๕ (๔๔.๒)	๘๖๔ (๒๖.๓)	๙๙ (๓.๐)	๓๘ (๑.๒)
- ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความ กังวลใจกับพยาบาล	๘๗๓ (๒๖.๖)	๑,๓๖๙ (๔๑.๖)	๘๔๗ (๒๕.๘)	๑๖๙ (๕.๑)	๓๐ (๐.๙)
- มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอ และทันสมัย	๘๖๔ (๒๖.๑)	๑,๖๓๓ (๔๙.๓)	๗๔๔ (๒๒.๕)	๖๗ (๒.๐)	๖ (๐.๒)
- มีระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา	๙๕๓ (๒๘.๙)	๑,๕๙๑ (๔๘.๒)	๖๘๔ (๒๐.๗)	๖๘ (๒.๑)	๔ (๐.๒)
- ความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการ ให้บริการโดยรวมทุกด้าน	๙๔๕ (๒๘.๖)	๑,๖๓๒ (๔๙.๓)	๖๖๑ (๒๐.๐)	๖๖ (๒.๐)	๓ (๐.๑)
- มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อ ปรับปรุงการบริการ	๗๔๔ (๒๓.๐)	๑,๔๖๘ (๔๕.๔)	๘๒๕ (๒๕.๕)	๑๕๔ (๔.๘)	๔๑ (๑.๓)

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาลมากที่สุดร้อยละ ๔๙.๔ รองลงมาคือ มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอและทันสมัย และความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน ร้อยละ ๔๙.๓ ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรค ร้อยละ ๔๘.๗ ระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา ร้อยละ ๔๘.๒ การตรวจร่างกาย โดยแพทย์ ร้อยละ ๔๗

ในขณะที่ความพึงพอใจระดับน้อยสุดต่อมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ ร้อยละ๑.๓ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ร้อยละ ๑.๒ และมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล ร้อยละ ๐.๙ (ตารางที่ ๓๕)

ตารางที่ ๓๖ จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่ให้บริการ

เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่ให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
- การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัย	๙๒๐ (๒๘.๐)	๑,๖๐๖ (๔๘.๘)	๗๐๖ (๒๑.๕)	๕๓ (๑.๖)	๔ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านมีความรู้มีความสามารถเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์	๙๓๒ (๒๘.๔)	๑,๖๔๐ (๔๙.๙)	๖๖๓ (๒๐.๒)	๔๙ (๑.๕)	๓ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ	๙๔๒ (๒๘.๖)	๑,๕๙๑ (๔๘.๓)	๖๙๒ (๒๑.๐)	๖๔ (๑.๙)	๔ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ในการตอบปัญหาและอาการเจ็บป่วยของท่าน	๙๖๐ (๒๙.๑)	๑,๕๔๑ (๔๖.๗)	๗๑๑ (๒๑.๕)	๘๕ (๒.๖)	๓ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ในการตอบปัญหาและข้อสงสัยของท่านเป็นอย่างดี	๙๐๘ (๒๗.๕)	๑,๕๕๔ (๔๗.๑)	๗๕๒ (๒๒.๘)	๘๒ (๒.๕)	๓ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ	๘๖๙ (๒๖.๔)	๑,๕๕๗ (๔๗.๔)	๗๕๕ (๒๓.๐)	๙๙ (๓.๐)	๕ (๐.๒)
- ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อท่านมีปัญหา	๙๐๑ (๒๗.๔)	๑,๔๑๐ (๔๒.๙)	๘๕๖ (๒๖.๑)	๑๑๕ (๓.๕)	๓ (๐.๑)
- แพทย์ให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	๑,๑๖๕ (๓๕.๔)	๑,๔๐๕ (๔๒.๗)	๖๒๓ (๑๘.๙)	๙๕ (๒.๙)	๔ (๐.๑)
- พยาบาลให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	๑,๑๕๑ (๓๕.๐)	๑,๔๔๑ (๔๓.๘)	๖๒๑ (๑๘.๙)	๗๗ (๒.๓)	๓ (๐.๑)
- ความรวดเร็วในการที่เจ้าหน้าที่มาให้การช่วยเหลือ	๘๘๖ (๒๗.๐)	๑,๕๑๔ (๔๖.๒)	๗๘๓ (๒๓.๙)	๙๓ (๒.๘)	๒ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่มีความระมัดระวัง ในการใช้เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ กับท่าน	๘๗๑ (๒๖.๗)	๑,๖๑๔ (๕๐.๓)	๖๗๐ (๒๐.๕)	๗๗ (๒.๔)	๓ (๐.๑)
- ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ต่ออาการเจ็บป่วยของท่าน	๙๕๗ (๒๙.๐)	๑,๕๗๔ (๔๗.๘)	๖๗๔ (๒๐.๕)	๘๗ (๒.๖)	๓ (๐.๑)
- การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่อย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ	๑,๐๑๖ (๓๐.๙)	๑,๕๕๓ (๔๗.๓)	๖๒๖ (๑๙.๑)	๘๖ (๒.๖)	๔ (๐.๑)
- เจ้าหน้าที่ให้บริการ ด้วยท่าที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้ม แจ่มใส อธิบายเป็นมิตร	๑,๑๒๕ (๓๔.๒)	๑,๔๘๐ (๔๕.๐)	๖๐๑ (๑๘.๓)	๗๘ (๒.๔)	๖ (๐.๒)
- เจ้าหน้าที่บริการท่าน ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต	๑,๐๑๒ (๓๑.๑)	๑,๕๖๔ (๔๘.๐)	๖๑๔ (๑๘.๙)	๖๔ (๒.๐)	๒ (๐.๑)

จากตารางที่ ๓๖ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่ให้บริการอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกมีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ ๕๐.๓ ต่อเจ้าหน้าที่มีความระมัดระวัง ในการใช้เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ กับท่าน รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านมีความรู้มีความสามารถที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ร้อยละ ๔๙.๙ การให้บริการของเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ร้อยละ ๔๘.๘ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ ร้อยละ ๔๘.๓ และเจ้าหน้าที่บริการท่าน ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต ร้อยละ ๔๘

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการมีความพึงพอใจระดับน้อยต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อท่านมีปัญหา ร้อยละ ๓.๕ เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ และความใส่ใจของแพทย์ในการดูแลท่าน ร้อยละ ๓ (ตารางที่ ๓๖)

ตารางที่ ๓๗ จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
- มีป้ายบอกบริการคลินิกผู้สูงอายุ อยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ	๘๖๗ (๒๖.๒)	๑,๓๓๑ (๔๐.๒)	๖๘๘ (๒๐.๘)	๓๔๑ (๑๐.๓)	๘๕ (๒.๖)
- มีที่นั่งพักขณะขอรับการตรวจ เพียงพอ	๙๒๓ (๒๘.๐)	๑,๓๖๗ (๔๑.๔)	๘๑๓ (๒๔.๖)	๑๘๔ (๕.๖)	๑๔ (๐.๔)
- มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ/ห้องสุขา เหมาะสมและเพียงพอ	๙๖๖ (๒๙.๒)	๑,๔๑๖ (๔๒.๘)	๗๘๘ (๒๓.๘)	๑๒๙ (๓.๙)	๖ (๐.๒)

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุมีความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกร้อยละ ๔๒.๘ พึงพอใจในสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ/ห้องสุขา เหมาะสมและเพียงพอมากที่สุด รองลงมาคือ มีที่นั่งพักขณะขอรับการตรวจเพียงพอ ร้อยละ ๔๑.๔ มีป้ายบอกบริการคลินิกผู้สูงอายุอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ ร้อยละ ๔๐.๒ และสถานที่ตั้งของคลินิกผู้สูงอายุอยู่ในจุดที่รับบริการง่ายและสะดวก ร้อยละ ๓๙.๗

ในขณะที่พบว่าความพึงพอใจต่อมีป้ายบอกบริการคลินิกผู้สูงอายุอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการของผู้สูงอายุที่มารับบริการน้อยร้อยละ ๑๐.๓

ตารางที่ ๓๘ จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ

ด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
- ท่านเชื่อมั่นในระบบบริการของ คลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	๙๗๐ (๒๙.๓)	๑,๕๖๖ (๔๗.๓)	๖๘๘ (๒๐.๘)	๗๕ (๒.๓)	๙ (๐.๓)
- ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับ มีมาตรฐานและเหมือนคลินิกอื่น ๆ	๑,๐๓๐ (๓๑.๑)	๑,๕๕๔ (๔๗.๐)	๖๕๕ (๑๙.๘)	๖๗ (๒.๐)	๒ (๐.๑)
- ท่าน มีความ เชื่อ มั่น ใน ความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ให้ การรักษาท่าน	๑,๑๒๘ (๓๔.๑)	๑,๖๐๑ (๔๘.๔)	๕๒๐ (๑๕.๗)	๕๙ (๑.๘)	๒ (๐.๑)
- มีระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่าย ที่มีแพทย์ ท่านสะดวกในการ ขอรับบริการ	๑,๐๐๑ (๓๐.๔)	๑,๔๙๘ (๔๕.๔)	๗๑๐ (๒๑.๕)	๗๕ (๒.๓)	๑๓ (๐.๔)

จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกพบว่า ระดับความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ให้การรักษามากที่สุด ร้อยละ ๔๘.๔ รองลงมาคือ เชื่อมั่นในระบบบริการของคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๔๗.๓ เชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนคลินิกอื่น ๆ ร้อยละ ๔๘.๐ และ ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุเครือข่ายที่มีแพทย์สะดวกในการขอรับบริการ ร้อยละ ๔๕.๔ ตามลำดับ (ตารางที่ ๓๘)

ตอนที่ ๓ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มารับบริการ

จากการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน ๑๙๐ คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่พอใจกับการจัดบริการของคลินิกผู้สูงอายุที่มีความสะดวก และได้รับการครบถ้วน เมื่อมารับบริการ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการมีความสนใจและดูแลผู้สูงอายุด้วยดี ดังรายละเอียดในประเด็นต่อไปนี้

๑. เหตุผลอะไรที่ทำให้ท่านเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มารับบริการ พบว่า เหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการเพราะได้รับการบริการที่ดี เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การบริการอย่างใส่ใจและเป็นกันเองกับผู้สูงอายุที่มารับบริการ ผู้มารับบริการจำนวนไม่มากได้รับความสะดวกรวดเร็ว ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องรอคิวนานมีลำดับขั้นตอน นอกจากนี้แพทย์ พยาบาล และทีมงาน พร้อมให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และการใช้ยา รวมทั้งสถานที่บริการเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ขณะที่ผู้สูงอายุบางท่านที่มารับบริการที่คลินิกเนื่องจากเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ให้การรักษา และเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านแนะนำให้มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นางอารยา บุญเจือ อายุ ๖๖ ปี “มีความมั่นใจว่ามีแพทย์ที่มีความสามารถให้การรักษาส่งอายุโดยตรง เมื่อมารับใช้บริการแล้วรู้สึกอบอุ่นที่ได้รับการดูแลจากแพทย์เป็นอย่างดีด้วยความเอาใจใส่” ๒) นางกุลลาภ ศิริโพธิ์ อายุ ๗๓ ปี “พอใจในความสะดวกในการบริการ แพทย์ตรวจรักษาและให้บริการเร็ว” ๓) นางสุนีย์ เกตุมนี อายุ ๖๗ ปี “เข้ามารักษาเพราะอายุเยอะแล้ว อยากรักษาสุขภาพของตัวเอง” ๔) นางอุบล น้อยวงศ์ อายุ

๗๐ ปี “ปรึกษาหมอว่าเป็นโรคอะไรบ้าง จะได้ว่าเรารักษาแบบไหน ขอคำปรึกษาหมอดูว่าถ้าเราเป็นโรคแบบนี้ จะรักษากับหมอห้องไหน คนไหน” ๕) นายสนอง จุลกะทัฬพะ อายุ ๗๐ ปี “สะดวกเพราะอยู่ใกล้บ้าน และเป็นโรงพยาบาลที่ใช้สิทธิ” ๖) นางวิเชียร สุขสงเคราะห์ อายุ ๖๙ ปี เคยมาตรวจแล้วสะดวก ขอเจ้าหน้าที่เข้ามารักษาคณะผู้สูงอายุ” ๗) นายยม ศิริพัฒน์ อายุ ๗๒ ปี “ไปมาสะดวก ใกล้บ้าน”

๒. ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการของคลินิกผู้สูงอายุ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในระบบการบริการที่ดีและมีคุณภาพ มีลำดับขั้นตอนการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านโดยเจ้าหน้าที่จนอาการทุเลาลงหรือหายเป็นปกติ ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นางห่อ แซ่ลิ้ม อายุ ๘๒ ปี “เชื่อมั่นในการบริการของคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล” ๒) นายทอง ศิริ อายุ ๖๕ ปี “คิดว่าทางคลินิกจะดูแลตัวเองได้เป็นอย่างดีร่วมกับแพทย์คลินิกโรคไต” ๓) พ.ท.หญิงพิมล นฤพัฒน์ อายุ ๘๓ ปี “ดูแลผู้สูงอายุดี เป็นกันเอง เอื้อเฟื้อ พุดคุยให้กำลังใจ” ๔) นางพิน คล้ายภู่อายุ ๗๔ ปี “เชื่อมั่น คงเหมือนกัน” ๕) นายชวน โมขพงศา “น่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดี” ๖) นางอ่อนแสง พลหาญ อายุ ๗๑ ปี “ไม่มีที่ไปมันไกล”

๓. การบริการของเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์

จากข้อมูลสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์เอาใจใส่ต่อผู้มารับบริการ ใจเย็น ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีความตั้งใจต่อการรักษา และพยาบาลตอบคำถามข้อมูลด้านสุขภาพที่สงสัยได้เข้าใจง่าย ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นายประเสริฐ อริฐธนา นนท์ อายุ ๘๐ ปี “บริการดีมาก คุณตาอยากให้อาบน้ำ และเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้าน” ๒) ผู้สูงอายุ “เป็นกันเอง บางคนพูดน้อยแต่ยิ้มเก่ง” ๓) นางศรีโร พรหมวงศ์ อายุ ๖๔ ปี “เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำฟังแล้วเข้าใจง่ายไม่ลื้ม ถ้าลื้มก็ถามได้” ๔) ผู้สูงอายุ “แพทย์พูดจาดี พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลดี พูดจาดี” ๕) นายเกรียงศักดิ์ ณ สงขลา “บุคลากรดี บริการดี และมีความรู้”

๔. การจัดการหรือกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่าในคลินิกผู้สูงอายุมีการจัดการบริการและกิจกรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะน้ำตาลหาเบาหวาน แนะนำการออกกำลังกาย การดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีญาติมานั่งฟังด้วยเพื่อการสร้างความเข้าใจร่วมกัน นอกจากนี้มีกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพในผู้สูงอายุ และการตอบข้อซักถามของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เข้าใจง่ายตามความต้องการของผู้ป่วย ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) ผู้สูงอายุ “การจัดการบริการ กิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ ควรมีอยู่อย่างต่อเนื่อง” ๒) ผู้สูงอายุ “ก็ดีช่วยเหลือกัน มีผู้สูงอายุและลูกมารวมฟัง” ๓) นางศุภสวดี วัฒนากิจจากุล “ดี เพราะมีการส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เอกสารความรู้ และอาหารจำลอง ผัก ผลไม้ ที่ผู้สูงอายุควรบริโภคหรือนำไปทำอาหาร” ๔) ผู้สูงอายุ “มีเจ้าหน้าที่ที่หลากหลายมาให้บริการในคลินิก มีการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับอาหารทุกครั้งที่มารับการตรวจ เจ้าหน้าที่ทุกคนเก่ง” ๕) ผู้สูงอายุมีการบริการตรวจรักษาและติดตามผลการรักษา ระบบการบริการดี มีความคล่องตัวไม่ต้องเดินไปหลายที่ แต่บางวันแพทย์มาช้า อยากให้แพทย์มาตรวจตรงเวลา หากแพทย์ไม่อยู่ควรโทรแจ้งเพื่อเลื่อนนัดเป็นวันอื่น”

๕. ความพอใจในการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า พอใจในการจัดบริการของบุคลากรที่ให้บริการต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งช่องทางด่วน มีการจัดเตรียมบัตรสุขภาพไว้ล่วงหน้าและให้บริการเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังได้รับคำแนะนำความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นางสาวณิษฐ์ สันติชัยกุล อายุ ๖๗ ปี “พอใจ เป็นสิ่งที่ดี คนวัยเดียวกันได้พบกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น” ๒) นายประเสริฐ อริรัตนานนท์ อายุ ๘๐ ปี “พอใจมาก คุณตาขอขอบคุณคุณหมอและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การดูแลเอาใจใส่ทำให้เกิดความอบอุ่นและเป็นกันเอง” ๓) นางสาว บุญจัน “พอใจในเรื่องอำนวยความสะดวก ไม่ต้องคอยเสียเวลา” ๔) ผู้สูงอายุ “พอใจ ถ้าแข็งแรงอยากมาช่วยหมอเป็นจิตอาสา คนไข้มาก พยาบาลเข้มแข็ง” ๕) นายบุญแปลก เครือณพรัตน์ “พึงพอใจในการจัดบริการผู้สูงอายุมากต้องการตรวจที่นี่ ไม่อยากไปตรวจที่อื่นเพราะประทับใจมาก”

๖. การบริการในคลินิกผู้สูงอายุแตกต่างจากบริการคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกความดัน คลินิกเบาหวาน เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า คลินิกผู้สูงอายุแตกต่างจากคลินิกอื่น ในเรื่องบริการที่รวดเร็ว ทันใจ มีเจ้าหน้าที่เข้ามาพูดคุยให้คำแนะนำ มีความห่วงใยและสนใจผู้สูงอายุ โดยให้บริการที่ครอบคลุม ขณะที่คลินิกอื่นให้บริการด้านโรคอย่างเดียว ในส่วนของช่องทางพิเศษให้บริการรวดเร็ว เจ้าหน้าที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุดี ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นางอุบล น้อยวงศ์ อายุ ๗๐ ปี “แตกต่างกันจากบริการคลินิกอื่นตรงที่ว่า คลินิกผู้สูงอายุให้บริการครอบคลุมทุกด้าน คลินิกอื่นให้บริการด้านเดียว โรคเดียว” ๒) นางสมศรี คันใจ อายุ ๘๐ ปี “ยายไม่รู้ ว่าต่างกันอย่างไรแต่มาที่นี่สะดวก หมอและพยาบาลใจดี มีเวลาได้คุยกัน สอนแนะนำทุกอย่าง” ๓) นางสาว ดวงสอาด อายุ ๖๓ ปี “แตกต่างในด้านการเอาใจใส่ และการดูแลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ” ๔) นางสาวณิษฐ์ สันติชัยกุล อายุ ๖๗ ปี “ไม่เหมือนกัน บางคลินิก เช่น เบาหวาน รอนานคนเยอะ” ๕) นายกิ่ง พิมพา อายุ ๗๗ ปี “บริการที่คลินิกผู้สูงอายุจะแตกต่างจากคลินิกโรคความดันและเบาหวาน เพราะผู้ป่วยมีจำนวนไม่มาก ที่คลินิกเบาหวานจะมีการตรวจรวดเร็ว บางครั้งเจ้าหน้าที่เรียกไม่ได้ยินจะถูกตะคอก ถ้าคุณหมอพูดดีคนไข้จะหายไปครึ่งหนึ่ง” ๖) นายสุ่ม สีทา อายุ ๗๗ ปี “บริการที่คลินิกผู้สูงอายุแตกต่างจากแผนกผู้ป่วยนอกเพราะคนมาก มีปัญหาจะซักถามก็ไม่สะดวก และไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน”

๗. ในภาพรวมท่านพอใจมากน้อยเพียงใดในการรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า พอใจทุกจุดเมื่อมารับบริการที่คลินิก เนื่องจากได้รับบริการที่ครอบคลุม รวดเร็ว สะดวกสบาย และเมื่อมีภาวะเปลี่ยนแปลงสามารถพบแพทย์ได้ทันที และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญและใส่ใจต่อผู้สูงอายุ ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ๑) นางจำปี ทวีพลพัฒนานนท์ อายุ ๗๕ ปี “ในภาพรวมมีความพอใจมาก บางครั้งมีการซื้อของไปฝากแพทย์ พยาบาลด้วย” ๒) นางบุญมี ตาใส อายุ ๗๖ ปี “พอใจมาก แต่อยากให้หมอมีห้องน้ำในตัว ไม่สะดวก” ๓) นางถนอม ดีชัยยะ อายุ ๗๖ ปี “พอใจในมากที่สุด คือ บริการภาพรวมของคลินิก” ๔) นางสาวอึ้ง ภูระหงษ์ อายุ ๘๒ ปี “พอใจมาก ให้บริการดีทุกอย่าง” ๕) ผู้สูงอายุ “แพทย์บริการดี และอยากให้เวลามีผู้ป่วยมากๆ ให้เอาใจใส่มากขึ้น”

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากแบบสอบถามของผู้ให้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในประเด็นต่อไปนี้

ตารางที่ ๓๙ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	
เพศ				
ชาย	๕ (๑๒.๘)	๑๐ (๑๒.๐)	๖ (๑๒.๕)	๒๑ (๑๒.๔)
หญิง	๓๔ (๘๗.๒)	๗๓ (๘๘.๐)	๔๒ (๘๗.๕)	๑๔๙ (๘๗.๖)
รวม	๓๙ (๑๐๐.๐)	๘๓ ๑๐๐.๐)	๔๘ (๑๐๐.๐)	๑๗๐ (๑๐๐.๐)
อายุ				
น้อยกว่า ๓๐ ปี	๖ (๑๕.๘)	๑๒ (๑๔.๕)	๑๔ (๒๙.๒)	๓๒ (๑๘.๙)
๓๐-๔๐ ปี	๘ (๒๑.๑)	๒๐ (๒๔.๑)	๑๕ (๓๑.๓)	๔๓ (๒๕.๔)
๔๐-๕๐ ปี	๑๗ (๔๔.๗)	๓๗ (๔๔.๖)	๑๔ (๒๙.๒)	๖๘ (๔๐.๒)
๕๐ ปีขึ้นไป	๗ (๑๘.๔)	๑๔ (๑๖.๙)	๕ (๑๐.๔)	๒๖ (๑๕.๔)
รวม	๓๘ (๑๐๐.๐)	๘๓ (๑๐๐.๐)	๔๘ (๑๐๐.๐)	๑๖๙ (๑๐๐.๐)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน				
น้อยกว่า ๑ปี	๑๓ (๓๔.๒)	๑๙ (๓๐.๒)	๑๘ (๔๐.๐)	๕๐ (๓๔.๒)
๒-๓ ปี	๕ (๑๓.๒)	๑๙ (๓๐.๒)	๑๘ (๔๐.๐)	๔๒ (๒๘.๘)
๔-๑๐ ปี	๑๗ (๔๔.๗)	๑๒ (๑๙.๐)	๘ (๑๗.๘)	๓๗ (๒๕.๓)
๑๐ ปีขึ้นไป	๓ (๗.๙)	๑๓ (๒๐.๖)	๑ (๒.๒)	๑๗ (๑๑.๖)
รวม	๓๘ (๑๐๐.๐)	๖๓ (๑๐๐.๐)	๔๕ (๑๐๐.๐)	๑๔๖ (๑๐๐.๐)

จากการตอบแบบสอบถามผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ ๑๒.๔ และเพศหญิง ๘๗.๖ ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานมีอายุ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๐.๒ รองลงมาคือ อายุ ๓๐-๔๐ ปี ร้อยละ ๒๕.๔ อายุต่ำกว่า ๓๐ ปี ร้อยละ ๑๘.๙ และอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๕.๔ ตามลำดับ

ขณะที่ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า ระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า ๑ ปี มากที่สุด ร้อยละ ๓๔.๒ รองลงมาคือ ระยะเวลาในการทำงาน ๒-๓ ปี ร้อยละ ๒๘.๘ ระยะเวลาในการทำงาน ๔-๑๐ ปี ร้อยละ ๒๕.๓ และระยะเวลาในการทำงาน ๑๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๑๑.๖ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓๙ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับโรงพยาบาล			รวม
	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี (แพทย์)	๒ (๕.๑)	๕ (๖.๐)	๕ (๑๐.๖)	๑๒ (๗.๑)
ปริญญาตรี (พยาบาล)	๙ (๒๓.๑)	๓๓ (๓๙.๘)	๒๒ (๔๖.๘)	๖๔ (๓๗.๙)
ปริญญาตรีสาขาอื่น ๆ	๑๕ (๓๘.๕)	๒๙ (๓๔.๙)	๕ (๑๐.๖)	๔๙ (๒๙.๐)
ปริญญาโท	๑๐ (๒๕.๖)	๑๒ (๑๔.๕)	๑๐ (๒๑.๓)	๓๒ (๑๘.๙)
ประกาศนียบัตรผู้ช่วย (ผู้ช่วยพยาบาล)	-	๑ (๑.๒)	๒ (๔.๓)	๓ (๑.๘)
ประกาศนียบัตรชั้นสูง หรือวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะ ทางสาขา	๓ (๗.๗)	๓ (๓.๖)	๓ (๖.๔)	๙ (๕.๓)
รวม	๓๙ (๑๐๐.๐)	๘๓ (๑๐๐.๐)	๔๗ (๑๐๐.๐)	๑๖๙ (๑๐๐.๐)
ตำแหน่ง				
แพทย์	๔ (๑๐.๓)	๗ (๘.๔)	๔ (๘.๓)	๑๕ (๘.๘)
พยาบาล	๑๕ (๓๘.๕)	๔๑ (๔๙.๔)	๓๓ (๖๘.๘)	๘๙ (๕๒.๔)
ทันตแพทย์	-	๓ (๓.๖)	๓ (๖.๓)	๖ (๓.๕)
เภสัชกร	๔ (๑๐.๓)	๕ (๖.๐)	๒ (๔.๒)	๑๑ (๖.๕)
นักกายภาพ	๕ (๑๒.๘)	๕ (๖.๐)	๒ (๔.๒)	๑๒ (๗.๔)
นักโภชนาการ	๔ (๑๐.๔)	๔ (๔.๘)	๑ (๒.๑)	๙ (๕.๓)
นักสังคมสงเคราะห์	๒ (๕.๑)	๒ (๒.๔)	-	๔ (๒.๔)
อื่น ๆ	๕ (๑๒.๘)	๑๖ (๑๙.๓)	๓ (๖.๓)	๒๔ (๑๔.๑)
รวม	๓๙ (๑๐๐.๐)	๘๓ (๑๐๐.๐)	๔๘ (๑๐๐.๐)	๑๒๐ (๑๐๐.๐)

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบปริญญาตรีสาขาพยาบาลในทุกระดับสถานบริการ ร้อยละ ๓๗.๙ และปริญญาตรีสาขาอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัด โภชนาการ ร้อยละ ๒๙ และประกาศนียบัตรชั้นสูงหรือวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะสาขา ร้อยละ ๕.๓ เมื่อพิจารณาตำแหน่งการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุพบเป็นพยาบาลมากที่สุดร้อยละ ๕๒.๔ ในทุกระดับสถานบริการ (ตารางที่ ๓๙)

ตารางที่ ๔๐ จำนวนร้อยละระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการบริหาร

การปฏิบัติงานในคลินิก	ระดับความพร้อมในการปฏิบัติงาน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการบริหาร					
๑. หน่วยงานท่านมีนโยบายการทำงานด้านผู้สูงอายุชัดเจน	๒๖ (๑๕.๔)	๖๘ (๔๐.๒)	๕๖ (๓๓.๑)	๑๔ (๘.๓)	๕ (๓.๐)
๒. ท่านและทีมงานร่วมวางแผนกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในคลินิก	๒๔ (๑๔.๓)	๗๕ (๔๔.๖)	๔๕ (๒๖.๘)	๒๑ (๑๒.๕)	๓ (๑.๘)
๓. ท่านและทีมงานร่วมกำหนดบทบาทของทุกคนร่วมกัน เพื่อให้การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุปฏิบัติได้ตามบทบาทที่เหมาะสม	๒๔ (๑๔.๒)	๗๕ (๔๔.๔)	๔๗ (๒๗.๘)	๒๐ (๑๑.๘)	๓ (๑.๘)
๔. หน่วยงานของท่านสนับสนุนและส่งเสริมงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน	๓๒ (๑๙.๓)	๘๐ (๕๑.๘)	๓๓ (๑๙.๙)	๑๒ (๗.๒)	๓ (๑.๘)

จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ในเรื่องระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านบริหารอยู่ในระดับมาก พบในประเด็นดังนี้ หน่วยงานท่านมีนโยบายการทำงานด้านผู้สูงอายุชัดเจน ร้อยละ ๔๐.๒ การร่วมกันวางแผนกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในคลินิก ร้อยละ ๔๔.๖ มีการกำหนดบทบาทของทีมงานในการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุตามบริบทที่เหมาะสม ร้อยละ ๔๔.๔ และการสนับสนุนงานคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕๑.๘ (ตารางที่ ๔๐)

ตารางที่ ๔๑ จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมและทัศนคติของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานในคลินิก	ระดับความพร้อมในการปฏิบัติงาน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความพร้อมและทัศนคติของบุคลากร					
๑. การปฏิบัติในคลินิกผู้สูงอายุของท่านมีหลายสาขาวิชา	๑๕ (๒๖.๘)	๖๓ (๓๗.๕)	๔๒ (๒๕.๐)	๑๒ (๑๐.๑)	๑ (๐.๖)
๒. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติ	๑๒ (๗.๑)	๘๕ (๕๐.๐)	๖๒ (๓๖.๗)	๑๐ (๕.๙)	๑ (๐.๖)
๓. ท่านมีโอกาสดำเนินงานองค์ความรู้เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน	๙ (๕.๓)	๘๐ (๔๗.๓)	๖๒ (๓๖.๗)	๑๘ (๑๐.๗)	-
๔. ท่านมีทักษะและประสบการณ์หลายด้าน และท่านมักนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเสมอ	๑๔ (๘.๓)	๘๙ (๕๒.๗)	๕๕ (๓๒.๕)	๑๑ (๖.๕)	-
๕. ท่านมีวิจารณ์งานในการตัดสินใจวางแผนการทำงานด้วยความรอบคอบ ถูกต้อง และเชื่อถือได้เสมอ	๑๓ (๗.๖)	๑๐๒ (๖๐.๐)	๕๒ (๓๐.๖)	๓ (๑.๘)	-
๖. ท่านมีการเชื่อมโยงความรู้ความเข้าใจที่ท่านมีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาให้เป็นระบบได้	๑๓ (๗.๖)	๑๐๓ (๖๐.๖)	๕๒ (๓๐.๖)	๒ (๑.๒)	-
๗. ท่านสุขใจและเต็มใจที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	๕๙ (๓๔.๗)	๘๒ (๔๘.๒)	๒๗ (๑๕.๙)	๑ (๐.๖)	๑ (๐.๖)
๘. ท่านเห็นความสำคัญของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	๖๗ (๓๙.๖)	๘๑ (๔๗.๙)	๒๐ (๑๑.๘)	๑ (๐.๖)	-

จากการสำรวจข้อมูลในผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ความพร้อมและทัศนคติของบุคลากรในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ในประเด็นดังนี้ การปฏิบัติงานในคลินิกมีหลายสาขาวิชา ร้อยละ ๓๗.๕ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๕๐ การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร ร้อยละ ๔๗.๓ ทักษะและประสบการณ์หลายด้านนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๕๒.๗ การตัดสินใจวางแผนการทำงานด้วยความรอบคอบ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ร้อยละ ๖๐ การเชื่อมโยงความรู้ในการแก้ไขปัญหาให้เป็นระบบ ๖๐.๖ ความสุขใจและเต็มใจในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๔๘.๒ เห็นความสำคัญของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๗.๙ (ตารางที่ ๔๑)

ตารางที่ ๔๒ จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านการให้บริการ

การปฏิบัติงานในคลินิก	ระดับความพร้อมในการปฏิบัติงาน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการให้บริการ ๑. ท่านให้ข้อมูล คำแนะนำปรึกษา แก่ผู้มารับบริการด้านการแพทย์	๔๗ (๒๗.๖)	๑๐๔ (๖๑.๒)	๑๙ (๑๑.๒)	-	-
๒. ท่านมีลักษณะเป็นผู้นำที่สามารถ สร้างแรงจูงใจให้ผู้มารับบริการเกิดการ พัฒนาและปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น	๑๙ (๑๑.๒)	๑๐๖ (๖๒.๔)	๔๓ (๒๕.๓)	๔๓ (๒๕.๓)	๒ (๑.๒)
๓. ท่านมีความพร้อมในการ ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการ ด้านการแพทย์จากท่าน	๓๙ (๒๒.๙)	๑๐๖ (๖๒.๔)	๒๔ (๑๔.๑)	๑ (๐.๖)	-

จากการสำรวจข้อมูลระดับความพร้อมด้านบริการในการปฏิบัติงาน พบว่า อยู่ในระดับมาก ในประเด็น ดังนี้ การเป็นผู้นำในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้มารับบริการเกิดการพัฒนาและดูแลตนเองดีขึ้น ร้อยละ ๖๒.๔ มีความพร้อมในการให้บริการเมื่อผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการด้านการแพทย์ ร้อยละ ๖๒.๔ และการให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการด้านการแพทย์ร้อยละ ๖๑.๒ (ตารางที่ ๔๒)



บทที่ ๔

สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุครบวงจร “คลินิกผู้สูงอายุ” ในแต่ละระดับสถานบริการสำหรับประเทศไทย

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุจากสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ และผู้รับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ รวมทั้ง การศึกษาข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์ให้ได้องค์ความรู้ เรื่องคลินิกผู้สูงอายุและรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยแยก ออกเป็นประเด็นหลัก ดังนี้

๑. ด้านนโยบาย

จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๔) ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการ เกื้อหนุน ข้อ ๔.๗ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป กระทรวง สาธารณสุขได้จัดบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับการให้บริการดังกล่าว โดยให้มีการจัดบริการใน รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยส่วน ใหญ่ก็เป็นกลุ่มผู้สูงอายุอยู่แล้ว การติดตามและประเมินผลได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ในการติดตามและประเมินการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรของประเทศ ซึ่งจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันทางกระทรวง สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ต้องมีนโยบาย สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องกรอบอัตรากำลัง แผนการพัฒนาศักยภาพด้าน ผู้สูงอายุ และงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อสอดคล้องกับสถานการณ์ เพราะปัจจุบันยังไม่มี ความชัดเจน และสอดคล้องกับการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นด้านการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าสถานบริการในแต่ละระดับ มีความหลากหลายในการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ เช่น การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับคลินิกอายุรกรรมหรือคลินิกตรวจโรคทั่วไป ในขณะที่หน่วยงานที่ รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้ยังไม่มีการจัดระดับหรือแบ่งระดับคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน เพื่อกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และจากข้อมูลการประชุมการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ พบว่าสถาน บริการส่วนใหญ่ยังต้องการรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพทางด้าน

ผู้สูงอายุ การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้สูงอายุให้กับบุคลากร และงบประมาณเพื่อสนับสนุนในการดำเนินงานของสถานบริการที่ดำเนินการในระยะแรก ฉะนั้นการจะดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นประการแรกที่ทีมงานต้องกำหนดคือ **วัตถุประสงค์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุให้ชัดเจน** ว่าการจัดบริการ มีกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ามาใช้บริการเป็นกลุ่มใดบ้าง หรือเน้นการให้บริการผู้สูงอายุเป็นหลัก อย่างเช่น เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดผู้เข้ารับบริการตามช่วงอายุในคลินิกผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ ๗๐ ปี ขึ้นไป เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่พิเศษไปจากประชากรกลุ่มอื่น

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากการศึกษายังพบว่าการกำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือชัดเจนจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และสามารถพัฒนาระบบการบริการผู้สูงอายุให้ครบวงจรขึ้น จากการสำรวจข้อมูลในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ ๖๔.๙ มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโดยตรง อยู่ในความรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๕๐.๕ และฝ่ายการพยาบาล ร้อยละ ๒๐.๔ พบผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของสถานบริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ ๙๓ ในขณะที่ปัญหาด้านการบริหารพบว่าไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน ร้อยละ ๗๓.๔ และผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงาน/นโยบายไม่ชัดเจน ร้อยละ ๑๗.๕ ในส่วนนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลนโยบายต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การกำหนดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรซึ่งพบว่าเป็นปัญหาต่อการดำเนินงานสูงสุด รวมทั้งการมอบรางวัลสำหรับสถานบริการดีเด่นในการดำเนินงานตรงนี้เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ นอกจากนี้พบว่าสถานบริการที่มีปัญหาด้านบริหารจัดการการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่าสถานบริการที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบปัญหาเหมือนกันคือ ไม่มี/ขาดบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน ขาดองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในขณะที่สถานบริการดำเนินงานคลินิกมีปัญหาด้านการจัดบริการ โดยพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว ร้อยละ ๕๘.๕ ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป ร้อยละ ๕๕ และขาดการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ร้อยละ ๔๙.๕ ขณะที่ปัญหาด้านการจัดบริการของสถานบริการที่อยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และยังไม่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบปัญหาเช่นกัน คือ ไม่สามารถแยกจากคลินิกทั่วไป สถานที่คับแคบในการดำเนินงาน/ไม่มีสถานที่ในการดำเนินงาน และผู้รับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาอยู่แล้ว

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการเกือบทุกระดับดำเนินงานตามนโยบายที่กระทรวงกำหนด จากข้อมูลที่รายงานใน E-inspection ในปี ๒๕๕๙ พบ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ ๙๘.๓๗ แต่ในขณะที่การบริหารจัดการคลินิกผู้สูงอายุเกิดความไม่ต่อเนื่องและเป็นระบบอย่างยั่งยืน ขาดระบบการจัดการบริหารอย่างเป็นระบบ ทำให้การดำเนินงานในหลายสถานบริการเกิดปัญหา ดำเนินการไม่ต่อเนื่องและเกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดังที่กล่าวมา ประกอบกับด้านนโยบายไม่ชัดเจนและผู้บริหารบางสถานบริการไม่เห็นความสำคัญ (ร้อยละ๑๗.๕) ทำให้การสนับสนุนการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบงานด้านนี้มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และที่สำคัญขาดแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการทำงานด้านนี้ (ร้อยละ ๓๐.๗) ฉะนั้นในสถานบริการที่มีการดำเนินงานเข้มแข็ง สถาบันหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องนี้ต้องมีกำหนดหรือแบ่งระดับสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อการประเมินระดับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ การให้รางวัลเป็นขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานและการพัฒนางานในคลินิกผู้สูงอายุ หน่วยงานที่

รับผิดชอบสามารถหาตัวอย่างสถานบริการที่มีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะการดำเนินงานด้านนี้ของแต่ละสถานบริการไม่เท่ากัน ในสถานบริการที่มีความเข้มแข็ง มีการดำเนินงานได้ในระดับสองหรือสามขั้นไป **ควรเน้นให้องค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการงานคลินิกผู้สูงอายุให้ครบวงจร** ส่วนระดับสถานบริการที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินงานคลินิก หรือยังไม่มีมีการดำเนินการ เน้นให้องค์ความรู้อีกรูปแบบหนึ่ง เช่น แนวทางการจัดตั้ง องค์ความรู้ในเรื่องผู้สูงอายุ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า สถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุขึ้นมาแล้วก็ยังพบปัญหาขาดองค์ความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐.๙) ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง มีเฉพาะป้ายเพื่อรับการประเมินตามตัวชี้วัดที่ทางกระทรวงกำหนดในการประเมินเท่านั้น

โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขและทางหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงานระดับกระทรวงคลินิกผู้สูงอายุ ๑ อำเภอ ๑ คลินิก มี Geriatric Clinic Model ๑ เขต ๑ โรงพยาบาล ขณะที่ยังไม่มีโรงพยาบาลต้นแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการดำเนินงานในแต่ละภูมิภาคที่ชัดเจน และสามารถศึกษาดูงานหรือเป็นรูปแบบตัวอย่างในภาพของประเทศ เพื่อการดำเนินให้มีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืนนั้น ควรให้มีการตั้งคณะกรรมการปรึกษาและติดตามการดำเนินงาน เรื่อง คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้คำปรึกษาและติดตามงานในภาพรวมของประเทศ กรณีที่มีปัญหาหรือไม่ทราบว่าจะดำเนินการอย่างไร โดยให้ทีมงานเข้าไปดูแลและให้คำแนะนำในการดำเนินงาน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า สถานบริการในทุกระดับข มีความต้องการคณะกรรมการที่ปรึกษาและทีมงานติดตาม แนะนำ และให้ความช่วยเหลือ ของการดำเนินงานในภาพของประเทศ ฉะนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบการควรควรมีทีมคณะกรรมการปรึกษาและติดตามงานเพื่อติดตามและประเมินการทำงานดังกล่าวขึ้น

๒. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรในสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

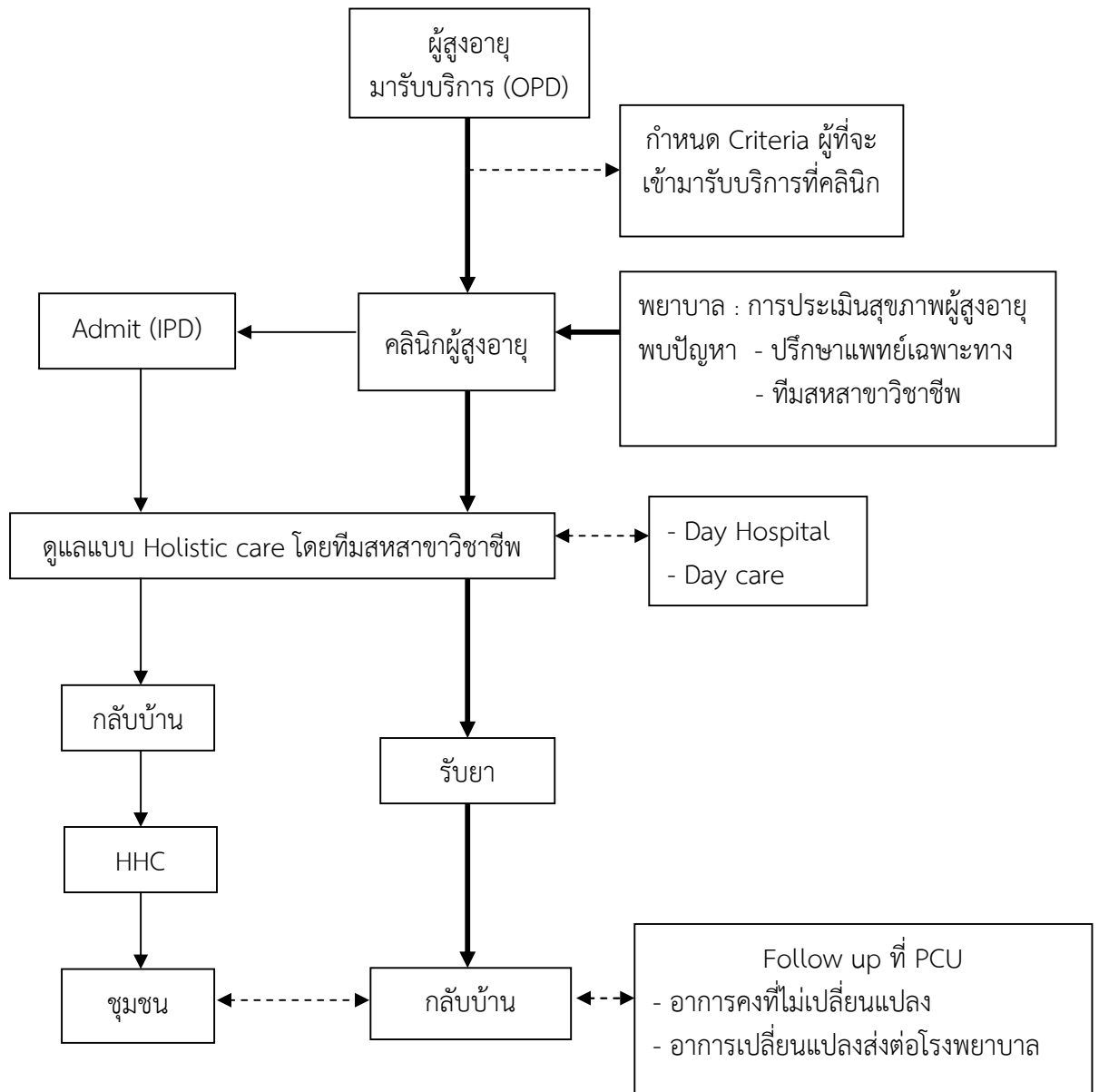
๒.๑ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในสถานบริการแต่ละระดับที่ควรจะดำเนินการ

การจัดบริการ	ระดับสถานบริการ			
	รพศ.	รพท.	รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต.
Health promotion	√	√	√	√
Disease/ Disability	√	√	√	√
Acute care	√	√	√	-
Sub-acute care	√	√	√	-
Intermediate care	√	√	√	-
Chronic care	√	√	√	√
Extended Care	√	√	-	-
Palliative care/terminal care	√	√	√	-
คลินิกเฉพาะทาง เช่น dementia clinic, Incontinence clinic, Pain management ในผู้ป่วย cancer เป็นต้น	√	√	-	-

การจัดบริการ	ระดับสถานบริการ			
	รพศ.	รพท.	รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต.
Health promotion	√	√	√	√
Disease/ Disability	√	√	√	√
Acute care	√	√	√	-
Sub-acute care	√	√	√	-
Intermediate care	√	√	√	-
Chronic care	√	√	√	√
Extended Care	√	√	-	-
Palliative care/terminal care	√	√	√	-
คลินิกเฉพาะทาง เช่น dementia clinic, Incontinence clinic, Pain management ในผู้ป่วย cancer เป็นต้น	√	√	-	-
Rehabilitation	√	√	√	√
Day Hospital/Day care	√	√	√	√
Respite care	√	√	√	-
Home Health care	√	√	√	√
Long term care	√	√	√	√

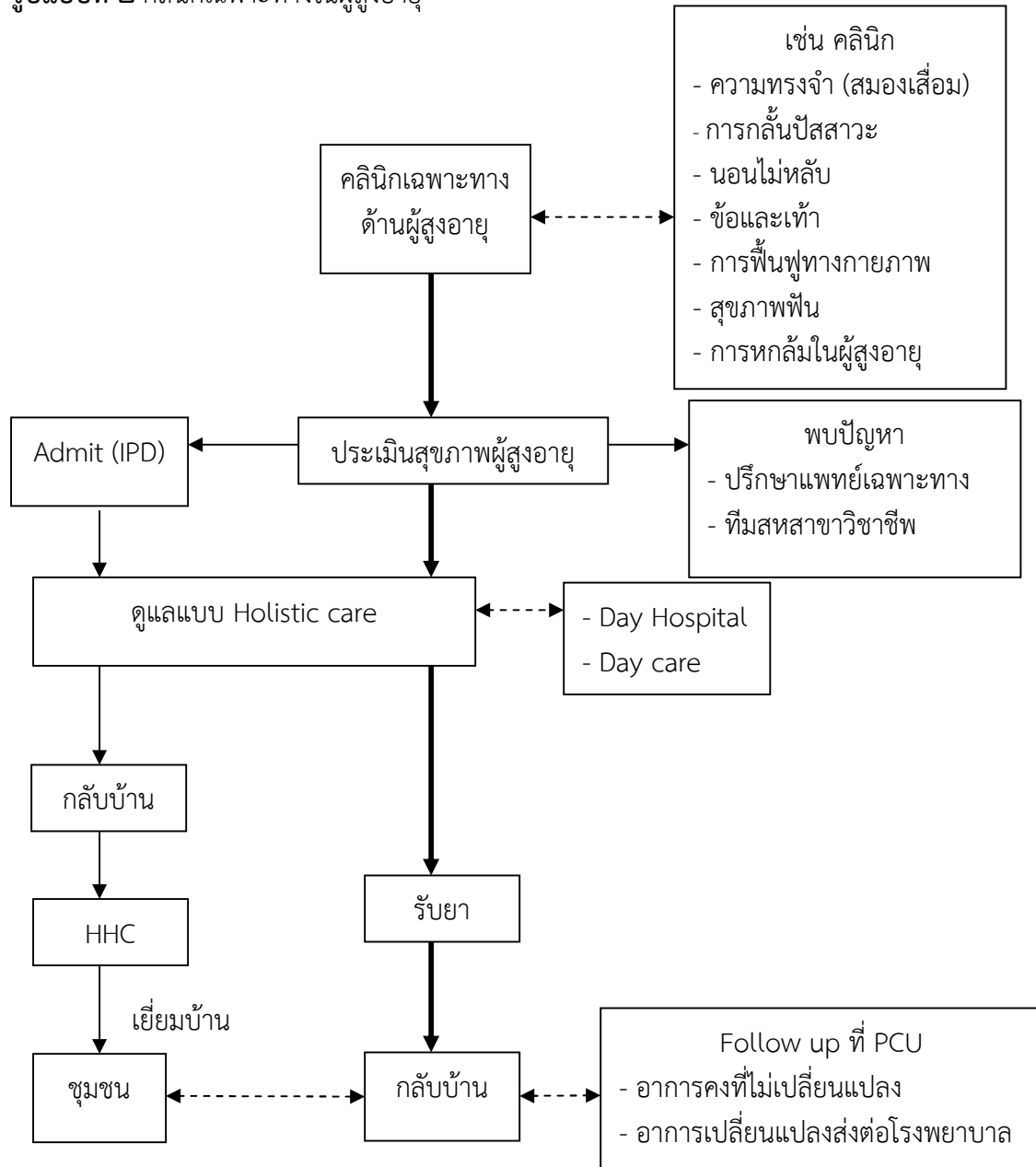
๒.๒ จากการศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลต้นแบบ การใช้แบบสอบถามการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุทั่วประเทศ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้บริหารสถานบริการ แต่ละระดับ และการรวบรวมข้อมูลในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำสังเคราะห์รูปแบบคลินิก ผู้สูงอายุตามศักยภาพและบริบทของสถานบริการ ดังนี้

รูปแบบที่ ๑ คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะแยกออกจากคลินิกโรคเฉพาะทาง โดยกำหนดวันเปิดบริการชัดเจน



วัตถุประสงค์	- ให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการโดยเฉพาะ - รับรักษาโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อนในผู้สูงอายุ - สถานที่ฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ระดับสถานบริการ	สถานบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย/กลาโหม/กรุงเทพมหานคร
Key person	แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician medicine) หรืออายุรแพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

รูปแบบที่ ๒ คลินิกเฉพาะทางในผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์

- ให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการโรคเฉพาะทาง
- รับปรึกษาโรคเฉพาะทางที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น

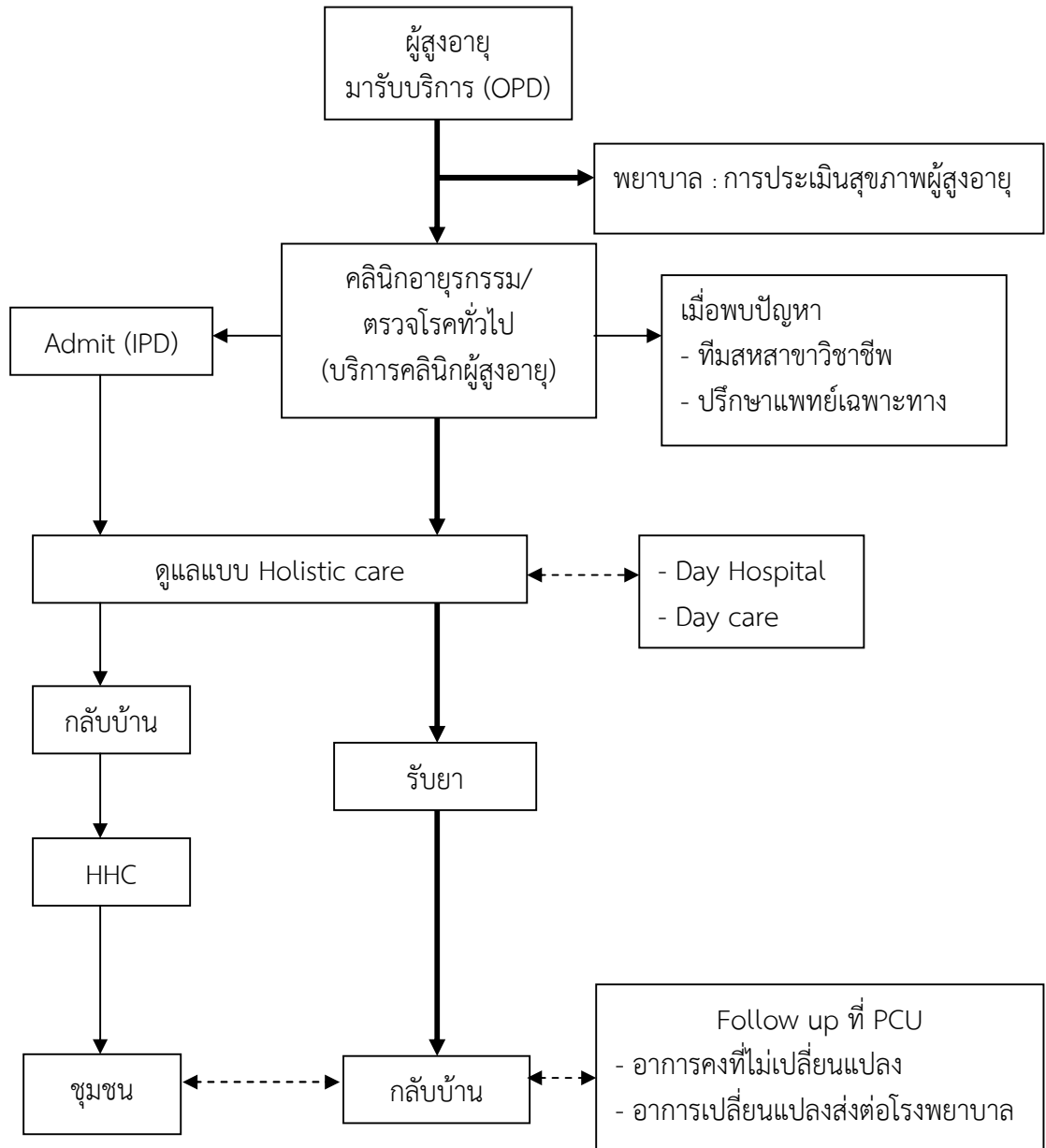
ระดับสถานบริการ

สถานบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพ
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย/กลาโหม/กรุงเทพมหานคร

Key person

แพทย์สาขาที่สนใจในงานด้านผู้สูงอายุ เปิดบริการทางการแพทย์เฉพาะทางในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ เช่น อายุรแพทย์ระบบประสาทวิทยา เปิดบริการคลินิกความทรงจำ แพทย์สาขากระดูกและข้อ เปิดคลินิกโรคเท้าในผู้สูงอายุ เป็นต้น

รูปแบบที่ ๓ คลินิกผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับคลินิกอายุรกรรมหรือคลินิกตรวจโรคทั่วไป



วัตถุประสงค์

- การประเมินและคัดกรองโรคในผู้สูงอายุคัดกรอง
- ให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ
- ร่วมรับปรึกษาโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อนในผู้สูงอายุกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

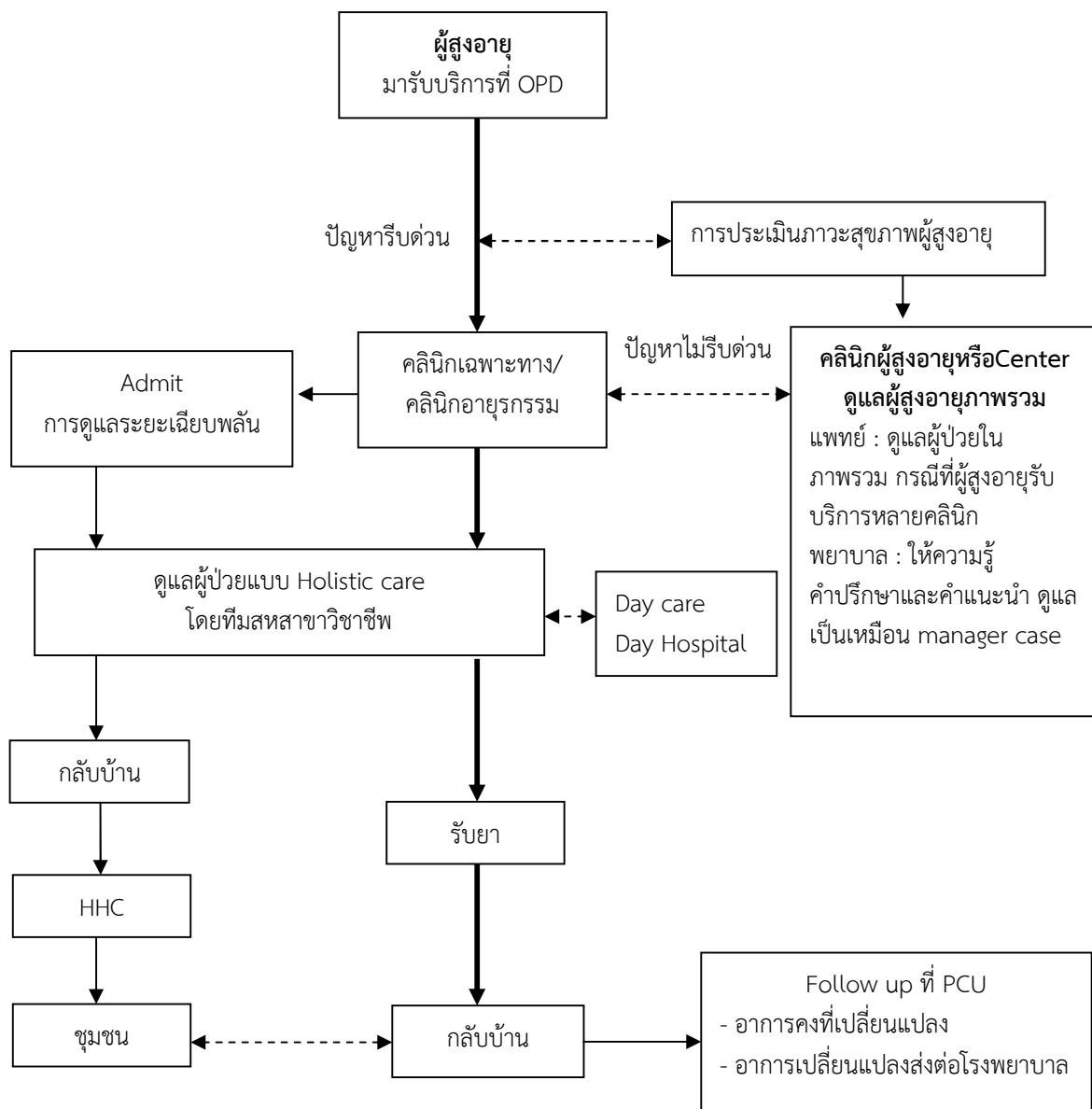
ระดับสถานบริการ

สถานบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป
 หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ

Key person

อายุรแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
 หรือแพทย์ทั่วไปที่ต้องได้รับเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

รูปแบบที่ ๔ คลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม
กรณีผู้สูงอายุมารับบริการหลายคลินิก



วัตถุประสงค์

ให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพซับซ้อนหลายโรค
เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคข้อและกระดูก
เป็นต้น

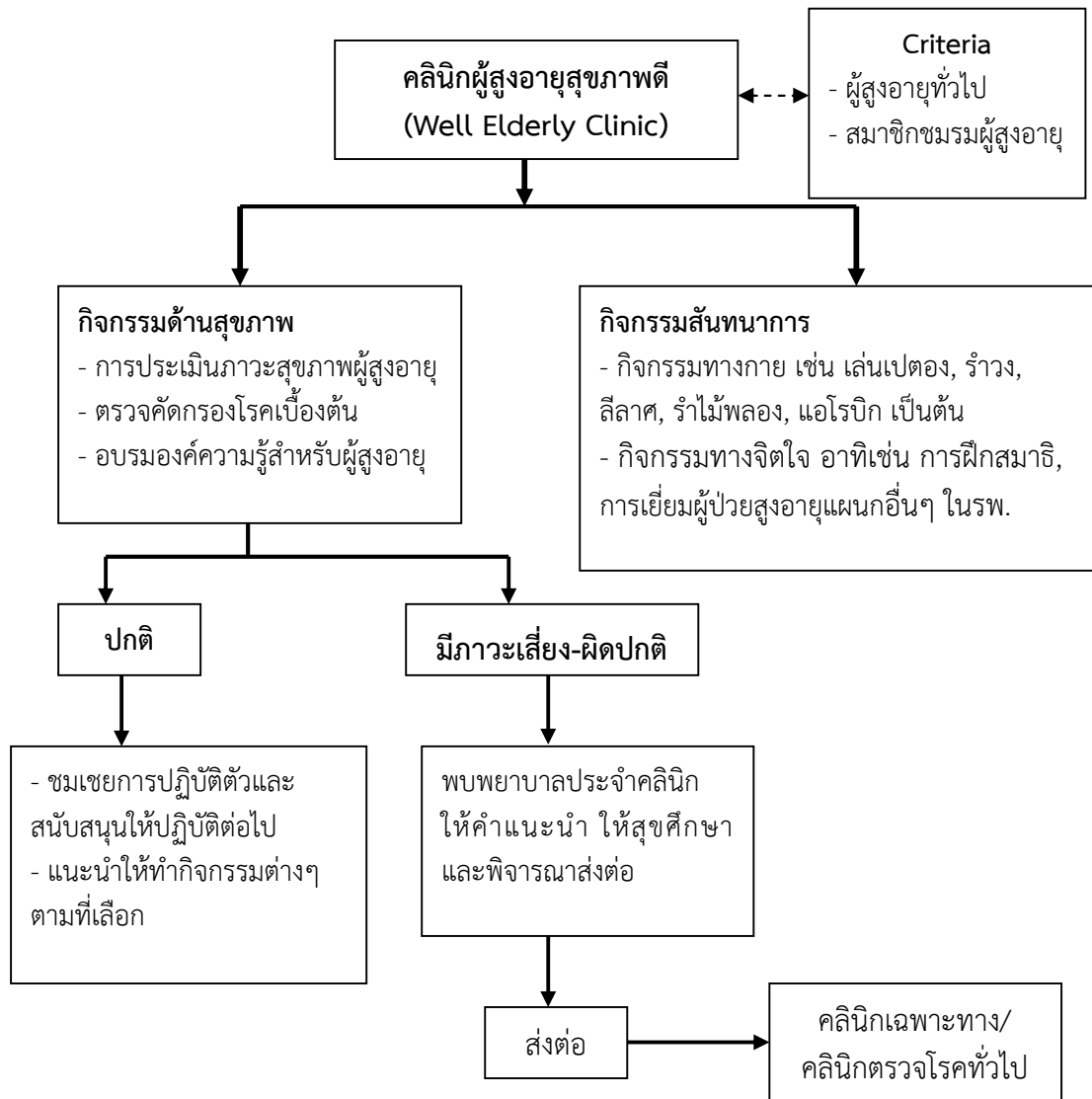
ระดับสถานบริการ

รับบริการดูแลต่อเนื่องจากคลินิกเฉพาะทางที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ
รับบริการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมเมื่อพ้นระยะวิกฤต มาดูแลต่อเนื่อง
สถานบริการระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์
หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

Key person

แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician medicine)
หรืออายุรแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูน
ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

รูปแบบที่ ๕ คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี



วัตถุประสงค์	- เน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพในผู้สูงอายุ - การตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ - ตรวจรักษาโรค - ให้บริการปรึกษาปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุที่ยังสุขภาพดี
ระดับสถานบริการ	สถานบริการระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และรพ.สต.
Key person	อายุรแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ทั่วไปที่ต้องได้รับเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ด้านผู้สูงอายุระยะสูตรระยะสั้น/ยาว

๓. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

๓.๑ บทบริการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน

- เป็นสถานบริการในชุมชน มีความสัมพันธ์และคุ้นเคยกับชุมชน
- ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย
- มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และองค์กรภาคีเครือข่ายท้องถิ่นต่างๆ ในพื้นที่
- แพทย์มีจำนวนน้อย และมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำงานรับผิดชอบหลายอย่างและมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่บ่อย

๓.๒ ข้อจำกัดในการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ด้านนโยบาย	ด้านบุคลากร	สถานที่
- ขาดระบบหรือรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจน - ขาดการกำหนดเป้าหมายและกำกับติดตามที่ชัดเจน	- ขาดองค์ความรู้ และการสร้างทัศนคติด้านผู้สูงอายุ - ขาดโครงสร้าง การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน - ขาดการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ หรือมีการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพแต่ไม่เต็มรูปแบบ - ขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- สถานที่คับแคบ ทำให้การจัดบริการคลินิกลำบาก - สถานที่จัดบริการใช้ร่วมกับคลินิกให้บริการอื่นๆ ทำให้มีปัญหาในการให้บริการ

๓.๓ ขั้นตอนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

๑. มีคณะทำงานคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานคลินิกให้ชัดเจน แผนการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่คณะทำงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบหลักของการดำเนินงาน

๒. จัดหาสถานที่ตั้งดำเนินงานคลินิก โดยมีการดำเนินงานที่แยกเป็นคลินิกพิเศษออกมา หรือ ดำเนินงานร่วมกับคลินิก อื่นๆ ในสถานบริการตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ

๓. กิจกรรมการดำเนินในคลินิกผู้สูงอายุ

๓.๑ การจัดบริการบูรณาการร่วมกับคลินิกอื่นๆ เนื่องจากไม่สามารถจัดบริการแยกออกจากคลินิกอื่นๆ ในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านบุคลากรมีจำนวนจำกัด

- การประเมินและคัดกรองโรค ต้องการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อกำหนดกิจกรรมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดย เน้นแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric assessment) และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

- การบริการตรวจรักษาโรค พื้นฟูสุขภาพ ในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๒ จัดบริการแยกออกมาเป็น คลินิกผู้สูงอายุ

- กำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่จะมาใช้บริการชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน และผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง เช่น อายุ หรือ กลุ่มโรค
- การประเมินและคัดกรองโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ เน้นแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric assessment) และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
- การบริการตรวจรักษาโรค การฟื้นฟู ในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การดูแลรักษาแบบองค์รวม
- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๓ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเชิงรุก โดยการจัดบริการสุขภาพถึงพื้นที่ในชุมชน เพื่อผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล

- การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
- การตรวจรักษาความเจ็บป่วย
- การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ
- การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย
- การให้สุศึกษาและคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพทั้งในกลุ่มที่สุขภาพดี กลุ่มเจ็บป่วย และกลุ่มที่ต้องดูแลที่บ้าน

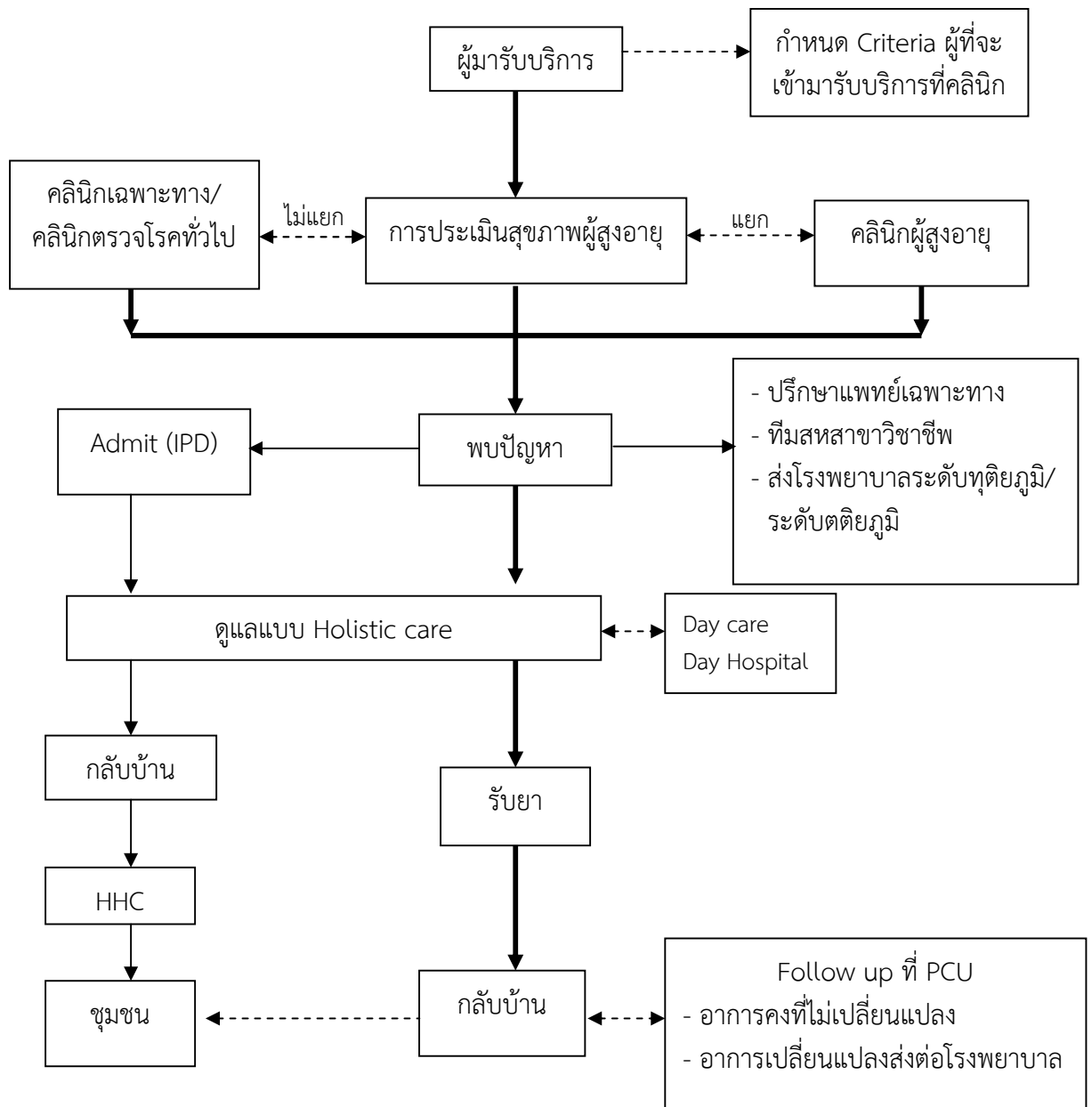
๔. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รูปแบบการจัดบริการเน้นบริการในเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันด้านบริการทางการแพทย์ ส่งหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นด้านหน้าในการดูแลสุขภาพ มีศักยภาพในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีฐานข้อมูลจากการสำรวจ การประเมิน และคัดกรองเบื้องต้น ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้สามารถทราบความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุ ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยแบ่งการจัดบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Primary prevention) การคัดกรองโรค เพื่อการคงไว้ซึ่งศักยภาพด้านสุขภาพที่ดีต่อไปและที่สุขภาพไม่ดีก็ไม่ให้ทรุดลงไปกว่าเดิม (Maintain faction) การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) และให้การตรวจรักษาโรค (Disease) ในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนที่ส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. มีคณะทำงานเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุให้ชัดเจน เป้าหมายกลุ่มที่มารับบริการ บทบาทหน้าที่ของทีมงาน
๒. สามารถกำหนดรูปแบบในการจัดบริการแบบ one stop service เนื่องจากมีการกำหนดวันที่แพทย์ออกให้บริการที่ PCU ที่ชัดเจน
๓. การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เน้นการคัดตรวจกรองสุขภาพ ในรายที่มีปัญหาให้พบแพทย์ ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อการรักษาต่อเนื่อง
๔. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดกิจกรรมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ฟังธรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นต้น
๕. การประสานงานกับโรงพยาบาล กรณีที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง
๖. การประสานงานให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการอบรมให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างอาสาสมัคร เพื่อให้หน่วยงานในท้องถิ่นมีการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่ให้เจ็บป่วย
๗. มีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะชัดเจน

รูปแบบที่ ๖ คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ดำเนินการในโรงพยาบาล



วัตถุประสงค์

- ตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- เน้นการส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพในผู้สูงอายุ
- การตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ
- ตรวจรักษาโรค
- ให้วัคซีน
- ให้บริการปรึกษาดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพทั่วไป

ระดับสถานบริการ

Key person

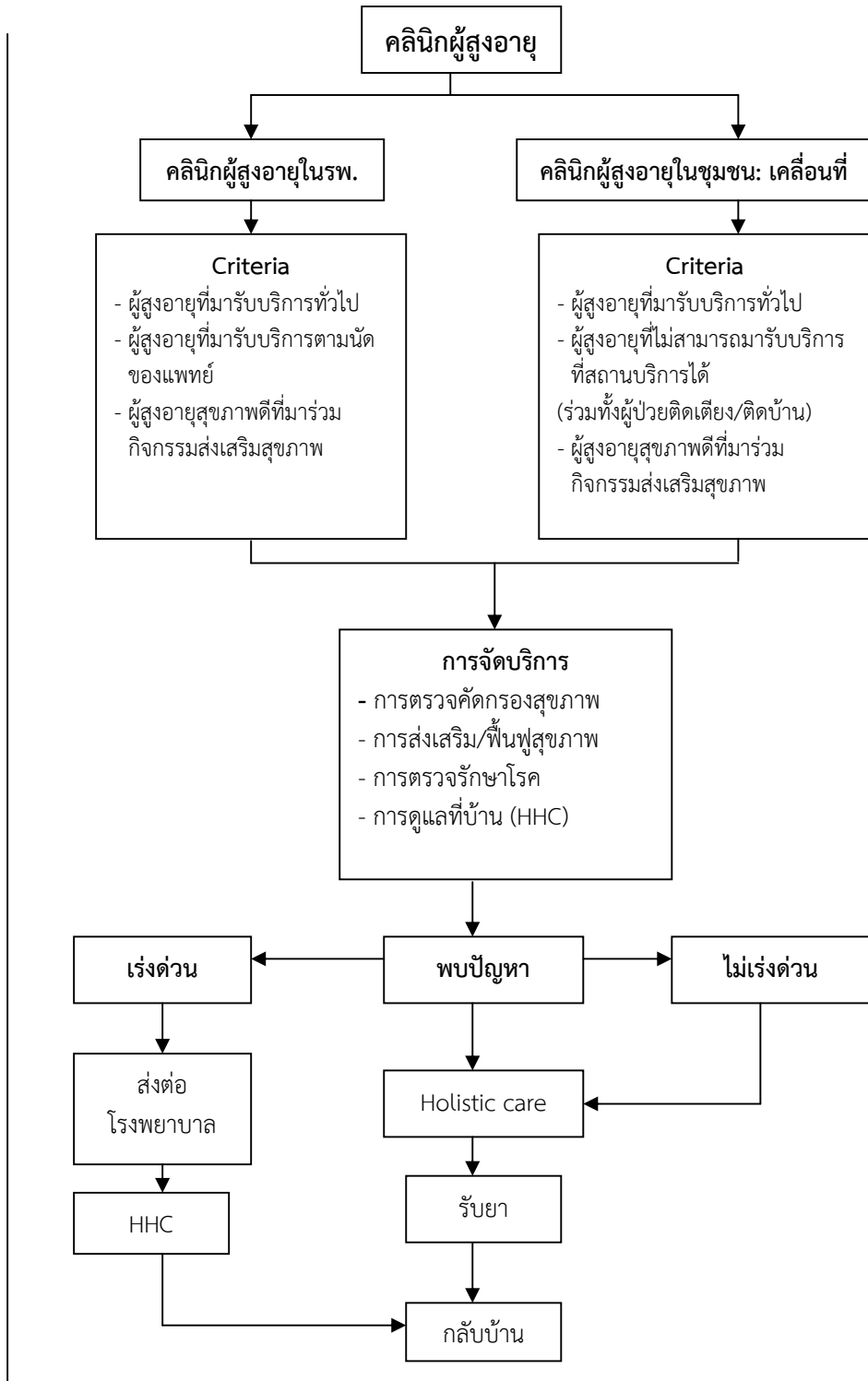
สถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน
 อายุรแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
 แพทย์ทั่วไปที่ต้องได้รับเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุที่ดำเนินการนอกโรงพยาบาล

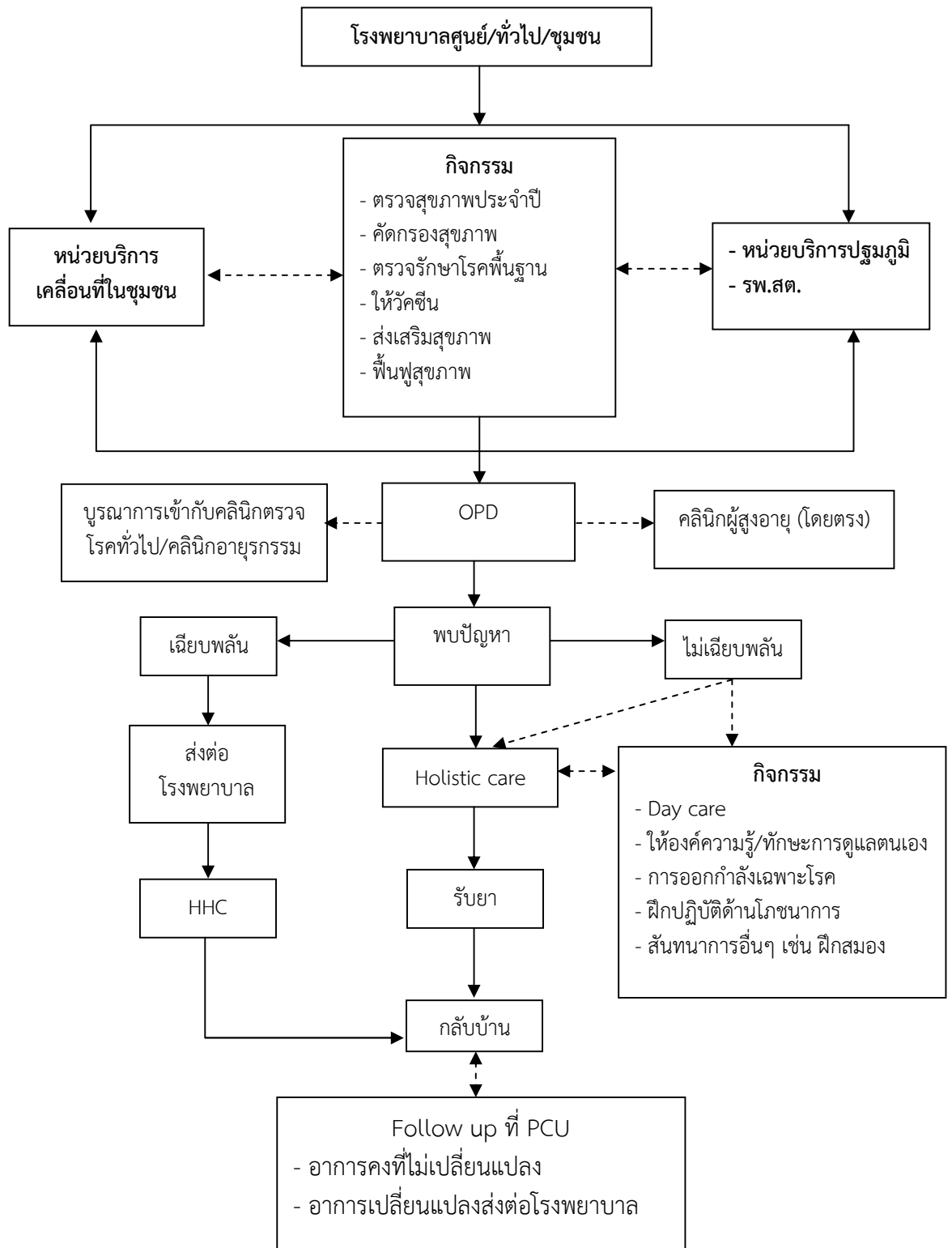
ระดับสถานบริการ

- รพ.สต.
- หน่วยบริการปฐมภูมิ
- รพศ.
- รพท.
- รพช.

- รพศ.
- รพท.
- รพช.



กิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน)

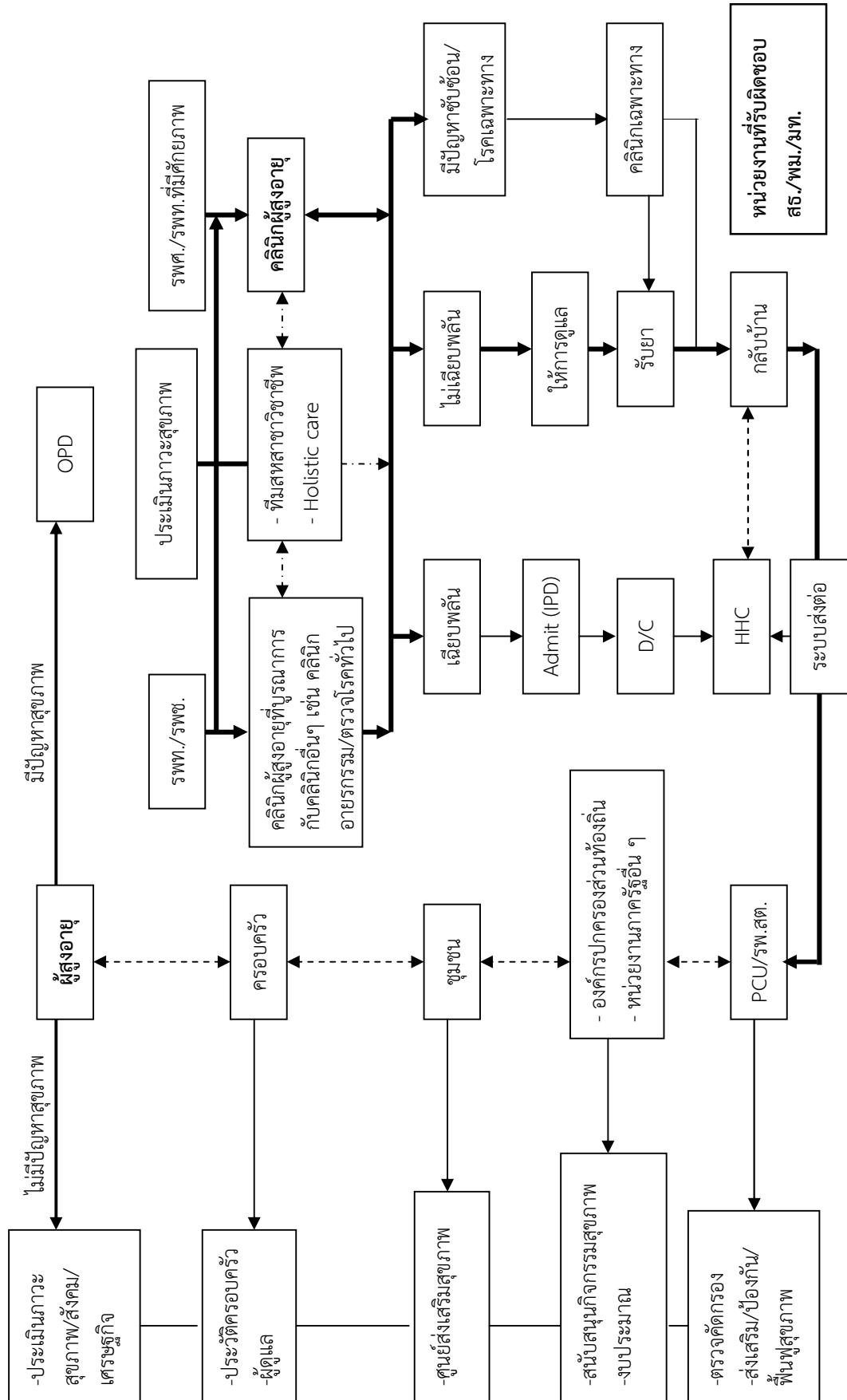


รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ “คลินิกผู้สูงอายุ” ควรดำเนินงานตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับ โดยมีกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดบริการให้ชัดเจน รูปแบบการดำเนินงานอาจมีความหลากหลายตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ และที่สำคัญให้พิจารณาถึงความต้องการของประชาชนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ดูแล ซึ่งปัจจุบันสถานบริการหลายแห่งได้มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการจัดบริการ “คลินิกผู้สูงอายุ” ทั้งที่ประสบความสำเร็จในการจัดบริการ และบางสถานบริการดำเนินการแล้วต้องปิดการให้บริการลง ด้วยปัญหาการขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ความไม่ชัดเจนด้านนโยบาย และงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานในระยะแรก ขณะที่สถานบริการที่มีการดำเนินงานแล้ว พบปัญหาในด้านการบริหารจัดการในคลินิกผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลพิเศษที่แตกต่างไปจากกลุ่มอายุอื่น การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรต้องเริ่มจากผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน และมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องไปในชุมชน นอกจากนี้ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนในพื้นที่ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำงาน รวมทั้งบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมิติทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ของชุมชนนั้นๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา เป็นต้น

แผนภูมิที่ ๒ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร



ลักษณะรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. คลินิกผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ เป็นการจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในทุกภาวะ ตั้งแต่ สุขภาพดี เริ่มป่วย และป่วยแล้ว รวมทั้งกรณีป่วยหลายโรค คลินิกนี้ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุทั้ง แพทย์และพยาบาล เน้นการบริการแบบ one stop service ให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกไม่ปะปนกับ ผู้ป่วยอื่นๆ มีผู้จัดการ (case manager) สำหรับผู้ป่วยกรณีหลายโรค และมีความเชื่อมโยงกับ การดูแลที่บ้าน

ข้อดี

- ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดี เน้นกลุ่มเป้าหมายสูงอายุเป็นพิเศษ การจัดการบริการใน กลุ่มเป้าหมายมีความเหมาะสมทั้งในด้าน สถานที่ บุคลากร และระบบบริการ
- ผู้ให้บริการมีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้สูงอายุ
- มีจุดบริการเดียวสำหรับผู้สูงอายุ สื่อสารกับผู้รับบริการได้ง่าย

ข้อจำกัด

- จำนวนผู้รับบริการ อาจจะมีจำนวนมาก เมื่อจัดการที่จุดเดียว
- ปัญหาเรื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่สามารถจัดการที่ดีตามวัตถุประสงค์ได้
- บุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มิไ้รักในการให้บริการประชากร กลุ่มนี้อาจจะมีไม่มาก
- ดูแลแบบ Case manager ในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ผสมผสานจากผู้เชี่ยวชาญ หลายสาขา แต่ในการปฏิบัติหน้าจะทำได้อย่าง

๒. คลินิกผู้สูงอายุในโรคที่ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ ที่เป็นปัญหาเฉพาะโรคในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และได้มีการเปิด บริการอยู่แล้ว การจัดการบริการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะได้รับบริการที่ เหมาะสม

ข้อดี

- การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นลักษณะโรค จะไม่มีความซับซ้อน และเป็นการต่อยอด คลินิกจากการจัดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งจัดการอยู่แล้วสำหรับทุกกลุ่มอายุ การจัดการคลินิก ผู้สูงอายุแบบนี้จะดำเนินการได้ง่าย
- ผู้ป่วยที่มีโรคใกล้เคียงกัน มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ข้อจำกัด

- การจัดการบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยโรคนั้นๆ เท่านั้น อาจจะไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่
- การสร้างสุขภาพหรือจัดการบริการในภาพรวมอาจไม่ชัดเจน

๓. คลินิกผู้สูงอายุเน้นเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ จัดบริการลักษณะของศูนย์ในการให้ คำปรึกษาในการสร้างสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ หรือจัดการบริการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น เป็นจุดความเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค กับองค์กรชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ

ข้อดี

- มีจุดประสานในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชัดเจน
- มีหน่วยสนับสนุน ชมรม หรือองค์กรที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทำให้โรงพยาบาลมีบทบาทชัดเจน ในด้านนี้มากขึ้น

๔. คลินิกผู้สูงอายุเน้นเฉพาะบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการในผู้สูงอายุที่สุขภาพดี กลุ่มที่เริ่มป่วย (การคัดกรอง) และการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยในระดับปฐมภูมิ และสามารถจัดบริการแบบ one stop service ได้ ผู้ให้บริการต้องเป็นแพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สะดวกสบายขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการได้

ข้อดี

- ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดี เน้นกลุ่มเป้าหมายสูงอายุเป็นพิเศษ การจัดการบริการในกลุ่มเป้าหมายมีความเหมาะสมทั้งในด้าน สถานที่ บุคลากร และระบบบริการ
- ผู้ให้บริการมีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้สูงอายุ
- มีการจัดการบริการให้คำปรึกษาชัดเจน (กรณีญาติหรือผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำ)
- มีจุดเชื่อมโยงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีชัดเจน เช่น ความเชื่อมโยงกับชมรมผู้สูงอายุ
- มีความเชื่อมโยงกับการให้การดูแลที่บ้านแบบครบวงจร

ข้อจำกัด

- ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยส่วนหนึ่งต้องรับบริการในระดับทุติยภูมิอยู่แล้ว จุดการจัดการบริการผู้สูงอายุมีหลายจุด เช่น การจัดการบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการหลายขั้นตอน
- การจัดการบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีปัญหาในเชิงปฏิบัติ อาจจะถูกมองว่าเป็นบริการชั้น ๒
- แพทย์ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวทั้งแพทย์ พยาบาล ไม่เพียงพอ

สรุปรูปแบบการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

รูปแบบการจัดการบริการ	ระดับสถานบริการ			
	รพศ.	รพท.	รพช.	PCU/ รพ.สต.
- คลินิกผู้สูงอายุแยกออกจากคลินิกโรคเฉพาะทาง โดยกำหนดวันเปิดบริการชัดเจน	✓	✓	-	-
- คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะทางในผู้สูงอายุ	✓	✓	-	-
- คลินิกผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับคลินิกอายุรกรรมหรือคลินิกตรวจโรคทั่วไป	✓	✓	✓	-
- คลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม กรณีที่ผู้สูงอายุมารับบริการหลายคลินิก	✓	✓	-	-
- คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี	-	✓	✓	✓
- คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ดำเนินการในโรงพยาบาล	-	-	✓	✓

๓. ด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

๓.๑ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง	ระดับสถานบริการ		
	รพศ.	รพท.	รพช.
แพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	✓	✓	-
อายุรแพทย์	✓	✓	✓
แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	✓	✓	
แพทย์ทั่วไป ที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ หลักสูตรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	-	✓	✓
พยาบาล ป.โท สาขาผู้สูงอายุ*	✓	✓	✓
พยาบาล ที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้* หลักสูตรด้านผู้สูงอายุ 4 เดือน	✓	✓	✓
พยาบาล	✓	✓	✓
ทันตแพทย์/เจ้าหน้าที่ทันตกรรม	✓	✓	✓
เภสัชกรรม/เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม	✓	✓	✓
นักกายภาพบำบัด	✓	✓	-
นักอาชีวบำบัด	✓	-	-
นักจิตวิทยา	✓	✓	-
นักโภชนาการ	✓	✓	-
นักสังคมสงเคราะห์	✓	✓	-
ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานผู้ช่วย	✓	✓	✓
เจ้าหน้าที่ธุรการ	✓	✓	✓

หมายเหตุ * พยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ ต้องได้รับการเพิ่มพูนองค์ความรู้หลักสูตรด้านผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรระยะยาว ระดับปริญญาโท หรือหลักสูตรระยะสั้น การอบรมระยะสั้น ๔ เดือน เป็นต้น

๓.๒ ขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่

ตำแหน่ง	หน้าที่
แพทย์	- ให้การตรวจรักษาโรค - ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้การรักษาหาแนวทางการแก้ไข และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง - ส่ง Special clinic ตามสภาพปัญหา
พยาบาล	- มอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสมของบุคลากรในทีมงาน - ชักประวัติ วัดสัญญาณชีพ/ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วย - ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ - เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตำแหน่ง	หน้าที่
	- ช่วยแพทย์ขณะตรวจผู้ป่วย - ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ร่วมกับทีมสุขภาพในการติดตาม เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลและปฏิบัติตัวของผู้ป่วย - ติดตามเยี่ยมบ้าน - รวบรวมสถิติ
เภสัชกรรม	- ประเมินการใช้ยา ให้คำแนะนำการใช้ยาให้ถูกต้อง - ค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ยา
ทันตแพทย์/ เจ้าหน้าที่ทันต สาธารณสุข	- ประเมินสภาวะช่องปากของผู้ป่วย - ค้นหาปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขต่อผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพ
	- ประสานงานในการดูแลและติดตามการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเมื่อส่งต่อแผนกทันตกรรม - ให้ทันตสุขศึกษา ติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหา รวมถึงป้องกันภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติ
นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา - ติดตามความก้าวหน้าของภาวะโภชนาการของผู้ป่วยรวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการร่วมกับทีมสุขภาพ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย - ติดตามเยี่ยมบ้าน
พยาบาลจิตเวช/ นักจิตวิทยา	- คัดกรองตรวจสุขภาพ บุคลิกภาพ และความผิดปกติทางสมอง ด้วยวิธีการทดสอบทางจิตวิทยาให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต - ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและวิธีป้องกันในผู้ป่วยสูงอายุ และญาติผู้ป่วย ด้วยการแนะนำรายบุคคลและ รายกลุ่ม - ประสานงานกับหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
นักกายภาพบำบัด	- ประเมินและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม - ประเมินความสามารถในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน - บำบัดรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ

ตำแหน่ง	หน้าที่
นักสังคมสงเคราะห์	- ร่วมปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและประสานงานในทีมสุขภาพ - ประเมินสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว สิทธิด้านการรักษาพยาบาล กองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ - ประสานส่งต่อหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา - ติดตามเยี่ยมบ้าน
ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงาน ผู้ช่วย/เจ้าหน้าที่ธุรการ	- ร่วมกิจกรรมทางการพยาบาล - ช่วยแพทย์ตรวจ คัดกรองผู้ป่วย - บันทึกผลการตรวจต่าง ๆ ใน OPD CARD - งานทะเบียนเข้าระบบคอมพิวเตอร์ - การนัดและติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด - ออกใบนัดตรวจครั้งต่อไปพร้อมคำแนะนำต่าง ๆ - รับ-ส่ง OPD CARD ที่แผนกเวชระเบียน
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	- ตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามวิชาชีพ

๓.๓ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมีหลักสูตรด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับปริญญาโท การอบรมระยะยาว และการอบรมระยะสั้น ในหน่วยงานภาครัฐ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

๑. หลักสูตรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

๒. หลักสูตรอบรมแพทย์ระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

หลักสูตรระยะยาว โครงการอบรมแพทย์ทั่วไปเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๑ ปี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หลักสูตรระยะสั้น โครงการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “เวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” หลักสูตร ๑ เดือน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๓. หลักสูตรพยาบาลด้านผู้สูงอายุ

หลักสูตรปริญญาโท สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรระยะยาว)

หลักสูตร ๔ เดือน อบรมระยะสั้นเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

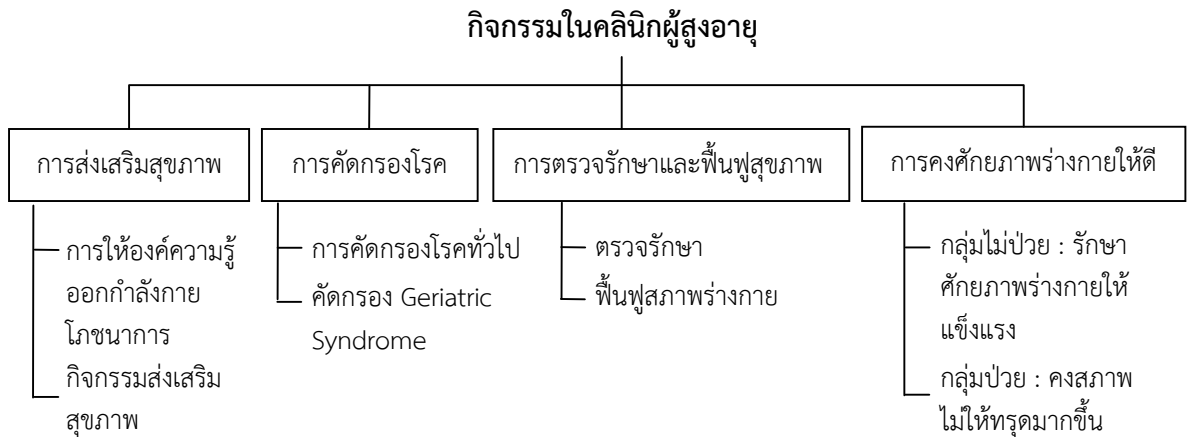
๔. ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. กำหนดเป็นฝ่าย/กลุ่มงานในโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลงานคลินิกผู้สูงอายุ

๒. กำหนดเป็นบุคลากรรับผิดชอบ โดย

- การดำเนินงานโดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมงาน
- การดำเนินงานโดยมีพยาบาลเป็น Clinic manager

๕. กิจกรรมที่ดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ



๕. เครื่องมือที่ใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ

แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric assessment) ประกอบด้วย ๔ ด้าน

๑. การประเมินร่างกาย (Physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย

๒. การประเมินทางสุขภาพจิต (Mental assessment) เป็นการประเมินเพื่อใช้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจจะซ่อนอยู่ ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

๓. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Functional assessment) ซึ่งได้แก่ basic activity of daily living (basic ADL) และ instrumental activity of daily living (instrumental ADL)

๔. การประเมินสภาวะทางสังคม (Social assessment) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแล (carer หรือ care-giver) เศรษฐฐานะ และสภาพที่อาศัยรวมทั้งสิ่งแวดล้อม

๖. งบประมาณ

จากการศึกษาพบว่า สถานบริการที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุจะใช้งบประมาณปกติของสถานบริการแต่ละแห่ง นอกจากนี้สถานบริการบางแห่งได้ขอสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ กระทั่งทราบสาเหตุ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจจะต้องพิจารณาการเพิ่มงบประมาณต่อหัวในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลพิเศษและมีความแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น และต้องการการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องครบวงจร

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

๑. ควรจัดตั้งโรงพยาบาลต้นแบบในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุให้เป็นตัวอย่างประเทศ เพื่อเป็นตัวอย่างของโรงพยาบาลในสังกัดสาธารณสุข
๒. นโยบายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรผลักดันให้เป็นรูปธรรม การกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนในแต่ละระดับสถานบริการและมีทิศติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง
๓. การดำเนินการพัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์ให้มีแพทย์สาขาผู้สูงอายุโรงพยาบาลละ ๑ ท่าน และมีพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับศูนย์ทั่วไป และชุมชน
๔. สร้างความตระหนักและทัศนคติด้านผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
๕. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team)
๖. สนับสนุนการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชนให้มีศักยภาพและจำนวนในพื้นที่ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ยาก
๗. กำหนดมาตรการในการติดตามและประเมินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
๘. การสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปศึกษาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศให้เป็นระบบและต่อเนื่อง
๙. มีการกรอบอัตรากำลังและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน
๑๐. การพัฒนาบุคลากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (carer หรือ care-giver) ให้ได้มาตรฐานและเพียงพอ
๑๑. การจัดทำมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และนำเสนอให้อยู่ในแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

บรรณานุกรม

1. เอกสารประกอบการประชุม. การพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ. โรงแรมอมารี แอร์พอร์ท. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. งานบริการผู้สูงอายุระดับโรงพยาบาลชุมชน. การพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ. ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๓; โรงแรมพูลแมนราชอาอคิต. ขอนแก่น: ๒๕๕๓.
3. นางจตุพร สลักคำ. รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. การพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุ.
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การดูแลระยะยาว : ประเด็นท้าทายด้านสังคมศาสตร์การประเมิณผู้สูงอายุแบบองค์รวม. การอบรมวิชาการกลางปีของสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๒.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์; ๒๕๕๓.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ: กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ; ๒๕๕๑.
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; ๒๕๕๓.
8. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพฯ: เจ.เอส การพิมพ์
9. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
10. กลุ่มสถิติ ๔, สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาคม ๑, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๐.
11. สำนักตรวจและประเมินผล. การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ประจำปี ๒๕๔๑. กรุงเทพฯ: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
12. ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรศาสตร์ : สารัตถศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; ๒๕๔๓.
13. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๘
14. คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. รายงานผลการศึกษาภาวะโรคและการเจ็บป่วยของประชากรใน พ.ศ. ๒๕๔๗. ๒๕๕๒.
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โอเอสติก พับลิชชิ่ง; ๒๕๔๒.
16. สัมฤทธิ์ และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๔๖-๗. ๒๕๕๒.
17. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. ทบทวนองค์ความรู้ด้านประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. ๒๕๕๒.
18. ทีมงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาเชิงระบบการจัดบริการบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น. โรงพยาบาลขอนแก่น; ๒๕๕๔.

- இனம்

ภาคผนวก



กิจกรรมการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ

แหล่งบริการ	Primary care				Secondary care			Tertiary care
	Day care	Day hospital	Geriatric clinic	Chronic care	Palliative care	Acute care	Extended care	Acute care
บ้าน/ชุมชน	/			/	/			
PCU/สอ.	/	/	/	/	/			
รพช.		/	/	/				
รพท.		/	/			/	/	
รพศ.		/	/			/	/	/

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน / ชุมชน	สอ. / PCU	รพช.	รพท.	รพศ.	
Primary care						
๑) Day care						
ออกกำลังกาย	/	/				
ซักรีดผ้า	/	/				
วัดส่วนสูง	/	/				คู่มือวิธีการวัด
วัดความดันโลหิต	/	/				
จับชีพจร	/	/				
เยี่ยมบ้าน	/	/				
ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง - ออกกำลังกาย/โภชนาการ	/	/				
ประวัติครอบครัว	/	/				
ประวัติส่วนตัว : บุหรี่ สุรา ยา	/	/				
ตรวจสุขภาพประจำปี	/	/				
การคัดกรองในชุมชน	/	/				
๒) Day hospital						
○ ตรวจสุขภาพ วัดสายตา ช่องปาก		/				
○ คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ		/				
Blood pressure		/				
Blood sugar		/				
Cr			/			
LDL			/			
Hb/Hct			/			
Stool exam : stool occult blood			/			คู่มือการเก็บ
EKG			/			ตรวจครั้งแรก
○ คัดกรอง geriatric syndrome			/			
สมองเสื่อม		/	/			

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน / ชุมชน	ส.อ. / PCU	รพช.	รพท.	รพศ.	
ซึมเศร้า		/	/			
หกล้มบ่อย		/	/			
เดินลำบาก		/	/			
กลืนปัสสาวะไม่ได้		/	/			
ท้องผูก		/	/			
นอนไม่หลับ		/	/			
น้ำหนักลด		/	/			
เจ็บหน้าอก/เหนื่อยง่าย		/	/			
การได้ยินของหู/โรคของหู		/	/			
แผลในปาก		/	/			
ความพิการ		/	/			
○ คัดกรองเมื่อมีข้อบ่งชี้						
Urine protein			/			ผู้เป็นเบาหวาน
SGPT			/			
Triglyceride, HDL			/			
CXR			/			ประวัติการไอ
PSA,CEA				/	/	
Mammogram				/	/	
Bone Densitometry				/	/	
๓) Geriatric clinic						
○ คัดกรอง geriatric syndrome		/	/			
สมองเสื่อม		/	/			
หกล้มบ่อย		/	/			
เดินลำบาก		/	/			
กลืนปัสสาวะไม่ได้		/	/			
ความพิการ		/	/			
○ Multidisciplinary team : Geriatric medicine พยาบาลหอผู้ป่วย ใน พยาบาลเยี่ยมบ้าน เกสัชกร นักสังคม สงเคราะห์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ/นักกำหนด อาหาร			/	/	/	
บริการเยี่ยมบ้าน		/	/			
ออกกำลังกาย		/				
ค้นหาปัญหา			/			
แยกผู้ป่วยหนัก/ไม่หนัก			/			
○ องค์ความรู้ : Guideline			/			
ภาวะฉุกเฉิน			/			
การส่งต่อ			/			

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน / ชุมชน	สอ. / PCU	รพช.	รพท.	รพศ.	
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ			/			
บุคลากร (แพทย์ พยาบาล)			/			
การสื่อสาร			/			
○ การบริหารจัดการ			/			
ทีม (ผู้ให้บริการ/รับบริการ/ Self help group)			/			
การรับไว้ในโรงพยาบาล			/			
สิ่งแวดล้อม			/			
การส่งต่อ ๒๔ ชั่วโมง			/			
○ กิจกรรม						
Moral system/ครอบครัว			/			
Intermediate care			/			
Rehabilitation			/			
แพทย์แผนไทย/ทางเลือก			/			
Pre hospital care			/			
Holistic care			/			
Secondary care						
๑) Acute care						
○ ค้นหาปัญหาให้เร็วที่สุด				/	/	
○ เริ่มวางแผนการรักษาให้เร็ว				/	/	
○ ระวัง CO-MOBID, ปัญหาการใช้ยา				/	/	
○ แนวทางในการรักษา (Guide line)				/	/	
○ ความเข้าใจโรค/ความคาดหวัง ผู้ป่วยและญาติ				/	/	
○ Discharge Plan (การป้องกัน การสานต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ระบบ เครือข่าย)				/	/	
○ องค์ความรู้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุ/บุคลากรผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล ฯลฯ)				/	/	
○ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/			/	
๒) Extended care						
○ ระหว่างรักษา				/	/	
- Assessment (การประเมิน ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม)				/	/	
- การจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย				/	/	
- แนวทางการรักษา (Guideline)				/	/	
- Multidisciplinary team เช่น				/	/	

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน / ชุมชน	สอ. / PCU	รพช.	รพท.	รพศ.	
Care, Rehabilitation						
- รวบรวมข้อมูล				/	/	
- ระบบการส่งต่อ				/	/	
○ เชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน โรงพยาบาล				/	/	
- ประเมินความคาดหวัง				/	/	
- Intermediate care				/	/	
- การดูแลตนเองที่บ้าน				/	/	
- Self help group				/	/	
- การผลิตบุคลากร/ผู้ดูแลกลุ่ม รับจ้าง/เจ้าหน้าที่สถานีนามัย				/	/	
- การเชื่อมโยงข้อมูล				/	/	
- การเยี่ยมบ้าน				/	/	
- Respite care				/	/	
- Hot line				/	/	
- Day care				/	/	
- Day hospital เช่น Rehabilitation				/	/	
- Team meeting/Family education				/	/	
- สถาบันศาสนา	/	/				

การบริการแบบสหสาขาวิชา

- โภชนาการ
- ฟื้นฟูสมรรถภาพ (PT/OT)
- จิตเวช
- แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ เกษัช ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย/จีน แพทย์พื้นบ้าน
- ทันตกรรม

ที่มา : ประชุมเชิงปฏิบัติการ “โครงการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ” เพื่อกำหนดวิธีการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุม ๑ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานคลินิกในสถานบริการแต่ละระดับ

โรงพยาบาล	รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ					
	คลินิกผู้สูง เฉพาะแยก ออกจาก คลินิกโรค เฉพาะทางโดย กำหนดวันเปิด บริการชัดเจน	คลินิก ผู้สูงอายุ เฉพาะทาง ในผู้สูงอายุ	คลินิกผู้สูงอายุ บูรณาการ ร่วมกับคลินิก อายุรกรรม หรือคลินิก ตรวจโรคทั่วไป	คลินิกผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลาง การดูแล ผู้สูงอายุใน ภาพรวมกรณีที่ ผู้สูงอายุมารับ บริการหลาย คลินิก	คลินิก ผู้สูงอายุ สุขภาพดี	คลินิก ผู้สูงอายุใน สถานบริการ ระดับปฐมภูมิ ที่ดำเนินการ ใน โรงพยาบาล
ศิริราช	✓	✓		✓	✓	
รามาธิบดี	✓	✓		✓	✓	
พระมงกุฎเกล้า	✓	✓		✓	✓	
สุรินทร์	✓		✓			
ลำปาง	✓	✓				
สุราษฎร์ธานี	✓	✓			✓	
ราชบุรี	✓					
ขอนแก่น	✓					
เบตง		✓	✓		✓	✓
วิเชียรบุรี	✓					
หนองคาย			✓			
บ้านหมี่	✓		✓			
มะการักษ์	✓		✓			
พระพุทธบาท			✓			
พะเยา	✓					✓
พระนั่งเกล้า	✓		✓		✓	
ศรีรัตนนิคม	✓		✓			✓
สวนผึ้ง	✓		✓			✓
บ้านกรวด	✓		✓			✓
คำม่วง	✓		✓			✓
ป่าโมก	✓		✓			✓
ห้วยฉัตร	✓		✓			✓

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย
เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย

วันอังคารที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

ห้องเพอร์ริตอท ๓ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน่วยงาน
๑	แพทย์หญิงวันดี โภคะกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ
๒	แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน	หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๓	รศ.นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๔	นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
๕	นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
๖	พันเอกนายแพทย์วรพงษ์ ศานติธรรม	หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
๗	แพทย์หญิงดุสิตา ตู้อะกาย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปาง
๘	แพทย์หญิงวนาพร วัฒนกุล	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
๙	แพทย์หญิงพรณวดี สารวานิชกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสุรินทร์
๑๐	นายแพทย์จตุภูมิ นีละศรี	นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครปฐม
๑๑	นายแพทย์อัสดง วรรณจักร	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพะเยา
๑๒	นางจรินทร์ เย็นฤดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์
๑๓	นางไพโรพนา ประทุมรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรสาคร
๑๔	นายแพทย์จิรัชชาติ เรืองวัชรินทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชธนนิคม
๑๕	นายแพทย์นพรัตน์ วัชรขจรกุล	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร
๑๖	นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัทร	หัวหน้าหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาล และบ้าน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รายชื่อผู้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลด้านคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

๑. รศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย
๒. พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
๓. นพ.เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซีเนีย

ผู้มีส่วนในการผลักดันนโยบาย

๑. ศ.นพ.พงษ์ศิริ ประรณานัติ
๒. นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร

คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุ
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จ
พระสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผู้บริหารโรงพยาบาล

๑. นพ.สมชาย เทพเจริญนิรันดร์
๒. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์
๓. นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์
๔. นพ.ฉัตรชัย รัตนสาร
๕. นพ.เชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์
๖. นพ.พีระพงษ์ ภาวสุทธิไพลี
๗. นพ.เจียรชัย คฤหโยธิน
๘. นพ.ดุสิต ทบถียากร
๙. นพ.สุรพันธ์ วิจิตนาถ
๑๐. นพ.จิรชาติ เรืองวัชรินทร์
๑๑. นพ.โอฬาร ยิ่งเสรี
๑๒. นพ.สมานมิตร อัฐนาถ
๑๓. นพ.ยุทธนา สุริยะะ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง
รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุรินทร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบตง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าโมก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชธนนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านกรวด

หัวหน้างาน/กลุ่มงาน / กอง/ ภาควิชา

๑. พญ.เพ็ญศิริวรรณ แสงอากาศ
๒. พญ.ดุสิตา ตู๊ประกาย
๓. นพ. อัสดง วรรณจัก
๔. พญ.ชูหงษ์ มหรรทศนพงษ์
๕. นพ.สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์
๖. พญ.มัทรี นครน้อย
๗. นพ.พิสิฐ อินทรวงาโชติ
๘. นพ.นพรัตน์ วัชรขจรกุล
๙. พญ.รุ่งทิพย์ ขอบเพื่อน
๑๐. ทันตแพทย์ทัศนีย์ ธรรมเรือง
๑๑. นางมนัสสินิตย์ บุญยธรรม
๑๒. นางธารีทิพย์ นันทรักษ์ชัยกุล

แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชบุรี
แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำปาง
แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพะเยา
แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุรินทร์
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลพระพุทธบาท
หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลห้างฉัตร
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบ้านหมี่
หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านกรวด
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- | | |
|---------------------------------|--|
| ๑๒. นางสาวปรีดา ปุรพันธุ์ฉาย | หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะการักษ์ |
| ๑๓. นางพรทิพย์ รักษ์รงค์ | หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม |
| ๑๔. นางประคอง รอดพิพัฒน์ | หัวหน้าทีมเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลป่าโมก |
| ๑๕. นางดุจปราภนา พิศาลสารกิจ | พยาบาลหัวหน้าหน่วยคลินิกผู้สูงอายุ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| ๑๖. นางเพลินพิศ ชันติยะ | หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลห้างฉัตร |
| ๑๗. นางสาวฉันทนา จันทร์โพธิ์ศรี | หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนผึ้ง |
| ๑๘. นางจันทิมา สืบสาย | หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ |
| ๑๙. นางวรรณภรณ์ กลิ่นสุข | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านกรวด |
| ๒๐. นางกาญจนา เครือณรงค์ | รักษาการหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต |
| ๒๑. นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัทร | หัวหน้าหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาล
และบ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรค
และส่งเสริมสุขภาพฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| ๒๒. พ.ท.หญิงทิพวัลย์ อิศาสะวิน | หัวหน้าหอผู้ป่วย กองการพยาบาล
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| ๒๓. นางสาวนิตย โพธิจันทร์ | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น |
| ๒๔. นางสาวพรเพ็ญ ทุนเทพ | หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ |

ที่ปรึกษาวิจัย

๑. แพทย์หญิงวันดี โภคะกุล
๒. แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ
หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะทำงานวิจัย

โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. นางสุพัตรา กองเพชร
๒. น.ส.ต้นหยง ปานเพชร
๓. น.ส.นุจิรา อรัญญาส
๔. น.ส.จารุวรรณ ตุ่นสระน้อย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุข
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

๑. พญ.พนิดา กฤตยภูษิตพจน์
๒. นางสาววิณา ลิ้มสกุล
๓. นางสาวอุไรวรรณ โพธิ์โพ้น
๔. นางสาวอาภรณ์ สุขโสภา
๕. นางสาวอุมพร หัตถิยา
๖. นางสาวเขมิกาญจน์ ไพฑูรย์
๗. นางสาวจริยาพร เจริญรูป
๘. นางสาวนฤมล รัชตรังสรรค์
๙. นางนิภา เทพสิมานนท์
๑๐. นางสาวกมลเนตร อินทนนท์
๑๑. นายบุรินทร์ เอี่ยมขำ

ประสาทอายุรแพทย์เชี่ยวชาญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ
นักโภชนาการชำนาญการ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลลำปาง

นางวรรณพร สุวรรณเนตร

โรงพยาบาลหนองคาย

๑. นพ.พิสิฐ อินทรวงาโชติ
๒. นางลัดดา ภูมมา
๓. นางเพิ่มสุข ตูลยานันต์
๔. นางวาลนา พงศ์กิตติสกุล
๕. นางวัลยา คันธมาพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

นางยุพา สุทธิมนัส

โรงพยาบาลศิริราชธนนิคม

นางสุวรรณี นิยมจิตร

โรงพยาบาลราชบุรี

นางจิตต์รัตน์ชญา ทรัพย์แสนดี

โรงพยาบาลเบตง

นางฟาซีเยะ แตปูซู

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

นางสาววิลาวัล ผลพลอย

โรงพยาบาลบ้านหมี่

นางปราณี ศรีสงคราม

โรงพยาบาลมะการักษ์

๑. นางสาวณัฏชา โพระดก

๒. นางสาวศศิสังวาลย์ ศรีสังข์

โรงพยาบาลพระพุทธบาท

๑. นางอัมพร จันทชาติ

๒. นางสาวรวย เจริญลาภ

โรงพยาบาลห้างฉัตร

นางชนาภรณ์ สร้อยแสงจันทร์

โรงพยาบาลป่าโมก

นางบุญนภา ธัญญะพิเศษศักดิ์

โรงพยาบาลคำม่วง

นางประวีณา ปรีดา

โรงพยาบาลบ้านกรวด

นางสาวเตือนใจ ปาประโคน

โรงพยาบาลสวนผึ้ง

นางราตรี คงละอ

โรงพยาบาลพะเยา

นางสาวสุดถนอม รอดอ่วม

โรงพยาบาลสุรินทร์

๑. นายแพทย์ฉัตรชัย รัตนสาร

๒. นางสาวพรเพ็ญ ทุนเทพ

๓. นางสุณี จิรันดร

๔. นางสาวรักษัทยา สุขยานุดิษฐ์

หนังสือยินยอม

(INFORMED CONSENT FORM)

การศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการดูแลต่อเนื่องครบวงจร
สำหรับประเทศไทย

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๕๔

ชื่อผู้ทำการศึกษา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ชื่อผู้ให้คำยินยอม.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะผู้ทำการศึกษา ถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ ประโยชน์ที่จะเกิดจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

คณะผู้จัดทำการศึกษารับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

คณะผู้ทำการศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำ ได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้ เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการครั้งนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้คำยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน