

ข้อเสนอระบบบริการ การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย

โดย

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง

วันจันทร์ที่ 15 ธันวาคม 2557

ณ ห้องประชุม ที เค คอนเวนชัน ชั้น 5 โรงแรมที เค พาเลส กรุงเทพมหานคร
ในเวทีขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

จากโครงการถอดบทเรียนและสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

: กรณีศึกษาผู้สูงอายุภาวะสะโตริกและภาวะสมองเสื่อม

พื้นที่จังหวัดลพบุรี และจังหวัดลำปาง

เสวนาวิชาการ...

1. สถานการณ์ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่าง ต่อเนื่องของไทย (ที่เป็นอยู่ ช่องว่าง ประเด็นพัฒนา)
2. ข้อเสนอนโยบาย การพัฒนาระบบบริการการ ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย (ที่พึงประสงค์)
3. กลไกการขับเคลื่อน (กลไกนโยบาย-ปฏิบัติการ)

1. สถานการณ์ :

ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย

- สังคมสูงอายุ (aging society)
- สาเหตุ ภาวะทุพพลภาพที่สำคัญ คือ โรคเรื้อรัง (สะโตริค/สมองเสื่อม) -> ภาวะพึ่งพิง -> ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ
- ภาวะพึ่งพิง เป็นทุกขภาวะในผู้สูงอายุ และ ทุกขภาวะของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ
- การดูแลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในทุกสภาวะสุขภาพ และในทุกระยะของระบบบริการสุขภาพ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง และระยะยาว
- ระบบบริการการดูแลระยะกลางยังขาดหายไปจากระบบบริการหลักของประเทศ
- แนวคิดการดูแลต่อเนื่องที่น่าสนใจ ยังมีความสับสนในแนวคิดและในการปฏิบัติ ขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ ทั้งโครงสร้าง/หน่วยงาน บทบาทหน้าที่ ข้อมูลสารสนเทศ และบุคลากรที่ดำเนินงาน

1. สถานการณ์ :

การดูแลต่อเนื่องมีการประสานเชื่อมโยงทั้งในแนวราบ-แนวตั้ง

การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องใน**แนวราบ**

- แต่ละวิชาชีพมีการจัดทำแผนการจำหน่าย (discharge plan) ยังมีต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องใน**แนวตั้ง**

- สื่อสารด้วยเอกสารเป็นช่องทางหลัก ข้อมูลการส่งต่อยัง वैหว้าง
- ระบบไม่สมบูรณ์ มีปัญหาการส่งต่อที่ไปไม่ถึงปลายทาง หรือไม่มีการตอบรับ เอกสารเดินทางล่าช้าไม่ทันการณ์ มีการขาดตอนของการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลต่อเนื่องใน**แนวตั้ง** มีข้อจำกัดมากกว่า**แนวราบ**

- ขาดฐานข้อมูลและสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกัน
- ไม่สามารถเชื่อมต่อถึงกันทั้งระบบจากต้นทางถึงปลายทาง

1. สถานการณ์ :

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- มีความจำกัด (เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน) และมีแนวโน้มจะขาดแคลนในอนาคตจนเกิดวิกฤตในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องได้
- บางพื้นที่ มีการบูรณาการความร่วมมือให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดย
 - พัฒนา อสม. เชี่ยวชาญ และนักบริบาล เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
 - มี **care manager** ของโรงพยาบาล (ภาคสุขภาพ) เป็นผู้ให้แนวทางกำกับ และติดตามผลการดูแล
 - มี **อปท.** (ภาคสังคมท้องถิ่น)
เป็นผู้จัดบริการสังคม และจัดให้นักบริบาลได้รับค่าตอบแทน
แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณอย่างถูกต้อง

1. สถานการณ์ :

การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและที่บ้าน

ให้ผลทั้งทางบวกและทางลบ

- **ทางบวก** คือ ได้รับการดูแลด้านสุขภาพและได้รับการเติมเต็มในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ และช่วยลดภาระของครอบครัว
- **ทางลบ** คือ การดูแลที่บ้านโดยผู้ที่ไม่ใช่นักวิชาชีพ อาจเกิดปัญหาการยอมรับในบทบาท ปัญหาจริยธรรม และด้านกฎหมายตามมา
- ต้องพัฒนาศักยภาพการดูแลให้เหมาะสม กำกับคุณภาพ และกำหนดให้เป็นบุคลากรหนึ่งของทีมการดูแลต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะนโยบาย การพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based)

ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย

- มีเป้าหมาย ที่คืนสภาพหรือคงสภาพสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกัน ลด ชะลอ ภาวะพึ่งพิง
- มีความต่อเนื่อง ทั้งต่อเนื่องในแนวราบและในแนวตั้ง
- มีความต่อเนื่องของบริการ ด้วยการเติมบริการการดูแลระยะกลางที่ชัดเจน ในระยะ golden period ของการฟื้นฟู เพื่อการคืนสภาพ
- เส้นทางระบบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลายทาง คือ บ้านและชุมชน
- มี 6 องค์ประกอบหลัก คือ

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based) ใน 6 องค์ประกอบ คือ (ต่อ)

- 1) **ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล (leadership & governance)** ต้องการผู้นำองค์กรในทุกกระดับ ที่มีวิสัยทัศน์และมีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยจัดให้มีองค์กรรับผิดชอบ มีการจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ (strategic plan) แผนพัฒนาบริการสุขภาพ (service plan) และแผนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ
 - 2) **การให้บริการสุขภาพ (service delivery)** ต้องจัดให้มีบริการที่ครอบคลุมการดูแลทุกระยะอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง และระยะยาว ที่ชัดเจนในกระบวนการและเป้าหมายของการจัดบริการในแต่ละระยะ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน
- พัฒนาควบคู่และบูรณาการกับรูปแบบที่มีในพื้นที่ เช่น CCM, LTC, Palliative care, บริการเฉพาะทาง เฉพาะรายโรค/กลุ่มโรค อาทิ สะโตโรค สมองเสื่อม ที่ต้องการเส้นทางบริการ ทั้งแบบปกติ เส้นทางด่วน หรือเส้นทางพิเศษ เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลรักษาที่จำเป็น เช่น บริการเส้นทางเลือด เป็นบริการเจาะเลือดตามการนัดหมายที่บ้านหรือในชุมชน เป็นต้น

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based) ใน 6 องค์ประกอบ คือ (ต่อ)

3) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce)

ต้องการการวางแผนอัตรากำลัง การนำใช้ และพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ทีมบริหารจัดการ และทีมปฏิบัติการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งมีหลากหลายในพื้นที่ โดยครอบคลุม บุคลากรสุขภาพและภาคสังคม/ท้องถิ่น ประเภทต่างๆ ตามความจำเป็น รวมถึงผู้ที่ให้การดูแลในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชนอย่างเพียงพอและเหมาะสมในทุกพื้นที่ เพื่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ และคำนึงถึงการธำรงรักษาบุคลากรให้คงทำงานได้อย่างมีคุณค่า

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based) ใน 6 องค์ประกอบ คือ (ต่อ)

3) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) (ต่อ)

- “ทีมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง” แต่ละพื้นที่ คือ “ทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน” (home/family health care team) ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ และโภชนาการ) เป็นทีมการดูแลต่อเนื่อง โดยมี **nurse case manager (NCM)** โดยร่วมกับ **อสม. หรือ อสม.เชี่ยวชาญ** ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ที่ติดบ้านติดเตียง (150 ชั่วโมง) เป็นบุคลากรหลักของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือ “ทีมงานสหสาขาวิชาชีพ” ร่วมกับ “นักบริหารชุมชนประจำหมู่บ้าน” เพื่อการดูแลทางด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นทางการ โดยการทำข้อตกลงความร่วมมือกับ อปท/อบต ในการจัดสรรงบประมาณนี้
- ตัวอย่าง “ทีมการดูแลต่อเนื่อง” ประกอบด้วย “ผู้ประสานการดูแล หรือ LTCc” (หรือ Long term care coordinator, LTCc) 1 คน เป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยมี **case manager** (พยาบาล) ของแต่ละตำบล ทำงานประสานกับ ทีมงานสหสาขาวิชาชีพ ทีมนักบริหารฯ ทีมการดูแลในชุมชน บุคลากร รพ.สต. และบุคลากรภาคสังคมของ อปท (เช่น นักพัฒนาชุมชน และอื่นๆ) เป็นทีมบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน
 - “ทีมสหสาขาวิชาชีพ” ประกอบด้วย พยาบาล (3 คน) นักกายภาพบำบัด (3 คน) นักจิตวิทยา (3 คน) นักกิจกรรมบำบัด (1 คน) นักโภชนาการ (1คน) พนักงานขับรถ (1 คน) และช่างปรับสภาพบ้าน (1 คน)
 - “ทีมการดูแลระยะยาวของชุมชน” (Community long term care team, CLTC) หรือทีมปฏิบัติการระดับตำบล ประกอบด้วย พยาบาลจาก รพ.สต. (7 คน) นักบริหาร (23 คน) และ อบต (6 แห่ง) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพประจำตำบลนั้นๆ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดประจำตำบล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นายช่างปรับสภาพบ้าน เป็นต้น

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based) ใน 6 องค์ประกอบ คือ (ต่อ)

4) การเงินการคลัง (financing) การจัดระบบการเงินการคลังที่มีความจำเป็นกับผู้สูงอายุ อาทิ กองทุนหลักประกันการดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อาจจัดโดยภาครัฐหรือภาคเอกชน โดยส่วนกลางหรือโดยองค์กรท้องถิ่นผ่านกองทุนระดับพื้นที่เป็นแบบร่วมจ่ายหรือจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและสังคม โดยมีหลักเกณฑ์การประเมินและจัดสรรบริการที่เป็นธรรมตามความจำเป็นเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ครอบครัว

5) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system)

“ระบบสื่อสาร-สารสนเทศเพื่อการดูแลต่อเนื่องแนวตั้งและแนวนอน” มีแบบเป็นทางการ - ไม่เป็นทางการ

- แบบเป็นทางการ สื่อสารสองทาง โดยใช้เอกสาร-โปรแกรม-ฐานข้อมูล แตกต่างกัน เช่น ใช้แบบส่งต่อ (บส.1) ส่งปรึกษาแผนกเวชกรรมสังคม เตรียมวางแผนการเยี่ยมบ้านในชุมชน ในเขตฯ และในกรณีนอกเขตรับผิดชอบ แขนงแบบส่งต่อ หน้าเว็บไซต์ของ สสจ. เพื่อการสื่อสารกับสถานี่ปลายทาง และเพื่อตรวจสอบกับใบที่ผู้ป่วยถือกลับไปรับบริการต่อเนื่องใกล้บ้าน และบันทึกในฐานข้อมูล เป็นต้น
- แบบไม่เป็นทางการ เช่น การส่งต่อข้อมูลของทีมค้นหาในชุมชน หรือการสื่อสารทาง social media (เช่น ทาง LINE group และทาง Facebook) สามารถลดช่องโหว่ของการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องนี้ได้ โดยมี ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เป็นแกนหลักในการบริหารจัดการและบูรณาการ/ส่งต่อข้อมูลดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกสถานบริการที่สังกัด จัดระบบเชื่อมต่อและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อและอย่างเป็นองค์รวม

2.1 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องพัฒนาเป็นระบบ (system based) ใน 6 องค์ประกอบ คือ (ต่อ)

- 6) การเข้าถึงยาที่จำเป็น (access to essential medicine) ต้องพัฒนาเส้นทางการเข้าถึงคลังยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีมาตรฐานเดียวกัน ในทุกระดับและทั้งระบบสุขภาพ
- ด้วยศักยภาพของสถานบริการมีแตกต่างกัน ทำให้มีการจำกัดการใช้ยาตามระดับศักยภาพของสถานบริการ แต่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้ยาจากทั้งสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และยาเฉพาะทางจากสถานบริการระดับตติยภูมิ จึงจำเป็นต้องบูรณาการข้อมูลการรักษา โดยเฉพาะการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อประสิทธิผลของการรักษาร่วมกันในทุกระดับบริการ
 - สิ่งจำเป็น รวมถึง การมี คลังวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ครบวงจร สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน หรือจัดบริการในรูปแบบ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน จัดเป็นสวัสดิการหรือยืมหมุนเวียนใช้เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งนี้ควรดำเนินการให้ครบวงจร คือมี ศูนย์ซ่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์พร้อมบริการสอนสาธิต เพื่อการใช้งานที่มีประสิทธิภาพด้วย

2. ข้อเสนอแนะนโยบายการพัฒนาาระบบบริการ การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย

2.2 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทย ต้องบูรณาการบริการภาคสุขภาพและภาคสังคม/ท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ/ครอบครัว

- ทีมบูรณาการการดูแลต่อเนื่อง (บริหาร-ปฏิบัติการ) สุขภาพ สังคม ชุมชน/ท้องถิ่น
- บูรณาการ (คน-งาน-นโยบาย-งบประมาณ-ฐานข้อมูลสารสนเทศระดับพื้นที่)

2.3 ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของไทยต้องพัฒนาระบบผู้ดูแลควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้ดูแล(ทางการ-ไม่เป็นทางการ)(ทีมสหวิชาชีพ-สุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น)(ทีมดูแลประจำวัน)

3. กลไกการขับเคลื่อน

3.1 กลไกนโยบาย (จากส่วนกลาง)

กระทรวงสาธารณสุข สปสช. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ร่วมกัน

มาตรการระยะสั้น

1. กำหนดแผนการจัดบริการแบบบูรณาการร่วมกัน ของบริการสุขภาพและสังคม เพื่อป้องกัน ลด ชะลอภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ ในประเด็น
 - 1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับชาติที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของ ท้องถิ่นอาทิระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ นโยบาย แผนงาน และโครงการที่ ชัดเจน ในการบริหารจัดการและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รวมถึง ระบบ การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. กลไกการขับเคลื่อน

3.1 กลไกนโยบาย (จากส่วนกลาง)

มาตรการระยะสั้น (ต่อ)

- 1.2 การจัดบริการการดูแลระยะกลาง และบริการการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่ายจากระยะเฉียบพลัน ส่งเสริมการคืนสภาพของผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์การดูแลที่บ้าน ด้านที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม เป็นต้น
- 1.3. การผลิตและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน ที่มีอยู่ในระบบปัจจุบันแต่ละระดับ ตามความจำเป็นและตามความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

3. กลไกการขับเคลื่อน

3.1 กลไกนโยบาย (จากส่วนกลาง)

2. ผลักดัน ประกาศ ให้แผนการจัดบริการแบบบูรณาการ ใน ข้อ 1 เป็นนโยบายระดับเขตและระดับจังหวัด
3. ผลักดันให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การส่งเสริมสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถใช้งบประมาณ เพื่อส่งเสริมสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3. กลไกการขับเคลื่อน

3.1 กลไกนโยบาย (จากส่วนกลาง)

มาตรการระยะยาว

1. ประสานความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ เช่น สภาการพยาบาลกำหนดหลักสูตรกลางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการจัดให้มีเส้นทางวิชาชีพ (career ladder) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. จัดให้มีหน่วยงานกำกับ ดูแล ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ
3. พิจารณาทบทวนกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มงบประมาณทั่วไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการตัดสินใจดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้กรอบการดำเนินงานที่ยอมรับได้ร่วมกัน

3.2 กลไกปฏิบัติการ (ระดับท้องถิ่น-จังหวัด/อำเภอและตำบล)

เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาคสุขภาพ ภาคท้องถิ่น ภาคสังคม เอกชน และภาคประชาชน ตัวแทนองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงาน นี้

- 1) จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ นโยบาย แผนงาน และโครงการที่ชัดเจน ในการบริหารจัดการ และการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ (การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง)
- 2) ใช้กลไกบริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เป็นเวทีกลางในการประสานงาน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และ นายอำเภอ เป็นประธาน มีองค์ประกอบผู้รับผิดชอบจาก ภาคมหาดไทย ท้องถิ่น สาธารณสุข ผู้แทนสมาคมสภาผู้สูงอายุ และภาคประชาชน เป็นคณะกรรมการบริหารฯ โดยคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอนี้ จะเป็นกลไกขับเคลื่อน ระดับบริหารจัดการ ประสานการดูแล
 - มีผู้จัดการการดูแล (care manager) หรือผู้จัดการการดูแลต่อเนื่องแนวราบในระดับพื้นที่ (ตำบล/อำเภอ) ทางด้านสุขภาพและด้านสังคม/ท้องถิ่น
 - โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ประสานการดูแลต่อเนื่องแนวตั้ง (care coordinator) และ มีผู้จัดการระบบ (system manager) การดูแลต่อเนื่องทั้งแนวราบและแนวตั้ง ในระดับจังหวัดและอำเภอ เป็นเลขาคณะกรรมการบริหารที่เชื่อมร้อยงานหลายภาคส่วนในระดับต่างๆ ให้มีความต่อเนื่องและเห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจนเห็นเป็นระบบที่ชัดเจน

3. กลไกการขับเคลื่อน

3.2 กลไกปฏิบัติการ

(ระดับท้องถิ่น-จังหวัด/อำเภอและตำบล)

- 3) จัดให้มีกลไกปฏิบัติการเป็นทีมการดูแล ที่ทุกโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และในโรงพยาบาลชุมชน
- มี ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง (การดูแลผู้สูงอายุแนวตั้ง) และ มีหน่วยปฏิบัติการการดูแลต่อเนื่อง (การดูแลผู้สูงอายุแนวราบ) หรือ home health care ดูแลต่อเนื่องในแนวราบ
 - มีผู้จัดการการดูแล (care manager) เป็นแกนหลักของ ทีมบูรณาการการดูแลต่อเนื่อง ที่มาจากภาคส่วนต่างๆ โดย ภาคนโยบาย คือ บุคลากรสหวิชาชีพต่างๆ ภาคละดับท้องถิ่น/ชุมชน คือเทศบาล หรือ อบต. และ ภาคนโยบาย คือ พม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส) ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ทั้งนี้ตามทฤษฎีภาพของแต่ละพื้นที่

ขับเคลื่อน



ระบบบริการสุขภาพและสังคม

สำหรับผู้สูงอายุ.....

ขอขอบคุณทุกความคิดเห็น