

ถอดบทเรียน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยง

กรณีศึกษา : อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่



ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติได้ดำเนินงานโครงการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลสถานการณ์ผลการดำเนินงานในพื้นที่พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลที่มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งมีประเด็นที่ควรได้รับการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่พัฒนางานต่อไป ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานการถอดบทเรียนการดำเนินงานส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์จะเรียงเป็นการดึงประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำมาสรุปเป็นความรู้จากประสบการณ์จากแลกเปลี่ยนในประเด็นประสบการณ์ที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงาน

ผลสรุปสุดท้ายของการถอดบทเรียนจะนำไปสู่การจัดทำกิจกรรมที่สอดคล้องต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์และนำไปสู่การเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระยะต่อไป

อนุชา รักสนิท

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ

สารบัญ

สถานการณ์ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ และความเหลื่อมล้ำ	3
---	---

บทที่ 1 แนวคิดและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ.....	5
--	---

❖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	6
❖ แนวคิดในการพัฒนาระบบ.....	7
❖ หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบ.....	8
❖ การบริหารงานแบบบูรณาการ.....	9
❖ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM).....	14
❖ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG).....	16

บทที่ 2 บทเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์.....	17
---	----

❖ เรียนรู้กลุ่มเป้าหมาย.....	18
❖ เรียนรู้การดำเนินงาน.....	19
❖ เหลี้ยวหน้า แลหลัง อดีต - ปัจจุบัน - อนาคต.....	23

บทที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	26
---	----

❖ ปัญหาและอุปสรรค.....	27
❖ ข้อเสนอแนะ.....	28

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

กลุ่มชาติพันธุ์ และความเหลื่อมล้ำ

สถานการณ์ปัจจุบัน โลกมีประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เรียกได้ว่าโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ประชากรในอาเซียนที่กำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุ 3 ประเทศ คือ สาธารณรัฐสิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม (ร้อยละ 11) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 คาดว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากรายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HiTAP) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 ผู้พิการ ร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 1 ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอีกด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งอาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร จากผลการสำรวจของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย ปี 2561 ในประเด็นความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงร้อยละ 3.77 และ 0.60 ตามลำดับ ด้านการมองเห็นพบว่ามีสายตาพร่ามัวร้อยละ 21.63 และด้านสภาพสมองพบจำนวนการรู้คิดผิดปกติร้อยละ 25.13 ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พบประเด็นที่น่าสนใจยิ่งคือ ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับสูงถึงร้อยละ 90.58 กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 9.42

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนชัดเจนว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและเร่งด่วน หากไม่ได้รับการจัดการ ป้องกัน แก้ไข หรือส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อความสูญเสียหลายด้าน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ เวลา และงบประมาณในการดูแลรักษาอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้



บทที่ 1

แนวคิด/ องค์ความรู้

ที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลผู้สูงอายุ



ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว คือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องจากภาวะการณเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในระดับตำบล ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน

แนวคิดในการพัฒนาระบบ

แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ พัฒนามาจาก ต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ สู่ชุมชน ปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

จากนั้นผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ และประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย รวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลจะครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียงซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้าง จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบ

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ มีดังนี้

1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง

2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ดังนี้ 1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2. ดำเนินถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.

การบริหารงานแบบบูรณาการ

1. ตามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่

1) กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. ให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้ อปท. เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

(2) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่

(3) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ อปท. อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3) สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2. ตามข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ เรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย ดังต่อไปนี้

1) กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. ให้สามารถดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ดังนี้

(1) เคารยืมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้ง ประสาน และสนับสนุนด้านวิชาการ

(2) จัดทีมหมอบรรอบควรร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเอ็ดแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อไป

(3) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตรา การชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 และ เอกสารแนบท้าย

(4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) สนับสนุนงบประมาณแต่ละปี ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภารกิจในข้อ 1

(2) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่นๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการร่วมกับ อปท. ในพื้นที่

3) หน่วยบริการ สถานบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ

2. จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

3. จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ

4. ประสานงานกับผู้จัดการระบบฯ ควบคุมกำกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

5. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท./ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่

7. เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

8. แสวงหา ประสานความร่วมมือจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วมสนับสนุนงบประมาณ

9. ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

4) องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น

1. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559

2. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเอ็ดเอด และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ LTC เพื่อพิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการชดเชย ค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการระบบดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

4. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

5) สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง

- 1) จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวง สาธารณสุข
- 2) จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน อปท. ในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน
- 3) สนับสนุนด้านข้อมูล วิชาการ องค์ความรู้ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้
- 4) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์
- 5) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 6) สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่
- 7) จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 8) ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

6) สปสช.สาขาเขต และเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

- 1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน แก่กองทุน อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางในแต่ละปี
- 2) บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม CM CG เป็นต้น
- 3) ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพฯ คณะอนุกรรมการ LTC และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 4) ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกันสุขภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 โดยการจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี CG รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท.และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดย CM 1 คน ดูแล CG 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน

1.1 บทบาทหน้าที่ของ CM

1. ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เจลเอดีแอล และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan
4. จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (care conference)
5. เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตาม care plan
6. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
7. บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม care plan
8. การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1.2 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น CM

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือ การพยาบาล หรือ การพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือ การสาธารณสุข หรือ ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ
3. จบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาล เทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี
4. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
5. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

1.3 การฝึกอบรม

1. อย่างน้อย 70 ชั่วโมง
2. อบรมโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า



ผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)

หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือ คณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ

2.1 บทบาทหน้าที่ของ CG

ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง
7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย
8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

2.2 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น CG

เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3 การฝึกอบรม

1. อย่างน้อย 70 ชั่วโมง
2. อบรมโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า

บทที่ 2

บทเรียนรู้

ด้านการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์



เรียนรู้กลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่เป้าหมายที่ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ดำเนินโครงการส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในปีงบประมาณ 2564 ได้แก่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากกลุ่มประชากรในพื้นที่ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับ รวมถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุม

อำเภออมก๋อยเป็นอำเภอที่อยู่ทางใต้สุดของจังหวัดเชียงใหม่โดยอยู่ห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ถึง 179 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 2,099.831 ตารางกิโลเมตร (1,365,177.812 ไร่) อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1,000 เมตร ลักษณะภูมิประเทศของอำเภออมก๋อยเป็นภูเขาสลับซับซ้อนประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่ เป็นเขตภูเขาสูงซึ่งเป็นต้นกำเนิดของต้น น้ำ ลำธาร ร้อยละ 20 ของพื้นที่เป็นเขตภูเขาเตี้ยๆ ประกอบด้วยพื้นที่ตำบลอมก๋อย ตำบลยางเปียง ตำบลสบใจ ตำบลแม่ตื่น ตำบลนาเกียน และตำบลม่อนจอง มีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 60,737 คน เป็นชาย 30,419 คน และหญิง 30,318 คน หน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง (โรงพยาบาลอมก๋อย) 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง สถานีอนามัย 12 แห่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบัน 2 แห่ง ประชาชนในพื้นที่อำเภออมก๋อยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีความห่างไกลจากบริการสาธารณสุข สถานพยาบาล ทำให้การเข้าถึงบริการพยาบาลนั้นทำได้ยาก จึงยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ทำให้พบว่ามีอัตราป่วยและเสียชีวิตค่อนข้างสูงมาก โดยในพื้นที่มีผู้สูงอายุ 5,993 คน (ประมาณร้อยละ 10) และส่วนใหญ่จะมีอายุขัยอยู่ที่ 60 ปี สาเหตุผู้สูงอายุในพื้นที่มีอายุขัยเฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุในเมือง เนื่องจากส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อ เช่น โรคปอด โรควัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง เพราะเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ยาก ส่วนผู้สูงอายุในเมืองส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) และเมื่อเข้าถึงวัยสูงอายุจะยิ่งเข้าถึงการรักษาทำได้ยากขึ้นอีก เพราะบ้านแต่ละหลังมีระยะห่างกัน บุตรหลานเข้าสู่เมืองเพื่อทำงาน หรือไปทำงานนอกพื้นที่ ดังนั้นในหมู่บ้านห่างไกล จึงมีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพังค่อนข้างมาก และพบว่าส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้า มีอาการเหงา

เรียนรู้การทำงาน

จากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งได้มีการศึกษาและถอดบทเรียนการดำเนินงานในด้านการดำเนินงานตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ของ กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับเขตสุขภาพ
2. ระดับจังหวัด
3. ระดับอำเภอ
4. ระดับตำบล/พื้นที่

ซึ่งหน่วยงานที่ดำเนินการในแต่ละระดับ มีความรับผิดชอบและหน้าที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน จึงมีรายละเอียดการดำเนินงานของหน่วยงานในแต่ละระดับ ดังนี้

1. ระดับเขตสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมาก โดยกำหนดให้ Cluster ผู้สูงอายุของหน่วยงาน เน้นดำเนินการในเรื่อง Long Term Care เป็นหลัก ในที่นี้มีได้หมายถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงเพียงอย่างเดียวแต่เน้นใน 6 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย (1) มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (2) มีการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) (3) มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเชิงป้องกันการดูแล ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล (4) มี Care Manager / ทีมสหวิชาชีพ / หมอครอบครัว/ Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพส. อสม และแกนนำผู้สูงอายุ ในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

(5)) มีการประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ 9 และ 12 เดือนโดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจากกลุ่มติดเตียงมาติดบ้านและกลุ่มติดบ้านมาติดสังคม (6) มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) โดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นผู้ดูแลระบบ (Administrator) โปรแกรม Long Term Care เป็นหลัก ของเขตสุขภาพที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่า ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีบทบาทในการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) อย่างไรก็ดีในการจัดอบรมพบว่าขาดการเชื่อมประสานระหว่าง สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ อปท. ที่พร้อมเข้าร่วมและจัดสรรงบประมาณ Long Term Careกับกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการให้โควตาและจัดอบรม CM ทำให้บางพื้นที่มี CM หลายท่านในขณะที่บางพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานยังไม่มี CM รวมถึงการพัฒนากำลังคนที่ไม่เป็นระบบและขั้นตอนเช่น มีการอบรม CG โดยที่ยังไม่มี CM เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าขาดกลไกและระบบสนับสนุนการทำงานของ CM ในระดับอำเภอ ตลอดจนกลไกเชื่อมโยงและบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่จัดโดยทีมสหวิชาชีพ



2. ระดับจังหวัด

การดำเนินงานในระดับจังหวัดจะเน้นหนักไปที่การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ เช่นการจัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการระดับจังหวัดโดยมีการทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน ไม่ว่าจะเป็นผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านกิจกรรมการจัดอบรมรวมถึงการทบทวนความรู้ (Refresh)

จากการสอบถามสถานการณ์ตำบลที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92.65 (เป้าหมายร้อยละ 95) สาเหตุที่พื้นที่บางส่วนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งพบว่ามีปัญหาในด้านของทรัพยากรในพื้นที่ เช่น ผู้รับผิดชอบงานประจำ คุณวุฒิของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ในส่วนขององค์ประกอบที่ไม่ผ่านส่วนใหญ่มี 2 ประเด็นได้แก่ ชุมชนผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน



3. ระดับอำเภอ

ตามเจตนารมณ์ของนโยบายที่ต้องการให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่น คือ เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเจ้าภาพการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังไม่มีผู้รับผิดชอบดำเนินการหลัก และยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ดังนั้นผู้ดำเนินการหลักในพื้นที่จึงยังเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้พื้นที่อำเภออมก๋อยมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพียงร้อยละ 66.67 ไม่ถึงตามเป้าหมายของประเทศ (ร้อยละ 95)

จึงเป็นที่ตระหนักว่าหน่วยงานส่วนท้องถิ่นเพียงลำพังโดยเฉพาะในพื้นที่ทุรกันดาร ยังคงมีศักยภาพจำกัดและยังต้องการการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุขและกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)



เหลียวหน้า แลหลัง อดีต – ปัจจุบัน – อนาคต

จากกิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่สูง ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่โดยมีผู้ร่วมวิเคราะห์และให้ข้อมูลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) โดยตัวแทนจากหน่วยงานในพื้นที่อำเภออมก๋อยทั้ง 6 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลแม่ต๋อน ตำบลแม่ต๋าน ตำบลนาเกียน ตำบลยางเปียง ตำบลอมก๋อย ตำบลสบใจ โดยได้มีการวิเคราะห์การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และวางแผนการดำเนินงานในอนาคต โดยสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. อดีต

พบว่ายังมีระบบภูมิปัญญาดั้งเดิมในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเช่น หมอตำแย หมอสมุนไพร หมอผีที่ทำการรักษาผู้ป่วยในหมู่บ้านหรือชุมชน รวมถึงการดูแลสุขภาพในครอบครัวโดยใช้วิธีผสมผสานภูมิปัญญาและความเชื่อที่สืบทอดต่อๆ กันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าจะมีการบริการสาธารณสุขเข้ามาในพื้นที่แล้ว แต่การใช้บริการแพทย์พื้นบ้านก็ยังเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตลอดจนปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน สะท้อนให้เห็นวิถีคิด ภาววิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอย่างชัดเจนและเป็นเอกลักษณ์ที่เป็นรากฐานเดิมของชุมชน

ในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยังพบว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก โดยมีการดำเนินงานผ่านบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ซึ่งกิจกรรมเป็นการประเมินสุขภาพเบื้องต้นและการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล รวมทั้งเป็นการติดตามผู้ป่วยภายหลังจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ด้วยระยะทางที่ห่างไกลและทุรกันดารจึงทำให้ผู้สูงอายุในบางพื้นที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

2. ปัจจุบัน

ในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เริ่มมีการดำเนินงานตามนโยบายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งหน่วยงานในพื้นที่ได้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานแบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน แต่ยังติดปัญหาในส่วนของความชัดเจนในภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีกลุ่มงานที่ปฏิบัติภารกิจในด้านนี้โดยตรง จึงทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณ ส่งผลทำให้พื้นที่ไม่สามารถดำเนินการตามระบบได้ (2) ความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงานเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีการโยกย้าย สับเปลี่ยน หรือลาออก ผู้ที่มารับผิดชอบงานต่อจากเจ้าหน้าที่เดิมไม่สามารถต่อดำเนินงานเดิมได้ (3) คุณสมบัติของผู้รับผิดชอบงานไม่ตรงกับคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบกับในพื้นที่ไม่มีผู้ใดที่มีคุณสมบัติได้ตามที่กำหนดไว้ จึงยังไม่สามารถดำเนินการได้

ทั้งนี้ สถานการณ์การดำเนินงานตำบลที่มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมามีค่าผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 66.67 (เป้าหมายประเทศร้อยละ 95) ในส่วนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 80 คน ซึ่งก็ยังถือว่าไม่ครบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้กล่าวคือจะต้องมี CM:CG เท่ากับ 1:10 และมี CG:ผู้มีภาวะพึ่งพิงเท่ากับ 1:10



3. อนาคต

จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อายุยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจากการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ พบว่าในปี 2563 มีผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสิ้น 141,959 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งประเทศ ในส่วนของอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 5,950 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 25,580 คน คิดเป็นร้อยละ 23.26 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงมาก

ดังนั้น จึงจะต้องมีการวางแผนการทำงานเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น โดยได้มีการระดมความคิดจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Manager) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน โดยมีข้อสรุปดังต่อไปนี้

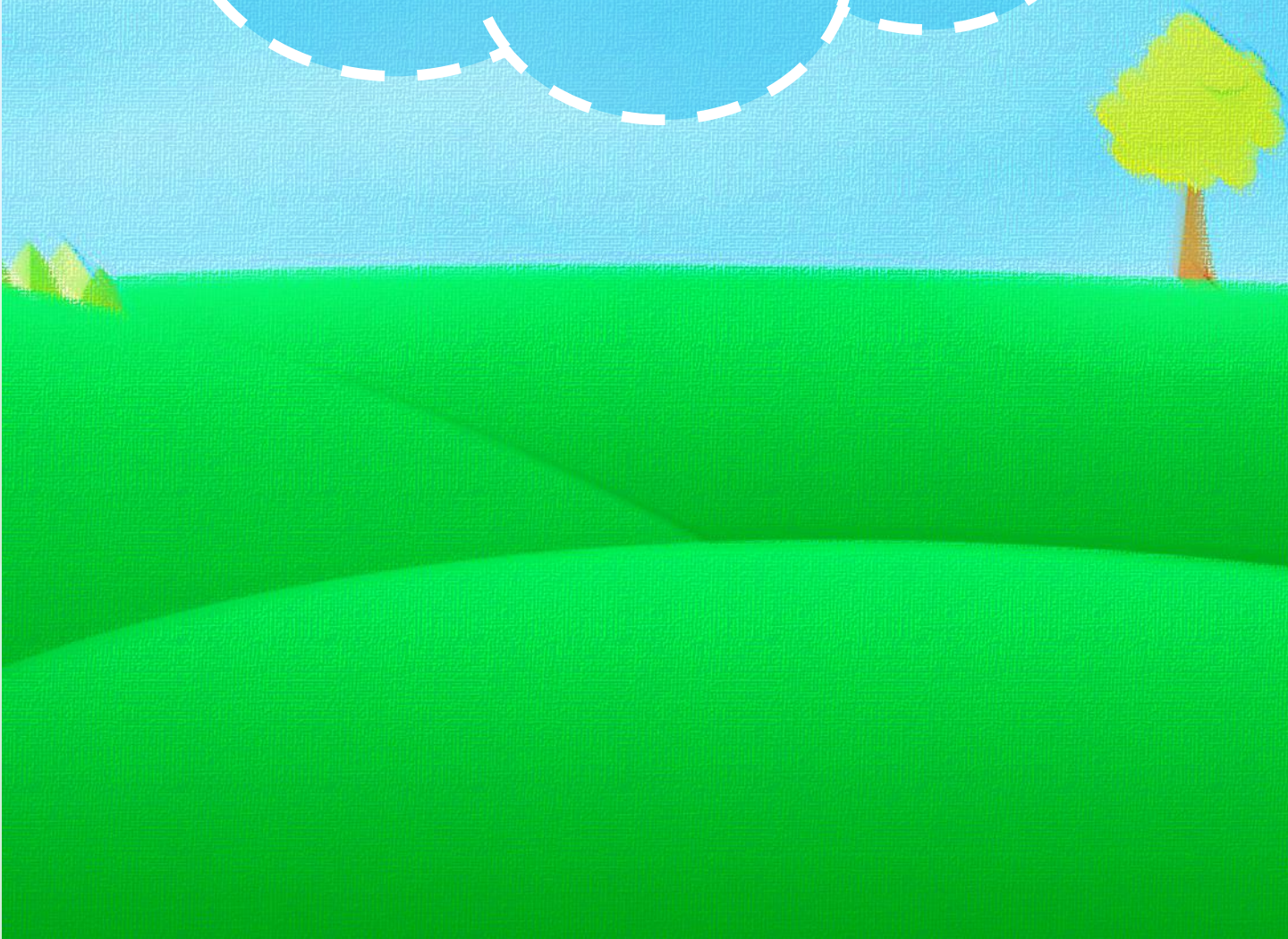
1. พัฒนาศักยภาพญาติให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)
2. บูรณาการภาคีเครือข่ายอื่นๆ มาร่วมดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ดีขึ้น และเข้าถึงสิทธิบริการต่างๆ ได้
3. มินโยบายให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้บริการการตรวจสุขภาพคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพและร่างกาย
4. ส่งเสริมกิจกรรมยามว่างให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ว่างงาน
5. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบล ให้มีการจัดตั้งศูนย์ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว
6. ส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ในการจัดสภาพแวดล้อมเช่น การปรับปรุงบ้าน และการจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

บทที่ 3

ปัญหาอุปสรรค

และ

ข้อเสนอแนะ



ปัญหาและอุปสรรค

1. ภาษาและการเดินทาง ยังเป็นอุปสรรคสำคัญหลัก ต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของกลุ่มชาติพันธุ์และพื้นที่ชายขอบ เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวกหน่วยงานเข้าไปดำเนินการลำบาก
2. ลูกหลานวัยทำงานในพื้นที่ออกไปทำงานในเมืองใหญ่ เนื่องจากปัญหาด้านรายได้ของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพังไม่มีคนดูแล
3. ขาดความชัดเจนในเรื่องระเบียบการใช้จ่ายเงินและมีความกังวลต่อเรื่องการตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ซึ่งระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นหมวดงบประมาณแยกต่างหาก จึงกำหนดให้มีการแยกงบประมาณก้อนนี้จากงบของกองทุนตำบลและต้องมีคณะกรรมการฯ มาดูแลอีกทอดหนึ่งเพื่อให้การใช้จ่ายเงินเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และง่ายต่อการติดตามกำกับและตรวจสอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ปัญหาด้านผู้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่ที่มีการโยกย้าย สับเปลี่ยน หรือลาออก ผู้ที่มารับผิดชอบงานต่อจากเจ้าหน้าที่เดิมไม่สามารถต่อติดงานเดิมได้ ประกอบกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีกลุ่มงานที่ปฏิบัติการกิจในด้านนี้โดยตรง
5. ปัญหาต่อการเรียนรู้ ซึ่งคุณสมบัติขั้นต่ำของผู้รับผิดชอบงานจะต้องมีทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การคิด และการคำนวณต่างๆ ซึ่งส่วนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มชาติพันธุ์ หรือพื้นที่ชายขอบ จำเป็นจะต้องอาศัยหน่วยงานในหลายๆภาคส่วน เพื่อเสริมสร้างปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม อันจะนำไปสู่สังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งการดำเนินงานต้องได้รับการสนับสนุนทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ดังนี้

1. ระดับนโยบาย

เสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมอบอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายให้แก่หน่วยงานในระดับพื้นที่ในการตัดสินใจดำเนินการในรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ รวมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยมีผู้นำระดับสูงที่สุดในพื้นที่เป็นประธานคณะกรรมการ และมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นวาระระดับอำเภอ

2. ระดับปฏิบัติการ

พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เป็นคนในชุมชน ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ชายขอบและถิ่นทุรกันดาร ให้มีทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผสมผสานความรู้ทางด้านสาธารณสุขและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อไม่ให้เกิดการปฏิเสธหรือความขัดแย้งในการให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งไม่ควรกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครที่จะมาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ แต่ใช้วิธีการสอนงาน (Training) โดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน





กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ



122 หมู่ 8 ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร

จ.ลำปาง 52190

โทร 0 5426 9277

www.hhdc.anamai.moph.go.th