

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1

## ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

### 1. ตัวชี้วัด :

- 1.1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
  - 1.1.1. เป้าหมาย ร้อยละ 60
  - 1.1.2. ผลงาน ร้อยละ 46.7
- 1.2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
  - 1.2.1. เป้าหมาย ร้อยละ 80
  - 1.2.2. ผลงาน ร้อยละ 88.1

### 2. สรุปสถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) แล้วเนื่องจากมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 18.8 (เขต 1-12 = 13.1 – 20.4) สูงเป็นอันดับ 2 ของกลุ่มประเทศ ASEAN และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ภายในปี 2564 จากการสำรวจภาวะพึ่งพิง (ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 4 พฤษภาคม 2563) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ 77.2) โดยพบว่าในภาพรวมประเทศ ร้อยละ 96.9 (เขต 1-12 = 95.0 – 97.4) ยังสามารถมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 2.5 (เขต 1-12 = 2.0 – 4.4) มีภาวะติดบ้าน และ ร้อยละ 0.6 (เขต 1-12 = 0.4 – 0.8) มีภาวะติดเตียง

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อจึงได้เลือกประเด็นของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อยมาใช้ในการขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบให้กับกลุ่มอาการอื่นๆต่อไปในอนาคต ตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ประคับประคอง จนถึงการดูแลระยะสุดท้าย คือภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม โดยเริ่มต้นจากการคัดกรองความเสี่ยงของทั้ง 2 ภาวะดังกล่าวพบว่ามีความผิดปกติร้อยละ 1.5 และ 4.6 ตามลำดับ ซึ่งต้องมีการส่งต่อไปประเมิน วินิจฉัย แก้ไขความเสี่ยง และ ดูแลรักษา ต่อไปในหน่วยบริการระดับต่างๆตามความเหมาะสม

### 3. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- 3.1. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีน้อยโดยด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย
- 3.2. เมื่อคัดกรองพบความผิดปกติแล้ว ยังขาดแนวทางการส่งต่อและรูปแบบระบบการดูแลรักษาที่ชัดเจน
- 3.3. การแพร่ระบาดของ โรค COVID - 19 ส่งผล ต่อการปฏิบัติงานของ care manager และ care giver ของโครงการ long term care ในการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- 3.4. Care manager ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน มีการโยกย้าย/ลาออก/เกษียณ
- 3.5. Caregiver ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่สมัครใหม่ในปี 2563 เนื่องจากการคมนาคมยากลำบากไม่สามารถเดินทางมาอบรมได้ ไม่สามารถเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุต่างหมู่บ้านได้ ลาออกไปประกอบอาชีพส่วนตัวเนื่องจากได้ค่าตอบแทนสูงกว่า
- 3.6. ขาดแพทย์ที่มีศักยภาพที่จะวินิจฉัย รักษา Geriatric Syndromes
- 3.7. การลงข้อมูลในแต่ละโปรแกรมมากเกินไปและซ้ำซ้อนกัน ทำให้เป็นภาระงานของบุคลากร
- 3.8. การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ตามแนวทางพระราชรัฐ และคณะกรรมการ พขอ. ยังไม่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมชัดเจน

#### 4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- 4.1. เน้นการส่งเสริมและป้องกัน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่ม pre-ageing และกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม โดยเน้นการเพิ่มกิจกรรมทางกาย (เขตสุขภาพ)
- 4.2. พัฒนาปรับปรุงองค์ความรู้ สื่อ และ วิธีการ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของประชาชนแต่ละกลุ่มเช่นพื้นความรู้เดิม ค่านิยม ความเชื่อทางสังคม ความสามารถในการเข้าถึงสื่อที่ต่างกัน (กรมอนามัย และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)
- 4.3. มีการวางแผนระบบบริการร่วมกันในระดับเขต เชื่อมโยงลงสู่ระดับจังหวัด ในด้านการกำหนดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การดูแลระยะกลาง (intermediate care) การดูแลระยะยาว (long term care) กำหนดหน่วยบริการที่เป็นเป้าหมายให้ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพ ระบบส่งต่อ และพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนที่วางไว้ (เขตสุขภาพ)
- 4.4. ส่วนกลางเร่งพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษา การฟื้นฟู การดูแลประคับประคอง ทดลองปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ถอดบทเรียน และ ขยายผล ภายใต้การบูรณาการร่วมกันทุกกรมในพื้นที่เดียวกัน โดยยึดความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นศูนย์กลาง (ได้มีการกำหนดพื้นที่แล้ว คือ ๗ จังหวัดคือ เพชรบูรณ์ นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ชลบุรี ระยอง ตรัง) (ทุกกรม)
- 4.5. ทำความเข้าใจและให้ความรู้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน (PPE) แก่ care manager และ care giver ในการป้องกันการแพร่และติดเชื้อ COVID-19 จากการลงเยี่ยมผู้สูงอายุ และได้มีการจัดทำมาตรการแนวทางการ ปฏิบัติงานในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan) ของ care manager, care giver ผ่านช่องทาง line group , เยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่านญาติ ,VDO. conference ผ่านระบบโทรศัพท์ (เขตสุขภาพ และ กรมอนามัย)
- 4.6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในระยะแรกเน้นการส่งเสริมการอบรมระยะสั้น (เขตสุขภาพ และ กรมวิชาการ)

- 4.7. สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย care manager สร้างความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมภายใน CUP/โชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงานและช่วยเหลือกัน มีช่องทางสื่อสารภายในเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานร่วมกัน (เขตสุขภาพ)
- 4.8. เร่งการพัฒนาระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (กรมการแพทย์ กรมอนามัย)
- 4.9. บูรณาการระบบข้อมูล (ทุกกรม กยพ.สป. ศูนย์ Tech สป.)
- 4.10. ผลักดันนโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างกระทรวง เช่น การบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็น Operation unit ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร (ทุกกรม)

## 5. ปัจจัยความสำเร็จ

- 5.1. การบูรณาการ กำหนดเป้าหมาย วางแผน กำหนดวิธีนำสู่การปฏิบัติร่วมกันของหน่วยงานส่วนกลาง โดยยึดความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นหลัก แล้วจึงแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และมีการประเมินติดตามผลการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- 5.2. การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ
- 5.3. การสื่อสารทำความเข้าใจ สร้างความตระหนัก ทศนคติที่ดี และ ความรู้สึกร่วมกันกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่
- 5.4. การมีระบบข้อมูลที่ดี ไม่ซ้ำซ้อน ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ทั้งส่วนกลางและพื้นที่ เพื่อใช้ในการพัฒนา กำกับติดตาม และ วางแผน

## 6. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบ 2

- 6.1. ระบบสนับสนุน health literacy ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- 6.2. ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานใหม่
- 6.3. ระบบการส่งต่อ
- 6.4. ระบบบริการแบบไร้รอยต่อที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษา การฟื้นฟู การดูแลประคับประคอง โดยเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และ พัลดตกหกล้ม
- 6.5. การสร้างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ เน้น ระดับตำบล ชุมชน และ การมีส่วนร่วมของครอบครัว