

นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง

ผ่องพรรณ อรุณแสง¹ วท.ม.

บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์² พบ. อว. (เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) อว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ศิริณา ศรีทาทพิษฐ³ พบ. วว (จิตเวชศาสตร์) อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน)

กึ่งกาญจนา เมืองโคตร⁴ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

สงกรานต์. ชันเลื่อน⁵ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

สุทธินันท์ สุนิบัติ⁶ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะการวินิจฉัยรักษาและดูแลเป็นบริการที่ยังจำกัดในระดับตติยภูมิเท่านั้น แม้จะมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิแต่ยังขาดการวินิจฉัยรักษาดูแลต่อเนื่องและครบวงจร บทความนี้นำเสนอระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง ซึ่งเป็นนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพที่ได้มีการพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่มีการพัฒนาเพิ่มเติม มี 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: แบบลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษา: สภาลูกขุน และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน: ไตรภาคี ซึ่งทั้งสามระบบย่อยนี้มีการดูแลที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะ รูปแบบของ “สภาลูกขุน” ในโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบวงจร โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมระบบ, การดูแลแบบครบวงจร, ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านฝาง (วาระถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562)

³ นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

^{4,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง

⁶ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: ssuttin@kku.ac.th

Comprehensive Care System Innovation for Older Persons with Dementia : BanFang District Model

Pongpan Aroonsang¹ MS.

Boonchai Trakulkajornsak² MD. Dip. (Preventive Medicine) Dip. (Family Medicine)

Sirina Satthapisit³ MD. Dip. (Psychiatry) Dip. (Preventive Medicine)

Kingkanjana Mounkote⁴ MSN (Community Nursing)

Songkran Kunleun⁵ MSN (Mental Health and Psychiatric Nursing)

Suttinan Subindee⁶ PhD (Nursing)

Abstract : Care system for older persons with dementia, especially diagnosis, treatment and care services are still limited to the tertiary care level. Despite there was dementia screening service at the primary care level, there was discontinuation of diagnosis, treatment and care services after screening. This article presents dementia care system innovation for older persons with dementia: BanFang district model which was developed and further refined from action research on “Development of dementia care service system: A case study of BanFang District, Khon Kaen province.” This system innovation comprised of 3 sub-systems: 1) screening and identifying cases: helping each other and sharing resources; 2) diagnosis, treatment and care: jury panel system; and 3) continuing care in community: three parties’ collaboration. This system has care continuation among at all 3 levels of care: primary, secondary, and tertiary care levels. “jury panel method” at community hospital was an important point of care continuation of this system. This resulted in increasing access to diagnosis, treatment and care of older persons and their families within the dementia comprehensive care system. It is suggested that this system should be further developed and expanded.

Keywords: system innovation, comprehensive care, older persons with dementia

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Hospital Director, BanFang Hospital, (the term until , September 2019)

³ Psychiatrist, Expert Level, Department of Psychiatry, Khon Kaen Regional Hospital,

^{4,5} Professional Nurse, Expert Level, BanFang Hospital,

⁶ Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding author; E-mail: ssuttin@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในภาวะสังคมผู้สูงอายุ มีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2543, 2553, 2563 และ พ.ศ.2573 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 162,563 คน (ร้อยละ 3.04) เป็น 241,378 คน (ร้อยละ 3.35) เป็น 358,265 คน (ร้อยละ 3.33) และเป็น จำนวน 532,560 คน (ร้อยละ 3.36) ตามลำดับ¹ และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.1 พบในผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 9.2) มากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 6.8) และพบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 7.7 กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบสูงถึง ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ² ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อพร้อมรับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นนี้

ระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ให้ทำการคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อมต่างๆ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และในระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ^{3,4} การดำเนินการคัดกรองตามนโยบายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขระดับต่างๆ ในระดับพื้นที่บางแห่งพบว่าผู้ทำหน้าที่ประเมิน/คัดกรองจริงส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ/หรือบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งเมื่อดำเนินการคัดกรองแล้ว ผู้ที่ได้รับการคัดกรองส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ผลการ

คัดกรองเข้าข่ายหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค มักไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรได้^{5,6} โดยเฉพาะด้านการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมพบว่า ยังเป็นปัญหาของสาธารณสุขไทย ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยแยกโรค เพราะต้องเกี่ยวข้องกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ได้แก่จิตแพทย์ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ด้านประสาทวิทยา อายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ประสาทรังสี และอื่น ๆ ในการร่วมวินิจฉัยรักษาและดูแล^{4,6} ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่มีหลายขั้นตอน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครบวงจรความสามารถในการเข้าถึงการดูแลภาวะสมองเสื่อมจึงขึ้นกับศักยภาพของครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย ทั้งในเขตเมือง เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทและเขตชนบท โดยมีพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่นำร่องหนึ่งในห้าแห่งของประเทศไทย โดยเป็นพื้นที่แบบชนบท^{6,7} และจากการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและทีมวิจัยพื้นที่ของอำเภอบ้านฝาง ในระยะเวลา 1 ปี 8 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ทำให้เกิดผลลัพธ์ นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการการดูแลครบวงจรในชุมชน (ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ) โดยมีการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่าง ๆ มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถลดขั้นตอนการส่งต่อการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิได้⁷ ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติมโดยทีมส่วนกลาง⁸ ดังนำเสนอในบทความครั้งนี้

ระบบการดูแลแบบครบวงจร เป็นการดูแลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกระยะสภาพสมองทั้งภาวะที่มีการรู้คิดหรือสภาพสมองปกติ (normal cognition) ภาวะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) และในทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การบำบัดรักษาและการดูแล ที่เป็นการบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยมีชุมชนเป็นฐาน เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการที่บ้านและในชุมชน^{7,8}

นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรโมเดลอำเภอบ้านฝาง มีระบบย่อย 3 ระบบที่เป็นความใหม่บ่งบอกได้ว่าเป็นนวัตกรรมระบบที่

ไม่มีปรากฏมาก่อนคือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: ลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ: ทีม/สภาชุมชน และ 3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี^{7,8} ดังต่อไปนี้

1. ระบบคัดกรองและคัดแยก: ลงแขก-ลงขัน

การคัดกรองและการคัดแยกเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อการจำแนกจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนในชุมชนหรือแต่ละตำบล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่พบความผิดปกติหรือเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดหรือภาวะสภาพสมองปกติ (normal cognition) 2) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) ซึ่งในการดำเนินงานในพื้นที่ใช้คำว่า “กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย” เพื่อสามารถสื่อสารกับภาคประชาชนได้เข้าใจขึ้นและ 3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (dementia) การดำเนินงานตามโมเดลอำเภอบ้านฝางในการคัดกรองและคัดแยกนี้ เป็นความร่วมมือของทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น และภาคชุมชน/ท้องถิ่น ร่วมดำเนินการแบบ “ลงแขก” คือการดำเนินงานร่วมกันแบบร่วมด้วยช่วยกัน และมีการ “ลงขัน” คือ การร่วมสนับสนุนงบประมาณ/แหล่งประโยชน์ ตามกำลังความสามารถ เช่น การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และยานพาหนะ เป็นต้น ทั้งนี้จะมี Dementia care manager หรือ DT care manager ของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของตำบลนั้น เป็นผู้จัดการ คัดกรองและคัดแยกโดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้

1.1 การคัดกรอง มีวัตถุประสงค์เพื่อการจำแนกผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำออก

จากกลุ่มที่ยังไม่พบความผิดปกติ เป็นการดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือบุคลากรภาคประชาชน [7] โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม แบบคัดกรองนี้ออกแบบมาให้ผู้สูงอายุผู้ดูแลและญาติที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุสามารถทำแบบคัดกรองนี้ได้ ข้อความที่ต้องตอบมี 14 ข้อ เป็นการถามเหตุการณ์ตามข้อความที่ละข้อ และให้ถามความถี่ของการเกิดในทุกข้อ คะแนนที่ได้พิจารณาตามความถี่โดยค่าคะแนน 1 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ค่าคะแนน 2 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ค่าคะแนน 3 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์ และค่าคะแนน 4 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน คะแนนรวมสูงสุดหรือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดในความถี่ที่เป็นทุกวัน จะมีคะแนนสูงสุดคือ 56 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดหรือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดในความถี่ที่แต่ละปีหรือมีนาน ๆ ครั้งหรือไม่มีเลย คือ 14 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมที่สูงแสดงถึงความจำบกพร่องมาก คะแนนรวมที่น้อยหรือต่ำแสดงว่ามีความจำบกพร่องน้อย จุดตัดคือเท่ากับ 40 หรือมากกว่า แสดงถึง มีปัญหาความจำมาก ควรได้รับการประเมินต่อไป แต่ในโมเดลบ้านฝางนี้ได้พิจารณาพื้นฐานการศึกษาและความซับซ้อนของภาษาและวัฒนธรรมการตอบคำถามของผู้สูงอายุ กำหนดจุดตัดที่ 30 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการคัดแยกในระยะต่อไป

การดำเนินการคัดกรองของโมเดลบ้านฝางนี้มีพยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนและของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตำบลที่ศึกษาเป็นผู้จัดการคัดกรอง

แบบลงแขก-ลงขัน โดยเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจนมีคุณสมบัติสามารถเป็น dementia care manager (DT care manager) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล ทีมดำเนินงานหลัก คือ อสม. ของตำบลที่ผ่านการอบรมและผ่านการฝึกฝนการใช้แบบคัดกรองความจำ 14 ข้อคำถามและแบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นเครื่องมือ ผู้สูงอายุทุกรายต้องได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเนื่องจากการมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อคะแนนการคัดกรองความจำหรือสมรรถภาพสมองที่ผิดปกติได้

ระบบการคัดกรองเริ่มจาก DT care manager ของแต่ละตำบล รวบรวมและตรวจสอบรายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดของตำบลให้เป็นปัจจุบัน จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุจัดเตรียมแบบประเมิน และวางแผนการดำเนินการ โดยการจัดอบรม อสม.ในพื้นที่ของต้นเกี่ยวกับความสำคัญและเป้าหมายของการทำการคัดกรอง ถ่ายทอดเทคนิค วิธีการเข้าถึงผู้สูงอายุ วิธีการถามเพื่อให้ได้คำตอบตามเป้าหมาย การพิจารณาคำตอบ การให้คะแนนอย่างถูกต้อง การบอกผลและการบันทึก ต้องมีการคัดเลือก อสม. ที่มีทักษะเหมาะสมทำการคัดกรอง และการมอบหมาย อสม. ทำการคัดกรอง ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งตรวจสอบผลการคัดกรอง รวบรวมรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง รายงานปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และทำการแก้ไขปัญหานั้นด้วย

DT care manager ของแต่ละตำบลจะตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมอบหมาย อสม. ที่รับผิดชอบติดตามผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองตามมูลเหตุของปัญหา จัดทำทะเบียนผู้ทำการคัดกรองจริงตามรายชื่อผู้สูงอายุ และตรวจสอบความถูกต้องของผลการคัดกรอง จาก

นั้นจำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน จัดเป็นกลุ่มยังไม่พบความผิดปกติและ 2) กลุ่มที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความสงสัยว่ามีความบกพร่องด้านความจำ โดยกลุ่มที่สงสัยมีความบกพร่องด้านความจำนี้ DT care manager จะจัดทำทะเบียนรายชื่อไว้เพื่อเตรียมเข้า“ระบบคัดแยก”พร้อมบันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประมวลผลความครอบคลุมของการคัดกรองโดยแสดงเป็นร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมดที่มีอยู่เป้าหมายคือความครอบคลุมร้อยละ 80

1.2 การคัดแยก เป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองมาแล้วว่า เป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความจำมาทำการคัดแยกถึงความบกพร่องของสภาพสมอง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการคัดกรองเข้าข่ายสงสัยว่าผิดปกติ แต่เมื่อคัดแยกซ้ำ พบว่าเป็นกลุ่มปกติ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะถูกนำกลับเข้าไปรวมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ผลจากการคัดกรองพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม การคัดแยกดำเนินการโดยบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ ในการคัดแยกมาตรฐาน 2 ชุด คือ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Mental State Examination, MMSE) และแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย โดยต้องทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เพื่อแยกภาวะซึมเศร้าก่อนการคัดแยกภาวะสมองเสื่อมด้วย

แบบประเมิน MMSE ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการจัดกลุ่มเพื่อเข้ารับการวินิจฉัยในระยะต่อไป ในขณะที่ผู้ไม่พบความผิดปกติจะได้รับการคัดแยกหาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ด้วยแบบประเมิน MoCA ต่อไป กรณีที่ไม่พบความผิดปกติจะถูกนำไปรวมกลุ่มผู้ที่ไม่พบความผิดปกติจากการคัดกรองและจากการคัดแยกด้วย MMSE ต่อไป

การดำเนินการคัดแยกด้วยวิธีการลงแขก เป็นการระดม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ทั้งในและนอกพื้นที่ดำเนินการมาร่วมกันคัดแยก โดยมี DT care manager ของแต่ละตำบล นัดหมายผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มาทำการคัดแยกตามสถานที่ที่นัดหมาย พร้อมประสานกับทีมสังคมและชุมชน ในการจัดรถรับส่งและการอำนวยความสะดวก ถือว่าเป็นการลงขันทรัพยากรร่วมกัน การลงแขกทำงานของทีมสุขภาพนี้เป็นวิธีการทำงานที่มีภาคสังคมและชุมชนลงขันร่วม เป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระชับเวลาในการดำเนินการ ทำให้ DT care manager ได้จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม นำสู่การกำหนดแผนการดูแลในระบบบริการขั้นต่อไปได้อย่างทันการณ์ทันเวลา

การคัดกรองที่มีการระดม อสม.ที่มีทักษะในการใช้แบบสอบถาม มาช่วยพื้นที่ที่ทำได้ และการคัดแยกที่ระดมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ผู้รู้ผู้ทำได้จากแหล่งต่าง ๆ มาร่วมดำเนินการ เป็นการทำงานตามโมเดลอำเภอบ้านฝางเรียกว่า การลงแขก การร่วมทุนของทีมสังคมและชุมชนในการดำเนินการคัดกรองคัดแยกเรียกว่า การลงขัน ดังนั้นระบบคัดกรองและคัดแยกที่เกิดขึ้นนอกจากเป็นระบบใหม่ที่ดำเนินการครอบคลุมผู้สูงอายุแล้วยังเป็นระบบการดูแลที่มีการลงแขก-ลงขันร่วมกันของภาคในพื้นที่อีกด้วย

ตามโมเดลบ้านฝางนี้ ผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มจะได้รับการดูแล โดย 1) กลุ่มปกติหรือไม่พบความผิดปกติจากการคัดกรองคัดแยก จะนำสู่โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการออกกำลังกายสมอง หรือ brain exercise ที่มีการดำเนินการในตำบลนั้น 2) กลุ่มมีภาวะความจำหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะถูกคัดสรรผู้ที่ร่วมกิจกรรมได้เข้าสู่ระบบการพัฒนาศักยภาพสมอง ซึ่งเป็นการดูแลที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีความจำหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่อยู่ระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มสมองเสื่อม และ 3) กลุ่มที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม จะเป็นตัวนำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ ที่เป็นระบบเชื่อมต่อกับระบบคัดกรอง-คัดแยกนี้

2. ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ: สากลุข

หัวใจสำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร คือ การค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้การวินิจฉัยบำบัดรักษาและให้การดูแล ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและอย่างสมศักดิ์ศรีโดยเครือข่ายของทุกภาคส่วนทั้งสุขภาพสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมโดยใช้การวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) นั้น ตามมาตรฐานการรักษาแล้ว ผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการฝึกอบรมการวินิจฉัยและดูแลภาวะสมองเสื่อมมาแล้ว ซึ่งในระดับโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มีน้อยมาก ความจำกัดนี้เป็นการปิดกั้นโอกาสของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการได้รับการวินิจฉัย บำบัดรักษาและการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายร่วมกับ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่รับผิดชอบให้การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งอำเภอตามโมเดลบ้านฝางนี้ มีการพัฒนาระบบการวินิจฉัยและรักษาบำบัดผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน อันเป็นการเปิดโอกาสให้การรักษาภาวะสมองเสื่อมได้ขยายขอบเขตออกไป ผู้คนเข้าถึงได้ง่ายขึ้นและไม่ถูกกละเลย ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคสังคมผู้สูงวัยย่อมจะมีโอกาสดีขึ้น

เนื่องจากระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาในพื้นที่บ้านฝางนั้น ไม่มีตัวอย่างให้เรียนรู้-เลียนแบบ เป็นความใหม่ที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาขึ้น จึงเป็นโอกาสของการพัฒนาการมีทีมงานสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในการดูแลระดับทุติยภูมิ เป็นอย่างดี โดยมีการทำงานร่วมกับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้กันอยู่แล้ว และมีจุดที่สำคัญ คือ ผู้นำองค์กรหรือผู้อำนวยการของโรงพยาบาลชุมชน เห็นประโยชน์ของการมีระบบเชื่อมโยงกับชุมชน โดยสิ่งที่ต้องขับเคลื่อนหรือทำให้เกิดขึ้นในการพัฒนาระบบ คือ การพัฒนาทีมสุขภาพทุกระดับบริการสุขภาพให้มีความรู้มีทักษะ และมีประสบการณ์ตรงในการประเมิน ค้นหาผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม และมีการวินิจฉัย บำบัดรักษาและการดูแลในชุมชน

ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อโมเดลบ้านฝางนี้ การมีฉันทามติร่วมใจกันพัฒนา เป็นสิ่งสำคัญให้มีระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลบ้านฝาง มีระบบส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยหรือมีความต้องการพิเศษ คือ มี

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาแล้ว และมีการบูรณาการภาคีทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนเป็นรากฐานของการพัฒนาระบบใหม่

การวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อโมเดลบ้านฝาง การดำเนินการ มีกระบวนการวินิจฉัยที่มี ทีมการวินิจฉัย และมี กระบวนการวินิจฉัย ดังนี้

2.1 ทีมการวินิจฉัย เรียกว่าทีมลูกขุน และการประชุมเพื่อการวินิจฉัย เรียกว่า สภาลูกขุน ทีมลูกขุนมีบุคคลสำคัญ 3 ชุดด้วยกัน คือ ทีมงานที่เป็นต้นเรื่อง เป็นผู้นำเสนอผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษา ผู้ประสานงาน เป็นผู้ประสานงานในระบบนี้ และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นทีมแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยและบำบัดรักษา

2.1.1 ต้นเรื่องในที่นี้ คือ DT care manager เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนและของ รพ.สต. ที่รับผิดชอบเป็นผู้นำเสนอผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษาพยาบาลต้นเรื่อง นี้จะคัดสรรผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ของตน โดยพิจารณาจากคะแนน MMSE (คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่ระดับการศึกษานั้น ๆ) ทำการประเมินและประมวลข้อมูลสุขภาพและสภาพสมองส่งเข้ามาที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ทีมแพทย์ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำการวินิจฉัยบำบัดรักษาโดยประสานกับ ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลบ้านฝาง เพื่อจัดคิวและเตรียมข้อมูลเพื่อเข้ารับการวินิจฉัย

การนำเสนอผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยนั้น ต้องมีข้อมูลที่ครอบคลุม ชัดเจน และตรงประเด็นเพื่อการวินิจฉัยได้ถูกต้อง ดังนั้น “กรณีศึกษา” จึงเป็น

เครื่องมือของพยาบาลต้นเรื่องในการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริงและเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพได้ครอบคลุมทั้ง ข้อมูลสุขภาพทั่วไป เส้นทาง การเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการรู้คิดที่ระบุอาการที่เกิดขึ้น การเริ่มมีอาการ การดำเนินของอาการ การจัดการอาการระยะแรก (การดูแลโดยตนเองและครอบครัว) การบำบัดรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ผลกระทบต่อผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวทุกด้าน ทั้งด้านการดูแล การเงิน เศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแล ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลของกรณีศึกษาต้องสะท้อนเส้นทางของปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางสมองที่เกิดขึ้น ตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่องเป็นลำดับ กระชับ ชัดเจน และมีข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยได้ ดังนั้นพยาบาลต้นเรื่องจะประมวลสรุปบันทึกข้อมูลใน แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลหน้าที่สมอง (cognitive function) 6 ด้าน และข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living, BADL) และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) ในเครื่องมือที่จัดทำสรุปเป็นแผ่นเดียว (one page) ไว้อย่างชัดเจนเป็นระบบ เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์วินิจฉัยและดูแล

ระบบการวินิจฉัยนี้เป็นการลดขั้นตอนของการวินิจฉัยให้กระชับขึ้น เพราะในภาวะปกตินั้น ขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ในการวินิจฉัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหนึ่งคนที่ญาติพาไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนถึงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางนั้น ต้องใช้เวลาในการไปตรวจหลายครั้ง ต้องการข้อมูลสุขภาพหรืออาการที่ชัดเจนตรงประเด็น ต้องใช้เวลาการไปโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งจึงจะได้รับการวินิจฉัยและได้รับการบำบัดรักษา⁷ แต่ในระบบที่มีกรณีศึกษาแบบแผ่นเดียว (one page) ที่พยาบาลวิชาชีพต้นเรื่องนำเสนอในโมเดลอำเภอบ้านฝางนี้ เป็นงานเชิงรุก และทำให้กระบวนการวินิจฉัยบำบัดรักษากระชับขึ้น

การนำเสนอข้อมูลกรณีศึกษา

ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) เส้นทางการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการรู้คิดที่แสดงการเกิดอาการอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร ดำเนินไปอย่างไร การจัดการอาการระยะแรก (การดูแลโดยตนเองและครอบครัว) การบำบัดรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ผลกระทบต่อผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวทุกด้าน ทั้งด้านการดูแล การเงินเศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแล ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประมวลข้อมูล และนำเสนอเป็น แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) ดังนี้

- ประวัติและการดำเนินของความสัมพันธ์ของสภาพสมอง พฤติกรรมและอารมณ์

- ประวัติและการดำเนินของความสัมพันธ์ของการรู้คิด (cognition) 6 ด้านได้แก่ ความจำ

(memory) การใช้ภาษา (language) สมาธิ-ความใส่ใจ (attention) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) การบริหารจัดการ หรือการตัดสินใจและวางแผน (executive function) และ การทำหน้าที่ด้านสังคม (social function)

- ความสามารถในการทำหน้าที่ ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (BADL และ IADL)

- คะแนนผลการคัดกรองและการคัดแยก (14 ข้อคำถาม, MMSE, MoCA, และ TGDS)

ความสำเร็จในการวินิจฉัยบำบัดรักษาเชิงรุกนี้ พยาบาลต้นเรื่องต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่องการดูแลสมองเสื่อมและมีทักษะในการประเมินข้อมูลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย การทำหน้าที่ของสมอง (6 domains) และความสามารถในการทำหน้าที่ได้ ซึ่งตามโมเดลบ้านฝางนี้ คือ DT care manager ที่รับผิดชอบ เป็นเจ้าของกรณีศึกษา ส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัยบำบัดรักษา นำเสนอข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยไม่เพียงเท่านั้น DT care manager นี้ยังเป็นผู้ขับเคลื่อนที่สำคัญในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนอีกด้วย

2.1.2 ผู้ประสานงาน หรือในที่นี้ คือ

DT care coordinator ในระบบนี้มีผู้ประสานงานระหว่งพยาบาลต้นเรื่องทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือแหล่งประโยชน์อื่น ผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโมเดลบ้านฝาง ใช้ชื่อว่า DT care coordinator ซึ่งเป็นพยาบาลด้านจิตเวชที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ประสานรับกรณีศึกษาจากพื้นที่จัดคิวเตรียมข้อมูลการบำบัดรักษาที่เคยได้รับจากเวชระเบียนและ OPD card จัดการประสานการทำงานกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบการ

ดูแลด้านสมองเสื่อม และประสานนัดหมายการประชุมแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อเข้าร่วมการวินิจฉัยและการบำบัดรักษา และยังทำหน้าที่ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และส่งผู้สูงอายุและข้อมูลการรักษาคืนกลับยังพยาบาลต้นเรื่อง (DT care manager) เพื่อเข้าระบบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

2.1.3 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระบบการวินิจฉัยรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามโมเดลบ้านฝางนี้ มีกระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่มีมาตรฐานและทำได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบ้านฝางจึงเป็นแพทย์เจ้าของไข้ ที่ให้การวินิจฉัยรักษาร่วมกับแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญ กระบวนการนี้ทำให้มีแพทย์ผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายระบบการวินิจฉัยรักษาภาวะสมองเสื่อมที่มีศักยภาพ ใช้งานได้จริงเกิดขึ้นในระบบการสาธารณสุขไทยที่น่าพึงพอใจ เกิดในโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้ชิดประชาชนและเป็นการเตรียมคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดในสังคมสูงอายุ โมเดลการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของบ้านฝางนี้ ถือเป็นตัวอย่างของการลดทอนขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาบำบัดที่สามารถปรับใช้เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี และที่สามารถขยายผลการดำเนินการได้

สภาลูกขุน ตามโมเดลบ้านฝางนั้น คือ ทีมผู้ร่วมทำการวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสภาลูกขุนมี ทีมลูกขุน และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลหน่วยการดูแลต่อเนื่อง ผู้สนใจ และมีนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาที่เป็นเครือข่าย

ทีมลูกขุน จะเป็นหลักในสภาลูกขุน นั่นคือ ต้องมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมที่เป็นจิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมจากแหล่งประโยชน์ที่เป็นเครือข่าย ซึ่งโดยทั่วไปคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับ DT care manager และ มี DT care coordinator เป็นหลัก

2.2 กระบวนการวินิจฉัย การวินิจฉัย บำบัดรักษาและส่งต่อ เริ่มต้นที่ DT care manager เจ้าของกรณีศึกษา ที่ทำการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุประเมินชีวประวัติการเจ็บป่วย การทำหน้าที่การรู้คิดหรือสภาพสมองที่บกพร่องไป (cognitive impairment) และความสามารถในการทำหน้าที่ (BADL & IADL) ประมวลเป็นเอกสารและสื่อในการนำเสนอที่เรียกว่า วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (AIT) โดยมีข้อมูลการทำหน้าที่การรู้คิดหรือสภาพสมองที่บกพร่อง ความสามารถในการทำหน้าที่ และผลการทดสอบหน้าที่สมองและอารมณ์ที่ได้ดำเนินการ ข้อมูลและรายชื่อผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษาของแต่ละตำบล จะถูกส่งมายัง DT care coordinator ผู้ประสานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่นี้จะทำการลงทะเบียน จัดลำดับการเข้าสภาลูกขุน จัดการและประสานการประชุมสภาลูกขุนให้เกิดขึ้น

สภาลูกขุน/ทีมลูกขุนในที่ประชุมจะร่วมรับฟังข้อมูลของผู้สูงอายุที่นำเสนอโดย DT care manager ที่เป็นเจ้าของกรณีศึกษา และร่วมกันประมวลข้อมูลเพิ่มเติม ทำการตรวจร่างกาย (กรณีสามารถพาผู้สูงอายุมาร่วมการประชุมได้) วิเคราะห์ วินิจฉัย สั่งแผนการรักษาและพิจารณาให้แนวทางในการดูแล ทีมดำเนินการเรียกกระบวนการประชุมพิจารณาว่า การประชุม

สภาลูกขุน โดยตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่นอกเหนือจากทีมลูกขุนจะร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องด้วย

ทีมลูกขุน จะรับผิดชอบร่วมกันให้การวินิจฉัยหรือทำการ “คัดกลุ่ม” ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นขั้นตอนต่อจากการคัดกรองและคัดแยก ทำให้การจำแนกผู้สูงอายุทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มสภาพสมองปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม

ทีมลูกขุนไม่เพียงวินิจฉัยหรือคัดกลุ่ม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ยังให้แนวทางการรักษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่บ้านแบบส่งตรงต่อให้ DT care manager ที่เจ้าของกรณีศึกษารวมทั้งครอบครัว ญาติและผู้ดูแล รับรู้ผลโดยตรง ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องและครอบครัวได้รับข้อมูลการรักษาดูแลโดยตรงเหมือนกันพร้อมกัน สามารถสอบถามเป้าหมายและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เกิดความเข้าใจมั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะเรื่องการใช้จ่าย ซึ่งยังประโยชน์ต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จัดได้ว่าเป็น one stop service ที่มีเป้าหมายชัดเจนและลดทอนขั้นตอนกระบวนการวินิจฉัยรักษาได้อย่างแท้จริง

DT care coordinator นอกจากบันทึกผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาไว้เป็นหลักฐาน จัดทำฐานข้อมูลและส่งต่อหลักฐานและแผนการดูแลให้ DT care manager ในพื้นที่เพื่อการดูแลในชุมชนต่อไปแล้วในกรณีที่ต้องส่งต่อไปตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยจะประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลตติยภูมิ นัดหมายการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเพิ่มเติม ซึ่งแนวทางการรักษาและบำบัดดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์ระดับตติยภูมิ

จะถูกส่งต่อกลับคืนมายังแพทย์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ และ DT care coordinator ก่อนส่งต่อไปยัง DT care manager เจ้าของกรณีศึกษาเพื่อการดูแลในชุมชนต่อไป

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โมเดลอำเภอบ้านฝางนั้น ตั้งเป้าหมายไว้ว่า โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นเจ้าภาพหลัก สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระโดยการสนับสนุนและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โมเดลอำเภอบ้านฝางเป็นการดูแลเชิงรุก ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของไตรภาคี และมีวิธีปฏิบัติอย่างมีระบบระเบียบ ทั้งการประเมิน การตัดสินใจและความต้องการ การจัดการดูแล การประเมินผลและส่งต่อจึงถือว่าเป็นนวัตกรรม ที่มีความใหม่ที่ดำเนินโดยไตรภาคีและมีระบบในการดำเนินการ

เป้าหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนนี้ คือ การดูแลโดยภาคีสุขภาพ สังคมและชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน ซึ่งการดูแลนั้นนอกจากครอบคลุมทุกมิติแล้ว ยังต้องสะท้อนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน กลวิธีที่ใช้คือการเยี่ยมบ้าน โดยมีทีมสุขภาพหรือ DT care manager ประจำพื้นที่หรือเจ้าของกรณีศึกษา เป็นผู้จัดการและประสานการดูแลให้เกิดขึ้นใช้เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อการมีส่วนร่วมของไตรภาคี คือแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวโมเดลอำเภอบ้านฝาง มีความเป็นระบบ

และโดยการมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคมและภาคชุมชนหรือไตรภาคี เป็นการดูแลที่สะท้อนความเฉพาะต่อภาวะสมองเสื่อม คือ ต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และดูแลผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพด้วย โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นกำหนดให้ครอบคลุม ด้านยาและการรับบำบัดรักษาต่อเนื่อง ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมายและระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการดูแลทั่วไป ส่วนการดูแลผู้ดูแล คือ การทำให้มีใจ มีความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีการจัดการด้านอาชีพเศรษฐกิจที่จะส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตามอัตภาพด้วย

ระบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี มีการดำเนินงานผ่านกลวิธีที่พยาบาลมีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว คือ “การเยี่ยมบ้าน” โดยมีขั้นตอนที่รับรู้ร่วมกัน และมีเครื่องมือที่สะท้อนการดำเนินงานของไตรภาคี ที่จะต้องร่วมรับรู้ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือในสถานการณ์จริง ที่เรียกว่า แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว^{7,8} เป็นแนวทางในการประเมิน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนเริ่มเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากสภากาชาดซึ่ง DT care manager เป็นหนึ่งในสภานั้นและจะชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ DT care coordinator ส่งผลการวินิจฉัยและแผนการบำบัดมาให้เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน DT care manager โดยอาจมีทีมสุขภาพอื่นร่วมด้วยจะเริ่มดำเนินการเยี่ยมบ้านตามระบบการดูแล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ข้อมูลรอบด้าน เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการต่าง ๆ เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการคิดและวางแผนการดูแลแบบครบวงจร การเยี่ยมบ้านครั้งแรกนี้ DT care manager จะให้การดูแลด้านสุขภาพโดยตรงร่วมด้วย โดยเน้นเรื่องการดูแลการได้รับยาและติดตามผลการใช้ยา และเป็นการเยี่ยมเพื่อให้ข้อมูลครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นด้วย

ด้วยศักยภาพ DT care manager จะสามารถจัดหรือประสานทีมสุขภาพทั้งในระดับตำบลและอำเภอให้การดูแลด้านสุขภาพที่บ้านได้ แต่บางปัญหาต้องการความร่วมมือจากทีมสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่ ซึ่งการพิจารณาความช่วยเหลือใด ๆ ก็ตาม ทีมร่วมนี้ต้องได้เห็นสถานการณ์จริง ได้รับรู้ปัญหา ได้วิเคราะห์และหาทางแก้ไขร่วมกันกับทีมสุขภาพ กระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความต้องการครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกันของทีมสุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่ จึงถูกกำหนด ประสานงานและจัดการขึ้น โดย DT care manager ติดต่อประสานงานกับไตรภาคี มาร่วมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ตารางการนัดหมายและลำดับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ข้อมูลสำคัญและจำเป็นในการพิจารณาหาความช่วยเหลือ และแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่มีข้อมูลที่ต้องการสื่อสารให้ทีมไตรภาคีได้พิจารณาโดยง่าย เป็นตัวนำเข้าสู่การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2: ไตรภาคีให้มิติการดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลายด้าน ทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการงานด้วย

ดังนั้นการดูแลจึงไม่สามารถเบ็ดเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ทีมสุขภาพตามลำพัง ความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยที่สุด คือ ทีมสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่ ถือว่าจำเป็นยิ่ง แม้แต่ทีมสุขภาพเองยังต้องการสหสาขาวิชาชีพมาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ หรือ DT care manager ในการดูแล

การวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ดำเนินการโดย DT care manager ของแต่ละตำบลนั้น พบว่าต้องจัดการให้มี “การเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่” และเป็นการลงเยี่ยมเพื่อรับรู้ปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลและการช่วยเหลือ และมอบหมายงานการช่วยเหลือรวมทั้งผู้รับผิดชอบด้วย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นี้จึงเป็นการดำเนินงานร่วมของสามเสาหลักของชุมชน โดยมีแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เป็นแนวทางในการประเมิน ตัดสินการดูแล/ความช่วยเหลือที่จะจัดให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวนี้ DT care manager จะเตรียมการทั้งประสานงานผู้ที่เป็นแกนหลักของไตรภาคี ประสานนัดหมายครอบครัว จัดฝั่งลำดับการเยี่ยม เตรียมเอกสารแบบประเมิน และที่ต้องเตรียมหนักคือข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อนำเสนอในการประชุมเตรียมการก่อนลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั่นคือ ก่อนลงประเมินต้องมีการประชุมเตรียมการ การตกลงกติกาที่จะทำร่วมกันก่อน

DT care manager จะนำเสนอข้อมูลทุกกรณีศึกษาอย่างกระชับ ด้วยทีมไตรภาคีมีเวลาจำกัด ดังนั้นการเยี่ยมจึงต้องมีประสิทธิภาพ และได้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ การเยี่ยมบ้านที่มีเตรียมการอย่างดี คือ การใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงประชุมทีมก่อนลงเยี่ยม จะสามารถเยี่ยมตัดสินการดูแลได้ 5-6 ครอบครัวต่อวัน และมีการประชุมกลุ่มสรุปทุกครั้ง

หลังการเยี่ยมบ้าน การได้ลงทำจริงทำให้สามารถประมาณการใช้เวลาและมีแนวทางที่จะกำหนดกิจกรรมในแผนการทำงานของทีมเครือข่ายได้

หลังการนำเสนอข้อมูลของ DT care manager ทีมไตรภาคีจะสอบถามข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม จากนั้นจะมีการเยี่ยมบ้านที่ละบ้าน มีการประเมินสภาพความเป็นจริง ทั้งคน ความจำเป็นและสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติมร่วมกัน และมีวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ การมีแบบประเมินสภาพความเป็นจริงทำให้ทีมสามเสาหลักขมวดประเด็นปัญหาและความต้องการด้านต่าง ๆ ได้ง่าย คงค้างเพียงความช่วยเหลือหรือการดูแลที่ใครจะเป็นผู้ร่วมจัดให้

ในส่วนของทีมสุขภาพ DT care manager จะวางแผนเป้าหมายการดูแล ผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง อสม. หรือ อพส. ที่เป็นตัวหลักในการดูแลครอบครัวนั้น เพื่อให้รับรู้ร่วมกัน ทั้งนี้ในงานที่เกินกำลังจะขอความช่วยเหลือจากทีม ทีมสังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่ที่บทบาทเน้นไปที่สิ่งแวดล้อม การกินอยู่ ที่อยู่อาศัย และความปลอดภัย การดูแลของทีมสังคมมักเป็นไปตามระเบียบของ เทศบาล/อบต. ที่มีอยู่และตามช่องทางการใช้ระเบียบ ซึ่งมีขั้นตอนและอาจไม่ทันการณ์ DT care managerจึงต้องประสานให้ดำเนินการทันเวลา

สำหรับทีมชุมชน/ท้องที่ ความที่อยู่ร่วมกันในชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัวมานาน ความเอื้ออาทรจึงส่งต่อถึงกัน มีการให้ความช่วยเหลือเป็นแบบกัลยาณมิตร รวมถึงเป็นรั้ว เฝ้าระวังเมื่อผู้สูงอายุหลงทางออกจากบ้าน บริจาควัสดุอุปกรณ์และร่วมแรงในการปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย สำหรับโมเดลบ้านฝางนี้ มีพระภิกษุร่วมในทีมด้วย ทำให้การเยี่ยมเยือนมีการดูแลทั้งผู้สูงอายุและให้กำลังใจผู้ดูแลและมีการสนับสนุนปัจจัยข้าวสารอาหารแห้งแก่ครอบครัวด้วย

ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้น การลงพื้นที่จริงทำให้ทีมไตรภาคีรับรู้ทุกภาระของผู้ดูแลและครอบครัว และหลายครอบครัวก็เกิดทุกข์ทางอารมณ์ด้วย การบำบัดทุกข์บำรุงสุขผู้ดูแลตามแนวคิดของทีมสังคม/ท้องถิ่นจึงมุ่งที่การสร้างอาชีพ อาชีพที่เสริมรายได้และอยู่กับบ้าน แต่เนื่องจากการรอคอยผลงานระยะยาว ดังนั้นการมีศูนย์ดูแลกลางวัน ที่ให้เวลาลูกหลานไปทำงานยามกลางวันได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง มีการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้มาร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ส่วนทุกข์ของผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น มีทั้งดูแลไม่รู้ ไม่เข้าใจและดูแลไม่ได้ จึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่ต้องให้คำแนะนำในเรื่องโรค การดูแลมิติต่าง ๆ และให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการจัดทำกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล (group support) ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เข้าใจผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น และมีเครือข่ายของผู้ดูแลที่สามารถปรึกษากัน

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 การดูแลที่ครอบคลุม
DT care manager ทีมสุขภาพ จิตอาสา อสม. อพส. หรือผู้ดูแลประจำตำบลที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนที่ได้กำหนดไว้ในทางปฏิบัติทีมสุขภาพ หรือ DT care manager จะเป็นหลักในเรื่องยา การฟื้นฟูความจำ ดูแลโรคประจำตัวต่าง ๆ ที่มี และประเมินสุขภาพโดยรวม เพื่อติดตามการบำบัดรักษาทั้งสมองเสื่อมและโรคที่เป็นอยู่ รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำหรือร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาให้คำแนะนำที่ทีมร่วมดูแลและผู้ดูแลในการติดตามและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ได้ตกลงกันไว้ซึ่งรวมถึงการประสานและติดตามการได้รับสิทธิผู้พิการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

DT care manager จะกำหนดคำสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อเป็นแนวทางให้ในทีมร่วมและผู้ดูแลจัดการดูแลได้อย่างครอบคลุม ว่าให้ช่วยดูแล 5 อ. คือ อาหาร/อนามัย-อากาศ/ออกกำลังกาย/อารมณ์/อุจจาระ 3 ส. คือ สิทธิ สมองและ สิ่งแวดล้อมและ 1 ย. คือ ยา โดยมีการแนะนำการปฏิบัติการดูแลตามหลัก อ ส ย. ตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประเมินได้

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้ ช่วยพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแล/จิตอาสา/ชุมชน อันจะเป็นประโยชน์นำไปใช้สืบต่อไปได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 นี้ DT care manager ยังใช้เป็นโอกาสติดตามงานของภาคีที่ได้มีมติกันไว้แล้ว และใช้เป็นโอกาสติดตามประสานการช่วยเหลือให้ความก้าวหน้าด้วย

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว ยังคงเป็นการดูแลต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านของ DT care manager/ผู้ดูแล/จิตอาสา/ชุมชน DT care manager จะประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน รวมทั้งติดตามการดูแลของภาคีเครือข่าย สรุปการดูแลของไตรภาคีเพื่อเตรียมการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวในการนี้ DT care manager จะประมวลข้อมูล บันทึกแบบประเมินการดูแลระยะยาว และส่งต่อประวัติแผนการดูแล หรือรายงานการประเมินต่าง ๆ ให้กับผู้รับผิดชอบการดูแลระยะยาวในชุมชนต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโมเดลอำเภอบ้านฝาง เป็นระบบการดูแลที่ครบวงจร คือมี การประเมินสุขภาพรอบด้านโดยไตรภาคี การตัดสินใจ และกำหนดความช่วยเหลือ การดำเนินการดูแลและให้ความช่วยเหลือ และการประมวลผลการดูแล และการสรุปส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวของตำบลอาศัยกลวิธีเยี่ยมบ้าน ที่เป็นความร่วมมือ

ของสามภาคส่วนคือ ภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น และภาคชุมชน/ท้องถิ่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝางนี้ เป็นนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจรรูปแบบใหม่ มีระบบย่อย 3 ระบบ คือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: แบบลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษา: ทีม/สภาลูกขุน และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบไตรภาคี ซึ่งทั้งสามระบบย่อยนี้ มีการดูแลที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะการมี ทีมลูกขุนและสภาลูกขุน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ที่ต่อเนื่องจนครบวงจร มีการพัฒนาเครื่องมือและเครือข่ายการทำงานใหม่ โดยบูรณาการทำงานของทีมไตรภาคี และบูรณาการระบบบริการสุขภาพสามระดับโดยมีบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นฐานการดูแลแบบองค์รวม บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิเป็นศูนย์กลางการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงการดูแล บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแล นวัตกรรมระบบฯ นี้ สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการให้บริการตามสมรรถภาพสมองและสภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การวินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้ โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการนำใช้“แนวทางการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร”⁸ ในพื้นที่อื่นของประเทศไทย โดยมีการปรับใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างไตรภาคีในชุมชน และสร้างการเชื่อมต่อเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ให้ครอบคลุมระบบบริการคัดกรอง-คัดแยก วินิจฉัยรักษาบำบัด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อพร้อมรับภาวะสังคมสูงอายุที่จะมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นนี้ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง เป็นหนึ่งในสี่โมเดลต้นแบบการพัฒนา ได้มีการเผยแพร่เพื่อการปรับใช้ใน 12 พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 12 เขตบริการสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 โดยในปี พ.ศ. 2562 นี้ยังอยู่ระหว่างการเริ่มต้นการพัฒนาระบบของแต่ละพื้นที่^{9, 10}

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (แพทย์หญิง สิริทพร ฉันทศิริกาญจน) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (คุณอรวรรณ คูหา และคณะฯ) ผู้สูงอายุและครอบครัว ทีมการดูแล ทีมไตรภาคีพื้นที่ อำเภอบ้านฝางทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรกรณีศึกษาโมเดลอำเภอบ้านฝาง ให้เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Jittapankul S. Principles of Geriatric Medicine. 2nd. ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press;1999. (In Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Elderly 2016. Bangkok: TQP Limited;2018. <http://www.thaitgri.org/>. (In Thai)
3. Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook for screening and assessing older people. Bangkok; 2013. (In Thai)
4. Prasart Neurological Institute, Department of Health, Ministry of Public Health. Clinical Practice Guidelines: Dementia (Final version 2014). Nonthaburi: Thana Press; 2014. (In Thai)
5. Health Intervention and Technology Assessment Program [HITAP], The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association [ARDA]. Summary report of the brain storming workshop on policy development for prevention, treatment, and care of patients with dementia on August 31, 2011. 1st ed. Bangkok: The Graphico System; 2012. Available from: <http://www.azthai.org>. (In Thai)
6. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medicine, Ministry of Public Health, The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association [ARDA], Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol university, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), Thai Nurses Society for People with Dementia (TNSD). Model and system of care for patients with dementia in the Thai contexts: Project on comprehensive care model and system development for patients with dementia; 2017. (In Thai)
7. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leethong-in M, Piyawattanapong S, Subindee S, Kumniyom N, et.al. Development of comprehensive care system for older persons with dementia: A case study of Ban Fang district, Khon Kaen province. Khon Kaen: Klung Na Na Press;2017. (In Thai)
8. Bunnag S, Chansirikanjana S, Sritanyarat W, Aroonsang P, Kuha O. [editors]. Practice guidelines of comprehensive care management for older persons with dementia. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. Bangkok: Cyber Print Group, 2017. (In Thai)
9. Bannag S. Development of comprehensive dementia care system in Thailand. In workshop on model and system of comprehensive dementia care hosted by Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health on December 12, 2018, at Asia Hotel, Bangkok (In Thai)
10. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Training on coaching and teaching model in 12 health service areas in Thailand to be ready for the development of comprehensive dementia care system. [cited 2019 October 13]. Available from:<http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/index.php/photo/505-model-coaching-teaching-12>. (In Thai)