

ยุทธ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
เลขที่ 44443
วันที่ 26.8.2558

คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
ครั้งที่ 164
วันที่ 29/9/58 เวลา 13.40 น.
นายแพทย์ อภิรักษ์ K. ศักดิ์



โรงพยาบาลอาจสามารถ ๑ หมู่ ๑๕
อ. อาจสามารถ จ.ร้อยเอ็ด ๔๕๑๖๐

ที่ รอ ๐๐๓๒.๓๐๔ / ๑๕๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งโครงการพิจารณาอนุมัติ
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลอาจสามารถได้จัดโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออาจสามารถ ปี ๒๕๕๘ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ และพัฒนาตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้น โรงพยาบาลอาจสามารถ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านได้พิจารณาลงนามอนุมัติโครงการฯ ซึ่งได้แนบมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้ด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไป

เรียน นพ. ศัลย. ๑๐.

ขอแสดงความนับถือ

-เพื่อโปรดทราบ

- อท. อาจสามารถจัดโครงการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้สูงอายุ

(นายธรา รัตนอำนวยศิริ)

๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๘ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางศัทธิตยา มะเสนา)

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
โทร ๐-๔๓๕๙-๙๐๗๔ ต่อ ๒๐๔

โครงการพัฒนาระบบโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออาจสามารถ ปี ๒๕๕๘

๓. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมโลกของเราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จากนั้นอีก ๑๐ ปี ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัย จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม โคนรวม การส่งเสริมสุขภาพ และการยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป รวมทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากความพิการหรือทุพพลภาพ และมีการยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป รวมถึงการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญยิ่ง ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก ๗.๐ ล้านคน หรือ ร้อยละ ๑๐.๗ ในปี ๒๕๕๐ เป็น ๗.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๑.๗ ในปี ๒๕๕๓ และเพิ่มเป็น ๙.๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๕.๐๔ ในปี ๒๕๕๗ ผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรค/ปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ ๔๑) โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๐) โรคเข้าเสื่อม (ร้อยละ ๙) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ๖) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ขณะที่มียังร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ไม่เป็นโรค / ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ ๕๖.๗ (รายการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี๒๕๕๖: กระทรวงสาธารณสุข) และผู้สูงอายุ ๑ ใน ๒ คน อ้วนและเป็นโรคอ้วน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ ๑๘.๘ (รายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒) ผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาพ ๕ อันดับแรก ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จำนวน ๐.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๗.๗ และอยู่ลาพังกับคู่สมรส จำนวน ๑.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๖.๓๓ ในปี ๒๕๕๕

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” โดยกำหนดผลกระทบระดับชาติ ๑๐ ปีข้างหน้าไว้ คือ ๑) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี และ ๒) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ จึงมีนโยบายให้ดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งเครือข่ายบริการอำเภออาจสามารถมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๘,๙๒๐ คน พบว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๘๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๒๗ และป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน ๑,๑๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๗ มีภาวะซึมเศร้า ๗๗ คนคิดเป็นร้อยละ ๐.๘๖ และข้อมูลผู้สูงอายุจัดประเภทตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แยกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กลุ่มติดสังคม จำนวน ๗,๙๘๘ คน ๒) กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๘๒๕ คน ๓) กลุ่มติดเตียง จำนวน ๙๗ คน

จึงได้ร่วมกันกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ ในรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS = District Health System)เป็นระบบการทำงานที่มุ่งตอบคำถามสุขภาพในพื้นที่ ตามบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งรวมเรียกว่า Essential Care เป็นหัวใจในการทำงานร่วมกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรับรู้และสร้างการดูแลตนเอง (Self Care) การดูแลกันในทีมงานซึ่งมีชุมชนร่วมอยู่ด้วย เพื่อช่วยกันสะท้อนให้เห็นภาพสุขภาพของอำเภอ (Health Status) มีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้

บริบทชุมชนเป็นฐาน(Context Based Learning) และก้าวไปด้วยกันในแต่ละช่วงเวลา เพื่อเป็นต้นทุนให้เกิดการพัฒนา เพื่อสะท้อนภาพความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพและเกิดระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไข ปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละ ซึ่งจะสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชนและตอบสนองปัญหาของพื้นที่

๔. วัตถุประสงค์โครงการ

๔.๑ เพื่อพัฒนาทักษะและสร้างเครือข่ายทั้งผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน

๔.๒ เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

๔.๓ เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

๔.๔ เพื่อพัฒนาบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

๔.๕ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการทั้งในระดับในชุมชนและในระดับอำเภอ

๔.๖ เพื่อศึกษาวิจัยประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๕.๑ มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager) ที่ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) ที่ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๓ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา ร้อยละ ๘๐

๕.๔ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง ได้รับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

๕.๕ เกิดตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย ๑ ตำบล

๕.๖ มีงานวิจัยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๖. วิธีการดำเนินการ

๖.๑ จัดตั้ง “คณะกรรมการอำเภอต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วย นายอำเภอ พัฒนาการอำเภอ เกษตรอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายก อบท. ปลัด อบท. ประธานอสม. ผู้นำชุมชน ผอ.รพสต. หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ รพช. จำนวน ๒๐ คน มีการประชุมหารือเพื่อบูรณาการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมิน และส่งเสริมผู้สูงอายุ ปีละ ๒ ครั้ง (ก่อนและหลังดำเนินการ ๒ เดือน)

๖.๒ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager) ระดับตำบลละ ๑๐ คน รวมจำนวน ๑๐๐ คน (ในแต่ละตำบลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๒ คน ตัวแทน อบท. ๒ คน ครู ๑ คน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๒ คน ตัวแทน อสม. ๒ คน ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน ๑ คน) หลักสูตร ๑ วัน ๑ ครั้ง

๖.๓ จัดกิจกรรมการคัดกรอง/ประเมินโรคที่พบบ่อยและGeriatric Syndromes และการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL)

๖.๔ สนับสนุนการดำเนินงานตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน ๒ ตำบล

๗. พื้นที่ดำเนินการและกลุ่มเป้าหมาย

๗.๑ ผู้สูงอายุในเขตอำเภออาจสามารถ จำนวน ๘,๙๒๐ คน

๗.๒ พื้นที่ดำเนินการ ๑๐ ตำบลในเขตอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

๘. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

เดือน สิงหาคม ๒๕๕๘ - กันยายน ๒๕๕๘

๙. งบประมาณ

เงินบำรุงโรงพยาบาลอาจสามารถ (งบประมาณจากงบส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ระดับพื้นที่ (PP Area Health Service) สปสช.เขต ๗ ขอนแก่นปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐บาท)

๙.๑. จัดประชุมคณะกรรมการอำเภอต้นแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน ๖๐ คน ๒ ครั้ง/ปี

๙.๑.๑ ค่าอาหารกลางวันจำนวน ๖๐ คน x ๗๐ บาท x ๒ มื้อ เป็นเงิน ๘,๔๐๐ บาท

๙.๑.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๖๐ คน x ๒๕ บาท x ๔ มื้อเป็นเงิน ๖,๐๐๐ บาท

๙.๑.๓ ค่าวัสดุในการจัดประชุม ๖๐ คน x ๓๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๖,๒๐๐ บาท

๙.๒ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager)ระดับตำบลละ ๑๐ คน รวมจำนวน ๑๐๐ คน หลักสูตร ๑ วัน ๑ ครั้งจัดที่ห้องประชุมโรงพยาบาล

๙.๒.๑ ค่าอาหารกลางวันจำนวน ๑๐๐ คน x ๗๐ บาท x ๑ มื้อ เป็นเงิน ๗,๐๐๐ บาท

๙.๒.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน ๑๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อเป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

๙.๒.๓ ค่าวัสดุในการจัดประชุม ๑๐๐ คน x ๓๐ บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท

๙.๒.๔ ค่าสมนาคุณวิทยากร ๖ ชม. x ๑ วัน x ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

๙.๒.๕ ค่าพาหนะวิทยากร ไป - กลับ ๘๐ กม. x ๔ บาท เป็นเงิน ๖๔๐ บาท

๙.๒.๖ ค่าป้ายไวนิล ขนาด ๒ x ๓ ม. x ๖๐๐ บาท x ๑ แผ่น เป็นเงิน ๖๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๙,๘๔๐ บาท

๙.๓ จัดกิจกรรมการคัดกรอง/ประเมินโรคที่พบบ่อยและGeriatric Syndromes และการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL)

๙.๓.๑ ค่าถ่ายเอกสารชุดคัดกรองและประเมิน ๘,๙๒๐ ชุด x ๑๐ บาทเป็นเงิน ๘๙,๒๐๐ บาท

๙.๓.๒ ค่าตอบแทนผู้เก็บข้อมูล ๘,๙๒๐ ชุด x ๕ บาท เป็นเงิน ๔๔,๖๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๓๓,๘๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๖๙,๘๔๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเก้าพันแปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ บุคลากรหลักด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะ/องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Manager) ที่ผ่านการอบรมร้อยละ ๑๐๐

๑๐.๒ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) ที่ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๑๐.๓ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา ร้อยละ ๘๐

๑๐.๔ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง ได้รับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๑๐.๕ เกิดตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย ๒ ตำบล

๑๐.๖ มีงานวิจัยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย ๑ เรื่อง

หมายเหตุ
๑. ค่าพาหนะวิทยากร ๘๐ กม. x ๔ บาท = ๓๒๐ บาท

๑๑. การติดตามและประเมินผล

๑๑.๑ ศึกษาวิจัยประเมินผล(CIPP Model)การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

๑๑.๒ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในระดับพื้นที่ (ระดับตำบล) โดยทีมคณะกรรมการระดับอำเภอ ออกประเมิน ๒ ครั้ง/ปี

๑๒. ผู้อนุมัติโครงการ

ผู้เสนอโครงการ



(นางสุภาพ เหล่าสุโพธิ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เห็นชอบโครงการ



(นายธารา รัตนอำนวยศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

ผู้อนุมัติโครงการ