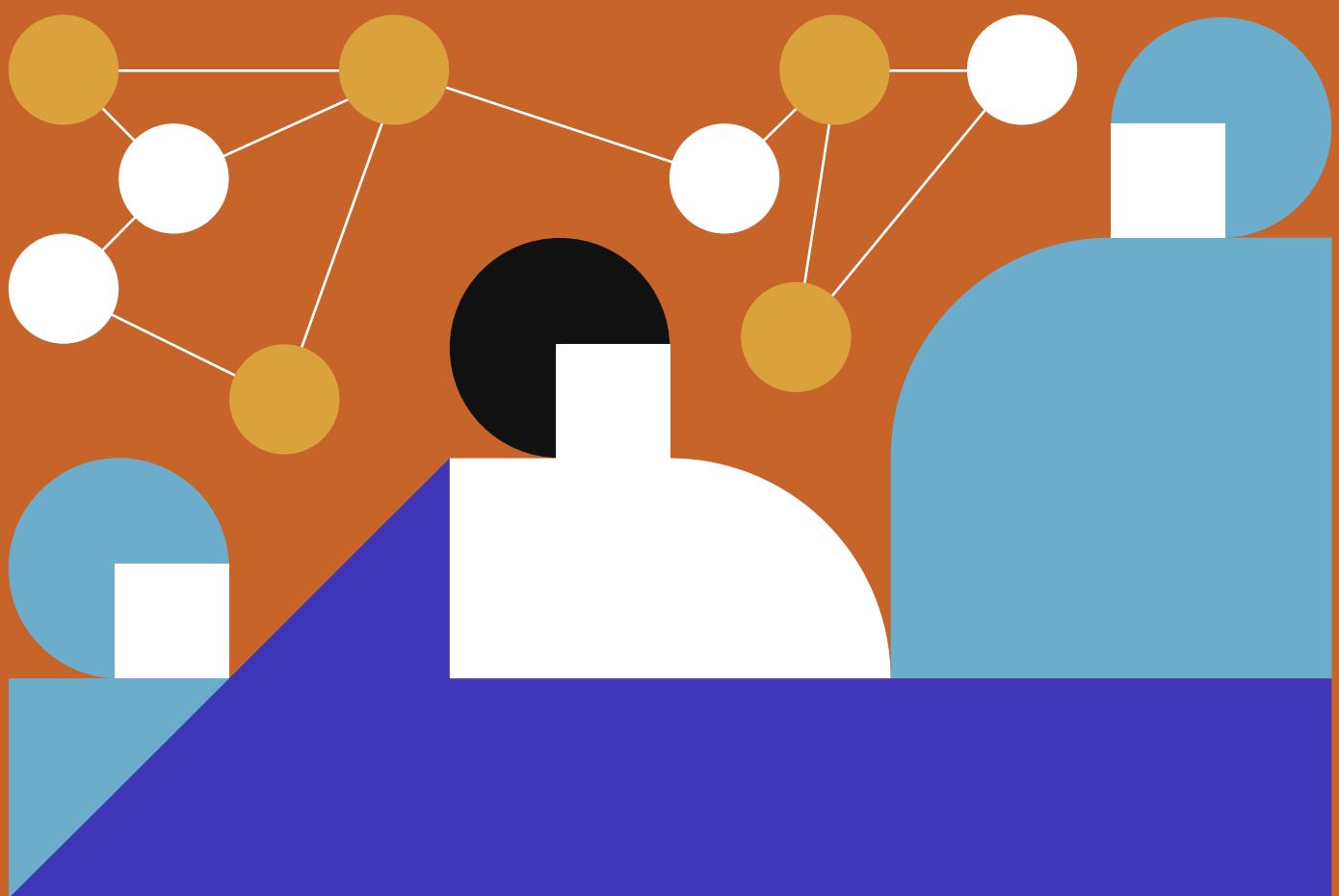


การพัฒนาหน่วยประสานการดูแล เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในระดับจังหวัด



สถานการณ์ในปัจจุบัน

ขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์แล้ว และปฏิเสธไม่ได้ว่าทั้งหน่วยให้บริการสุขภาพ (เช่น โรงพยาบาลชุมชน) และหน่วยบริหารงานในจังหวัดในทุกระดับ จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำนโยบายรองรับสังคมสูงวัยไปปฏิบัติในทุกประเด็น

อย่างไรก็ได้การให้บริการผู้สูงอายุยังมิใช่การบริการที่เรื่อยต่ออย่างแท้จริง เนื่องจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ยังไม่ราบรื่น ทำให้หน่วยงานที่กล่าวมา ไม่อาจให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาใหญ่ข้อหนึ่งที่หน่วยปฏิบัติงานและหน่วยให้บริการในพื้นที่สะท้อนไว้ในวงหารือเชิงนโยบายคือ หน้าที่ด้านการประสานงานต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพและบริการทางสังคม มักตกอยู่กับพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดที่มีภาระงานประจำอยู่แล้ว โดยมักเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแล (care manager - CM) ในระดับอำเภอ ด้วยการทำให้ผู้ปฏิบัติวิชาชีพรับภาระอย่างหนัก และไม่สามารถทำงานประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้ตามสิทธิที่พึงได้

ตัวอย่างเช่น แม้กรอบระเบียบจะเอื้อให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางของผู้สูงอายุเพื่อรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพได้แล้ว แต่ผู้สูงอายุกับญาติจำนวนมากก็ยังไม่ทราบว่า ตัวเองมีสิทธิ หรือหากทราบก็ไม่มีผู้ที่ด้อยประสานงาน เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าวดังที่เจ้าหน้าที่ อบจ. ผู้ร่วมวงหารือได้กล่าวว่า เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะ เมื่อ อบต. เองไม่มีบัญชีรับ เจ้าหน้าที่ อบต. ต้อง ทำเรื่องส่งไปที่ พมจ. ซึ่งถ้า พมจ. มีงบให้ พมจ. ก็จะสนับสนุน แต่หาก พมจ. ไม่มีงบ พมจ. ก็ต้องทำหนังสือตอบกลับ อบต. ก่อน เพื่อให้ อบต. นำหนังสือนั้นมาอ่านต่อ

อบจ. อีกทีหนึ่ง เพื่อนำเรื่องเข้าคณะกรรมการ ความยุ่งยากนี้เองที่อาจทำให้เจ้าหน้าที่ อบต. ล้าบากใจที่จะประสานงานทั้งหมด เมื่อมีภาระงานประจำที่ต้องทำให้ได้ตามตัวชี้วัดอยู่แล้ว กล้ายเป็นว่าประชาชนไม่ได้รับการดูแลตรงนี้ไป

นอกจากตัวอย่างดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวงหารือเชิงนโยบายยังเล่าให้ฟังว่าในปัจจุบัน การประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ เอง ก็ยังไม่คล่องตัวนัก ส่งผลให้หลายครั้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยตกล่นจากการดูแลรักษาและพื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตที่โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และ หลายครั้งผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับบ้านทันที โดยส่งต่อเคสماຍังโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ผ่านระบบ Thai CoC แต่เนื่องจากไม่มีหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลอื่น เช่น อบต. หรือ พมจ. ที่รับผิดชอบโดยตรง จึงมีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยตกล่นจากการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยสาเหตุต่างๆ และไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามเคสต่อ



บทบาทของ หน่วยประสานการดูแล

จากสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้จัดทำโครงการจึงเห็นว่าควรมี “หน่วยประสานการดูแล” (Care Coordination Unit - CCU) ให้ไปอยู่ประจำโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ขึ้นไปจนถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ การส่งต่อเคส และให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลอย่างรอบด้านแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ญาติ และ อปท. ที่เกี่ยวข้อง

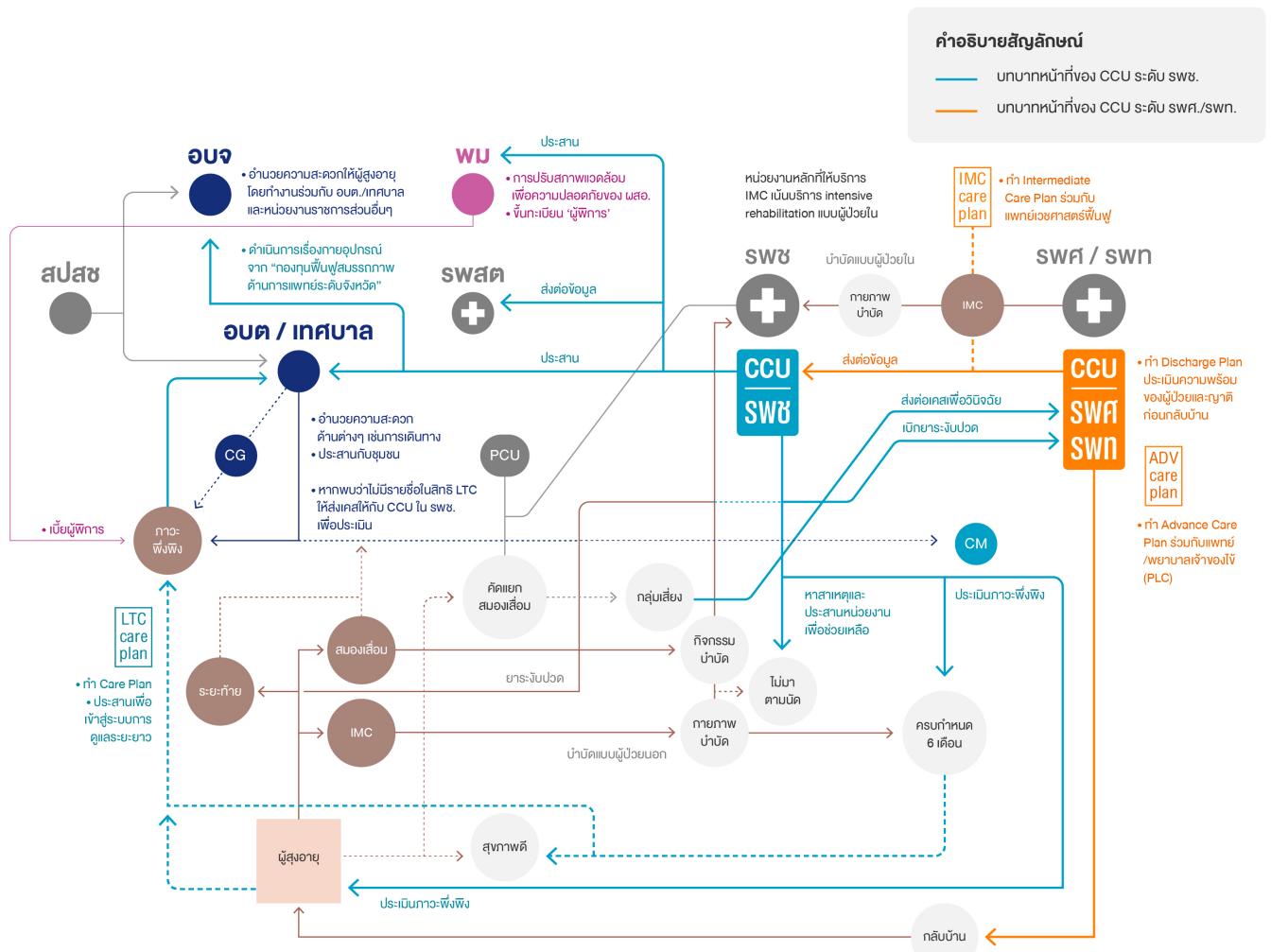
โดยบทบาทหลักที่ควรเป็นของ CCU มีดังต่อไปนี้

1

เป็นจุดเชื่อมต่อหนึ่งเดียวของผู้ป่วยและญาติกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องลำบากติดต่อหลายหน่วยงาน เพื่อให้ได้รับสิทธิบริการและเงินอุดหนุนอย่างรอบด้านตามที่พึงได้ โดย CCU ต้องแจ้งสิทธิให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ผู้ป่วยกับญาติมีบริการหรือสิทธิประโยชน์ใดบ้างที่พึงได้ เช่น การดูแลพื้นฟูระยะกลางอย่างเข้มข้น การดูแลระยะยาว การปรับสภาพบ้าน และบริการรถรับส่ง นอกจากนี้ยังร่วมวางแผนการดูแลและนัดวัดเข้ารับบริการกับผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อหวังวันที่สุดในการพาผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยมารับบริการ

2

เป็นผู้ประสานเรื่อง care plan สำหรับผู้ป่วยก่อนจะจำหน่าย (discharge) ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปก่อนกลับไปที่บ้าน หรือหากเป็นไปได้ ผู้ที่รับหน้าที่เป็น ผู้จัดการการดูแล ซึ่งมีหน้าที่จัดทำ care plan ก็ควรเป็นบุคคลหนึ่งที่อยู่ในหน่วย CCU นี้ด้วย



ภาพประกอบ: บทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานการดูแลในภาพรวม

3

ประสานงานกับ อปท. พมจ. หรือผู้ที่มีศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการอย่างไม่ตกหล่น เป็นหน่วยงานที่จะช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยด้วยความเนื่องกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอรับสิทธิและบริการที่พึงได้ ตัวอย่างบริการที่ CCU สามารถเป็นผู้ประสานงานได้ คือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

4

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการตามวันนัด โดยเฉพาะในกรณีสำคัญ เช่น การพื้นฟูระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง CCU ควรเป็นหน่วยงานที่ติดตาม สอบถามกับญาติหรือผู้ป่วยว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้น เหตุใดจึงไม่ได้มารับบริการที่หน่วยบริการได้ตั้งแต่วันนัด และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วย

5

เป็นหน่วยที่เชื่อมประสานข้อมูลระหว่างหน่วยให้บริการระดับต่างๆ

นอกจากนี้ยังสามารถแจกแจงบทบาทหน้าที่ CCU ที่จะช่วยส่งเสริมการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเด็นที่มีความสำคัญต่อการรองรับสังคมสูงวัยได้ โดยประเด็นดังกล่าว ได้แก่

- การดูแลระยะกลาง (intermediate care - IMC)
- การดูแลระยะยาว (long-term care)
- การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia)
- การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

หลังจากที่นำแนวคิดเรื่อง CCU ไปหารือกับผู้เข้าร่วมวงหารือเชิงนโยบาย ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่าแนวโน้มโดยนัยนี้ เป็นแนวคิดที่น่าสนใจและรู้สึกว่าเป็นโน้มโดยนัยที่สร้างความหวัง

ผู้ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งกล่าวว่า
“ถ้ามีบริการแบบนี้ ชีวิตเราต้องดีขึ้นแน่นอน”

ขณะที่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ กล่าวว่า “มันคือสิ่งที่ทุกคนมองหา”

ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ อบจ. ก็ชี้ว่า เรื่องนี้ถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดในการปรับกลไกการให้บริการในจังหวัดเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้นโยบาย ที่มีอยู่เดิมได้ผลดียิ่งขึ้นและทำให้นโยบายใหม่เกิดได้ง่ายขึ้น

บทบาทของ CCU ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

1

ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยที่พ้นจากภาวะวิกฤตของ 4 กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลระยะกลางออกจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป CCU ในระดับโรงพยาบาลดังกล่าว ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อทำ intermediate care plan ก่อนส่งคืนต่อให้โรงพยาบาลชุมชน

2

CCU ใน รพศ./รพท. ประสานกับ CCU ใน รพช. เรื่องการส่งคืน

3

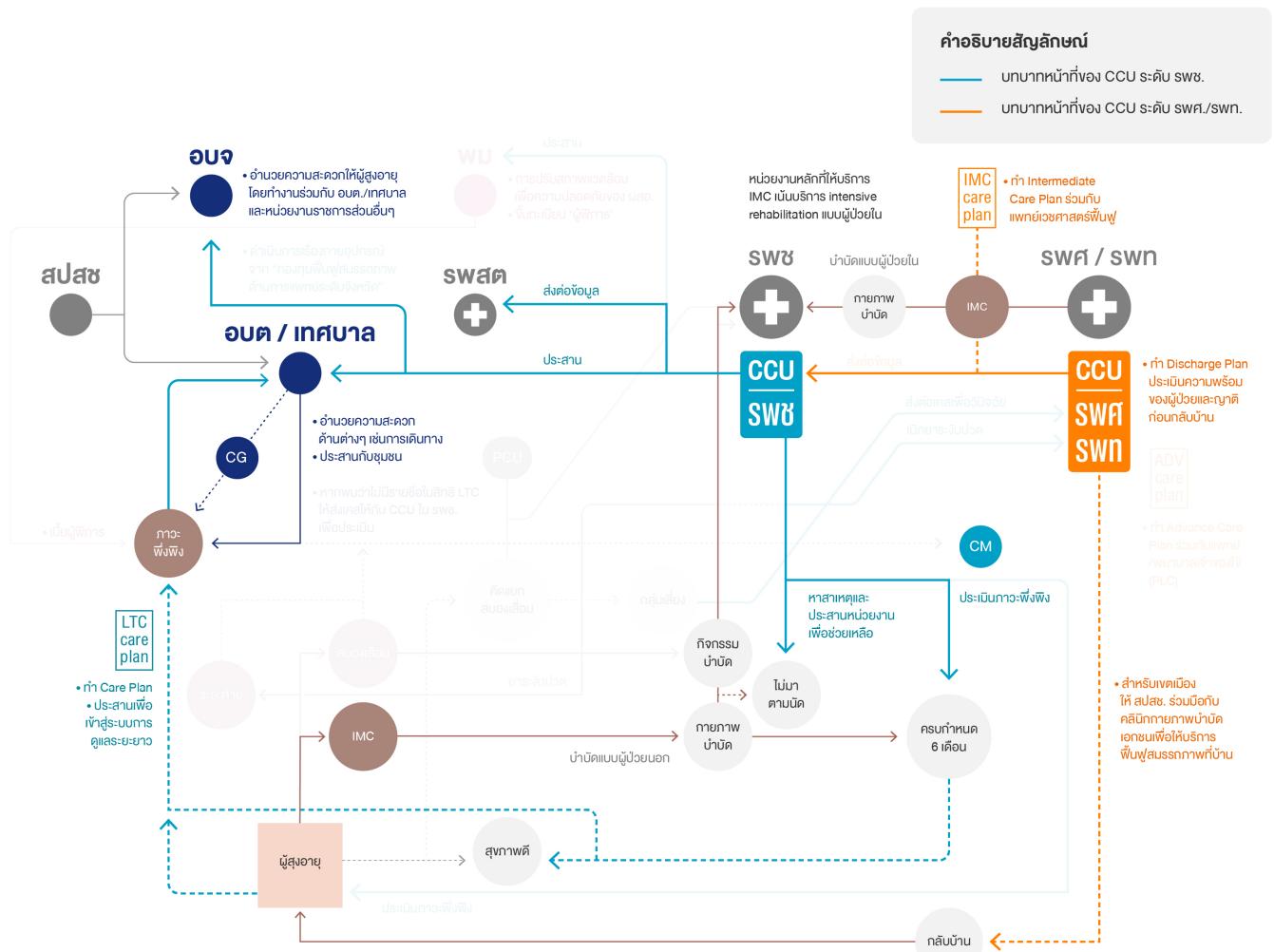
CCU ใน รพช. ประสานกับ รพ.สต. และ อบต. ในพื้นที่ เรื่องการมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะกลางกลับเข้ามาในพื้นที่ โดยให้ รพ.สต. เก็บข้อมูลไว้และให้ อบต. อำนวยความสะดวกเรื่องต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ

4

ในการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และต้องนัดวันให้ญาติพาผู้ป่วยเข้ามารับบริการ หากผู้ป่วยไม่มาตามวันนัด CCU ต้องโทรศัพท์ประสานกับญาติเพื่อสอบถามถึงเหตุที่ไม่มาตามวันนัด โดยเก็บเป็นข้อมูลและประสานกับหน่วยงานที่ช่วยแก้ปัญหาได้ เช่น อบต.

5

เมื่อพ้นระยะ 6 เดือนทองของการดูแลระยะกลางแล้ว ให้ประสานกับผู้จัดการการดูแล (หากอยู่ใน CCU อยู่แล้วยังดี) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุยังมีภาวะพึงพิงหรือไม่ หากถึงเกณฑ์ให้ประสานกับ อบต. เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวต่อไป



ภาพประกอบ: บทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานการดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

บทบาทของ CCU ในเรื่องการดูแลระยะยาว

1

หาก อบต. หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ พบรู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง และยังไม่มีรายชื่อในสิทธิ์ที่จะได้รับการดูแลระยะยาว ให้ CM ในระดับตำบลส่งเคสให้กับ CCU ใน รพช. เพื่อให้ CM ในระดับอำเภอประเมินภาวะพึงพิง และวางแผนทำ care plan

2

ช่วยญาติและผู้ป่วยดำเนินการขอปรับปรุงสภาพบ้านตามโครงการ “การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย” ของ พม.

3

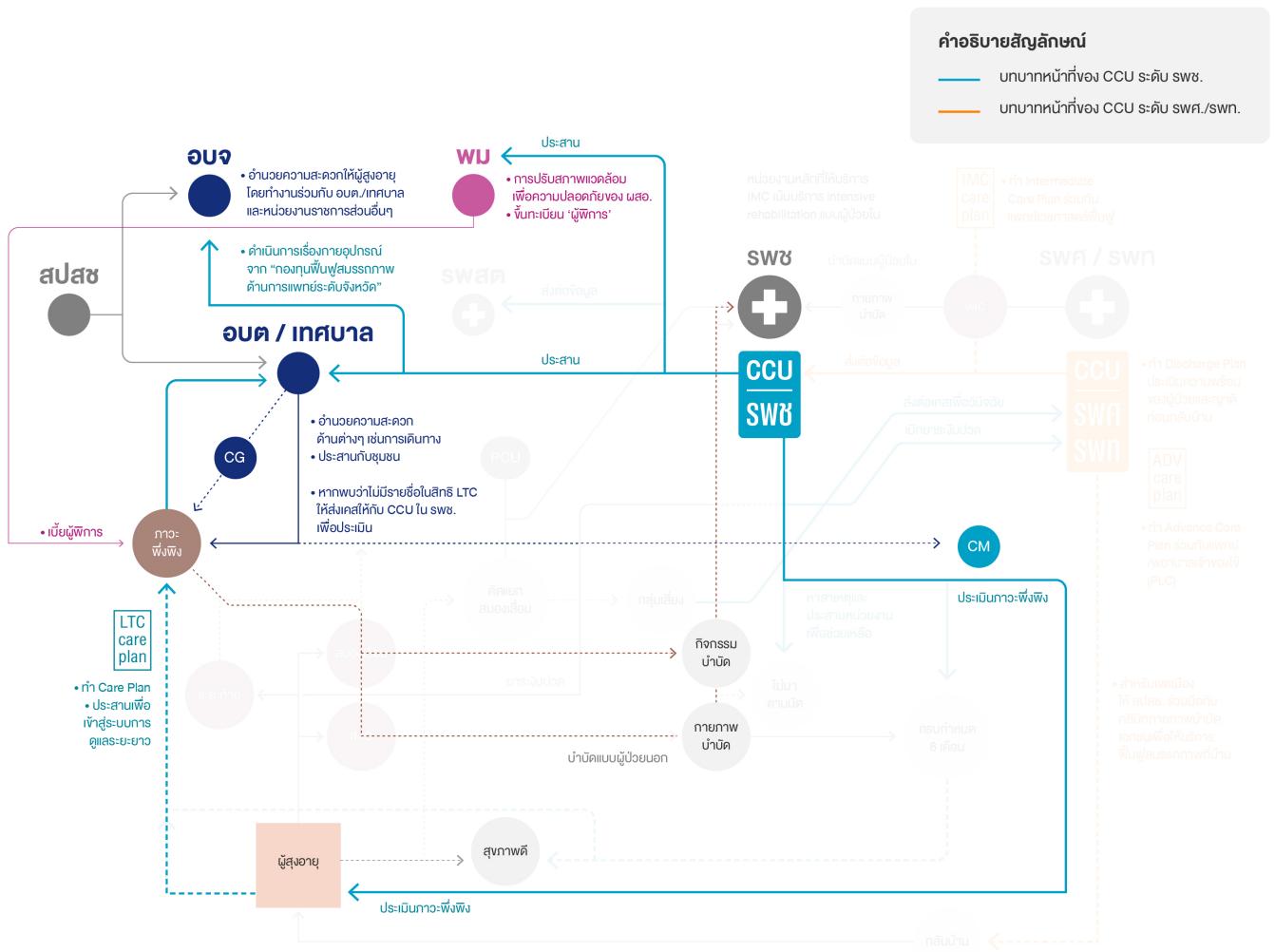
ช่วยญาติและผู้ป่วยดำเนินการเรื่องกายอุปกรณ์ โดยอาศัยเงินจาก “กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัด”

4

ช่วยญาติและผู้ป่วยขึ้นทะเบียน “ผู้พิการ” กับ พม. เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ เช่น “เบี้ยผู้พิการ”

5

ให้ CCU ใน รพช. ช่วย CM ในระดับตำบลหรือ อบต./เทศบาล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเข้าบูริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงแบบเชิงรุกที่บ้าน



**ภาพประกอบ: บทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานการดูแล
ในเรื่องการดูแลระยะยาว**

บทบาทของ CCU ในเรื่องภาวะสมองเสื่อม

1

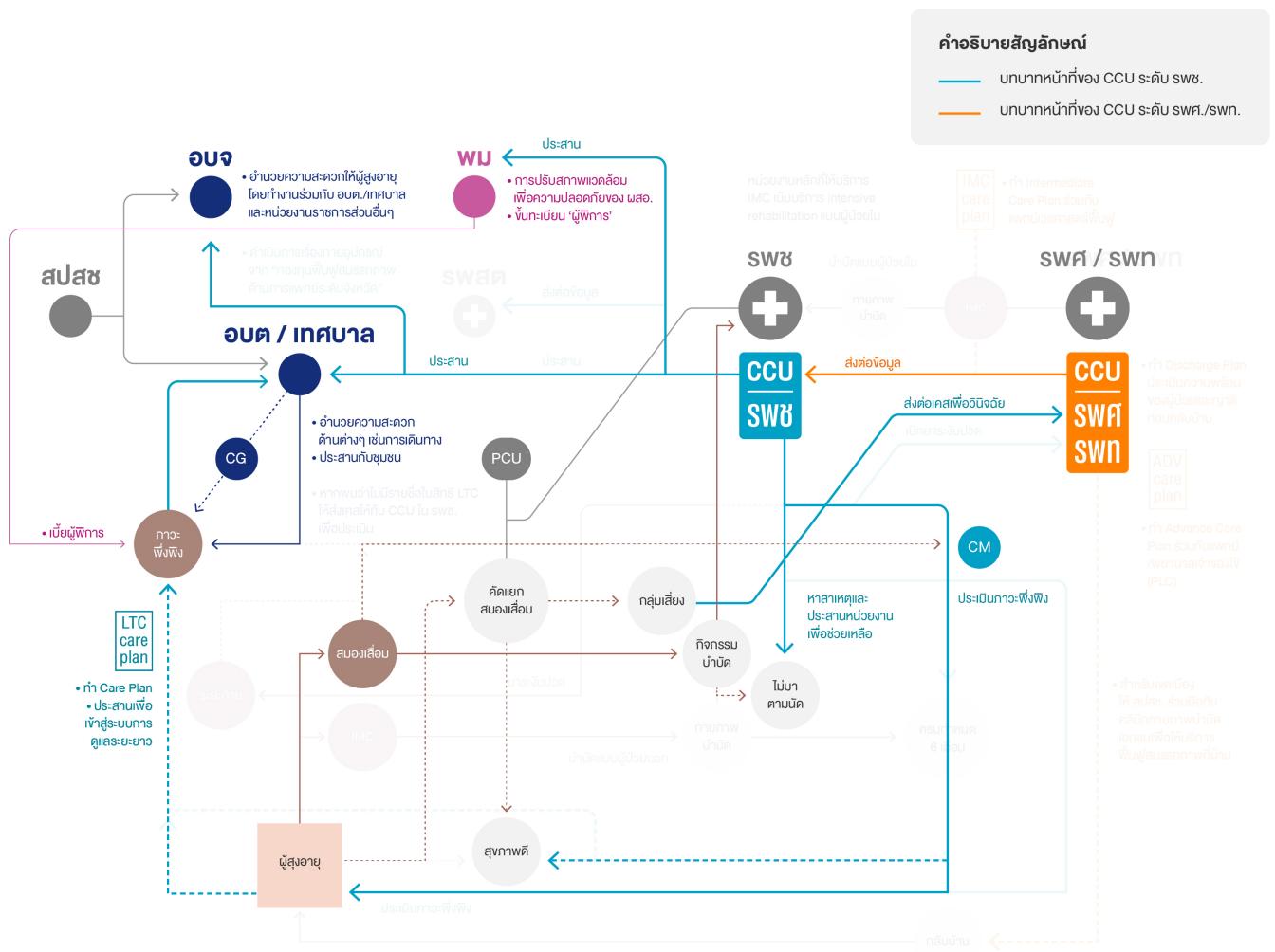
ประสานงานในโครงข่ายการ “คัดกรอง-คัดแยก-วินิจฉัย” กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุ ผ่านการคัดแยกโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit - PCU) หรือใน รพช. แล้วพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเข้าข่ายสมองเสื่อม ให้ CCU ในระดับ รพช. ส่งต่อเคสผ่าน รพศ./รพท. เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางวินิจฉัย เนื่องจากในปัจจุบัน มีหลายครั้งที่ รพช. ไม่ได้ส่งต่อเคสไปยัง รพศ./รพท. ทำให้มีหลายเคสที่เป็น กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย

2

ประสานงานกับชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และ อบต. เรื่องผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้เพื่อระดมมากแล้วเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุป่วย เป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว รพศ./รพท. มักส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้านทันที โดยไม่ได้มี การประสานงานก่อน ทำให้ชุมชนไม่ได้รับรู้ว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนและ ผู้ป่วยก็ไม่ได้รับการดูแลระยะยาวตามที่ควรได้ นอกจากนี้ CCU ในระดับ รพศ./รพท. ต้องประสานงานกับ CCU ในระดับ รพช. ด้วย เพื่อให้ รพช. ได้รับทราบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม เพื่อให้สามารถดูแลรับการบำบัด เพื่อชะลอความรุนแรงของอาการได้

3

CCU ในระดับ รพช. ช่วยวางแผน care plan และประสานงานกับ อบต. เพื่อให้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้รับสิทธิการดูแลระยะยาวตามนโยบายของ สปสช. รวมถึงสิทธิสำหรับผู้พิการที่ พม. มีให้ด้วย



ภาพประกอบ: บทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานการดูแล
ในเรื่องภาวะสมองเสื่อม

บทบาทของ CCU ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

1

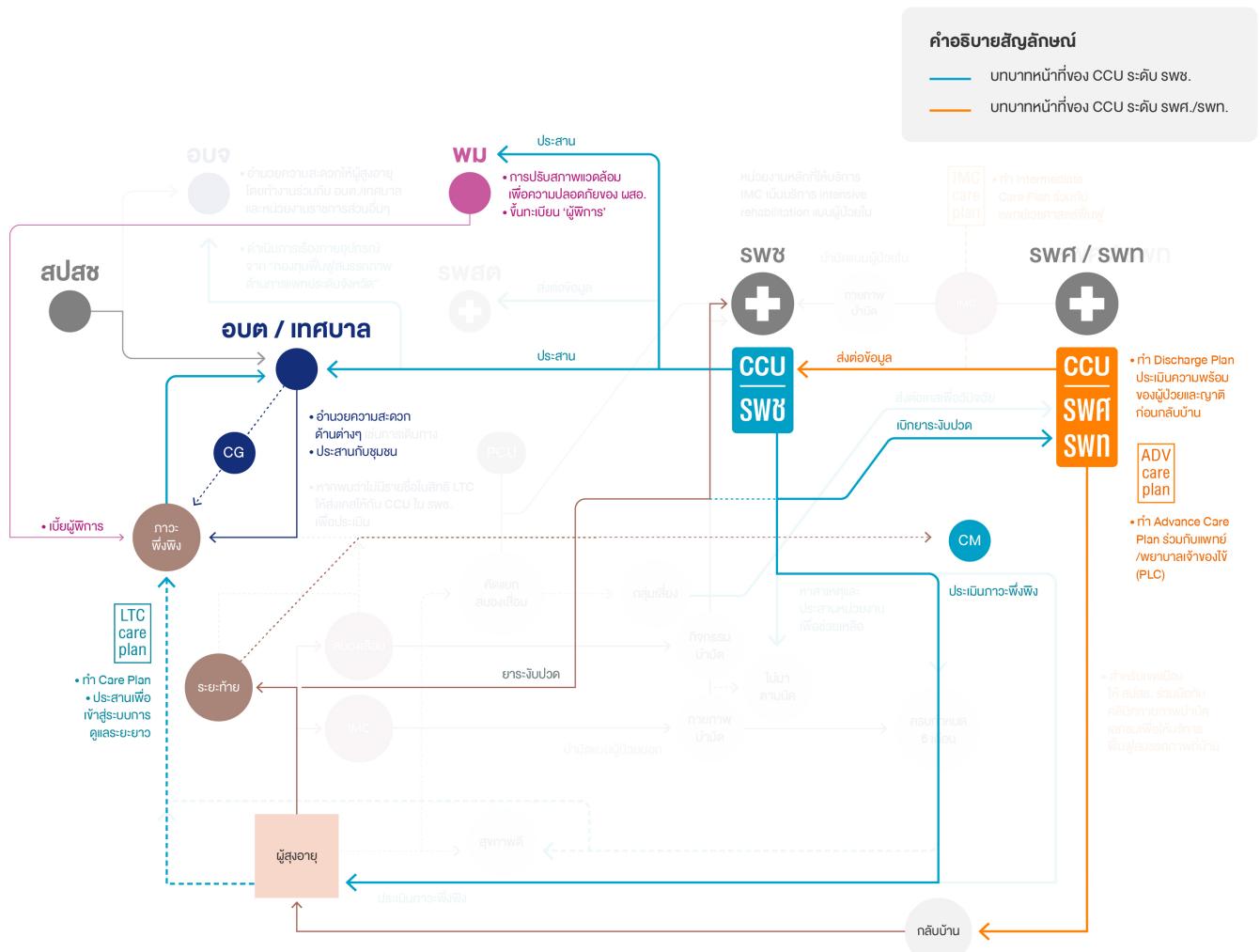
เมื่อแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ให้แพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลเคสร่วมมือกับ CCU ในระดับ รพศ./รพท. เพื่อวางแผนการดูแลแบบ advance care plan ร่วมกับญาติ ก่อนจะน้ำยังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ อสม. คัดกรองเชิงรุก เพื่อหาผู้ป่วยที่น่าจะเริ่มเข้าสู่ระยะท้าย และควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อประสานต่อผ่าน CCU ใน รพช. ไปสู่ CCU ระดับ รพศ. เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพได้ทำ advance care plan สำหรับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกัน

2

CCU ในระดับ รพศ./รพท. ติดต่อประสานเคสและ care plan ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองกับ CCU ในระดับ รพช. ในพื้นที่ของผู้ป่วย จากนั้นให้ CCU ในระดับ รพช. ประสานงานต่อกับผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่น เรื่องการมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

3

CCU ในระดับ รพช. ช่วยประสานงานเรื่องการเบิกยาระงับปวดให้แก่ผู้ป่วยจาก รพศ./รพท.



ภาพประกอบ: บทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานการดูแลในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

ลักษณะโครงสร้างของ หน่วยประสานการดูแล

เนื่องจาก CCU ที่ประจำอยู่ในแต่ละโรงพยาบาลต้องทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น เช่น อบต. อบจ. หรือ พมจ. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตามสิทธิที่พึงได้ CCU จึงควรอยู่ใต้หน่วยงานที่ดูแลเรื่องสาธารณสุขของทั้งจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้หน่วย CCU เข้าไปประจำอยู่ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่อยู่ในระดับ รพช. รพท. และรพศ. ทั้งนี้เพื่อให้การประสานงานระหว่าง CCU ในแต่ละระดับเป็นไปด้วยความราบรื่นยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตี ผู้เข้าร่วมวงหารือเชิงนโยบายเห็นว่า ความมีคุณภาพจากโรงพยาบาลเข้ามาอยู่ใน CCU ทั้งนี้เพื่อให้ CCU เป็นหน่วยที่ประสานงานกับภาคส่วนอื่น และโรงพยาบาลในระดับอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้โดยสะดวก ซ่องทางหนึ่งที่คิดว่า่น่าจะได้ผลดีคือการให้ CCU ในระดับ รพช. ขึ้นกับนายอำเภอ และใช้โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดูแล ทั้งนี้เพราะหากนำหน่วย CCU เข้าไปอยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล ก็อาจมองว่านี่เป็นเพียงอีกหนึ่ง “งานฝาก” ที่ส่งเสริมงานของโรงพยาบาลได้บ้าง แต่ไม่ได้มีความเป็นเจ้าของงานร่วมกัน ผู้ที่ทำงานใน CCU ต้องทำเรื่องนี้เป็นงานหลัก ออกแบบการทำงานของตัวเองได้ และมีการสะท้อนผล (feedback) เพื่อพัฒนางานที่ทำ เมื่อแนวปฏิบัติเรื่องการประสานการดูแลให้ผู้ป่วยลักษณะต่างๆ ชัดเจนขึ้นก็อาจจะกระดับเป็น best practice ได้ ทำให้การบริหารงาน CCU ง่ายขึ้น

ขณะเดียวกัน ผู้เข้าร่วมวงที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน อบจ. เสนอว่า CCU เป็นงานที่ควรเกิดขึ้นในโรงพยาบาลก่อน แต่ต้องเป็นหน่วยที่มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการตัวเอง ยกตัวอย่างเช่น งานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ที่ สปสช. ริเริ่มทำกับ อบจ. ในช่วงแรก เจ้าหน้าที่ อบจ. บางคนรู้สึกว่า เป็นงานฝาก เป็นงานที่ สปสช. อยากทำ ไม่ใช่ อบจ. อยากทำ แต่พอทำไปแล้ว ก็เข้าใจมากขึ้นว่า เกิดประโยชน์กับประชาชนจริง ตอนนี้ อบจ. ก็มองว่าเป็นงานที่ต้องให้ความสำคัญ

จึงอาจต้องใช้เวลาให้หน่วยงานนี้ผังตัวและเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแล โดยอาจมีคนนอกมาเสริม ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องเป็นหน่วยที่ช่วยให้เกิดการบูรณาการการดูแลในพื้นที่เดียวกัน คนที่จะทำหน้าที่สื่อสาร care plan เอง ก็ควรจะอยู่ใน CCU อย่างน้อยในระยะแรก เพื่อไม่ให้ CCU ถูกดูแคลนว่าเป็นเพียงหน่วยประสานงาน

นอกจากนี้ อบจ. เองก็ช่วยสร้างศูนย์อบรมสำหรับ CCU ในแต่ละอำเภอได้ และดึงดูดคนที่สนใจให้เข้ามาทำได้ ทั้งนี้ เพราะคนทำงานใน CCU ต้องไม่เพียง มีความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข แต่ยังต้องเข้าใจธรรมชาติขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการอื่นด้วย เพื่อให้การประสานงานราบรื่น คนที่จะทำงาน ใน CCU จึงต้องลงพื้นที่เพื่อให้เห็นสภาพจริงและเข้าใจบริบท นอกจากนี้ยังต้องรู้จัก คนในพื้นที่ เช่น อบต. และมีช่องทางการติดต่อสื่อสารกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือ ในด้านอื่นตามมาได้อีกมาก หลายท่านเห็นตรงกันว่า หากสามารถนำพยาบาลหรือ บุคคลที่เกี่ยวข้องแล้วมาฝึกอบรมเพิ่มเติมและให้ทำงานตรงจุดนี้ ก็จะทำเป็นงาน ที่สร้างคุณค่าแก่ผู้สูงอายุไปในตัว



ลักษณะบุคลากร ในหน่วยประสานการดูแล

เนื่องจาก CCU เป็นงานที่ต้องมีผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลาและมีทักษะทางวิชาชีพบางอย่าง แนวทางหนึ่งที่ทำได้ คือการให้พยาบาลหรือผู้ปฏิบัติวิชาชีพอื่นที่เกษียณแล้วในพื้นที่ (เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ อปท. และนักจิตวิทยา) กลับมาฝึกอบรมอีกครั้งเพื่อเข้าทำงานใน CCU การทำเช่นนี้ส่งผลดีในสองเรื่อง

- เป็นการตระหนักรถึงศักยภาพของผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่มีคุณค่าช่วยยกระดับศักดิ์ศรีและความเคารพในตัวเองของผู้สูงอายุ
- ช่วยให้จ้างผู้ที่มีทักษะทางวิชาชีพและประสบการณ์อยู่แล้วได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณต่อหัวจำนวนมาก เช่น เพราะเป็นข้าราชการที่ได้รับบำนาญอยู่แล้วหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีเงินเก็บเพื่อการเกษียณเพียงพอแล้วหากเป็นพยาบาลเกษียณ ก็อาจรับหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลเต็มเวลาใน CCU ได้ทีม CCU ในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีจำนวน 3-4 คน โดยแต่ละคนมีความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพแตกต่างกัน โดยหากไม่มีพยาบาลหรือผู้มีทักษะทางวิชาชีพที่เกษียณแล้ว อาจคัดเลือก อสม.ที่มีความตั้งใจและมีผลการปฏิบัติงานดีมาเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อทำงานใน CCU แบบเต็มเวลาได้

คำนวณค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรโดยคร่าว

ค่าตอบแทนประมาณ 10,000 – 15,000 บาท/คน/เดือน โรงพยาบาลละ 3 คน โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวน 899 แห่ง เท่ากับว่าจะมีบุคลากรใน CCU ทั่วประเทศประมาณ 2,697 คน สรุปเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรประมาณ 323.64-485.46 ล้านบาท/ปี หากการจัดตั้งหน่วยงานนี้ช่วยให้การประสานการดูแลผู้สูงอายุคล่องตัวยิ่งขึ้น จนช่วยให้ผลลัพธ์ด้านความอยู่ดีมีสุข (well-being) ของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยดีขึ้นถือว่าเป็นแนวโน้มบวกที่คุ้มค่า อย่างไรก็ต้องค่าใช้จ่ายที่กล่าวมา ยังไม่รวมค่าฝึกอบรมบุคลากร ค่าใช้จ่ายที่เป็นการลงทุน และค่าใช้จ่ายจิปา็ดอื่นๆ เช่น ค่าอินเทอร์เน็ต

ผลกระทบ จากหน่วยประสานการดูแล

ผู้รับบริการ

- มีบุคลากรอยู่ช่วยเหลือให้คำแนะนำเรื่องสิทธิ์ต่างๆ เพื่อจะได้รับสิทธิ์ประโยชน์ที่พึงได้อย่างเต็มที่
- ช่วยติดตามเอกสารนี้ที่ผู้ป่วยไม่มาตามวันนัดเพื่อให้เข้าใจเหตุผลและหาทางเลือกอื่น ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมารับบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น
- ช่วยลดจำนวน contact point ที่ญาติต้องติดต่อประสานงานเพื่อรับสิทธิ์โดย CCU จะต้องเป็นผู้ประสานให้ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็น อปท. พมจ. หรือโรงพยาบาลระดับต่างๆ
- ช่วยเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในกรณี IMC ซึ่งมักจำหน่ายผู้ป่วยออกโดยไม่ได้ทำ IMC plan ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึงพิง CCU จึงอาจช่วยเป็นตัวกลางให้ญาติและผู้ป่วย ได้วางแผนการทำ care plan กับนักกายภาพบำบัด ก่อนจำหน่ายกลับไปยัง รพช. หรือที่บ้านได้

ผู้ให้บริการและหน่วยบริการ

- พยาบาลและนักกายภาพบำบัดมีเวลาไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นเป็นไปอย่างคล่องตัวยิ่งขึ้น
- สามารถช่วยเรื่องการจัดทำ care plan ในกรณี LTC ได้

ญาติผู้ป่วย

- เป็น contact point ให้ญาติหากมีเรื่องปรึกษา
- แนะนำและช่วยประสานงานเรื่องสิทธิ์ในด้านต่างๆ ที่ญาติและผู้ป่วยควรได้รับ เช่น เงินช่วยเหลือค่าเดินทางและการปรับสภาพบ้าน
- ให้คำปรึกษาญาติเรื่องการดูแลก่อนการ discharge จากโรงพยาบาล
- ช่วยบริหารจัดการตารางนัดให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและความต้องการของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งในอนาคตอาจเพิ่มบริการแจ้งเตือนเรื่องการนัดรับบริการทาง SMS เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ทีมจัดทำโครงการจึงเสนอว่า ควรเริ่มดำเนินการโดยใช้พื้นที่นำร่องเพื่อทดลอง ตั้งหน่วยงานดังกล่าว โดยให้นักวิจัยวิเคราะห์ดันทุนทั้งหมด และผลลัพธ์ด้านความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุและผู้ป่วย โดยอาจใช้เทคนิควิจัยเชิงปริมาณ เช่น การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) เพื่อวิเคราะห์ว่านโยบายสร้างผลลัพธ์ด้านความอยู่ดีมีสุขที่ได้ตามเป้าหรือไม่และเป็นผลจากการตั้งหน่วยงาน CCU ขึ้นมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้ยังควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจว่าควรปรับปรุงบทบาทหน้าที่ตรงไหน และเพื่อให้ทราบว่าเหตุผลอะไรที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านความอยู่ดีมีสุขดีขึ้นหรือเปล่า

โดยตัวชี้วัดการบรรลุผลลัพธ์อาจมีได้ดังนี้

- สัดส่วนผู้ป่วย 4 โรคที่ต้องได้รับบริการ IMC มีการระบุแผนพื้นฟูเมื่อจำหน่ายและได้รับบริการ IMC รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพิ่มสูงขึ้น
- จำนวนผู้รับบริการไม่มาตามนัดลดลง
- ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีขึ้น
- พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละเคสมากขึ้น
- ผู้รับบริการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ มากขึ้น เช่นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการการเข้าถึงสิทธิ long-term care
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ advance care plan เพิ่มขึ้น
- การประสานงานในขั้นตอนต่างๆ รวดเร็วขึ้น

