

รายงานการศึกษา

BMA Smart Elder Care กลูกลานอุ่นใจ สูงวัยปลอดภัย ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารมหานครระดับกลาง รุ่นที่ ๒๔

.....

สถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทย

ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อายุ ๖๕ ปีขึ้นไปในการเรียก “ผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทย “ใครคือผู้สูงอายุ?” พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย” ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการสำรวจระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐) พบว่าจำนวนประชากรทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น ๖๗.๖ ล้านคน เป็นชาย ๓๓ ล้านคน และหญิง ๓๔.๖ ล้านคน มีประชากรอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ๑๑.๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ ของประชากรทั้งหมด เป็นชาย ๕.๐๘ ล้านคน (ร้อยละ ๑๕.๔) และหญิง ๖.๒๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๘.๐) เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น ๓ ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปี ขึ้นไป) จะพบว่า ผู้สูงอายุของไทยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ร้อยละ ๕๗.๔ ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ๖ ครั้งที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๓๗ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๖.๘ ของประชากรทั้งประเทศและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙.๔ ร้อยละ ๑๐.๗ ร้อยละ ๑๒.๒ ร้อยละ ๑๔.๙ และร้อยละ ๑๖.๗ ในปี ๒๕๔๕, ๒๕๕๐, ๒๕๕๔, ๒๕๕๗, ๒๕๖๐ ตามลำดับ ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีร้อยละของผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองในกลุ่มอาเซียนคือรองจากประเทศสิงคโปร์ซึ่งมีร้อยละของผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ ๒๐

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สศช. คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged society) คือมีประชากรที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๐ และในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ จะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือมีประชากรที่อายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไปประมาณร้อยละ ๓๐ หมายถึงอีก ๑๘ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ (ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ประมาณ ๒๐ ล้านคน หรือหนึ่งในสามของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรส่งผลต่อรูปแบบและขนาดของครัวเรือน จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า “ครัวผู้เฒ่าสูงวัย” ซึ่งหมายถึงครัวเรือนที่สมาชิกในครัวเรือนอย่างน้อย ๑ คนมีอายุ ๖๐ ปีหรือมากกว่า เพิ่มขึ้นอยู่ร้อยละ ๒๙ ในปี ๒๕๓๙ ไปเป็นร้อยละ ๔๑ ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี ๒๕๖๐ นอกจากนี้ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียวหรือผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจากร้อยละ ๖ และร้อยละ ๑๖ ในปี ๒๕๔๕ ไปเป็น ร้อยละ ๑๑ และร้อยละ ๒๑ ในปี ๒๕๖๐

การเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ทำให้ในปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องการความช่วยเหลือดูแลจากลูกหลานเพื่อจะดำรงชีวิตหรือใช้ชีวิตประจำวันต่อไปได้ เรียกว่าผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในสภาวะที่จำต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ภาวะพึ่งพิงที่ผู้สูงอายุประสบอยู่นี้สามารถแบ่งได้เป็น ๒ มิติ

คือ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรัง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงด้านสังคมจะประเมินจากลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพครอบครัว เช่น ยากจน ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง เป็นต้น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ๑๐ กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได ๑ ชั้น เรียกว่า ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน เพื่อใช้ในการจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุ “กลุ่มติดสังคม” คือผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

๒. ผู้สูงอายุ “กลุ่มติดบ้าน” คือผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนนรวมระหว่าง ๕ - ๑๑ คะแนน

๓. ผู้สูงอายุ “กลุ่มติดเตียง” คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ มีคะแนนรวมระหว่าง ๐ - ๔ คะแนน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้คำนิยาม “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน ซึ่งตามนิยามนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะหมายถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะต้องได้รับการดูแลเพราะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีงานวิจัยประเมินว่าค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้อยู่ระหว่าง ๒๑,๐๐๐ - ๘๑,๐๐๐ บาท (กรณีญาติดูแลเองที่บ้าน) ขึ้นอยู่ระดับการพึ่งพิงผู้อื่นว่ามากหรือน้อยเพียงใด หากเป็นกรณีอยู่สถานบริบาลของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้นอยู่ที่เฉลี่ยเดือนละ ๑๖,๐๐๐ บาท นอกจากนี้ตามรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่าในปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ประมาณ ๔ แสนคน และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นต่อไปอีกตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์นี้ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมากในอนาคต

นอกจากผลของความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะหลอดเลือดตีบ ไชข้ออักเสบ ฯลฯ จะส่งผลให้เกิดการทรุดโทรมของร่างกายตามกาลเวลาจนเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นแล้ว อีกสาเหตุหลักที่เป็นตัวเร่งให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงเร็วยิ่งขึ้นนั่นคือ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง โรคเฉียบพลันหรืออุบัติเหตุ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มสูงถึงปีละ ๑,๖๐๐ คนโดยหนึ่งในสามจะเป็นผู้สูงอายุ การหกล้มในผู้สูงอายุมีอันตรายอย่างมาก การหกล้มในแต่ละครั้งมีโอกาสทำให้กระดูกหักหรือเกิดภาวะเลือดคั่งในสมองได้ และนำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย บางรายเสียชีวิต หรือพิการไม่สามารถกลับมาเดินได้อีกและอาจต้องใช้รถเข็นไปตลอด ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องมีคนดูแลส่งผลให้กลายเป็นกลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มติดเตียงในที่สุด

กรุงเทพมหานครกับผู้สูงอายุ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครตามข้อมูลระบบสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครองอยู่ที่ ๕,๖๗๖,๖๔๘ คน และเป็นผู้สูงอายุจำนวน ๑,๐๒๐,๙๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๘ ของประชากรในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโจทย์ที่ท้าทายที่ทาง ภาครัฐ กรุงเทพมหานคร ภาคเอกชน และประชาชน ทุกภาคส่วนจะต้องเตรียมรับมือกับสังคมสูงอายุ โดยเฉพาะการดำรงชีพหลังการเกษียณเพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งในด้านการทำงาน ความมั่นคงทางรายได้และคุณภาพชีวิต

จากปัญหาดังกล่าว ๑ ใน ๕ นโยบายทันใจของ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร พลตำรวจเอก อัศวิน ขวัญเมือง ซึ่งประกอบไปด้วย

๑. สะอาด (Clean) บ้านเมืองสะอาด การบริหารราชการใสะอาด
๒. สะดวก (Convenient) เดินทางสะดวก ใช้ชีวิตสะดวก ข้อมูลสะดวก
๓. ปลอดภัย (Community) ชีวิตปลอดภัย ทรัพย์สินปลอดภัย ชุมชนและสังคมปลอดภัย
๔. คุณภาพชีวิตดี (Care) ดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน สิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศ
๕. วิถีพอเพียง (Common way of living) ภูมิใจในรากฐานไทย พอใจในความเป็นอยู่

นโยบายข้อที่ ๔ คุณภาพชีวิตดี (Care) สามารถตอบสนองกับปัญหาออกมาเป็นภารกิจ Bangkok special care โดยการดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ด้วยการเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว และความใส่ใจเป็นพิเศษในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และนันทนาการ ซึ่งหน่วยงานนำมาจัดทำเป็นโครงการต่างๆ เช่น สำนักอนามัยจัดทำโครงการ Home Ward โดยใช้กลไกผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องที่บ้าน, การพัฒนาศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน BMA Home Ward Referral Center โดยเชื่อมต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผ่านระบบสารสนเทศระหว่างสำนักอนามัย ศูนย์สาธารณสุขกับสำนักงานแพทย์ และโรงพยาบาลในเครือข่าย สำนักงานแพทย์จัดทำโครงการเปิดช่องทางด่วน Fast track สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

อย่างไรก็ดีการให้บริการที่ผ่านพบว่าหน่วยงานยังขาดนโยบายเฉพาะในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น การเข้าถึง การเคลื่อนย้ายและการปฐมพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มต้องได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามหลักวิชาการ ควรเรียกทีมแพทย์ฉุกเฉินมาประเมินอาการ ไม่ควรเคลื่อนย้ายเอง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในขณะอุ้ม ยก เคลื่อนย้าย เพื่อส่งโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของโครงการ “ลูกหลานอุ่นใจ สูงวัยปลอดภัย” ซึ่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินโดยคาดหวังว่าจะลดความสูญเสียชีวิต พิการหรือทุพพลภาพ และช่วยชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินของผู้สูงอายุในปัจจุบันและแนวโน้มปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของกรุงเทพมหานคร
๒. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุในปัจจุบันของกรุงเทพมหานคร
๓. เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเหลือฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

เป้าหมาย

๑. การลดระยะเวลาในการเข้าถึงผู้สูงอายุเมื่อขอรับบริการฉุกเฉินทางการแพทย์
๒. การเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการได้รับการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ภายในเวลาที่กำหนด
๓. ลดความสูญเสียชีวิต พิการหรือทุพพลภาพ และช่วยชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษาและจัดเก็บข้อมูล

การศึกษาเพื่อจัดทำโครงการควรเริ่มที่การค้นหาข้อมูลจากหน่วยงานของกรุงเทพมหานครที่มีภารกิจดูแลทั้งผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ประสบอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉินวิกฤต และที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงหน่วยงานที่มีความชำนาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและมีระบบฐานข้อมูลแผนที่ของกรุงเทพมหานครเสียก่อน โดยวิธีการศึกษาและจัดเก็บข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

๑. สัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) หัวหน้ากลุ่มงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน หัวหน้ากลุ่มงานมาตรฐานและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักการแพทย์ ผู้อำนวยการกองสารสนเทศภูมิศาสตร์ สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาาระบบบริการพยาบาลแทนผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย

๒. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากศูนย์เอราวัณย้อนหลัง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ โดยคัดกรองให้เหลือเฉพาะกรณีของผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉิน

๓. ศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร สถิติการเจ็บป่วย ตัวอย่างโครงการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔. ศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น รายงานสถานการณ์แพทย์ฉุกเฉิน รายงานของสภาการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นต้น

๕. ศึกษาเทคโนโลยีการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศจากสื่ออินเทอร์เน็ต

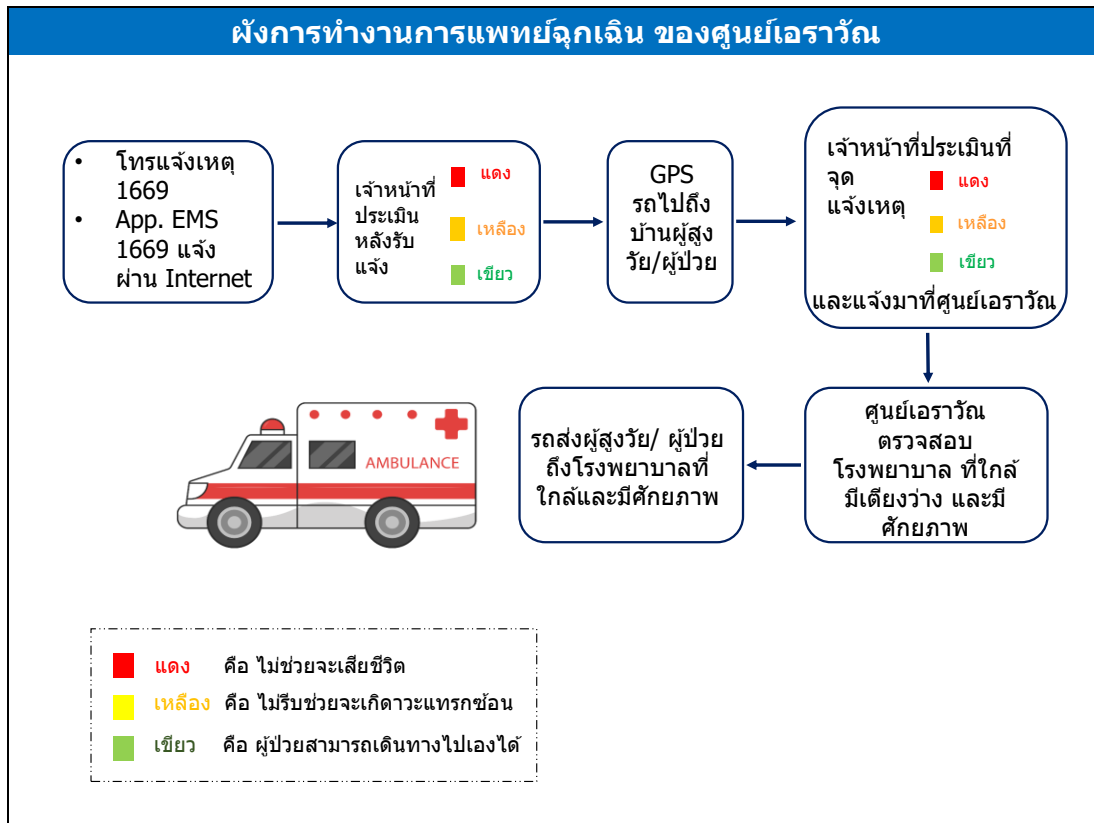
โดยแบ่งกลุ่มเข้าดำเนินการเพื่อให้ทันตามระยะเวลาที่มีจำกัด โดยเฉพาะการสัมภาษณ์โดยตรงเพื่อสอบถามความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ สภาพปัญหาที่ได้รับ อุปสรรคจากการปฏิบัติงาน จากการรวบรวมข้อมูลสามารถวิเคราะห์แล้วสรุปได้ตามหัวข้อและรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษา

สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินกับผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

หน่วยงานที่รับผิดชอบการแพทย์ฉุกเฉินในกรุงเทพมหานคร คือศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จัดตั้งขึ้นตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุ สั่งการ และให้คำปรึกษาแนะนำ ด้านปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และให้บริการสายด่วนทางการแพทย์ เป็นศูนย์กลางประสานงานและพัฒนาเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในสถานการณ์ปกติ และกรณีสาธารณภัย อุบัติเหตุ อุบัติภัย และวินาศกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงภัยจากการก่อการร้าย

จากการสัมภาษณ์เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒ และวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๒ สามารถสรุปขั้นตอนการทำงานในส่วนของการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ ผังการทำงานทางการแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์เอราวัณ

ในส่วนของการรับแจ้งเหตุในศูนย์เอราวัณจะประกอบไปด้วยตำแหน่งและจำนวนบุคลากรดังนี้

๑. ผู้รับแจ้งเหตุและสื่อสาร (Call taker) จำนวน ๖ คน

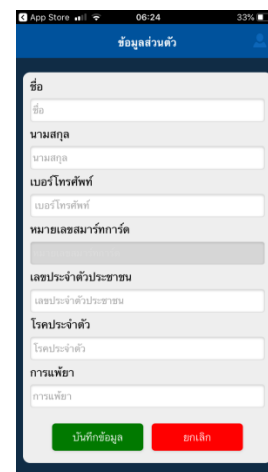
๒. ผู้รับแจ้งเหตุและสั่งการช่วยเหลือ (Emergency Medical Dispatcher) โดยใช้พยาบาลฉุกเฉิน จำนวน ๓ คน

๓. เวชกระระดับสูง (Emergency Medical Technicians-Paramedic : EMT-P) จำนวน ๓ คน

๔. แพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๑ คน

ทั้งนี้รวม ๑๓ คนทำงานหมุนเวียนเป็นเวรๆ ละ ๘ ชั่วโมง ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

นอกจากทางโทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ แล้วยังมีระบบการรับแจ้งเหตุผ่านโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยให้ผู้ต้องการใช้บริการลงทะเบียนไว้เบื้องต้น โดยมีส่วนติดต่อผู้ใช้ (User interface) และฟอร์มกรอกข้อมูลส่วนตัวตัวอย่างตามภาพที่ ๒

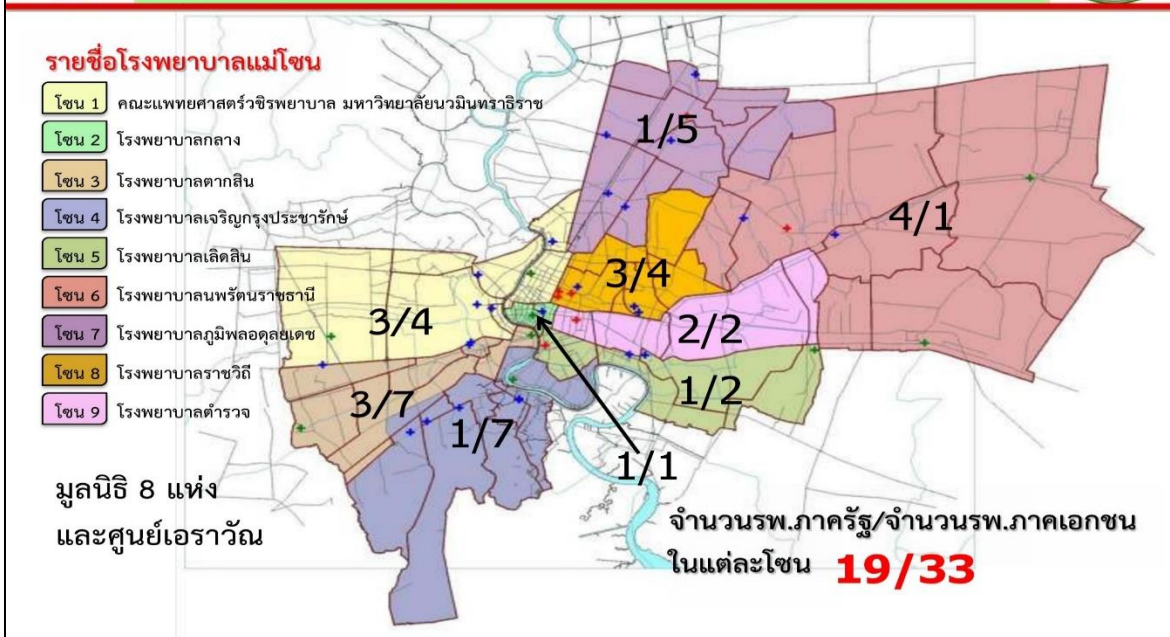


ภาพที่ ๒ ส่วนติดต่อผู้ใช้ของโปรแกรมระบบรับแจ้งเหตุผ่านมือถือของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ในส่วนของการปฏิบัติงานภาคสนาม จะแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการออกเป็น ๙ โซน ครอบคลุมพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร



ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
 สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ๑๖๖๙ หรือ ๑๖๔๖



ภาพที่ ๓ แผนที่หน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของกรุงเทพมหานคร แบ่งตามกลุ่มโซน

จากภาพแผนที่ ๓ ในแต่ละโซนจะมีตัวเลขกำกับอยู่ซึ่งตัวเลขดังกล่าวตัวหน้าจะบอกถึงจำนวนโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภาครัฐ ส่วนตัวเลขหลัง “/” จะแสดงจำนวนจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมในเครือข่ายโดยในแต่ละโซนจะมีชื่อหน่วยบริการ สังกัด ชนิดและจำนวนของรถพยาบาล จำนวนพยาบาลกู้ชีพ และจำนวน EMT-B รายละเอียดตามตารางที่ ๑ เพื่อความเข้าใจคำศัพท์บางคำ จึงขออธิบายความหมายของคำศัพท์ทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ควรทราบเพื่อความเข้าใจในการอ่านรายงานฉบับนี้ไว้พอสังเขปดังนี้

- รถพยาบาลชนิด Advance คือรถปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support unit: ALS) ส่วนรถพยาบาลชนิด Basic คือรถปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (Basic Life Support unit: BLS)

- พยาบาลกู้ชีพเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติเทียบเคียงกับ เวชกรฉุกเฉินระดับสูง (Emergency Medical Technician-Paramedic : EMT-P)

- เวชกรฉุกเฉินระดับสูง (Emergency Medical Technician-Paramedic : EMT-P) ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับสูง มีความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉิน แจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลือ ประเมินสถานการณ์ปฐมพยาบาล จัดการทางเดินหายใจโดยใช้ Oral airway เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สามารถทำ Defibrillation ทั้ง AED และ Manual ใช้อุปกรณ์ตรวจพิเศษและหัตถการในการช่วยชีวิตขั้นสูงได้ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ การให้สารน้ำทางเส้นเลือด ฯลฯ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

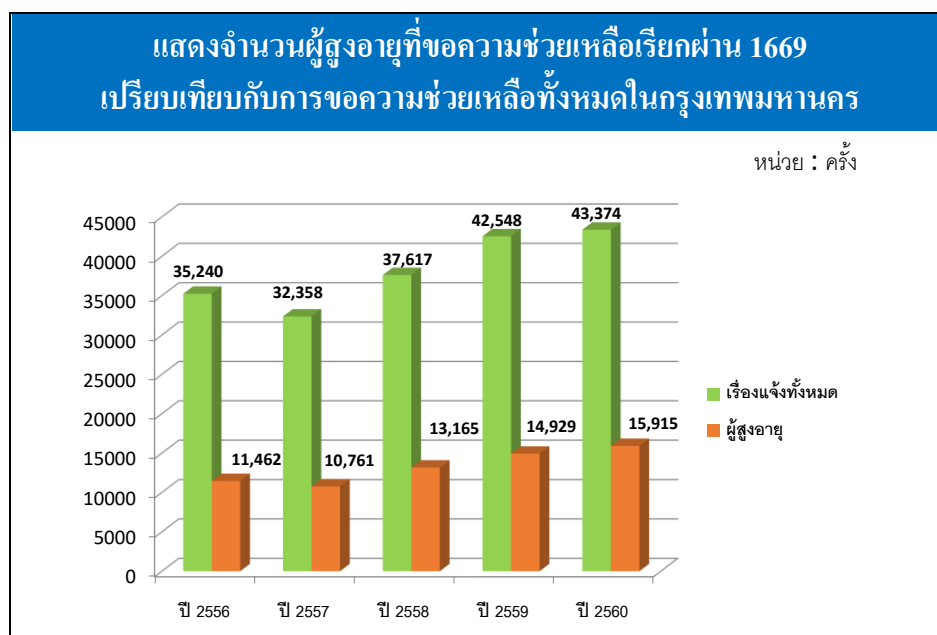
- เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (Emergency Medical Technicians-Basic : EMT-B) ผ่านการอบรมหลักสูตร เวชกรฉุกเฉินระดับต้น มีความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉิน แจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลือ ประเมินสถานการณ์ปฐมพยาบาล จัดการทางเดินหายใจโดยใช้ Oral airway เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วย AED ได้ ฯลฯ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

- ผู้ปฏิบัติการเบื้องต้น (First Responder : FR) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น มีความสามารถในการช่วยเหลือ แจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลือ ประเมินสถานการณ์ ปฐมพยาบาล จัดการทางเดินหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ ฯลฯ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด เช่น กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่มูลนิธิ เป็นต้น

- ผู้รับแจ้งเหตุและสื่อสาร (Call taker) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้รับแจ้งเหตุและสื่อสาร มีความรู้ความสามารถในการสอบถาม ให้คำแนะนำที่ถูกต้องให้ผู้แจ้งเหตุและผู้ที่อยู่ ณ จุดเกิดเหตุ ตามขั้นตอนที่กำหนด รวมถึงสื่อสารกับหน่วยประสานงาน หรือชุดปฏิบัติการได้

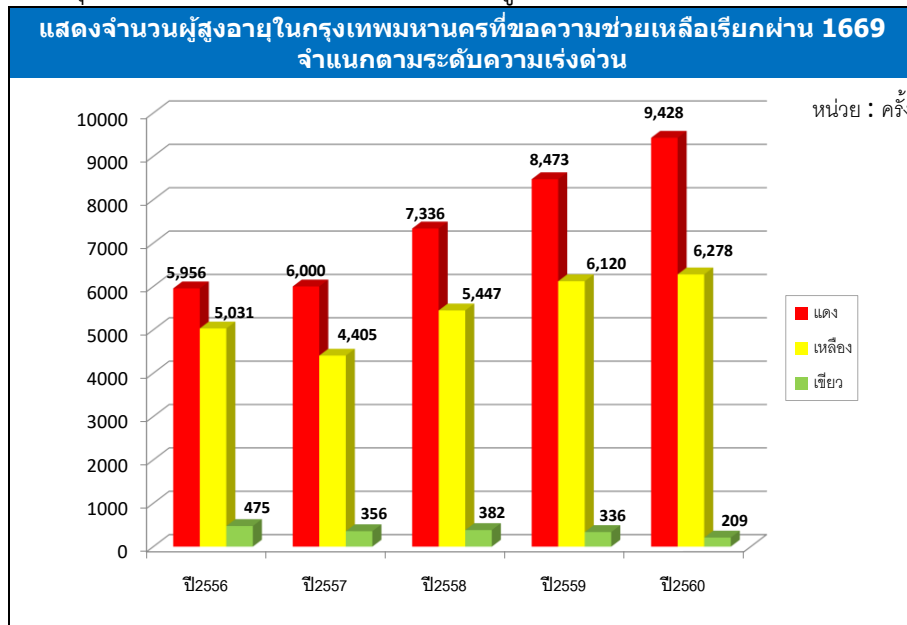
- ผู้รับแจ้งเหตุและสั่งการช่วยเหลือ (Emergency Medical Dispatcher : EMD) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินผู้รับแจ้งเหตุและสั่งการช่วยเหลือ มีความสามารถในการรับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องให้ผู้แจ้งเหตุและผู้ที่อยู่ ณ จุดเกิดเหตุ ตามขั้นตอนที่กำหนด สามารถวิเคราะห์ประเมินจัดการคัดแยกอาการผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่ได้รับแจ้ง และตัดสินใจให้ชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการอย่างเหมาะสมเพียงพอ

กรณีผู้สูงอายุกับศูนย์เฮอร์วีนพบว่าจากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๖๐ สามารถวิเคราะห์หาจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการผ่านศูนย์เฮอร์วีนได้ตามภาพที่ ๕ พบว่าทั้งจำนวนเรื่องการขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี



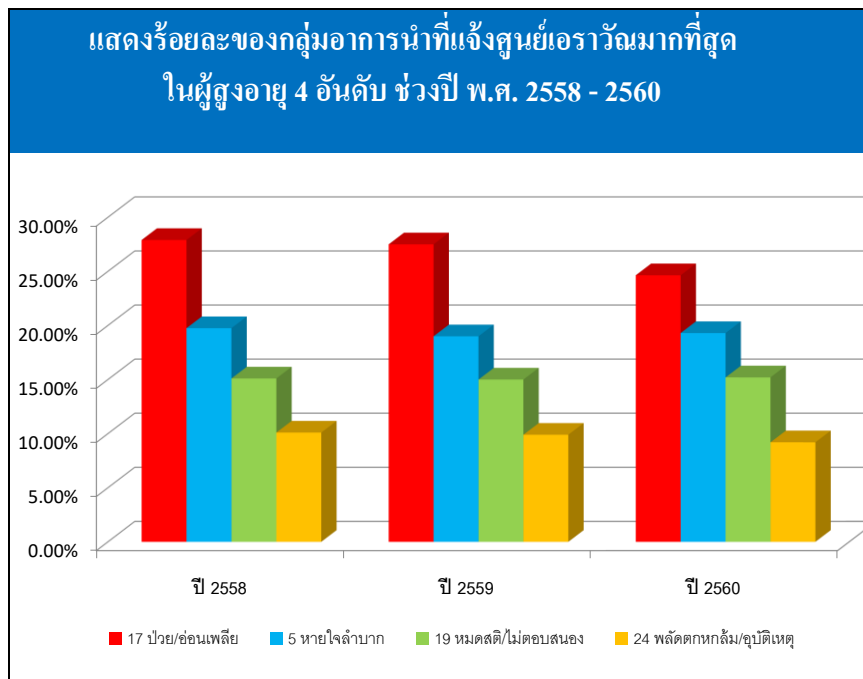
ภาพที่ ๕ จำนวนผู้สูงอายุที่ขอความช่วยเหลือ เปรียบเทียบกับการขอความช่วยเหลือทั้งหมดใน

กรุงเทพมหานครผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ (ศูนย์เอราวัณ)



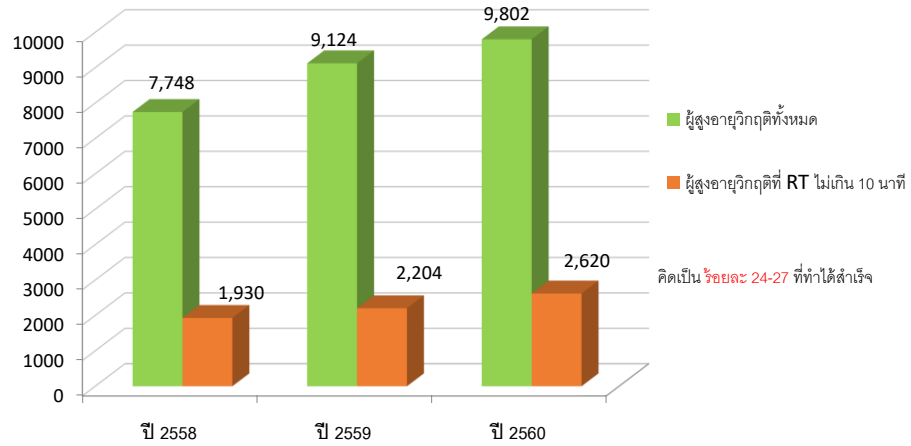
ภาพที่ ๖ จำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ (ศูนย์เอราวัณ) จำแนกตามระดับความเร่งด่วน

ส่วนภาพที่ ๖ แสดงให้เห็นว่าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง)และฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ที่เป็นผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น



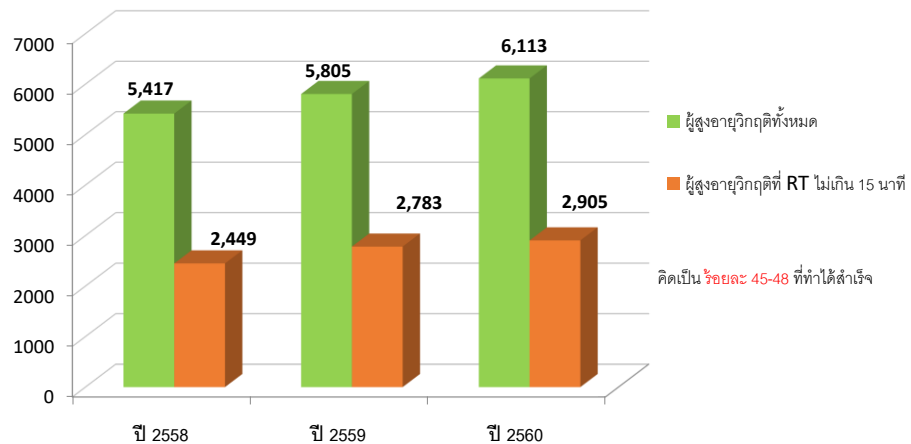
ภาพที่ ๗ ร้อยละของกลุ่มอาการที่แจ้งขอความช่วยเหลือจากศูนย์เอราวัณมากที่สุดของผู้สูงอายุ ๔ อันดับแรก

เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุวิกฤติที่ (Response Time) ไม่เกิน 10 นาที
กับจำนวนผู้สูงอายุวิกฤติที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced) ของศูนย์เอราวัณ ช่วงปี 2558-2560



ภาพที่ ๘ เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุวิกฤติที่ Response Time ไม่เกิน ๑๐ นาที กับจำนวนผู้ป่วยสูงอายุวิกฤติที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced)

เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุวิกฤติที่ (Response Time) ไม่เกิน 10 นาที
กับจำนวนผู้สูงอายุวิกฤติที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินพื้นฐาน (Basic) ของศูนย์เอราวัณ ช่วงปี 2558-2560



ภาพที่ ๙ เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุวิกฤติที่ Response Time ไม่เกิน ๑๕ นาที กับจำนวนผู้ป่วยสูงอายุวิกฤติที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Basic)

ตั้งแต่ภาพที่ ๗ ถึงภาพที่ ๙ แสดงข้อมูลที่วิเคราะห์เฉพาะผู้สูงอายุที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากศูนย์เอราวัณสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการศูนย์เอราวัณมีเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ ถึง ปี ๒๕๕๖๐ เมื่อคิดเป็นร้อยละเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจากศูนย์เอราวัณแล้วในปี ๒๕๕๖ อยู่ที่ ๓๒.๕ และในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ ๓๖.๗

๒. อาการยอดฮิต ๔ กลุ่มนำ ได้แก่ ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจหอบ และพลัดตกหกล้ม ซึ่งทั้งหมดนี้รวมแล้วประมาณ ร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุขอรับบริการจากศูนย์เอราวัณ

๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงแล้วได้รับการบริการภายใน ๑๐ นาที ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ถึง ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๒๔ ถึง ๒๗ ตามภาพที่ ๘ ซึ่งน้อยกว่าตัวชี้วัดของสำนักงานแพทย์กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๔๕ ส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานและได้รับการบริการภายใน ๑๕ นาที ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ถึง ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๔๕ ถึง ๔๘ ตามภาพที่ ๙

จากการค้นคว้าจากเอกสารและบทความวิชาการประกอบการสัมภาษณ์พบว่าสาเหตุที่ทำให้ Response time ในกรณีของผู้สูงอายุมากกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ (Pain-point) คือ

๑. ระยะเวลาที่ใช้ในการถามที่อยู่และซักประวัติ เนื่องจากสาเหตุที่ผู้สูงอายุใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะมาจาก การประสบอุบัติเหตุในบ้าน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ฯลฯ ซึ่งหากผู้แจ้งเหตุก็จะเป็นตัวผู้สูงอายุเองด้วยภาวะสุขภาพอาจมีผลต่อความจำ การรับรู้และเข้าใจ และการได้ยิน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลสำหรับการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน

๒. สภาพการจราจรของกรุงเทพมหานครที่หนาแน่น และสภาพแวดล้อมของที่פקอาศัยอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงผู้เจ็บป่วย

๓. รถปฏิบัติการสำหรับชุดปฏิบัติการระดับสูง (Advance) มีไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่เป็นรถประจำโรงพยาบาล ซึ่งหากจุดเกิดเหตุอยู่ไกลจากจุดจอดมาก ทำให้ไม่สามารถทำเวลาได้ตามที่กำหนด

๔. พนักงานขับรถปฏิบัติการสำหรับชุดปฏิบัติการระดับสูง (Advance) ไม่คุ้นชินเส้นทางและสภาพการจราจรเมื่อเปรียบเทียบกับชุดปฏิบัติการเบื้องต้นที่อยู่ในพื้นที่ (FR)

นอกจาก Response time แล้ว ทางศูนย์เอราวัณได้ให้ข้อมูลเสริมด้วยว่า การพบเหตุ (Detection) ก็สำคัญเพราะเป็นช่วงระยะเวลาที่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉิน และทำการตัดสินใจแจ้งเหตุไปที่หมายเลข ๑๖๖๙ เพื่อขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ แต่การนับระยะเวลาดังกล่าวไม่สามารถนับได้อย่างถูกต้องเนื่องจากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะในรายของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง สมาชิกในบ้านไม่อยู่ ทำให้ไม่สามารถรู้ได้ว่าเกิดเหตุมานานเท่าใดแล้ว

การดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องที่บ้าน

ในปี ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนประมาณ ๖.๓๙ ล้านคน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ ๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๗๙ และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคมประมาณ ๑.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๑ จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเคลื่อนย้ายเพื่อเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลค่อนข้างยากลำบาก ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ นอกจากนี้การพักรักษาในโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายสูง

กลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะนอกจากจะสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาว (Long term care) ของรัฐบาลที่ใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐานหลักแล้ว ยังช่วยลดปัญหาความแออัดจากผู้ป่วยล้นเตียงในโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องที่บ้านสามารถแบ่งได้เป็น

๑. การเยี่ยมบ้าน Home visit เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของครอบครัวโดยเยี่ยมปีละ ๑ ครั้ง

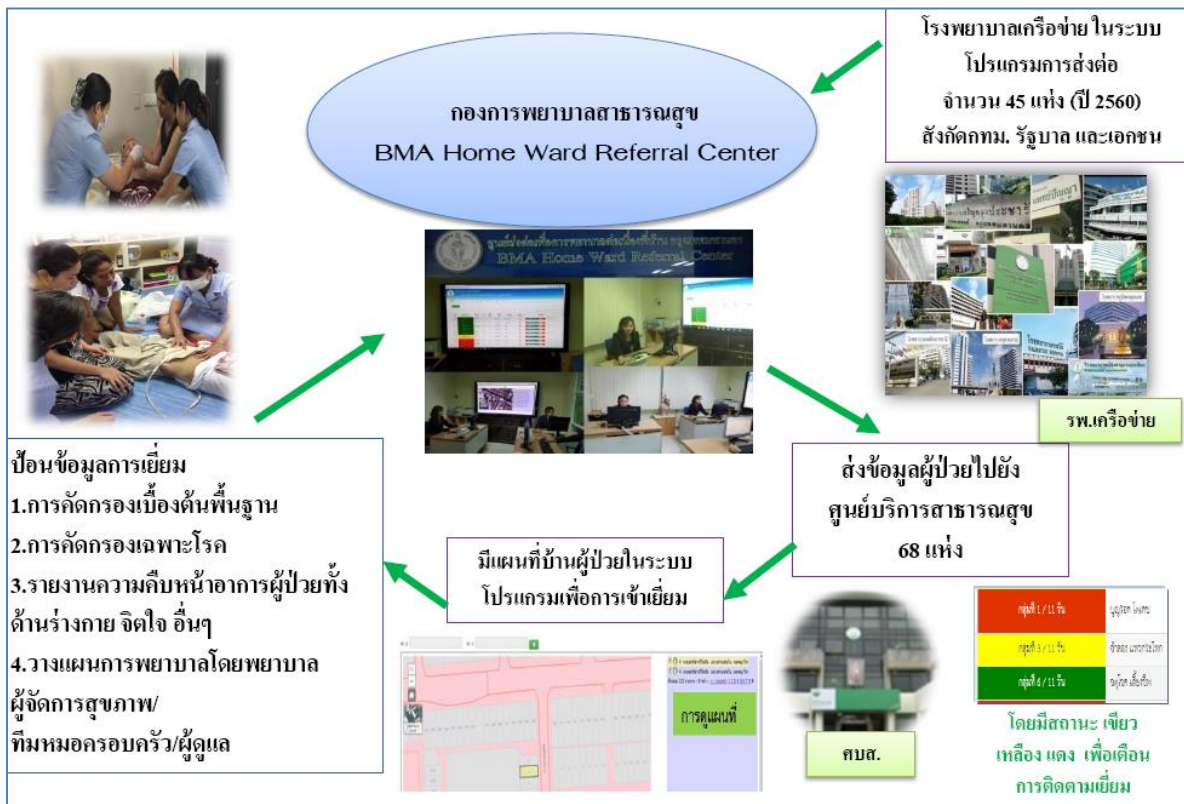
๒. การดูแลสุขภาพที่บ้าน Home Health Care คือการจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านโดยใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล มีทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุน แนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพและอนามัย และเยี่ยมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลตามกลุ่มโรคต่างๆ ที่มีอาการไม่ซับซ้อน ตามเกณฑ์การเยี่ยมที่กำหนดรายโรค

๓. การดูแลแบบ Home Ward เป็นการดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล อย่างครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุนผู้ป่วยอาจมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์-อัมพาต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องของ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นั้นอยู่บนแนวคิดการพยาบาลที่บ้านดุจโรงพยาบาล (Hospital in home) ใช้รูปแบบการดูแลด้วยการดูแลแบบ Home Health Care (HHC) ซึ่งให้พยาบาลประจำศูนย์ฯออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วย/ติดบ้านติดเตียงที่บ้านเดือนละครั้งหรือตามเกณฑ์การเยี่ยมที่กำหนดรายโรค และ การดูแลแบบ Home ward ใช้ผู้ดูแลที่สามารถเป็นผู้ช่วยเหลืองานพยาบาล (Caregiver) คอยเยี่ยมบ้านและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และส่งบันทึกประเมินอาการเปลี่ยนแปลงให้พยาบาลเดือนละ ๑ ครั้งเมื่อพบความผิดปกติ

นอกจากนี้ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาระบบการให้บริการในเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย นั่นคือระบบ BMA Home Ward Referral โดยมีการจัดตั้งศูนย์ BMA Home Ward Referral Center เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องได้รับการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านทั้งในระบบ HHC และระบบ Home ward ส่งต่อมายังศูนย์

ส่งต่อฯ ซึ่งตั้งอยู่ที่กองการพยาบาลสาธารณสุขในระบบออนไลน์โดยศูนย์ส่งต่อฯ จะได้รับข้อมูลในทันที และดำเนินการตรวจสอบข้อมูล คัดแยกผู้ป่วยทั้ง ๖ กลุ่ม ในทุกสิทธิ ทุกรายได้โรงพยาบาลประสงค์จะให้โรงพยาบาลต่อเนื่อง ที่บ้าน จากนั้น จะส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนที่บ้าน (ในส่วนของแผนที่ได้รับความช่วยเหลือให้ใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System, GIS) แผนที่มาตราส่วน ๑ ต่อ ๔,๐๐๐ จากสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล)ผ่านระบบออนไลน์ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ตามพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังที่แสดงผังการดำเนินการตามภาพที่ ๑๐



ภาพที่ ๑๐ ผังการดำเนินการของระบบ BMA Home Ward Referral

ที่มา : นโยบายระบบการพยาบาลที่บ้านดุจโรงพยาบาล (Hospital in Home) นางสาวฉวีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักรงนวมัย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กองการพยาบาลสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒ พบว่าปัจจุบันมีข้อมูลผู้ป่วยและผู้สูงอายุอยู่ในระบบ BMA Home Ward Referral รวมทั้งสิ้น ๖๙,๓๐๘ คน รายละเอียดตามตารางที่ ๓ จากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบว่า การดูแลแบบ HHC มีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการให้บริการที่ไม่เต็มประสิทธิภาพ เช่น ถ้าในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก จำนวนพยาบาลจำกัดไม่สามารถติดตามเยี่ยมได้ทันเวลา หรือการติดตามเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงเมื่ออาการผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือมีภาวะแทรกซ้อนอาจไม่สามารถดูแลได้ทันหรือต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับระบบ Home ward ซึ่งมี Caregiver ดูแลด้วยอัตราส่วน Caregiver ต่อผู้ป่วย/ผู้สูงอายุอยู่ที่ ๑:๑๐ และคอยประเมินสุขภาพต่อเนื่องทุกสัปดาห์และจะรับรายงานพยาบาลผู้จัดการเมื่อสังเกตพบความผิดปกติ

ตารางที่ ๓ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในระบบ BMA Home Ward Referral

กลุ่ม	HHC			Home Ward มีผู้ดูแล ๒,๙๐๒ คน		
	คงที่	ดีขึ้น	ทรุดลง	คงที่	ดีขึ้น	ทรุดลง
๖๐ปี ขึ้นไป	๓๓,๒๘๕	๒,๘๔๔	๓๙๑	๑๕,๐๐๓	๔๒๙	๑๕,๕๗๑
ต่ำกว่า ๖๐ปี	๑๓,๙๓๔	๑,๙๒๕	๑๓๐	๑,๑๗๙	๓๙	๑,๒๒๘
รวม	๔๗,๒๑๙	๔,๗๖๙	๕๒๑	๑๖,๑๘๒	๔๖๘	๑๖,๗๙๙
๖๙,๓๐๘						

ผู้ป่วย HHC คือ ผู้ป่วยที่มีพยาบาล ดูแลพร้อมญาติ

ผู้ป่วย Home Ward คือ ผู้ป่วยที่มีพยาบาลผู้จัดการ ดูแลพร้อมกับผู้ดูแล Caregiver

ที่มา : ข้อมูลการสัมภาษณ์ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒

จากการค้นคว้าประกอบการสัมภาษณ์พบว่าสิ่งที่กองการพยาบาลสาธารณสุขต้องการจะพัฒนาต่อ หรือที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ คือ

๑. ระบบฐานข้อมูลร่วมที่เชื่อมกับทะเบียนราษฎรและหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ซึ่งแม้ผู้ป่วยจะย้ายถิ่นก็สามารถติดตามได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไร

๒. การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่สามารถเป็นผู้ช่วยเหลืองานพยาบาล (Caregiver) ในกรณีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ติดเตียงควรที่จะเพิ่มเป็นอัตราส่วน ๑:๕ และการสร้าง Application สำหรับ Caregiver ในการนำเข้าข้อมูลผู้ป่วย

๓. การขยายภาคีเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๔. ขาดบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในหน่วยงานและงบประมาณในการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์

ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา

จากการวิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา จะเห็นว่าแนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ ในอีก ๒ ปีข้างหน้า ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงย่อมจะมากขึ้น ขณะเดียวกันการแจ้งขอความช่วยเหลือฉุกเฉินไปที่ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) ร้อยละ ๓๖ % ของผู้ประสบเหตุทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปีตามสถานการณ์ปัจจุบัน

ระยะเวลาในการเข้าช่วยเหลือ (Response Time) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มโอกาสที่จะลดความสูญเสีย อันส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการ ซึ่งงานวิจัยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า Response time ที่เกินค่ามาตรฐานไปทุก ๑ นาทีต่อปี จะก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นตัวเงินประมาณ ๑,๖๓๔.๒๘๙ ล้านบาท โดยในปัจจุบันกำหนด Response Time ในการเข้าช่วยเหลือภายใน ๑๐ นาที ซึ่งร้อยละของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่แจ้งขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง และได้รับความช่วยเหลือภายในกำหนดเวลายังน้อยกว่าเป้าหมาย

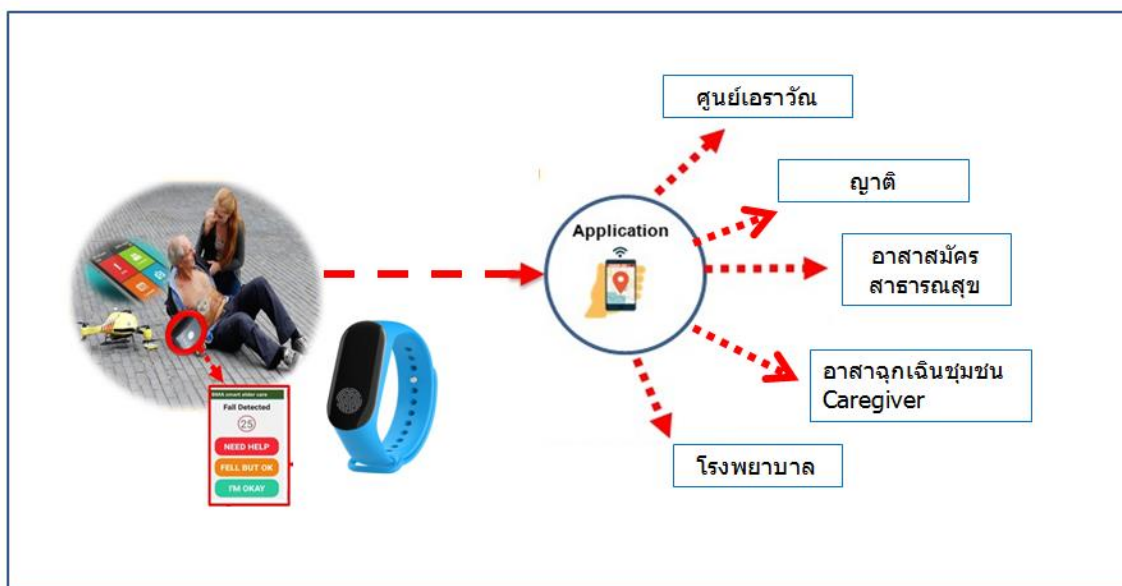
ผู้ให้บริการฝึกอบรมจึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ เพื่อต่อยอดกระบวนการเดิม ด้วยแนวคิด “รู้เร็ว รับเร็ว และรอดเร็ว” ภายใต้โครงการ BMA Smart Elder Care "ลูกหลานอุ่นใจ สูงวัยปลอดภัย" ดังนี้

X	+	Y	=	Z
กระบวนการเดิม		ต่อยอดกระบวนการเดิมด้วย แนวคิด - รู้เร็ว - รับเร็ว - รอดเร็ว		เป้าหมายที่คาดหวัง ความสำเร็จในการเข้าช่วยเหลือ ภายใน ๑๐ นาที เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๐ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

๑. รู้เร็ว

แนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สามารถรับรู้และพบเหตุ (Detection) การประสบเหตุฉุกเฉินของผู้สูงอายุพร้อมกันอย่างรวดเร็ว และเข้าช่วยเหลือได้ทันเวลา โดยเฉพาะการรับรู้การประสบเหตุของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง สมาชิกในบ้านไม่อยู่ ซึ่งการรับรู้ที่ช้าอาจทำให้เกิดการสูญเสีย พิการ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้

แนวทาง : ด้วยการพัฒนาระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น ด้วยการใช้อุปกรณ์ Smart Device ที่มีเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตในทุกสิ่ง (Internet of Things, IoT) เช่น สายรัดข้อมือเพื่อสุขภาพและแจ้งเหตุฉุกเฉิน (Wristband) เป็นอุปกรณ์ติดตัวผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อประสบเหตุจะต่อเชื่อมระบบความช่วยเหลือผ่าน Application และส่งตรงไปที่เครือข่ายความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องได้แก่ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาฉุกเฉินชุมชน (Caregiver) และโรงพยาบาลเครือข่ายที่ใกล้ ได้รับรู้พร้อมกันในพื้นที่ ตามภาพที่ ๑๑



ภาพที่ ๑๑ ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วย Wristband

การดำเนินงาน

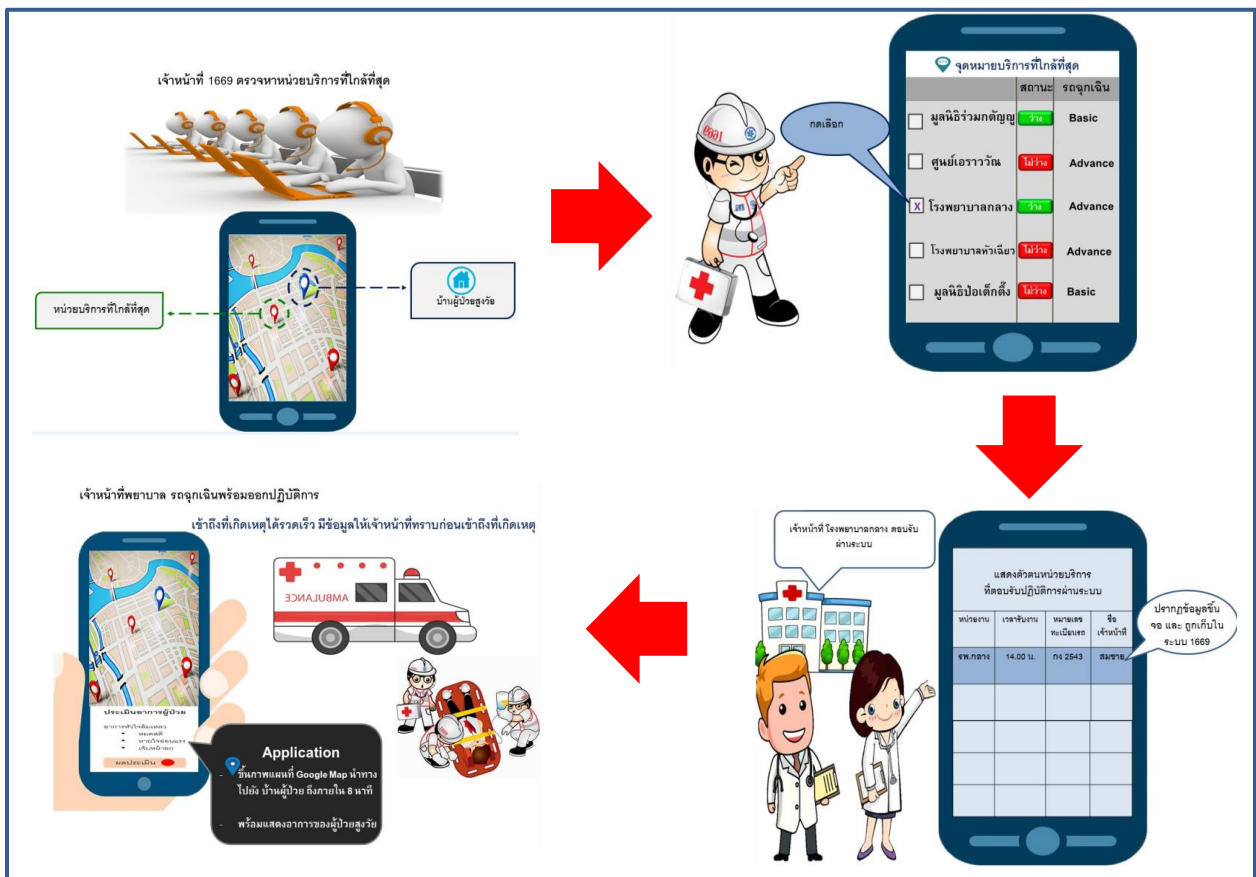
๑) จัดทำระบบเชื่อมต่อผ่าน Application ที่เชื่อมต่อระหว่าง Smart device และเครือข่ายความช่วยเหลือ

๒) ลงทะเบียนผู้สูงอายุเข้าสู่โครงการ BMA Smart Elder Care เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) และการดูแลต่อที่บ้าน(สำนักอนามัย)

๒. รับแจ้ง

แนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการรพพยาบาลช่วยเหลือฉุกเฉิน รู้ตำแหน่งที่เกิดเหตุสามารถเข้าถึงและช่วยเหลือผู้สูงวัย ได้อย่างรวดเร็วและไม่ซ้ำซ้อน

แนวทาง : มีระบบค้นหาและนำทางสำหรับหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉิน เพื่อช่วยศูนย์ในการประเมินสถานการณ์ และค้นหาโรงพยาบาลช่วยเหลือฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ที่มีสถานะพร้อมรับงานได้ และในทางกลับกัน ระบบสามารถให้รพพยาบาลช่วยเหลือฉุกเฉิน และโรงพยาบาลเครือข่ายที่ใกล้ที่สุด ที่รับบริการแจ้งเหตุฉุกเฉิน กดตอบรับงานเพื่อเข้าช่วยเหลือได้ผ่านระบบ ซึ่งระบบจะแสดงสถานะการรับงานและสถานะการช่วยเหลือในปัจจุบัน เพื่อลดการแจ้งรับและการช่วยเหลือที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ระบบจะแสดงแผนที่ของสถานที่แจ้งเหตุ และโรงพยาบาลเพื่อช่วยนำทางเข้าช่วยเหลือและส่งยังโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ตามภาพที่ ๑๒



ภาพที่ ๑๒ ระบบค้นหาและนำทางสำหรับหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉิน

การดำเนินงาน

๑) จัดทำระบบค้นหาและนำทางสำหรับหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงพัฒนาการลงทะเบียนสำหรับ อาสาฉุกเฉินชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข Caregiver รถพยาบาลฉุกเฉินของศูนย์เอราวัณมูลนิธิ และโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้สามารถระบุตัวตนในการรับงานในระบบ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ประสบภัย และทำให้เกิดการประสานงาน การแจ้งเหตุ การเข้าช่วยเหลือ และนำทางได้อย่างรวดเร็ว

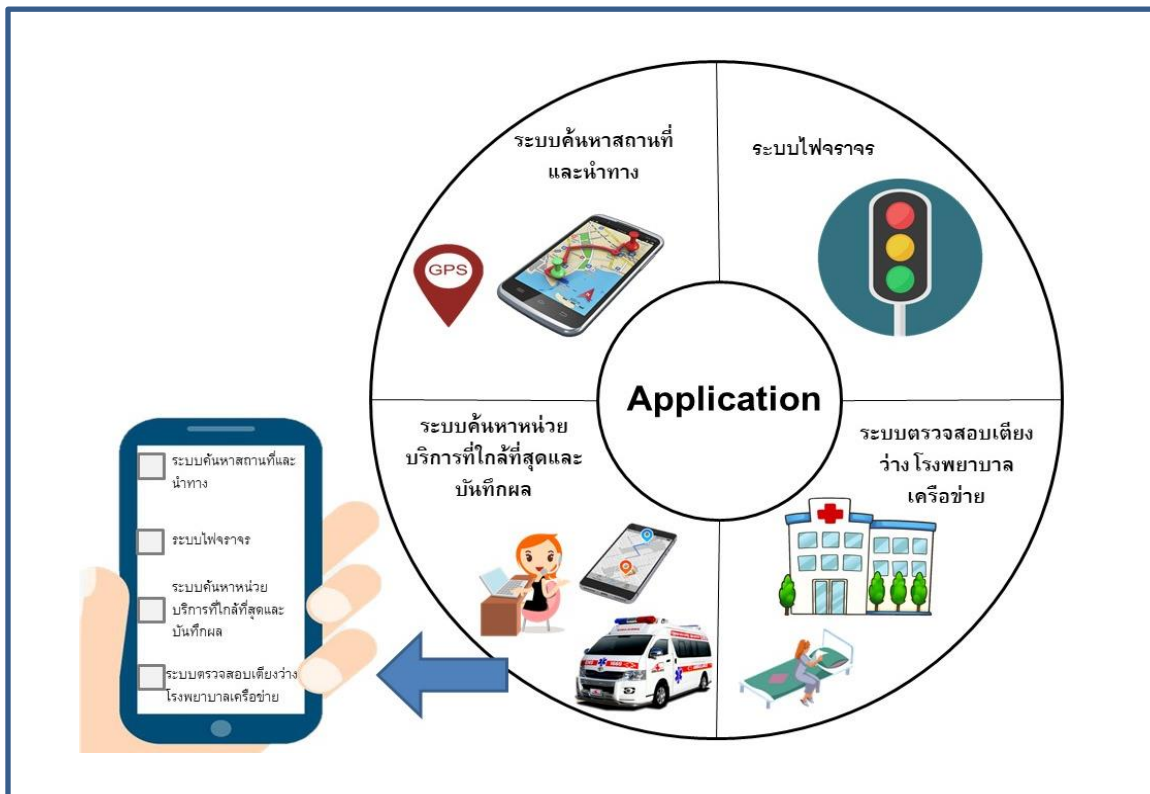
๒) เพิ่มรถปฏิบัติการสำหรับชุดปฏิบัติการระดับสูง (Advance) ซึ่งปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถรองรับจำนวนผู้สูงวัยที่ประสบภัยที่จะเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต

๓. รวดเร็ว

แนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงวัยที่ประสบภัยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ผ่านเครือข่ายความช่วยเหลือแบบบูรณาการ ทั้งระหว่างเกิดเหตุ และหลังจากเกิดเหตุ

แนวทาง :

๑) บูรณาการระบบความช่วยเหลือต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ระบบค้นหาหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินและบันทึกผล ระบบไฟจราจร ระบบค้นหาสถานที่และนำทาง และระบบตรวจสอบเตียงว่างโรงพยาบาลเครือข่าย โดยกำหนดหน่วยงานเป็นศูนย์กลางในการดูแล ตรวจสอบการทำงาน ติดตามการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เพื่อความเชื่อมั่นในระบบความช่วยเหลือ ของโครงการ BMA Smart Elder Care ตามภาพที่ ๑๓



ภาพที่ ๑๓ บูรณาการระบบความช่วยเหลือผ่าน Application

๒) มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อพ้นวิกฤตออกจากโรงพยาบาลแล้วควรเข้าสู่การฟื้นฟูบำบัดด้วยระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องทั้งในรูปแบบ Home Health Care และระบบ Home ward ของสำนักงานมัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ กลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับชีวิตก่อนจะประสบเหตุ ผู้สูงอายุเองจะรอดจากความพิการ ทูพพลภาพ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนครอบครัวก็จะรอดจากการสูญเสียกำลังกาย กำลังทรัพย์และเวลาที่จะต้องใช้ไปกับการดูแลผู้สูงอายุหากพิการหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องนี้ควรจะเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบบริการทางแพทย์ฉุกเฉินด้วยเพื่อนำไปสร้างฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินประจำ หรือผู้สูงอายุที่พิการ ติดเตียง หรืออยู่ตามลำพังต่อไป

การดำเนินงาน

๑) จัดตั้ง Elderly service center (ศูนย์บริการผู้สูงอายุจุดเดียวเบ็ดเสร็จ) เพื่อบูรณาการความช่วยเหลือทั้ง ๔ ระบบ ผ่าน Application "Smart Elder Care" ภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) โดยทำหน้าที่ควบคุม ประสานงาน และพัฒนา Application โดยมีการทำงานของ ๔ ระบบ ดังนี้

- ระบบค้นหาหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินและบันทึกผล : ระบบจะค้นหาตำแหน่งจุดแจ้งเหตุ กับหน่วยปฏิบัติการรถพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และมีสถานะว่างพร้อมรับงาน เพื่อให้ศูนย์ประสานเข้าช่วยเหลือ ขณะเดียวกันหน่วยปฏิบัติการรถพยาบาล สามารถรับงานในระบบได้ทันที เมื่อได้รับแจ้งเหตุผ่าน Application โดยไม่ต้องรอกการประสานงานจากศูนย์เพื่อความรวดเร็ว ซึ่งระบบจะทำการบันทึกผล เพื่อแสดงตัวตนของผู้รับงาน

- ระบบไฟจราจร : ระบบจะอำนวยความสะดวก โดยเปิดทางให้หน่วยปฏิบัติการรถพยาบาล เข้าถึงจุดเกิดเหตุได้เร็วที่สุด โดยไม่ติดรอไฟแดง และมีตำรวจจราจรในพื้นที่คอยให้ความช่วยเหลือ

- ระบบตรวจสอบเตียงว่างโรงพยาบาลเครือข่าย : ระบบจะค้นหาโรงพยาบาลเครือข่ายที่ใกล้จุดเกิดเหตุ และมีสถานะ "เตียงว่าง" ตามจำนวนผู้ประสบเหตุ โดยแสดงผลผ่านมือถือของหน่วยปฏิบัติการรถพยาบาลที่ก่ดรับงาน

- ระบบค้นหาสถานที่และนำทาง : เมื่อหน่วยปฏิบัติการรถพยาบาลก่ดรับงาน จะปรากฏแผนที่นำทางไปจุดเกิดเหตุภายใน ๘ นาที และแสดงโรงพยาบาลที่ใกล้และมีเตียงว่าง พร้อมแผนที่นำทางเพื่อส่งต่อผู้ป่วยสูงวัยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัย

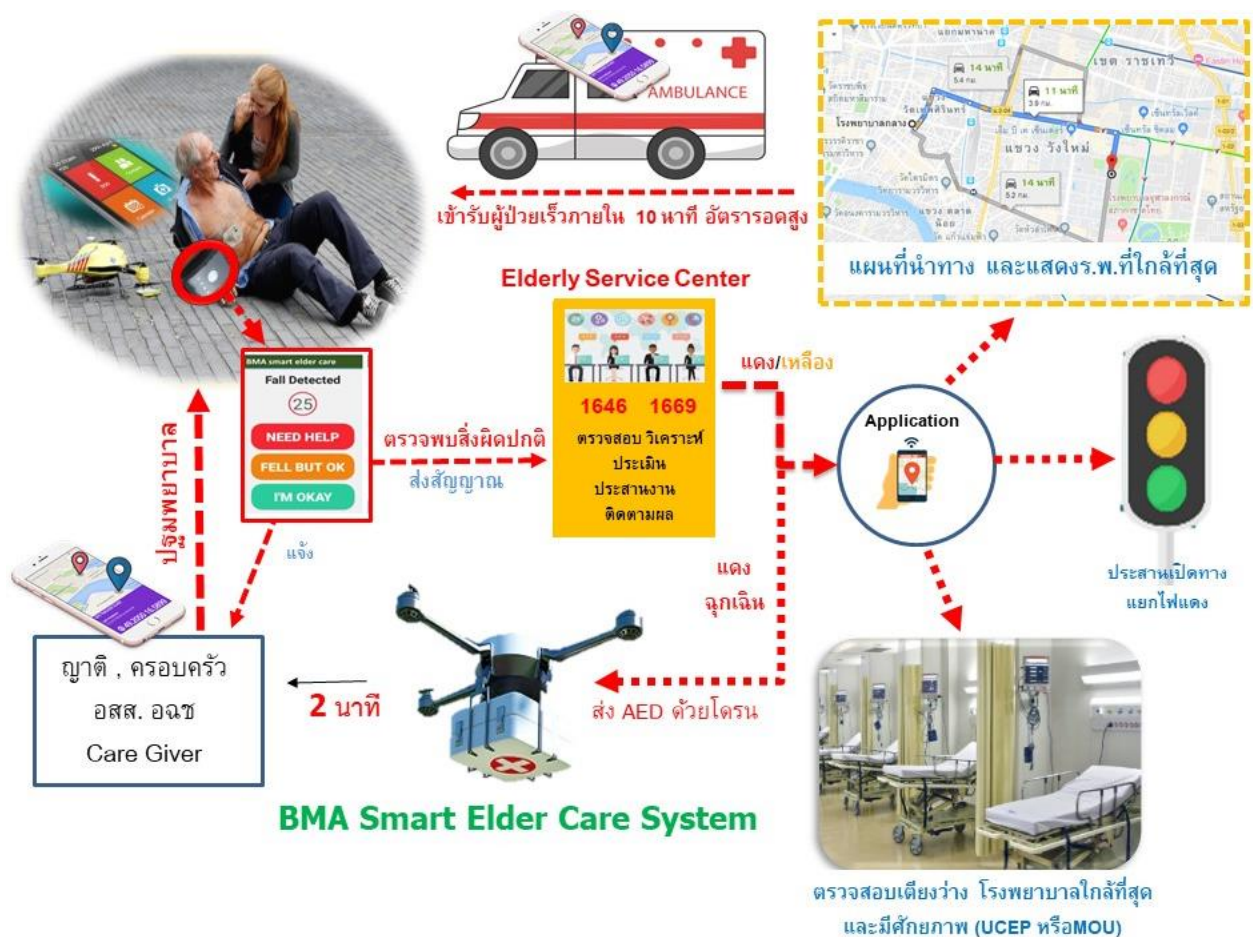
๒) สร้างเครือข่าย จัดทำ MOU กับโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเพื่อลดปัญหาเตียงไม่ว่าง โดยกำหนดให้ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต โดยเฉพาะเขตที่ไม่มีโรงพยาบาลที่สังกัด กทม.

๓) สร้างบุคลากรที่มีศักยภาพและมีความรู้ในการช่วยชีวิต ในระดับผู้ปฏิบัติการเบื้องต้น (First Responder : FR) เพื่อทำหน้าที่ อาสาฉุกเฉินชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และ Caregiver ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละชุมชน ซึ่งการเพิ่มบุคลากรเหล่านี้ในแต่ละชุมชน จะเป็นการช่วยให้เกิดการรับรู้และเข้าถึงที่รวดเร็วในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยภายในชุมชน สามารถช่วยประเมินอาการให้ศูนย์เอราวัณ และสามารถช่วยชีวิตในเบื้องต้น รวมถึงติดตามเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงหลังจากการช่วยเหลือเมื่ออาการผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤต

๔) กำหนดนโยบายเฉพาะในเรื่องของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น การเข้าถึง การเคลื่อนย้ายและการปฐมพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มต้องได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและ ถูกต้องตามหลักวิชาการ

๕) การติดตั้งและควบคุมอากาศยานไร้คนขับ (Drone) ตามสำนักงานเขตในการลำเลียงยาหรือ อุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED) ในกรณี ฉุกเฉินวิกฤตและพื้นที่เข้าถึงได้ยาก โดยเมื่อศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) ได้รับ แจ้งจากเจ้าหน้าที่อาสาฉุกเฉินชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือ Caregiver ที่อยู่ ณ จุดเกิดเหตุ และ ประเมินว่าเป็นเหตุฉุกเฉินวิกฤต หน่วยงานที่ดูแลภายใต้ศูนย์เอราวัณจะสั่งการให้ส่ง Drone บรรทุก AED เข้า ช่วยเหลือได้ในทันที อย่างไรก็ตามการใช้ Drone ปฏิบัติการในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังอยู่ในขั้นตอนที่เป็นแนวคิดอยู่ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดและข้อห้ามทางกฎหมายอยู่

จากแนวทางการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ด้วยแนวคิด รู้เร็ว รับเร็ว รอดเร็วของโครงการ BMA Smart Elder Care "ลูกหลานอุ่นใจ สูงวัยปลอดภัย" ตามที่ได้กล่าวมาทั้งหมดสามารถนำเสนอเป็นผังการดำเนินงานตามภาพที่ ๑๔ และแยกย่อยเป็นกิจกรรมหรือแผนดำเนินการ (Action Plan) ได้ดังตารางที่ ๔



ภาพที่ ๑๔ สรุปแนวทางการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ด้วยแนวคิด รู้เร็ว รับเร็ว รอดเร็ว ของโครงการ BMA Smart Elder Care "ลูกหลานอุ่นใจ สูงวัยปลอดภัย"

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. Elderly service center (ศูนย์บริการผู้สูงอายุจุดเดียวเบ็ดเสร็จ) ที่มีระบบทะเบียนและฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินประจำ หรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรืออยู่ลำพัง มีระบบภูมิสารสนเทศหรือข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และมีระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้สูงอายุกลับมารักษาตัวที่บ้าน ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบการแจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน การรายงาน และการปฏิบัติการในที่เกิดเหตุจนถึงนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและทันเวลา

๒. การนำนวัตกรรมเทคโนโลยี Internet of Things (IoT) กับอุปกรณ์สวมใส่ติดตัวหรือโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ในการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพหรือการแจ้งเหตุฉุกเฉินอัตโนมัติ รวมถึงการประยุกต์ใช้อากาศยานไร้คนขับ (Drone) ในการลำเลียงยาหรืออุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED) ไปในที่ๆ ความช่วยเหลือเข้าถึงได้ยาก เป็นต้น จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผนและเตรียมความพร้อมในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

๓. ระบบคลังฐานข้อมูลและประมวลผลออนไลน์ (Cloud Computing) จะช่วยให้สามารถบูรณาการโอนถ่ายข้อมูลไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุข เป็นต้น ทำให้สามารถวิเคราะห์สถานะคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าไปดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทัน่วงที

๔. ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการฉุกเฉินในผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น รวมทั้งสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเวลา และถูกช่องทาง

๕. ผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินจะได้รับการช่วยเหลืออย่างทัน่วงที และได้รับการดูแล ตรวจสอบและรักษาจากระบบการบริหารงานการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน รวมถึงในยามปกติผู้สูงอายุสามารถได้รับการบริการจากโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๖. ช่วยเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจ ความสบายใจให้กับบุตรหลานที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านและไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ

การติดตามและประเมินผล

๑. การติดตามและกำกับงาน

๑) มีการวางแผนแสดงเวลาเริ่มต้น และเวลาสิ้นสุดของงานแต่ละกิจกรรม เพื่อควบคุมกำกับไม่ให้เวลาดำเนินการเกินเวลาที่กำหนดไว้ในแผนงาน

๒) มีการตรวจสอบกำกับงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมไม่ให้เกินกว่างบประมาณที่ได้รับ

๓) ตรวจสอบผลของงานในแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

๒. การประเมินผลโครงการ

๑) สามารถควบคุมระยะเวลาการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน ได้ไม่เกิน ๒ นาที

๒) ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced) ที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา ๑๐ นาทีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๐ หรือมากกว่า

๓) สามารถลดอัตราการพิการ การเสียชีวิตของผู้สูงอายุจากเหตุฉุกเฉินได้

๔) ชุมชนมีระบบบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การมีการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในจำนวนที่เหมาะสม และมีบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

๑. ปัญหาอุปสรรค

๑) การบูรณาการเชื่อมโยงกันในแต่ละหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายทางการแพทย์เป็นลักษณะการขอความร่วมมือเท่านั้น ยังไม่สามารถสั่งการได้ จึงมักพบปัญหาโรงพยาบาลต่าง ๆ ปฏิเสธการรับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

๒) ปัญหาด้านการบริหารทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร เจ้าหน้าที่ และเครื่องมือทางการแพทย์ มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๓) บุคลากรที่จะดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

๔) ข้อจำกัดด้านการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการพัฒนาการแพทย์ในด้านต่างๆ

๒. ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

๑) อบรมหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) แก่นักเรียน ชุมชน และผู้สูงอายุที่ยังสามารถดูแลตัวเองได้ เพื่อ สร้างบุคลากรที่มีความพร้อม มีมาตรฐานในการรับมือกับเหตุฉุกเฉินเบื้องต้น เช่น การแจ้งเหตุฉุกเฉิน, การปฐมพยาบาล เป็นต้น และสามารถพัฒนาเป็นกลไกในด่านหน้าที่จะดูแลตนเอง เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนในเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒) เร่งออกระเบียบการหลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของกรุงเทพมหานคร เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระบบ Home ward ของกรุงเทพมหานครมากขึ้น

๓) ภาครัฐเร่งผลิตบุคลากรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ผลิตบุคลากรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพิ่มรตปฏิบัติการฉุกเฉินและอุปกรณ์ สำหรับชุดปฏิบัติการระดับต้น (Basic) และชุดปฏิบัติการระดับสูง (Advanced)

๔) เพิ่มความรู้และทักษะของชุดปฏิบัติการเบื้องต้น (First Responder : FR) ในการประเมินอาการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะวิกฤตโดยเฉพาะในกรณีของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากมักจะเป็นกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่และไปถึงที่เกิดเหตุก่อนเสมอ

๕) จัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสำหรับชุมชนและผู้สูงอายุ ส่งเสริมความรู้และการเข้าถึงองค์ความรู้ต่างๆที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ที่จะเข้าสู่ช่วงสูงอายุและชุมชนเตรียมความพร้อมในเรื่องของการดูแลสุขภาพกายใจ และเรื่องของการรับมือกับความเสี่ยงของผู้สูงอายุจากเหตุฉุกเฉิน