

เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model

ผู้แต่ง ผศ.พญ. ปัทมา โกมุทบุตร พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รวบรวมและเรียบเรียง อ.นพ. กฤษฏี ทองบรรจบ พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Chronic care model: improving primary care for patient with chronic illness

บทความนี้เป็นมุมมองหนึ่งของแพทย์ที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต้องการสื่อให้เพื่อนแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ได้เห็นความสำคัญ เตรียมรับมือกับปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มตัวเลขผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และตัวเลขค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น เช่นเดียวกับที่ได้เกิดกับประเทศอเมริกา ซึ่งพบว่าปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำได้ด้วยการทุ่มทรัพยากรเข้าไปในระบบเดิม จำเป็นต้องสังเคราะห์ระบบใหม่ที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง.

ระบบบริการเดิมที่เน้นแก่ผู้ป่วยปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ อาจใช้ได้ดีกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น โดยเฉพาะแพทย์และบุคลากรในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอันเสมือนด่านหน้า แม้มีความตั้งใจให้การอย่างดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมแต่ขาดสภาพแวดล้อมสนับสนุน ก็ปฏิบัติจริงได้ยาก.

บทบาทแพทย์ปฐมภูมิ นอกจากการใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวให้การรักษาแล้ว ทักษะที่ดีกับความรู้ใน "การทำงานเป็นทีม" เป็นสิ่งจำเป็น มีตัวอย่างหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการจัดระบบผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน. ในเมื่อต่างที่ต่างบริบท หากเราจะทำบ้างคงต้องรู้ว่าอะไรคือปัจจัยสำคัญให้ประสบความสำเร็จ เปรียบเหมือนอาหารจานหนึ่งมีรสอร่อย แต่การที่จะทำให้อาหารอร่อยเหมือนเดิมหรือมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ปรุงหรือสถานที่ปรุงแตกต่างกันนั้น จำเป็นต้องทราบว่าคุณสมบัติที่สำคัญ. McColl Chronic Care เป็นหนึ่งในความพยายามที่จะตอบปัญหานี้.

สถานการณ์โรคเรื้อรังในไทยเทียบกับสหรัฐอเมริกา

ในห้วง 10 ปีนี้ สหรัฐอเมริกาได้ประสบวิกฤตการณ์ระบบบริการสุขภาพ โดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2544¹ พบว่าพลเมืองกว่าร้อยละ 45 หรือประมาณ 125 ล้านคนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป และ 1 ใน 3 ควบคุมโรคไม่ได้ และที่สำคัญค่ารักษาผู้ป่วยเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 70-80 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด.

เมื่อมามองสถานการณ์ในประเทศไทย โดยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547² พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2-3 โรคขึ้นไป. นอกจากนี้ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้อายุ 15 ปีขึ้นไปยังมีถึงประมาณร้อยละ 20 โดยเฉพาะเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกถึงเกือบร้อยละ 50 ยิ่งไปกว่านั้นในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 5-10 เท่านั้นที่คุมระดับความดันได้ดี. เห็นได้ว่า สภาวะโรคเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา มาก.

โรคเรื้อรังกับระบบบริการปฐมภูมิ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาโดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการดูแลโดย Primary Care Clinicians ขณะเดียวกัน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก็มีสัดส่วนการใช้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงเช่นกัน. โดยจากการสำรวจในคลินิกบริการผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2545³ พบว่าในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ปัญหาที่พบบ่อยสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.4 ของจำนวนครั้งทั้งหมด), ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 12.3) และเบาหวาน (ร้อยละ 16.5) ซึ่งบ่อยกว่าปัญหานับปล้น อย่างทางเดินหายใจอักเสบ (ร้อยละ 3.3) ปัสสาวะติดขัด (ร้อยละ 2.1) อย่างชัดเจน.

เหตุผลที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเหมาะสมต่อโรคเรื้อรัง ประการแรกคือ ระดับความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงน้อย และยารักษาโรคเหล่านี้ได้รับการศึกษาการใช้กันอย่างกว้างขวาง ความปลอดภัยสูง ไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพงในการประเมิน ขณะเดียวกันจุดเด่นในเรื่อง comprehensive care ก็เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักมีหลายโรคหลายปัญหาด้วย.

ที่มาของ chronic care model

Chronic care model (CCM) พัฒนารขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 โดย MacColl Institute for Healthcare Innovation⁴ ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัย นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง.



ภาพที่ 1. Dr. Edward H Wagner, MD, MPH ผู้สังเคราะห์ Chronic Care Model. ⁹

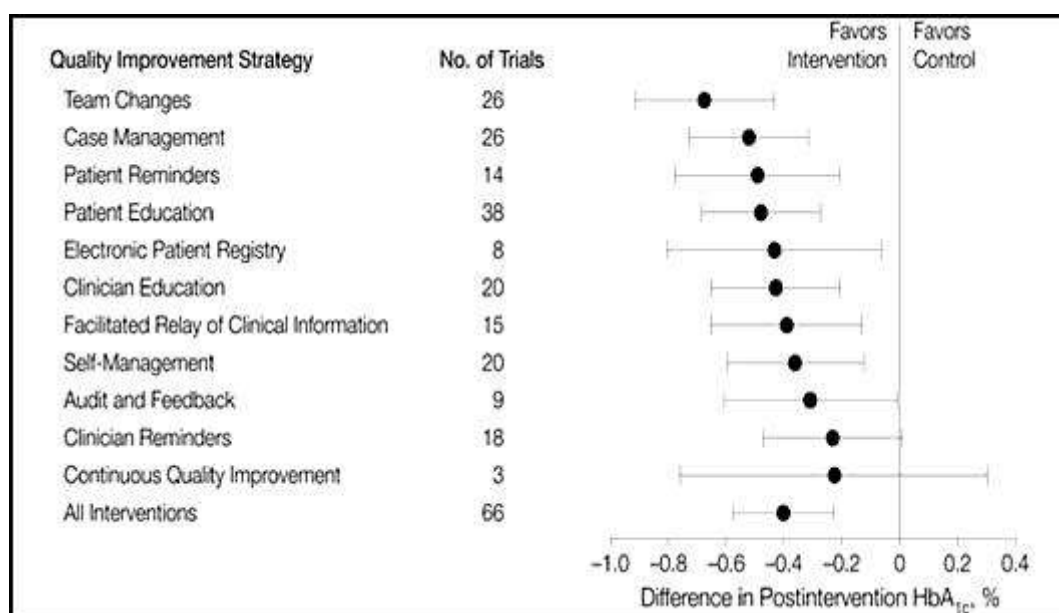
โดยกลุ่มนักวิจัย ได้ให้คำจำกัดความว่า "ภาวะป่วยเรื้อรัง" คือ ภาวะใดๆที่ต้องอาศัยกิจกรรมและการตอบสนองต่อเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการการแพทย์ โดยภาวะนี้ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม.

ขั้นตอนการพัฒนา ได้แก่

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและสร้าง model

การศึกษาแบบ systematic review⁵ ได้จัดหมวดหมู่กลยุทธ์ (intervention strategy) เป็น 4 หมวดใหญ่ ได้แก่ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ ระบบสารสนเทศ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง. ผลงานวิจัยพบว่า ทุกหมวดมีผลบวกต่อ outcome และหน่วยใดมีองค์ประกอบเหล่านี้มากยิ่งพบผลสำเร็จมาก.

Meta regression analysis⁶ เกี่ยวกับกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า องค์ประกอบของบริการ อันได้แก่ การจัดทีม (team change) และวางแผนทางดูแลผู้ป่วย (case management) ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคมากกว่าการดูแลตนเอง (self-management) และระบบสารสนเทศ (clinical information system).



ภาพที่ 2. แสดงผลการวิเคราะห์ meta regression analysis ของ Shojania และคณะ แสดงผลของแต่ละ quality improvement strategy ต่อ clinical outcome คือการเปลี่ยนแปลงของ HbA_{1c}.

อย่างไรก็ตามโดยสรุปคือ ทุกกลยุทธ์ต่างให้ผลดีต่อการควบคุมโรคผู้ป่วย (ยกเว้น continuous quality improvement ซึ่งยังสรุปไม่ได้เนื่องจากมีงานวิจัยเกี่ยวข้องน้อยมาก).

เมื่อได้ผลดังกล่าว จึงมีการออกแบบเป็นรูปของ chronic care model ขึ้น โดยมีการเพิ่มเติมองค์ประกอบส่วน community resource เข้าไปตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ.

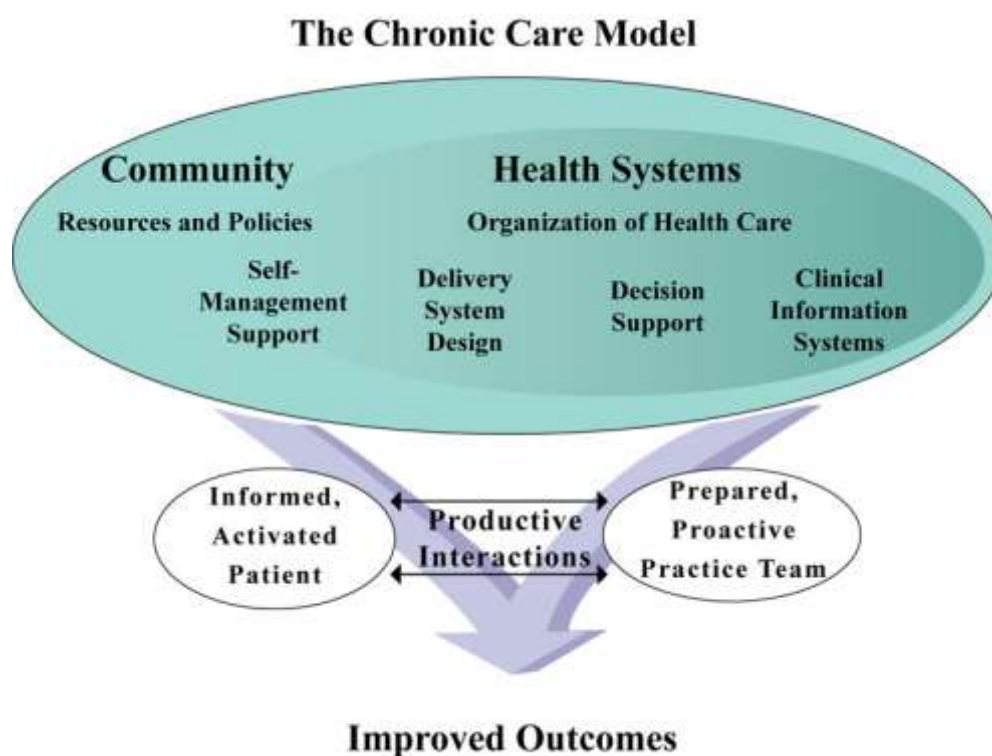
ขั้นที่ 2 ทดลองนำมาใช้จริงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้ทดลองปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโครงการนำร่อง Breakthrough Series (BTS) ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิ 104 แห่ง ประกอบด้วยองค์กรที่รับผิดชอบเบาหวาน 36 แห่ง, หอบหืด 23 แห่ง, ซึมเศร้า 23 แห่ง, ภาวะหัวใจล้มเหลว 16 แห่ง และคนชรา 6 แห่ง.

แต่ละองค์กรมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกัน, มีโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่างกัน เข้าร่วมโครงการนำองค์ประกอบของ chronic care model ไปปรับปรุงบริการ. ผลการติดตาม 2-3 ปีพบว่า บางองค์กรประสบความสำเร็จในการนำหลักการมาปฏิบัติจริง แต่ทว่าบางองค์กรก็ไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยการวางแผนที่เป็นระบบ เนื่องจากการแต่ละองค์ประกอบต้องออกแบบให้เอื้อซึ่งกันและกัน เช่น การทำระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นอาจไม่ถูกนำมาใช้ หากไม่เอื้อต่อองค์ประกอบอื่นๆ.⁷

ปัจจุบันนี้ยังมีการประเมินต่อเนื่อง ยังมีการเปิดให้ทุนแก่นักวิจัยในการทดสอบประสิทธิภาพจากการนำ chronic care model ไปใช้ด้วยในชื่อ RAND study.⁸

องค์ประกอบของ chronic care model



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

ภาพที่ 3. Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute.

จากภาพที่ 3 เมื่อมองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่า^{7,10,11} ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังคือ สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เบื่อหน่าย, หมดกำลังใจ, ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่ทราบประวัติเดิม, แพทย์ไม่มีเวลา, รับภาระผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน)

ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการตรวจรักษาตัวต่อตัวเท่านั้น แต่รวมการติดต่อสื่อสารอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ อีเมล.

อย่างสร้างสรรค์ (productive) หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนหลักฐานวิชาการ มีความเป็นระบบ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.

จากภาพ จะเห็นว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วน ไม่ได้แยกจากกัน แต่ทับซ้อนกัน กล่าวคือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ บริบทของชุมชน คือ ทรัพยากรในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน เป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ รวมทั้งนโยบายการเมือง.

ส่วนที่วงในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบภายในหน่วยบริการ ซึ่งหากเปรียบเป็นอาคาร ส่วนหลังคาของระบบนี้คือ แผนงานระดับบริหารของหน่วยงาน (health systems organization). ส่วนที่อยู่ใต้ชายคาคือ ระดับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน ซึ่งควรมีองค์ประกอบระดับนี้อีก 4 ประการคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลโรคเรื้อรังของตนเองได้ รูปแบบการให้บริการ เครื่องช่วยในการตัดสินใจ และระบบฐานข้อมูลทางคลินิก. หน่วยบริการ ในที่นี้ อาจหมายถึง หน่วยที่มีทรัพยากรมาก เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือหน่วยบริการที่มีทรัพยากรน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย.

โดยสรุป chronic care model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง ได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care).

การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation).
2. การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge).
3. มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill).
4. มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self-efficacy).
5. ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier).

จากประสบการณ์ในเวชปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยปัจจุบันได้รับรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังมีจำกัดด้วยหลายเหตุผล เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลคนในครอบครัวมักไม่ค่อยใส่ใจเรื่องสุขภาพตัวเอง, ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนไม่สามารถออกกำลังกายได้ เพราะมีปัญหาปวดข้อหรือเหนียวง่าย, ให้ผู้ป่วยเจาะวัดน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน แต่ผู้ป่วยกลัวแปลผลผิด ขอมมาเจาะที่โรงพยาบาลดีกว่า ฯลฯ ดังนั้นหากทีมให้บริการสุขภาพได้ประเมินก็จะช่วยวางแผนรักษาได้ดีขึ้น

พบว่า การให้ความรู้แบบทางเดียวจากวิทยากรให้ผู้ป่วย (knowledge based education) มีผลน้อยต่อการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความมั่นใจ .

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างแนวทางการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

แบบเดิม (Knowledge based education)	แบบใหม่ (Self-management education)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ การให้ข้อมูลไปตามลำดับ(Agenda) ของผู้ให้คำปรึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ข้อมูลตามลำดับ ตามความต้องการของผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ▪ เชื่อว่า ความรู้เท่านั้นที่เพียงพอสู่การนำไปปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื่อว่า ความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ (Self-efficacy) นำไปสู่การปฏิบัติ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ เป้าหมายอยู่ที่การให้ผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> ● เป้าหมายอยู่ที่การสร้างเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย “คุณต้องคุมเบาหวาน”, “ถ้าต้องการคุมเบาหวาน คุณต้องออกกำลังกาย วันละ 30 นาที” 	<ul style="list-style-type: none"> ● การตัดสินใจเป็นของผู้ป่วย “มีอะไรบ้างที่คุณต้องการทำให้สุขภาพของคุณดีขึ้น”

เครื่องมือที่ได้ผลดีในการทำ counselling intervention คือ การใช้ 5As ได้แก่ การถาม เพื่อประเมินปัจจัยดังกล่าว (ask/assess), การแนะนำ (advice), การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วนร่วมเลือกวิธีปฏิบัติ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการวางแผนจัดเตรียม (Arrange) เช่น การนัดหมาย ซึ่งรายละเอียดสามารถศึกษาได้จากแหล่งอ้างอิง.¹⁰

นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยเป็นผู้สอนผู้ป่วยด้วยกันเอง (laid leader) เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยสร้างความภูมิใจแก่ผู้ป่วยต้นแบบเอง และยังสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แก่ผู้ป่วยรายอื่น.

2. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)

ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ

1. Team based approach.
2. Planned care visit.
3. Case management.

หลักการที่ว่าแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิควรทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และป้องกันโรค รวมทั้งควรดูแลต่อเนื่องเป็นแพทย์ประจำตัวเป็นหลักการที่ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกอย่างแพทย์ควรเป็นผู้จัดการคนเดียวเท่านั้น. ปัญหาที่พบจากการทำเช่นนั้นคือ สิ่งที่ Wagner เรียกว่า "Tyranny¹ of urgent" นั่นคือ การที่แพทย์มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อมาพบแพทย์มักมีอาการฉุกเฉินๆร่วมด้วย เช่น ปวดเข้าปวดหลัง แพทย์ใช้เวลาไปกับการตรวจ และให้การรักษาอาการเหล่านั้นจนเหลือเวลาไม่มากให้กับเรื่องโรคประจำตัวผู้ป่วย.

¹ Tyranny (noun): cruel and unfair treatment by people with power over others

หลายครั้งที่แพทย์ซึ่งทำงานในระดับปฐมภูมิรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายกับการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก ด้วยการทำอะไรซ้ำๆ ประจำ ต้องจัดการกับยาต่างๆมากมาย เป็นเหตุผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเรื้อรัง มีคุณภาพไม่สม่ำเสมอ พบข้อผิดพลาดอยู่บ่อยๆ แม้จะมีการสังเคราะห์เวชปฏิบัติอิงหลักฐาน มาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติที่คุณภาพดีจำนวนมาก และหน่วยบริการมี Protocol ที่ดี.

เมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้ความใส่ใจในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลง. การตรวจรักษาอาจทำไปตาม protocol ที่จัดทำไว้กว้างๆ แต่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความรุนแรงของโรค ปัญหาในการควบคุมโรคแตกต่างกัน เปรียบเหมือนการตัดเสื้อโหลจากโรงงานให้คนอ้วน คนผอมใส่จะไม่พอดี.

หลักการทั้ง 3 ข้างต้นแท้จริงเป็นเรื่องเดียวกัน การเชื่อมโยงบทบาทแพทย์กับบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ เป็นทีมสหวิชาชีพ เรื่อง case management มิใช่ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทุกคนในทีมถือเป็นการกิจร่วมกัน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวก มาเป็นตามแผนการ (planned care).

ตัวอย่าง planned care เช่น ก่อนผู้ป่วยมาตามนัด ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเตรียมตัวตรวจอะไรบ้าง เตรียมข้อมูลอะไรบ้าง ขณะที่ทีมก็เตรียมว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องการพบสหวิชาชีพใดบ้าง เมื่อผู้ป่วยมาถึงมีเจ้าหน้าที่รวบรวมทั้งข้อมูลห้องปฏิบัติการและข้อมูลจาก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เตรียมพร้อมไว้ให้แพทย์ แพทย์เมื่อตรวจผู้ป่วยแล้วมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องดูแลให้เสร็จภายในวันนั้น.

ข้อดีของ planned care คือ สามารถจัดการภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะ แยกจากปัญหาสุขภาพฉุกเฉินอื่นๆ และยังสามารถวางรูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง หรือตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม.

สถาบัน Improving Chronic Illness Care - ICIC ได้แนะนำ 4 ประเภทของ planned care ตามกลุ่มโรคและวิชาชีพที่ควรมีในทีม ดังตารางที่ 2.

ตารางที่ 2 Planned care 4 ประเภทตามคำแนะนำของ ICIC ตามกลุ่มโรคและวิชาชีพที่ควรมีในทีม	
1. ลดความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด(include Diabetes, HT, Dyslipidemia, Metabolic syndrome, Smoking, stable Ischemic Heart, CHF)	แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการให้สุขศึกษา
2. หอบหืดและถุงลมโป่งพอง	แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักบำบัดทางเดินหายใจ
3. ข้ออักเสบและภาวะปวดกระดูกกล้ามเนื้อ	แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักกายภาพบำบัด
4. เอชไอวี/เอดส์	แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักสังคมสงเคราะห์

3. Decision support

มีหลายวิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย เช่น จัดประชุมวิชาการ เพื่อ continuous medical education (CME) หรือในต่างประเทศมีการเพิ่มความสะดวกให้กับแพทย์ที่ไม่ค่อยมีเวลาดูตามวิชาการด้วยการมีผู้ช่วยให้คำแนะนำปรึกษาที่เรียกว่า academic detailer ไปเยือนตามหน่วยบริการต่างๆ.

แต่พบว่าวิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ evidence-based guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวัน. ตัวอย่างเช่น ในระบบสั่งยา อาจมีระบบเตือนหากสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้วเกิดผลเสียต่อการควบคุมโรค หรือมีผลข้างเคียงที่ควรนัดมาตรวจหลังจากรับยา เป็นต้น.

รวมทั้งมี ระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง นั่นคือ แพทย์ปฎิบัติสามารถรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับจากแพทย์ผู้ เชี่ยวชาญด้วย.

4. Clinical information system

คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี คือ

1. สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจตาประจำปี.
2. สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนป้องกันได้.
3. สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้.
4. ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น.
5. สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้.

ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ (electronic medical records) เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็ก อาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูล การแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ดีได้.

5. Health Systems organization

จากภาพจะเห็นว่าเป็นส่วนหลังคาขององค์กร หมายถึง เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม. สิ่งสำคัญคือ ความยั่งยืนของแผนงานพัฒนา แม้ขาดหลักฐานทางงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่จากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ ในองค์กรที่ทดลองนำ chronic care model ไปปฏิบัติ พบว่า ในที่มีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรบ่อยๆ จะประสบความสำเร็จน้อยกว่า.

อย่างไรก็ตาม บางองค์กรจะมีผู้นำที่ไม่ได้แต่งตั้งเป็นทางการ แต่ได้รับความเชื่อถือ ที่เรียกว่า ผู้นำระดับสูง (senior leadership) ซึ่งสามารถเป็นแกนนำให้แผนการดำเนินต่อไปได้. หากองค์กรนั้นได้กำหนดการดูแลโรคเรื้อรัง อยู่ในวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร หรือเป็นแผนระยะยาวไว้แล้ว.

6. Community resource linkages

นั่นคือ การทำความเข้าใจการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน.

ตัวอย่าง การร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เช่น สถานีอนามัยในเขตอำเภอ ร่วมมือในการอำนวยความสะดวกส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความดูแล เข้าทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล, โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีระบบให้ความสะดวกแก่สถานีอนามัยในการรับปรึกษา และวางแผนส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่สถานีอนามัย เป็นต้น. การร่วมมือลักษณะนี้ ช่วยลดช่องว่างมาตรฐานบริการ ระหว่างสถานบริการที่ทรัพยากรน้อยกับที่มีทรัพยากรมากกว่าได้.

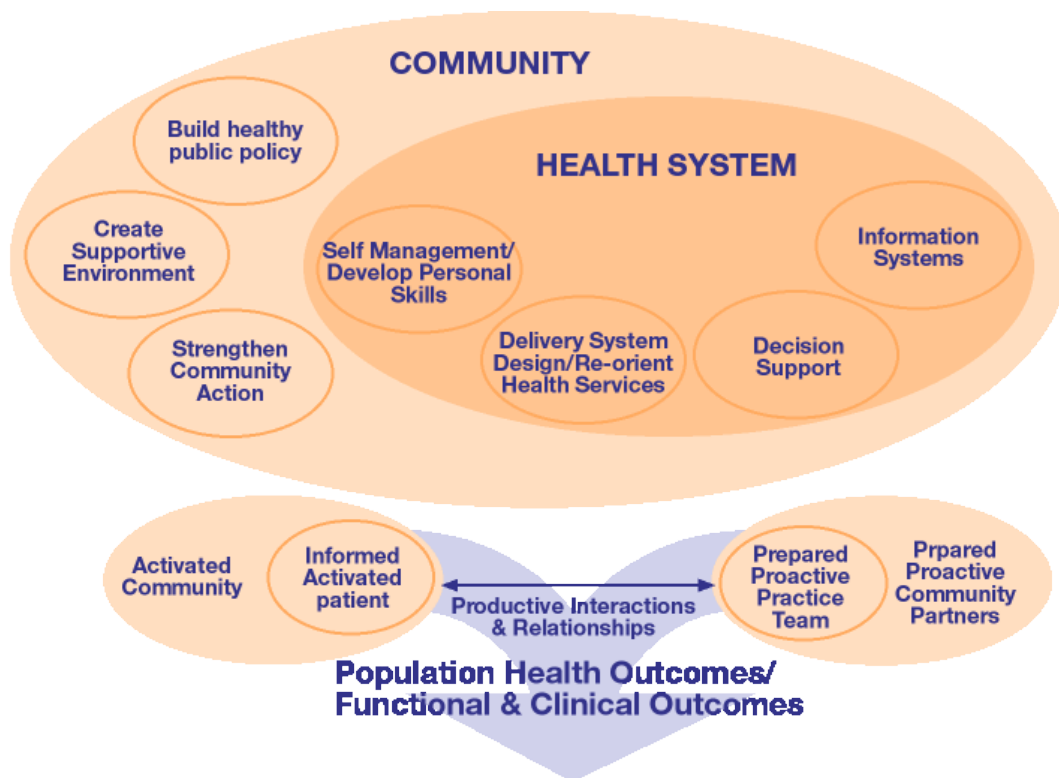
ตัวอย่าง การร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น การขอใช้พื้นที่ของสถานที่ทางศาสนา ชมรม โรงเรียน หน่วยบริหารท้องถิ่น. นอกจากนี้การดึงทรัพยากรบุคคล เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่นนั้นเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากคนในพื้นที่มากขึ้น.

นอกจากนี้ การกระจายอำนาจให้มีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการและผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของ โครงการ และกลไกการให้ค่าตอบแทนตามภาระ และคุณภาพงานเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน.

สถานการณ์การนำ chronic care model พัฒนา primary care ในประเทศต่างๆ^{4,12}

แคนาดา เป็นประเทศแรกๆ ที่นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน primary care ด้วย chronic care model โดยมี Calgary health region รัฐ Alberta เป็นแกนนำ มีการจัดประชุมวิชาการระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะเป็นประจำทุก 2 ปี.

ในบางรัฐ มีการดัดแปลงเพิ่มเติม model บางส่วน เช่น Extended Chronic Care Model (ECCDM) ของ British Columbia health network แคนาดา (Barr et al,2002) ซึ่งเพิ่มรายละเอียดในส่วน community resource (ภาพที่ 4).

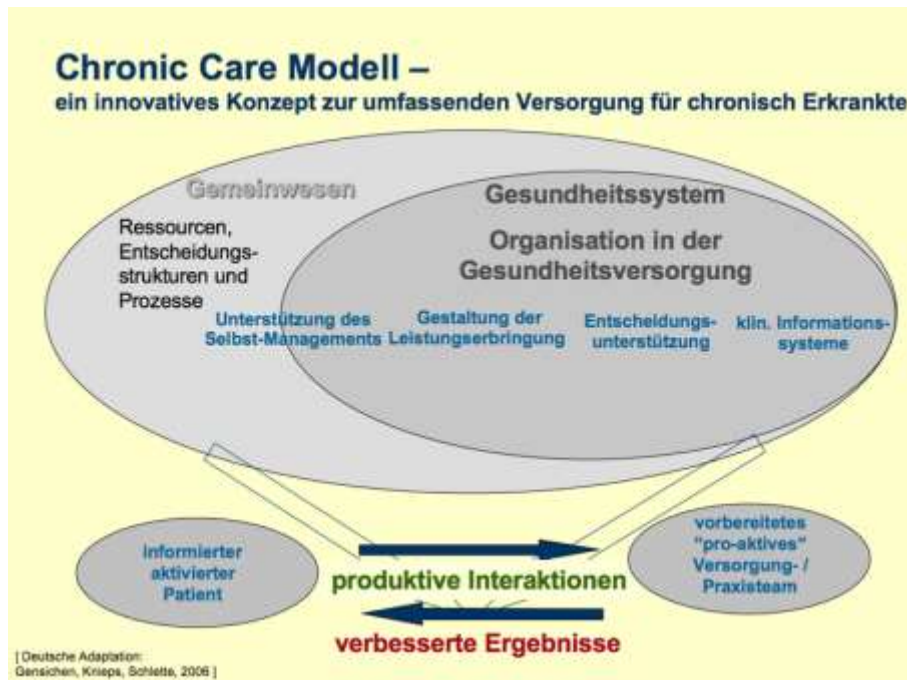


Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002)
 Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. (1986). *Ottawa Charter of Health Promotion*.

ภาพที่ 4. British Columbia's Ministry of Health expanded chronic care model.

สิ่งที่แตกต่างจาก Chronic care model (Wagner, 1999) คือมีรายละเอียดความคาบเกี่ยวระหว่างองค์ประกอบระดับ Health care organization คือ Self-management support, Delivery system design, Decision support, Information system กับ community เพิ่มองค์ประกอบในส่วนของชุมชน ได้แก่ Public policy เช่นการวางมาตรการภาษีควบคุมสินค้าทำลายสุขภาพ และส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์, Supportive environment เช่นการปรับภูมิทัศน์ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และ Strengthen community action คือการให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง

Chronic care model นี้ได้นำไปใช้ในทวีปอื่นๆ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร เดนมาร์ก เยอรมัน เป็นต้น. ในเอเชีย น่าสนใจว่า อินเดีย ประเทศจีน ได้พัฒนา chronic care model ของตนเองอีกด้วย และประเทศเพื่อนบ้านเราอย่างสิงคโปร์ รัฐบาลกำลังให้ความสนใจในการสร้าง model เช่นกัน.



ภาพที่ 5 From Germany (Das Chronic Care Modell, Deutsche Adaptation).

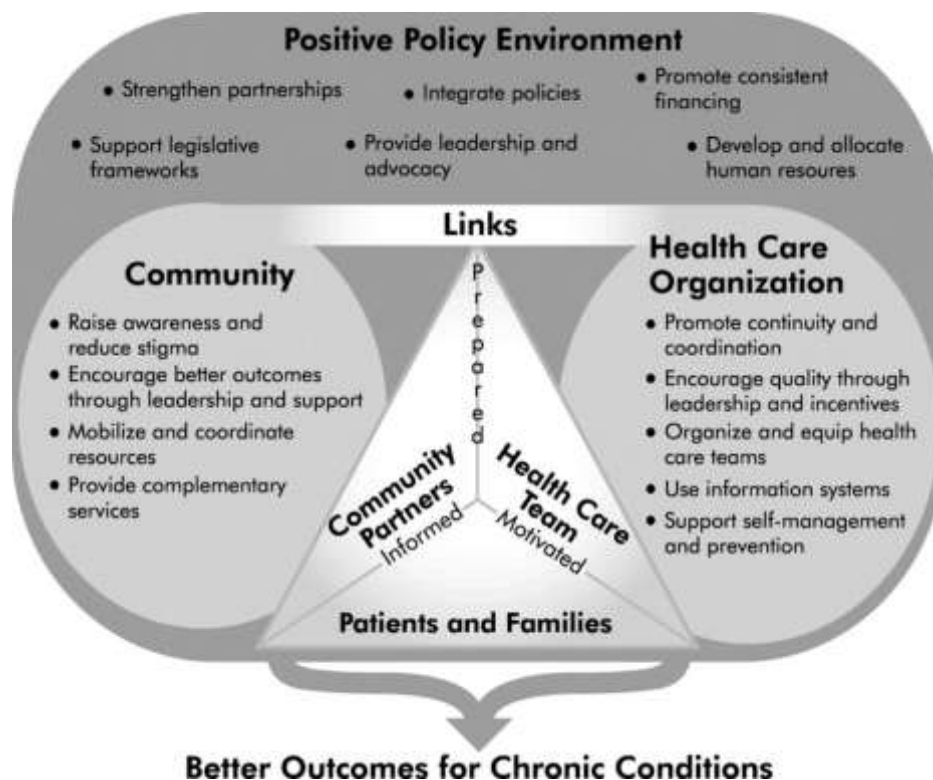


Care Model for the Indian Health System

ภาพที่ 6 Care Model of Indian Health System

Innovative Care for Chronic Condition: ความร่วมมือกับนักวิชาการองค์การอนามัยโลก

ข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณสมบัติ generalizability เช่นการนำ CCM ไปใช้ในบริบทที่ทรัพยากรจำกัด ทำให้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง นำแนวคิด Wagner's Chronic Care Model มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวอย่างการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา และสร้างเป็น Innovative Care for Chronic Condition: ICCC (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 Innovative Care for Chronic Condition: ICCC

สิ่งที่พัฒนาจาก Wagner's chronic care model มีดังนี้

1. เพิ่มองค์ประกอบของ Positive policy environment ซึ่งส่งอิทธิพลถึง ระดับ Health care organization และ Community
2. เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะ ในเชิงนโยบายเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย เป็นข้อเสนอแนะถึง Policy maker ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในประเทศต่างๆ ซึ่งตีพิมพ์ใน Global ICCC reports และมีแบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองตามแนวทาง ICCC ด้วย
3. แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro), องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อคือ

Micro level (Patient interaction) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วย ตัวผู้ป่วยและครอบครัว, บุคลากรที่มรักษา และสมาชิกในชุมชน

- เป้าหมายคือการทำผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (Prepared) มีข้อมูลที่เพียงพอ (Informed) และมีแรงจูงใจ (Motivated)
- โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตัวเอง (Self-management support)

Meso level (Health care organization and Community linkage) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน

- เป้าหมายคือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity), มีความถูกต้องตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยง (Co-ordination)
- โดยกระบวนการ จัดระบบ workflow การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Delivery system design) , การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ (Decision support) , การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Information system) การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน (Community leadership), สร้างทัศนคติที่ต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Reduce stigma), การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกัน(Coordinate resource) และความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่างๆ ในชุมชน (Complementary service).

Macro level : ระดับรัฐบาล หรือ ผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ เนื่องจากการพัฒนาในระดับ Meso level และ Micro level ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ

เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (Positive policy environment) โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่างๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Integrate policies) เพื่อ ทั้งด้านการสร้างกำลังคน (Develop and allocate human resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (consistent financing) , ใช้มาตรการทางกฎหมาย (Support legislative framework) รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสีทิวทัศน์เพื่อสุขภาพของตนเอง (strengthen partnerships)

บทสรุปและคำวิจารณ์

1. Chronic care model เป็นตัวอย่างที่ดี ของความพยายามในการนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาสังเคราะห์ให้เป็นรูปธรรมที่ ชัดเจน พิสูจน์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้ ยังมีงานวิจัยอีกมากที่ ให้ต่างขึ้นต่างให้ข้อมูล แต่จัดเก็บอย่างกระจัดกระจายขาดการนำมาสังเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ในทาง ปฏิบัติ. ดังนั้น การศึกษาแนวคิดและวิธีการให้ได้มาซึ่ง chronic care model จึงมีประโยชน์ต่อการสังเคราะห์รูปแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการอื่นๆ ต่อไป.

2. การนำ chronic care model มาใช้ในประเทศไทย ควรพิจารณาถึงรายละเอียด ความเหมือนความต่างของโครงสร้างองค์กรตลอดจนบริบททางสังคมตลอดจนบุคลิกและอัธยาศัยของคนไทย. เนื่องจากผลการทดลองใช้ chronic care model ในมากกว่า 1,000 พื้นที่ที่ทำในประเทศอเมริกาจะประสบความสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ และส่วนมากจะนำองค์ประกอบบางอย่างไปปรับปรุง แต่พบว่ามีส่วนที่น้อยมากที่จะทำได้ทั้งครบ 6 องค์ประกอบ. นอกจากนี้งานวิจัยที่นำมาศึกษา meta analysis^๑ ผู้ศึกษาเองก็พบว่ามีการ publication bias. ดังนั้นอยากให้ศึกษาเรียนรู้ chronic care model นี้เป็นแนวทางเท่านั้น มิใช่สูตรสำเร็จแต่อย่างใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทต่างๆของประเทศไทยต่อไป

ขณะที่หลายๆประเทศตื่นตัว ปรับระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ประเทศไทยคงต้องปรับ "ระบบ" ให้เหมาะสมกับสถานการณ์โรคต่อไป ไม่ว่าจะเป็นไปตาม chronic care model หรือไม่ก็ตาม.

หมายเหตุ :

ผู้ที่สนใจ chronic care model ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.improvingchroniccare.org สามารถสมัครเป็นสมาชิก IHI และขอ CDrom การบรรยาย และวิดีโอตัวอย่าง planned care โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย. นอกจากนี้ ยังมี Assessment of Chronic Illness Care: ACIC เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินตนเองของหน่วยงานเกี่ยวกับความเอื้ออำนวยต่อการ พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America, Public Health Reports, May-June 2004. Accessed February 6, 2007, at:http://www.publichealthreports.org/userfiles/119_3/119263.pdf
2. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์, บรรณาธิการ, 2549 ที่มา <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
3. Lettrakarnnon P, Kusinsiri W, Suwansiri S. A 3 year retrospective study of common problems at primary care unity. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Med Bull 2006;45:55-63.
4. CIC, MacColl Institute for Healthcare Innovation. Chronic Care Model. Innovation. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
5. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings : a systematic review. Diabetes Care 2001; 24(10):1821-33
6. Shojania KG, et al. Effects of Quality Improvement Strategies for Type 2 Diabetes on Glycemic Control. A Meta-Regression Analysis. JAMA 2006;296(4):427-40.
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care : translating evidence into action. Health Aff 2001;20(6):64-78.
8. A Robert Wood Johnson-funded evaluation of the effectiveness of the Chronic Care Model and the IHI Breakthrough Series Collaborative in improving clinical outcomes and patient satisfaction with care. <http://www.rand.org/health/projects/icice/>
9. ICIC, Tacking the Chronic Care Crisis : The latest on the CHRONIC CARE MODEL (CD rom).
10. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care : Strategies and tools for a better practice. McGraw Hill, 2007.
11. วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model หรือ CCM), 2547 ที่มา : <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
12. Global perspectives on Chronic disease management and prevention 2007, 29th September- 1 November 2007 Hyatt Regency, Calgary Alberta Canada.