

Chronic Care Model

อ.พญ.มธุรมาศ สีเสน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) ตามนิยามของ Chronic care model คือ ภาวะที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องในการปรับตัวของผู้ป่วย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ ส่วนองค์การอนามัยโลกได้นิยามภาวะเรื้อรังว่าเป็นภาวะที่ต้องอาศัยการจัดการอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเวลามากกว่า 1 ปี โดยภาวะเรื้อรังสามารถจำแนกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้แก่ โรคติดต่อ เช่น การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และความบกพร่องของอวัยวะ เช่น แขนขาขาด ตาบอด ความผิดปกติของข้อ เป็นต้น

โรคเรื้อรังถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีรายงานผู้เสียชีวิตทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นจาก 31 ล้านคนในปีค.ศ. 2000 เป็น 38 ล้านคนในปีค.ศ. 2012 อีกทั้งยังพบว่าทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือจาก 6.7 ล้านคนในปีค.ศ. 2000 เป็น 8.5 ล้านคนในปีค.ศ. 2012

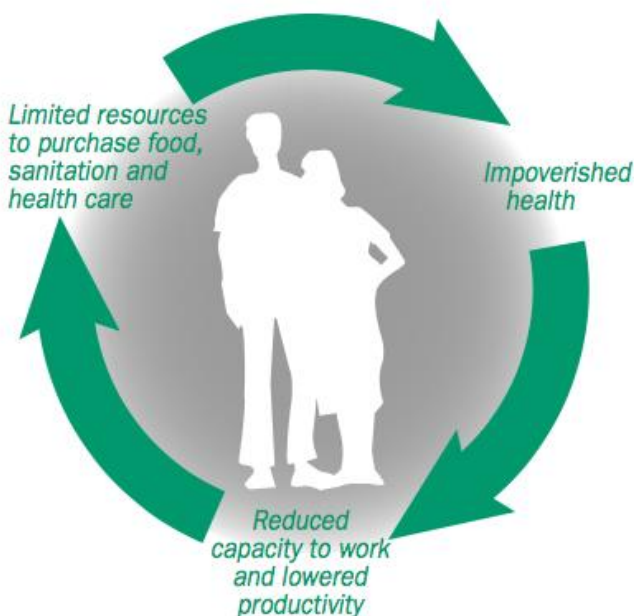
สถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทั่วโลก จากการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 พบว่าอัตราผู้ป่วยและอัตราตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังเป็นผลมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีขึ้น ทำให้อายุขัยของมนุษย์และจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้รูปแบบการใช้ชีวิตไม่ว่าจะเป็น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ลดลง การดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และความเครียด ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเรื้อรัง

จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548-2550 พบว่าภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากภายใน 30 วันที่ผ่านมา มีความชุกสูงขึ้น โดยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินถึง 30.5% ภาวะอ้วนถึง 7.5%⁽⁵⁾ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอนาคต ดังนั้นการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

โรคเรื้อรังไม่เพียงแต่ผลกระทบต่อด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กระทบต่อการทำงาน นำไปสู่การตกงานและความยากจน ซึ่งความยากจนก็เป็นปัจจัยที่ทำให้

สุขภาพแย่ลง เป็นวงจรที่ไม่จบสิ้น ส่วนประเทศก็ต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรบุคคลจากการเสียชีวิตและการพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรัง โดยมีการคาดการณ์ว่าการสูญเสียสะสมทางเศรษฐกิจในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางระหว่างปีค.ศ. 2011-2025 จะสูงถึง 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ



ภาพที่ 1 Vicious cycle of poverty and poor health

(World Health Organization, 2002)

ผู้ป่วยจำนวนมากป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ทำให้แพทย์ต้องจัดการกับหลายปัญหาของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หลายแผนก ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความเร่งรีบของแพทย์ในการตรวจ การขาดความต่อเนื่องของการดูแลและแผนการรักษา ขาดการนัดติดตามที่เหมาะสม และผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกให้จัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและสังคมนอกเหนือจากความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งระบบบริการสุขภาพไม่ได้ช่วยเหลือครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ ยกตัวอย่างเช่นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยไม่ได้มีเฉพาะความเจ็บป่วยทางกาย แต่ยังมีควมวิตกกังวลทั้งเรื่องโรค กลัวภาวะแทรกซ้อน กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องลงนามตรวจ ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต นอกจากนี้ความเจ็บป่วยของบุคคลยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น รายได้ของครอบครัวที่

ลดลง สมาชิกคนอื่นต้องรับภาระดูแลสมาชิกที่ป่วย ต้องเปลี่ยนชนิดอาหารตามผู้ป่วยหรือต้องเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ

ระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิมถูกสร้างมาเพื่อตอบสนองการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยและการรักษาเฉพาะอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์แต่ละเลยปัญหาอื่น และผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย ระบบดังกล่าวจึงไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽⁸⁾ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁹⁾ อีกทั้งยังต้องรองรับการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน มีการประสานงานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และมีเครื่องมือในการประเมินผล

จากการวิเคราะห์ระบบสุขภาพแบบเดิมพบว่ามีปัญหาที่ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งตามระดับของปัญหาได้ดังนี้

ระดับจุลภาค (Micro-level) คือ การขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เกิดจาก

1. การไม่ให้อำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองแก่ผู้ป่วย

ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าการจัดการปัญหาสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของตนเอง เพราะการพึ่งพาการดูแลจากผู้รักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้คนมีผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีได้ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์กับสถานพยาบาล ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการสนับสนุนบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีขึ้น แต่ในปัจจุบันทีมผู้รักษายังไม่มีวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับผิดชอบบทบาทในการดูแลตนเอง

2. การไม่ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย

ระบบที่ดีต้องส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

ระดับกลาง (Meso-level) คือ ปัญหาของสถานบริการและการขาดความเชื่อมโยงกับชุมชน ได้แก่

1. ไม่สามารถจัดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังได้

ไม่มีการวางแผนการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการรักษาโรคเรื้อรังไม่ดี และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้ล่าช้า

2. ผู้รักษาขาดเครื่องมือและความเชี่ยวชาญ

ผู้รักษาถูกฝึกให้ชำนาญการดูแลภาวะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ยังไม่มีความรู้ในการจัดการภาวะเรื้อรัง ขาดทักษะและเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือจัดการกับโรคของตนเองได้

3. การรักษาขาดการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์

แม้ว่าจะมีการเผยแพร่แนวทางการรักษาโรคเรื้อรัง แต่บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังไม่นำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

4. ขาดการส่งเสริมการป้องกันโรค

โรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้ป่วย

5. ขาดระบบบันทึกข้อมูลที่เหมาะสม

ระบบบันทึกข้อมูลจำเป็นสำหรับการติดตามแนวโน้มสุขภาพ อัตราการเกิดและอัตราการตาย ตลอดจนมาตรฐานและกระบวนการรักษา การไม่มีระบบบันทึกข้อมูลที่ดีทำให้ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้ นำไปสู่ความล้มเหลวในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

6. ไม่สามารถเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชนได้

ในประเทศที่มีรายได้น้อยซึ่งการให้บริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังไม่ครอบคลุม ทรัพยากรในชุมชนมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการให้บริการที่หน่วยงานสาธารณสุขไม่สามารถจัดเตรียมให้แก่ประชาชนได้ แต่ระบบการดูแลโรคเรื้อรังในปัจจุบันยังขาดความเชื่อมโยงกับชุมชน

ระดับมหภาค (Macro-level) คือ ปัญหาเชิงนโยบาย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายในการป้องกันและจัดการกับโรคไม่ติดต่อ เนื่องจาก

1. ขาดกรอบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระบบในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมด้านสุขภาพ เช่น การกำหนดสิทธิของประชาชนในการรับบริการทางสุขภาพ การปกป้องสิทธิผู้ป่วย การกำหนดบทบาทที่เหมาะสมและควบคุมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในภาคเอกชนให้มีความปลอดภัย

2. นโยบายและแผนงานทางสาธารณสุขล่าสมัย

มีการกำหนดนโยบายที่ใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ไม่ทันสมัย ให้ความสำคัญเฉพาะตัวโรคโดยไม่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และมุ่งเน้นการดูแลภาวะเฉียบพลัน ทำให้ขาดความเชื่อมโยงในระบบ

3. ความไม่เหมาะสมของการลงทุนทางสาธารณสุข

การลงทุนในการแก้ไขปัญหาไม่ได้คำนึงถึงลำดับความสำคัญของโรคและความคุ้มค่าของวิธีการรักษา มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีและยาเป็นหลัก ดังนั้นจึงควรเพิ่มการฝึกอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขเรื่องกลยุทธ์การจัดการตนเอง การรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า

3. ระบบการเงินที่ไม่เชื่อมต่อกัน

การขาดการเชื่อมต่อของงบประมาณ เช่น การซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์แต่ไม่มีงบประมาณสำหรับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อใช้งานอุปกรณ์นั้น นำไปสู่การขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

4. แรงจูงใจของผู้ให้บริการเป็นไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม

แม้ว่าจะผู้ให้บริการจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้เวชปฏิบัติอิงหลักฐาน แต่ในระบบสุขภาพหลายประเทศไม่มีการควบคุมการใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้บุคลากรเลือกวิธีการรักษาที่ราคาแพงหรือใช้เทคโนโลยีสูงโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่า ถ้าหากระบบควบคุมการใช้จ่ายให้เหมาะสมจะชักจูงบุคลากรให้มีการนำนวัตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ในเวชปฏิบัติ

5. ความไม่เพียงพอของมาตรฐานและการติดตาม

การให้บริการสุขภาพยังไม่มีระบบตรวจสอบ ติดตาม และระบบประกันคุณภาพที่เพียงพอ ทำให้คุณภาพของการบริการขึ้นอยู่กับบุคลากรทางสุขภาพเป็นหลักและมีความเสี่ยงที่จะต่ำกว่ามาตรฐาน

6. ขาดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ในหลายประเทศไม่มีกลไกที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการหลังจากจบการศึกษา ไม่มีระบบเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน และบุคลากรบางส่วนขาดความสนใจที่จะเข้าร่วมการอบรม ทำให้ต้องใช้เวลาานกว่าความรู้ใหม่จะถูกยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

7. มองข้ามความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน

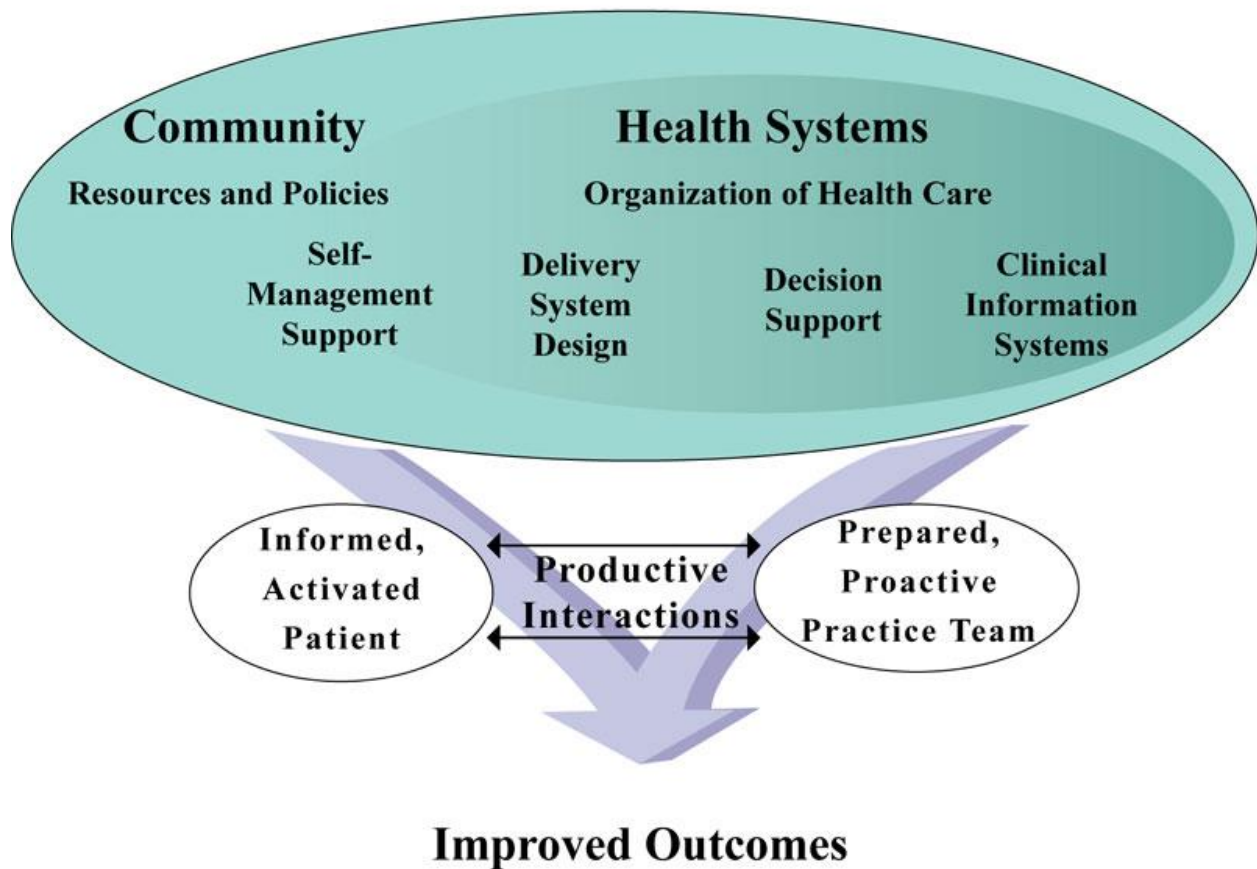
การดูแลโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุมต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทางสุขภาพ ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ระบบบริการสุขภาพแบบเดิมยังขาดความเชื่อมโยง นำไปสู่คุณภาพการบริการที่ลดลง

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการจัดการโรคเรื้อรังโดยแบ่งตามระดับบริการ ได้แก่

1. ระดับปฐมภูมิ พบว่ามีการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 80-90 แต่ไม่มีการจัดการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือรพ.สต.เป็นหน่วยบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากรพ.สต.มีสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกมากที่สุด
2. ระดับทุติยภูมิ พบว่าโรงพยาบาลมีความแออัด ทำให้การรักษาทำได้เฉพาะการให้ยา การให้ความรู้ผู้ป่วยเหมือนกันทุกคน ไม่ได้ปรับตามแต่ละบุคคล
3. ระดับตติยภูมิ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม และไม่ได้ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย

Chronic Care Model ได้ถูกพัฒนาขึ้นในช่วงค.ศ. 1990 โดย The MacColl Center for Health Care Innovation ประเทศสหรัฐอเมริกา นำโดย Edward H Wagner เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเรื้อรังและนำมาเรียบเรียงให้เข้าใจง่าย หลังจากนั้นโมเดลได้รับการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญอีกหลายครั้งและนำมาทดลองใช้ในสถานบริการที่แตกต่างกัน เพื่อให้โมเดลนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังแต่ละชนิด รวมไปถึงสถานบริการและประชากรที่หลากหลายได้

The Chronic Care Model



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

ภาพที่ 2 Chronic Care Model

(MacColl Center for Health Care Innovation, 2017)

องค์ประกอบของโมเดล

ผลลัพธ์ของ โมเดล คือ ผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Informed, Activated Patient) และทีมผู้รักษาที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย มีทรัพยากร และมีการสนับสนุนการตัดสินใจ (Prepared, Proactive Practice Team) มีปฏิสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดผลระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา (Productive Interactions) นำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้น (Improved Outcomes) คือ ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ผู้รักษามีความพึงพอใจ และประหยัดค่าใช้จ่าย โดยองค์ประกอบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าวมีดังนี้

1. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies)

เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในชุมชน สร้างความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้การบริการทางสุขภาพดีขึ้น และสนับสนุนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ การใช้ทรัพยากรชุมชน เช่น วัดให้ใช้สถานที่เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รพ.สต.มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ยืม เทศบาลมีรถขนย้ายผู้ป่วย และการสนับสนุนกำลังทรัพยากรจากองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2. องค์กรให้บริการสุขภาพ (Organization of Health Care)

ทุกคนในองค์กร โดยเฉพาะผู้นำต้องสนับสนุนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดให้การดูแลโรคเรื้อรังเป็นเป้าหมายขององค์กร สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและเปิดเผย และสร้างข้อตกลงเพื่อให้เกิดความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกองค์กร

3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support)

ผลการรักษาโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย หน้าที่ของผู้รักษาไม่ใช่การบอกว่าผู้ป่วยควรทำอะไร แต่เป็นการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของตนเอง โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตั้งเป้าหมาย และวางแผนเพื่อแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจระดับน้ำตาล ติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาเป็นระยะ

ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้รักษาไม่ได้มีหน้าที่เพียงแค่จ่ายยาและแนะนำให้ออกกำลังกายหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นอย่างดี ดังนั้นการให้ความรู้จึงไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ แต่ต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุมโรค ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีอะไรที่สามารถทำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยคิดว่าทำได้ง่ายก่อนและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่ดีได้สำเร็จ จากนั้นวางเป้าหมายร่วมกัน เช่น ระดับน้ำตาลเท่าใดที่เหมาะสม ควบคุมอาหารอย่างไรหรือออกกำลังกายก็ครั้งต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยทำได้จริง มีการประเมินว่าอะไรที่ผู้ป่วยต้องการให้ทีม

ผู้รักษาช่วยเหลือ เช่น สอนเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง สอนการปฏิบัติตัวเมื่อน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ยืมอุปกรณ์เจาะน้ำตาลในเลือด เป็นต้น และนัดติดตามเพื่อประเมินและช่วยเหลือเป็นระยะ ชุมชนอาจมีนโยบายสาธารณะเพื่อช่วยให้สมาชิกควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น เช่น การงดเลี้ยงน้ำอัดลมในกิจกรรมของชุมชน การร่วมมือกันจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยในของร้านค้าในชุมชน เป็นต้น

4. การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)

กำหนดบทบาทของสมาชิกในทีมผู้รักษาให้ชัดเจน มีการวางแผนในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีการจัดการอย่างจริงจังในผู้ป่วยที่ซับซ้อน เช่น มีผู้จัดการระบบเฉพาะ โรคเรื้อรัง (Disease manager) นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอย่างสม่ำเสมอ ให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ยกตัวอย่างเช่นการจัดระบบดูแลโรคถุงลมโป่งพอง เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจะถูกซักประวัติโดยพยาบาล จากนั้นเข้าพบแพทย์ หากผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้เนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้องจะถูกส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินการพ่นยา ส่งพบนักกายภาพบำบัดเพื่อแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากผู้ป่วยสูบบุหรี่จะถูกส่งไปคลินิกเลิกบุหรี่ และไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหากประเมินว่าครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการควบคุมโรค

5. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information Systems)

มีระบบที่แจ้งเตือนแก่แพทย์และผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นประชากรกลุ่มย่อยเพื่อช่วยในการทำงานเชิงรุก ช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และใช้ติดตามการทำงานของบุคลากรและระบบบริการ โดยระบบที่ดีไม่จำเป็นต้องบันทึกในคอมพิวเตอร์ เช่น ในใบบันทึกการตรวจโรคเบาหวานมีช่องให้แพทย์เติมวันที่ที่ตรวจ ตา ตรวจไต และตรวจเท้า หากครบหนึ่งปีแล้วให้แพทย์ส่งผู้ป่วยไปตรวจ ก็ถือเป็นระบบเตือนแพทย์ไม่ให้ลืมตรวจภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

6. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

เป็นการรักษาโดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ การตัดสินใจในการรักษาต้องอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติ โดยปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของสถานพยาบาล โดยผู้รักษาสามารถอธิบายแนวทางเวชปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยและอภิปรายเพื่อตัดสินใจร่วมกันได้ แพทย์ต้องติดตามเรียนรู้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัยอยู่เสมอ มีวิธีการเพื่อช่วยเหลือทีมรักษาเพื่อให้ได้รับความรู้ที่ทันสมัย เช่น จัดการอบรม นอกจากนี้ยังควรมีแพทย์เฉพาะทางให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน

สำหรับการนำ Chronic care model มาใช้ในประเทศไทย มีคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ซึ่งนำหลักการทั้ง 6 ข้อมาปรับใช้ โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง (Self-management support) ที่กำหนดให้การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management Education; DSME) และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง (Diabetes Self-Management Support; DSMS) เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวาน อีกทั้งยังสนับสนุนให้สร้างเครือข่ายระหว่าง

สถานพยาบาลและชุมชน ดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้นำ chronic care model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรพ.สต.อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Improving Chronic Illness Care [Internet]. Seattle: MacColl Center for Health Care Innovation; c2017, [updated 2017 Oct 2; cited 2017 Oct 2] Available from: <http://www.improvingchroniccare.org/>
2. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. World Health Organization. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Geneva: World Health Organization. 2014.
4. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
6. Bloom D, Chisholm D, Llopis E, Prettnner K, Stein A, Feigl A. From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable disease in low-and middle-income countries. Program on the Global Demography of Aging; 2011 Oct.
7. Nolte E, Knai C. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
8. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Aff (Millwood). 2001;20(6):64-78.
9. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, บรรณาธิการ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
10. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, บรรณาธิการ. การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน. เวทีเสวนาการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนครั้งที่ 7; วันที่ 27 มีนาคม 2555; ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. นครปฐม: ที คิว พี; 2555
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. 2 เล่ม. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
12. ลัดดา คำริการเลิศ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.