

การทบทวนวรรณกรรม

เรื่อง

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

Type 2 diabetes care in primary care unit

ผู้ทบทวน

ผศ. นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี

ผศ. นพ. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหา

- ที่มา
- ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย
 - ประเภทผู้ป่วย
 - การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
 - การจัดองค์กร
 - การศึกษา ฝึกอบรม และทักษะของบุคลากรแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน
 - สถานการณ์ในต่างประเทศ
 - สถานการณ์ในประเทศไทย
- อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ
- กลยุทธ์/แนวทางเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ข้อเสนอแนะการทบทวนข้อมูล
- เอกสารอ้างอิง

ที่มา

ปัจจุบันโรคเบาหวานจัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในลำดับต้นๆของประเทศไทย ทั้งมีแนวโน้มที่จะมีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในอนาคต โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยราว 3.4-4.3 ล้านราย หรือร้อยละ 5.4-6.9 ของประชากร และประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9-6.2 ล้านราย ในปีพุทธศักราช 2552 ทั้งนี้เนื่องจากประชากรของประเทศไทยมีอายุยืนขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากร โดยมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและพลังงานสูง ร่วมกับการมีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย

หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการประเภทนี้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภทนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดขอบเขตการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ในที่นี้จึงนำเสนอข้อมูลจากเอกสาร “ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ” (Recommendations for the provision of services in primary care for people with diabetes) ของประเทศอังกฤษ ดังนี้

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายทั่วไป คือ ทำให้บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตและอายุขัยใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปของประเทศ โดยมีเป้าหมายเฉพาะดังนี้

- ประชากรของประเทศทุกคนจะต้องมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน รวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ เช่น ผู้ยากไร้ ชนกลุ่มน้อย และผู้อยู่ในสถานที่จำกัดต่างๆ
- กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดโอกาสหรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถลดความเสี่ยงหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

- ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาแต่แรกเริ่มของระยะโรค ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเช่นนี้จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้
- ผู้เป็นโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุดเพื่อ (1) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก(Micro-vascular complication) เช่น Diabetic retinopathy Diabetic renal disease และ Diabetic neuropathy (2) ลดอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน (3) หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia และ Ketoacidosis)
รวมทั้งมีการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(หากมี) โดยการแนะนำให้เลิกบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว และออกกำลังกาย
- ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการจัดการศึกษาและการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งคำนึงถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการเสริมพลังในการแสวงหาประโยชน์อย่างสูงสุดจากบริการสุขภาพต่างๆที่มีอยู่
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและได้รับการรักษาที่เหมาะสมแต่แรกเริ่ม โดยการตรวจตา การทำงานของไต ระบบประสาทส่วนปลาย และเท้า เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการปฏิบัติรักษาที่เหมาะสมอย่างทันที่

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ควรได้รับการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น
- ผู้ป่วยสตรีที่วางแผนการตั้งครรภ์หรือกำลังตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชแบบซับซ้อน

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน จะต้องใช้รูปแบบที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง บุคลากรแพทย์ควร (1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการโรคเบาหวานของตนเองได้และสนับสนุนให้มีหรือดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และ (2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก แสดงความคิดเห็น และสามารถควบคุมความเป็นไปในแต่ละขั้นตอนของการดูแลรักษา นอกจากนี้บิดามารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้อย่างเต็มที่

(ก) เพื่อเป็นการสนับสนุนและกระตุ้นให้มีการดูแลและจัดการตนเอง บุคลากรแพทย์ควร

- ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อทีมบุคลากรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและหากเป็นไปได้ควรมีบุคลากรผู้หนึ่งเป็นบุคคลหลักที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้
- ให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงและทบทวนความต้องการทางคลินิกและทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- ตอบคำถามทุกคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ
- ให้ข้อมูลและจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการดูแลโรคเบาหวานและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในท้องถิ่น
- ติดตามสภาพปัจจุบันของโรคและการดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยทราบสภาพในปัจจุบันของตน
- เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาความเห็นจากแพทย์ผู้อื่น (หากผู้ป่วยต้องการ)

(ข) หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเบาหวาน

- ควบคุมโรคเบาหวานของตนเองให้มากที่สุดแบบวันต่อวัน
- เรียนรู้และปฏิบัติกาดูแลตนเอง โดยการจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือในปัสสาวะ การตัดสินใจด้านการดูแลตนเองควรเป็นไปตามทางเลือกที่ได้รับการแนะนำ
- ตรวจเท้าตนเองเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือให้ผู้อื่นตรวจให้
- ทราบวิธีการจัดการกับโรคเบาหวานและทราบว่าเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น เมื่อมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นหวัด อูจจาระร่วงหรืออาเจียน

- นำคำแนะนำที่ได้รับจากคณะผู้ดูแลรักษามาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตน
- ติดต่อสื่อสารกับคณะผู้ดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ
- ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในระหว่างการพบแพทย์หรือคณะผู้ดูแลสุขภาพอื่นๆ
- มาตรวจตามนัดและแจ้งเลื่อนนัดหากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้

การจัดองค์กร

ขั้นตอนแรกในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในการดูแลทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูง ทะเบียนผู้ป่วยนี้ควรอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ โดยทะเบียนนี้จะมีประโยชน์ในการติดต่อหรือเรียกดู

- ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน เช่น ผู้ที่มีภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน เพื่อที่จะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการติดตามทบทวนอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้ป่วยที่มีได้มาตรวจตามนัด

ขั้นตอนต่อมา หน่วยบริการควรจัดทำหรือนำคู่มือแนวทางปฏิบัติรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่แล้วมาเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานของตน โดยประเด็นที่ควรบรรจุในคู่มือแนวทางปฏิบัติควรประกอบด้วย

- การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีระบบในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำในการลดความเสี่ยงต่อโรคด้วยการควบคุมอาหาร น้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย
- การค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้
- การประเมินและการดูแลขั้นต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
- การให้ความรู้ขั้นต้นและในระยะต่อไปอย่างต่อเนื่อง
- การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
- การดูแลรักษาระยะยาว

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลควรประกอบด้วย

- แผนการดูแลรักษาที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความจำเพาะเป็นรายบุคคล และผู้ป่วยเห็นชอบด้วย
- ชี้อนุเคราะห์ที่เป็นบุคคลหลักสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบว่า จะติดต่อสอบถาม ขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำได้จากผู้ใด

การศึกษา ฝึกอบรม และทักษะของบุคลากรแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คณะผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการอบรมด้าน

- ทักษะด้านการสื่อสาร รวมทั้งทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเพื่อทำความเข้าใจหรือต่อรองการกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- การจัดการสุขศึกษา การให้ข้อมูลและการสนับสนุน รวมถึง ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ แรงบันดาลใจ และทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบการดูแลรักษาตนเอง
- การตรวจและวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
- การดูแลรักษาทางคลินิก ประกอบด้วย
 - การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน
 - การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1
 - การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 - การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน
 - การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาชนิดกิน การใช้ฮอร์โมนอินซูลิน และการดูแลรักษาโรคเบาหวานในช่วงที่มี การเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมด้วย
 - การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะ Hypoglycemia และ Ketoacidosis
 - การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น Diabetic retinopathy
 - ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ
- การบันทึกและจัดการข้อมูล การบำรุงรักษาข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ระบบการติดต่อผู้ป่วยและเรียกดูข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

ควรมีการจัดสรรเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอให้บุคลากรทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะต้องมีการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินความก้าวหน้าทั้งระยะสั้นและระยะยาวเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของประเทศในด้านเหล่านี้ คือ

- ความชุกของโรคเบาหวาน
- กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังอื่นๆของโรคเบาหวาน
- ผลลัพธ์ระยะฉับพลันและระยะสั้นของการดูแลรักษา
- ผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแลรักษา

ตัวชี้วัดที่เสนอแนะให้นำมาใช้ประกอบการประเมินคุณภาพมีดังนี้

(ก) ตัวชี้วัดคุณภาพกระบวนการดูแลรักษา

ระดับความครอบคลุมของการค้นหาและวินิจฉัยโรค (Level of ascertainment)	ความชุกของโรคเบาหวานที่วินิจฉัยแล้ว เปรียบเทียบกับความชุกที่คาดหมายหรือประมาณการ (โดยคำนึงถึงโครงสร้างอายุและเชื้อชาติของประชากรในการดูแลของหน่วยบริการแล้ว)
ความครอบคลุมของการตรวจประจำปี (Annual review coverage)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินต่อไปนี้ในรอบปีที่ผ่านมา • ดัชนีมวลกาย • การจัดการด้านโภชนาการ • การสูบบุหรี่ • การตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ • การตรวจปริมาณ Microalbuminuria ในปัสสาวะ • ความดันโลหิต • ระดับ HbA1c • ระดับ Creatinine ในเลือด • ระดับไขมันในเลือด • การตรวจภาวะ Retinopathy

	• การตรวจเท้า
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านการดูแลรักษา โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

(ข) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลรักษา

คุณภาพชีวิตและความผาสุก	การวัดความผาสุกด้านจิตใจและร่างกาย ระดับความรู้ด้านโรคเบาหวานและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสำรวจ/แบบสอบถาม
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ในช่วงที่ยอมรับได้ (<7.4%)
ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	• ร้อยละของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย > 25 กก./ตร.ม. • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (140/80 มม.ปรอท) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง (200 มก./ดล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง (100 มก./ดล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง (150 มก./ดล.)
ตัวชี้วัดของ Microvascular complication	• ร้อยละของผู้ป่วยที่มี Proteinuria / microalbuminuria • ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Diabetic retinopathy ด้วยแสงเลเซอร์ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มี Background และ sight-threatening retinopathy • ร้อยละของผู้ป่วยที่มี Absent foot pulses • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึก Vibration sense ลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึก Pin-prick sensation ลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มี Foot ulceration
ผลลัพธ์ระยะกลาง	• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Angina • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Claudication • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Symptomatic neuropathy • ร้อยละของผู้ป่วยชายที่มีภาวะ Erectile dysfunction
ผลลัพธ์ระยะยาว	• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Myocardial infarction • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Stroke

	• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Visual impairment • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe visual impairment • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ End stage renal failure • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ Amputation: below/above ankle
--	--

นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เสนอโดยประเทศและหน่วยงานต่างๆ เช่น Diabetes Quality Improvement Project (DQIP) ของประเทศสหรัฐอเมริกา และตัวชี้วัดของประเทศต่างๆในทวีปยุโรป เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการสำรวจคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคเบาหวาน คือ ระยะเวลาการพบแพทย์/บุคลากรแพทย์ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ตั้งหน่วยบริการ และความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์

โดยพบว่าการมีเวลาพบและหารือแพทย์/บุคลากรแพทย์นาน ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงขึ้น

สำหรับขนาดของหน่วยบริการนั้นพบว่าหน่วยบริการขนาดเล็กผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยบริการขนาดใหญ่มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความซับซ้อนและต้องดูแลโดยคณะบุคลากรแพทย์หลากหลายสาขา

ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการนั้น พบว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำนั้นจะมีการมาใช้บริการด้านการป้องกันโรคน้อยกว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าที่ตั้งหน่วยบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านอื่นๆ

ส่วนความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งกับคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของบริการ และความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดคุณภาพบริการทุกด้าน

นอกจากนี้ ผลการสำรวจในประเทศไทยยังพบว่าการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้นเช่นกัน

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

สถานการณ์ในต่างประเทศ

การสำรวจศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 55 แห่งในภาคตะวันตกกลางของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1995 โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี ร้อยละ 26 ได้รับการตรวจตาประจำปี ร้อยละ 66 ได้รับคำแนะนำ/มาตรการด้านอาหารและร้อยละ 51 ได้รับการตรวจเท้า ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับ 8.6% กล่าวโดยสรุป คือ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดย The American Diabetes Association(ADA) การนำ Clinical practice guideline มาใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

การสำรวจแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิ 95 คน ในปี ค.ศ. 2001-2002 ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย 32.6 รายต่อเดือน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ คือ ในระหว่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 9 ปีโดยเฉลี่ย ร้อยละ 47.5 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 อย่าง ค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.6%(SD 1.73) และร้อยละ 40.5 มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 35.3 ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (<130/85 มม.ปรอท) และร้อยละ 43.7 มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 100 มก/ดล โดยมีเพียงร้อยละ 7.0 ที่สามารถควบคุมเป้าหมายการรักษาทั้ง 3 ด้านอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย เชื้อชาติของผู้ป่วย ประเภทหน่วยบริการ(อยู่ในการดูแลของสถาบันการศึกษา/โรงเรียนแพทย์) การดูแลโดยแพทย์ผู้เดียวหรือกลุ่มแพทย์หลากหลายสาขา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดโดยการชั่งยา คณะผู้สำรวจให้ความเห็นว่าการปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 60 แห่งทั่วประเทศอังกฤษเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อน(ปี ค.ศ. 1998) และหลัง(ปี ค.ศ. 2005) การมีมาตรการแรงจูงใจทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้มีการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำรวจโดยการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน พบว่าช่วงก่อนมีมาตรการกระตุ้นในปี ค.ศ. 1998 พบว่าในช่วง 15 เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตา และตรวจเท้าเท่ากับร้อยละ 87.1 ร้อยละ 69.4 และร้อยละ 57.4 ตามลำดับ ได้รับสุขศึกษาร้อยละ 84.8 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7.4% เท่ากับร้อยละ 37.8 ควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่า 140/85 มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ 21.8 ควบคุมระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 190 มก/ดล. เท่ากับร้อยละ 21.8 ผลการสำรวจซ้ำในปี ค.ศ. 2005 หลังจากมีมาตรการกระตุ้นการยกระดับคุณภาพบริการพบว่าตัวชี้วัดคุณภาพดังกล่าวข้างต้นดีขึ้นทั้งหมดทุกตัวชี้วัด คือ ในช่วง 15 เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตา และตรวจเท้าเพิ่มเป็นร้อยละ 99.4 ร้อยละ 82.7 และร้อยละ 88.0 ตามลำดับ ได้รับ

สุขศึกษาร้อยละ 100 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7.4% เท่ากับร้อยละ 50.6 ควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่า 140/85 มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ 49.0 ควบคุมระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 190 มก/ดล. เท่ากับร้อยละ 72.5

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 250 แห่งในประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ. 2000-2002 โดยการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 47.9 มีระดับ HbA1c > 7.0% ร้อยละ 87.6 มีระดับโคเลสเตอรอล > 4.0 mmol/l และร้อยละ 73.8 มีความดันโลหิต > 130/85 มม.ปรอท และมีเพียงร้อยละ 23 ได้รับการตรวจตา

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 12 แห่งที่ดูแลคนพื้นเมืองในมณฑล Northern Territory ประเทศออสเตรเลียไม่ระบุปีที่สำรวจ ผลการประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) พบว่าพัฒนาการด้านต่างๆของ Chronic Care model (Organisational influence, Community linkage, Self-management support, Clinical decision support, Delivery system design, Clinical information system, และ Component integration) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับ 9.3% จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c <8% เท่ากับร้อยละ 26 ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต <140/90 มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ 54 และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวม < 5.5 mmol/l เท่ากับร้อยละ 41 โดยพบว่าระดับคะแนนผลการประเมินตาม ACIC ด้าน(Organisational influence, Community linkage และ Clinical information system) ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 4.3, ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ และระดับการพัฒนาด้าน Organisational influence, Delivery system design และ Clinical information system มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับ HbA1c ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานการณ์ในประเทศไทย

ผลการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 37 แห่งทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพรายการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและครบถ้วน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 เคยได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจ Fasting plasma glucose (FPG) สัดส่วนผู้ที่ได้รับการตรวจระดับ HbA1c, Total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol, Serum creatinine, Urinary protein, และ Microalbuminuria เท่ากับร้อยละ 0.7, 17.4, 11.7, 6.9, 38.2, 33.0 และ 0.9 ตามลำดับ ผู้ที่เคยได้รับการตรวจตาและเท้าประจำปีมีร้อยละ 21.5 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวาน อันประกอบด้วย ภาวะRetinopathy (ร้อยละ13.6),

Proteinuria (ร้อยละ17.0), End stage renal failure (ร้อยละ0.1), Peripheral neuropathy (ร้อยละ34.0), Acute foot ulcer/gangrene (ร้อยละ1.2), Healed foot ulcer (ร้อยละ6.9), Stroke (ร้อยละ1.9), และ Myocardial infarction (ร้อยละ0.7)

ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งเป็นผลรวมของการบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีนอมาัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 44 หน่วย 18 เครือข่าย 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2548 โดยประเมินทั้งส่วนที่เป็นระบบงาน กระบวนการบริการ และผลลัพธ์สุขภาพด้านคลินิก ผลลัพธ์ที่เป็นศักยภาพของผู้เป็นเบาหวานในด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่ความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทในการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยพิจารณาจากระดับ HbA1c < 7 mg % มีร้อยละ 38 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10-19 หญิงสูงกว่าชาย เริ่มมีความผิดปกติของไต (microalbumin >30) ร้อยละ 31-50 มีค่าครีเอตินินสูงร้อยละ2-30 ผลความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้เป็นเบาหวานมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ การปฏิบัติตัวในการรักษา และการดูแลสุขภาพทั่วไปส่วนใหญ่ดี การปฏิบัติด้านการบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น การดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่างๆ เป็นหมวดที่ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านจิตใจมีสภาพที่ปานกลาง มีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านร่างกาย กลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า 5 ปี แตกต่างกันเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านกาย และความเป็นอิสระ แต่ในด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันไม่มาก ในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าคุณภาพชีวิตที่ดีในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง และชนบทที่ชัดเจน

อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ

(1) ธรรมชาติของโรคเบาหวาน

ความบกพร่องของ Insulin sensitivity และ Insulin secretion ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน Insulin sensitivity และ Insulin secretion นี้จะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และจะเป็นสาเหตุของความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลังๆของโรค ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่จะชะลอความเสื่อมของภาวะนี้ได้ ทั้งยังพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากตั้งแต่ระยะแรกของการเป็นโรคจะมีการเสื่อมลงของภาวะทั้ง 2 อย่างนี้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ภาวะ Glucose toxicity ที่เกิดขึ้น

ในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังยังสามารถเร่งภาวะเสื่อมนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลินสามารถเอาชนะผลของ Glucose toxicity ได้โดยการช่วยฟื้นฟูประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

(2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

สภาพปัญหาสุขภาพอันซับซ้อนของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การมีปัญหาลดน้ำหนักลงเรื่อยๆ ความจำเป็นในการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือการต้องมียาประจำวันบางอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลตนเอง จะเป็นสิ่งท้าทายการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ การที่ไม่มีอาการใดในระยะแรกของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องดูแลรักษาโรค ทั้งภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลัน ประกอบกับการไม่ได้รับความรู้เพียงพอยังเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาตนเองขึ้นไปอีก โดยผลการสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 70 ไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลทั่วไปและโรค 2 โรคนี้เป็นสาเหตุลำดับต้นๆของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

(3) ปัจจัยด้านการรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลิน

การให้ฮอร์โมนอินซูลินด้วยการฉีดทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำให้เจ็บและวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของความผิดพลาดจากการใช้ฮอร์โมนนี้ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในระหว่างผู้ป่วยว่าเมื่อใดก็ตามที่ต้องมีการใช้ฮอร์โมนอินซูลินนั้น หมายความว่าอาการดูแลรักษาตนเองล้มเหลวเป็นโรครุนแรง และกำลังจะถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยมักไม่เต็มใจรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลินแต่เนิ่นๆ กว่าที่ยอมรับการรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลินก็ต่อเมื่อรู้สึกว่ามันเป็นโรครุนแรงแล้ว

(4) ปัจจัยด้านผู้บริการดูแลรักษา

หน่วยบริการปฐมภูมิเผชิญอุปสรรคหลายประการในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นงานที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาและแรงงานมาก ธรรมชาติของโรคและวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน และความไม่ยุติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ โครงสร้างองค์กรในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีบริการสนับสนุนด้านต่างๆอย่างเพียงพอ รวมถึงความเชื่อของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยฮอร์โมนอินซูลินอาจคล้อยตามความเชื่อของผู้ป่วย และไม่ยอมรับการรักษาผู้ป่วยด้วยฮอร์โมนอินซูลินตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรคแต่ละชะลอการใช้ฮอร์โมนอินซูลินให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งนี้เกิดขึ้นแม้ในคลินิกโรคเบาหวาน

กลยุทธ์/แนวทางเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การจัดการกับปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น ในส่วนของข้อจำกัดของฮอร์โมนอินซูลินชนิดฉีดนั้น ปัจจุบันกำลังมีการคิดค้นฮอร์โมนอินซูลินชนิดพ่นเข้าทางเดินหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะใช้สะดวกและให้ผลดีกว่าฮอร์โมนอินซูลินชนิดฉีด

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางท่านมีความเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยทางเลือกการรักษาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ต้องรอการพัฒนาวิธีการรักษาชนิดใหม่ เพียงแต่จัดรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม คือ การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ หรือการใช้คณะผู้ดูแลรักษาและเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น เช่น การนัดตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ การแจกแจงแนวทางและเป้าหมายการรักษาอย่างละเอียด การปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่มีชีพวพทย์ การฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยคณะผู้รักษาที่มุ่งเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น

• การดูแลผู้ป่วยเป็นคณะที่ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักโภชนาการ และผู้ช่วยแพทย์ • การแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับการนัดตรวจติดตาม เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล การตรวจคัดกรอง และการใช้ยา - มีการใช้ยาชนิดกินหลายชนิดร่วมกันหรือใช้ฮอร์โมนอินซูลินร่วมด้วยบ่อยขึ้น - สำหรับผู้ที่ใช้ฮอร์โมนอินซูลินอยู่แล้ว เพิ่มความถี่ของการใช้เป็น 3 ครั้งขึ้นไปต่อวัน - การให้สุศึกษาด้านอาหารและการปรับพฤติกรรม • การฝึกอบรมผู้ให้บริการ • การเปิดโอกาสติดต่อผู้ให้บริการโดยตรงทางโทรศัพท์ • การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมด้วยอย่างเข้มข้นขึ้น • การใช้ระบบฐานข้อมูลในการตรวจติดตามกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างการขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานบริการสุขภาพต่างๆรวมทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series ในประเทศสหรัฐอเมริกาผ่าน และโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในกลุ่มประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย

โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series เป็นการร่วมดำเนินการระหว่าง The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และ คณะทำงานของ Improving Chronic Illness Care แห่งนครซีแอตเติล ซึ่งจะมีการกล่าวถึงโครงการนี้โดยละเอียดในเอกสารการทบทวนอีกฉบับเป็นการต่างหาก

สำหรับโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในประเทศอังกฤษเริ่มดำเนินการเมื่อปี ค.ศ. 2004 รัฐบาลประเทศอังกฤษโดย National Health Service (NHS) ได้เสนอให้เงินตอบแทนจำนวน 1.8 พันล้านปอนด์เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทำการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหืด และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแต่ละคนจะได้แต้มสูงสุดถึง 1000 แต้ม โดยการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชุดหนึ่งในการประเมินผลการดูแลรักษาในแต่ละปีของแพทย์แต่ละคน ตัวชี้วัดนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลทางคลินิก ด้านการจัดองค์กรหน่วยปฐมภูมิ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย แต้มรวมจากการประเมินทั้ง 3 ด้านจะถูกแปลงเป็นจำนวนเงินปอนด์ที่แพทย์จะได้รับในแต่ละปี โดยการคำนวณแต้มนี้อาจใช้สมการที่ค่อนข้างซับซ้อนที่คำนึงถึงทั้งขนาดของหน่วยบริการและความชุกของโรคในกลุ่มประชากรที่หน่วยบริการนั้นดูแลอยู่

ผลการประเมินประสิทธิภาพของโครงการนี้ ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผลการประเมินหลังจากมีโครงการนี้พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น)ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อาจเป็นผลจากมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนหรือในฐานข้อมูลครบถ้วนขึ้นโดยที่คุณภาพการบริการอาจไม่ดีขึ้นมากตามที่ประเมินพบก็ได้ นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่ควรคำนึง คือ อาจนำมาซึ่งการทุจริตโดยการลงบันทึกผลการดูแลรักษาแตกต่างจากสิ่งที่เป็นจริง ซึ่ง National Health Service (NHS) ได้มีมาตรการป้องกันปัญหานี้โดยกำหนดบทลงโทษอย่างหนักไว้

ข้อเสนอแนะการทบทวนข้อมูล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาของเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากความซับซ้อนทั้งของโรคและวิธีการปฏิบัติรักษา อย่างไรก็ตามมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่า มาตรการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วทำให้กระบวนการดูแลรักษา ผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจริง ดังนั้นจึงควรมีการเรียนรู้รูปแบบวิธีดำเนินการดังกล่าวมาปรับใช้กับสภาพในประเทศไทย ซึ่งมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีการตั้งเป้าหมายการยกระดับคุณภาพเป็นขั้นๆในแต่ละระยะของการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องอาศัยงบประมาณ ทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องต่างๆค่อนข้างมาก

เอกสารอ้างอิง

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.

Diabetes UK. Recommendations for the provision of services in primary care for people with diabetes. *Diabetes UK* 2005.

Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, van Royen P. Quality indicators for type 2-diabetes care in practice guidelines: an example from 6 European countries *Primary care diabetes* 2007;1(1):17-23.

Fleming BB, Greenfield S, Engलगau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project: moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. *Diabetes Care* 2001;24(10):1815-20.

Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Safran DG, Roland MO. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001 Oct 6;323(7316):784-7.

Chin MH, Auerbach SB, Cook S, Harrison JF, Koppert J, Jin L, Thiel F, Karrison TG, Harrand AG, Schaefer CT, Takashima HT, Egbert N, Chiu SC, McNabb WL. Quality of diabetes care in community health centers. *Am J Public Health* 2000;90(3):431-4.

Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, Volk RJ. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med* 2006;4(1):23-31.

Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357(2):181-90.

Wan Q, Harris MF, Jayasinghe UW, Flack J, Georgiou A, Penn DL, Burns JR. Quality of diabetes care and coronary heart disease absolute risk in patients with type 2 diabetes mellitus in Australian general practice. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):131-5.

Si D, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G, Cunningham J, Weeramanthri T. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. BMC Health Serv Res 2005;5:56.

Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang-A-kad P, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, Yeo JP. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. J Med Assoc Thai 2007;90(1):65-71.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

http://www.moph.go.th/ops/hcrp/download/DM/DM_cup.pdf

Peterson KA. Diabetes management in the primary care setting: summary. Am J Med 2002;113 Suppl 6A:36S-40S.

Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv 2001;27(2):63-80.

Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. N Engl J Med 2004;351(14):1448-54.