

การทบทวนและสังเคราะห์ผลงาน R2R
เพื่อผลักดันนโยบายหรือการขยายผลการปฏิบัติ
: กรณีเบาหวาน

Utilization of R2R Research to Policy Recommendations
: Diabetes care

โดย
นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์
สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

เดือนธันวาคม 2554

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
การทบทวนและสังเคราะห์ผลงาน R2R เพื่อผลักดันนโยบายหรือการขยายผลการปฏิบัติ
: กรณีเบาหวาน

ความเป็นมา

เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการเรื่องวิจัยในงานประจำ (R2R) มาเป็นเวลา 4 ปี มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มเบาหวานจำนวนมาก จึงได้จัดทำกระบวนการจัดการความรู้ ในโครงการ R2R2P (Routine to Research to Policy) ขึ้น เพื่อต่อยอดสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงระบบ เพื่อพัฒนาระบบบริการในประเด็นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

การดำเนินการ

ใช้กรอบความคิด Chronic care model ของ Edward Wagner ในการวิเคราะห์ เริ่มจากทีมวิชาการของโครงการ R2R ได้มีการทบทวน และสัมภาษณ์เจ้าของผลงานวิจัยคุณภาพ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีความต่อเนื่องหรือขยายผล คัดเลือกจำนวน 11 ผลงาน นำมาใช้กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบการวิเคราะห์ หาข้อสรุปที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบลักษณะร่วมที่สำคัญ ได้แก่ 1.) ทำงานเป็นทีมที่มีองค์ประกอบจากหลากหลายวิชาชีพ 2.) มีใจดีถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ 3.) ดำเนินการเชิงรุกเข้าไปเรียนรู้ในชุมชน 4.) มีการต่อยอดความรู้และพัฒนาคนใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่แสดงว่าองค์ประกอบที่มีข้อมูลหลักฐานชัดเจนมาก ได้แก่ ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการปรับระบบบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการประชุมนักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ระดมความคิดเห็น สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. การปรับระบบบริการเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง (Healthcare delivery system reform)

1.1 ดำเนินการในรูปแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) โดยองค์ประกอบในทีมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทบุคลากร และระดับของสถานบริการ

1.2 มีรูปแบบการเชื่อมโยงการจัดการโรคเรื้อรังของระบบบริการ ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงตติยภูมิหรือสถาบันเฉพาะทาง และระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ-ภาคเอกชน โดยมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกัน

1.3 ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ควรจ่ายค่าตอบแทนตามผลลัพธ์งานที่เกิดขึ้น (performance-based payment)

2. การเสริมสร้างความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเอง (self-management) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

ต้องพัฒนาในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มสถานะสุขภาพ ทั้งผู้ป่วย ประชากรกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (pre-diabetes) และประชากรทั่วไป มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง การดูแลตนเองที่บ้าน (home care system) และการช่วยดูแลในกลุ่ม (self help group) โดยเน้นนักมาตรการ และกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิผลสูง

2.1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มุ่งเน้นการจัดการดูแลตนเอง กำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล ให้อายุขัยระดับน้ำตาล และความดันโลหิตให้อยู่ในค่าเป้าหมาย ซึ่งมีประสิทธิผลมากในการลด หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2. กลุ่มสภาวะก่อนเบาหวาน มุ่งเน้นการจัดการดูแลตนเองรายกลุ่ม เป้าหมายในการลดการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งต้องมีการให้คำปรึกษาเพื่อการจัดการตนเองอย่างเข้มข้นและอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ บุคลากรสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิมีบทบาทมากในการดำเนินการโค้ชสุขภาพ (Health Coacher) นี้ และจำเป็นต้องได้รับการอบรมให้มีทักษะ

2.3. ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และกลุ่มสภาวะก่อนเบาหวานนั้น ควรจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานที่เกิดขึ้น (performance-based payment)

3. การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (Capacity building of workforce)

ควรปรับบทบาท สร้าง และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่อยู่ในระบบให้สามารถควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้ ฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพให้มีทักษะสามารถสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มประชากรตามสถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ทุกระดับ ทั้งการสนับสนุนรายกลุ่ม และการบริการเฉพาะรายบุคคล มีบุคคลหรือกลุ่มที่ปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะในระบบการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มเติมขึ้นมา และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะ ดังนี้

3.1 ผู้ประสานงานเบาหวาน (Case Coordinator)

มีบทบาทในการประสานงานระหว่างทีมบริการสหวิชาชีพ กับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งรายกลุ่ม และการบริการเฉพาะรายบุคคล เพื่อเป็นระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษา ที่สอดคล้องตามแนวปฏิบัติ

3.2 ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผน ประสาน และให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์ของการรักษาไม่ดี รับการดูแลรักษาไม่สม่ำเสมอ มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรมาก

.....

สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	3
กระบวนการศึกษา	3
คำนิยาม	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา	5
การดำเนินการ	
1. การทบทวนงานวิจัย และ Interview	6
2. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	6
3. การสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์	18
4. สังเคราะห์ และเก็บประเด็น	21
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	21
เอกสารอ้างอิง	28
ผนวก 1	ความหลากหลายของคำจำกัดความ
ผนวก 2	สรุปรายงานการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนงาน R2Rสู่ R2R2P วันที่ 27-28 พฤษภาคม 2554
ผนวก 3	ถอดบทเรียน สกัดความรู้ R2R กลุ่ม 1-3

การทบทวนและสังเคราะห์ผลงาน R2R
เพื่อผลักดันนโยบายหรือการขยายผลการปฏิบัติ
: กรณีเบาหวาน

ความเป็นมา

เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆทั่วโลก ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 3 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) ในเพศหญิง (ร้อยละ 7) และเป็นอันดับ 5 ของการสูญเสีย DALYs ในเพศชาย (ร้อยละ 3) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงได้ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานพบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลเสียอย่างมากทั้งในด้านการเจ็บป่วย (morbidity) การสูญเสียชีวิต (mortality) และค่าใช้จ่ายโดยรวม ปริมาณผู้ป่วย และปัญหาเหล่านี้เป็นที่ประจักษ์ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งในประเทศไทย

ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายตามลำดับ (ที่มีทั้ง รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป และ รพ.ศูนย์) ซึ่งเป็นผู้รับงบประมาณในฐานะหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้งบประมาณหลักประกันสุขภาพที่ได้รับ ในขณะที่โรงพยาบาลเองต้องให้บริการในฐานะสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิแล้วแต่กรณีด้วยประชาชนยังคงขาดความไว้วางใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทสำคัญของโรงพยาบาล และได้รับการยืนยันแล้วว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่พัฒนาได้ดีนั้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอย่างดีการควบคุมดูแลโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคุณภาพสุขภาพประชาชนไทยที่สำคัญคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงทุกระดับของบริการ เป็นปัญหาที่ทำลายบุคลากรในหน่วยบริการทุกระดับ และเกิดนวัตกรรมบริการตามหน่วยบริการต่างๆมากมาย ทั้งที่เกิดจากการกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเกิดจากการแก้ปัญหาที่หน่วยงานของบุคลากรสุขภาพเอง จนส่งผลให้เกิดมีงานวิจัยที่พัฒนาจากการทำงานประจำและไปแก้ปัญหาที่หน่วยงานเกิดขึ้น แต่ลักษณะของการแก้ปัญหา ยังกระจัดกระจายขาดการนำมาเชื่อมร้อยและจัดการให้เกิดเป็นระบบบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง จนส่งผลลัพธ์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพ มีแผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยจากงานประจำ (R2R: Routine to Research) ต้องการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องโดยการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงจัดทำเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการเริ่มต้น R2R และประสานให้มีระบบ นักวิชาการที่มีประสบการณ์การทำ R2R เป็นที่ปรึกษาตลอดจนสร้างระบบการยกย่องผู้ปฏิบัติ (recognition) ด้วยการประกวดและให้รางวัลกับผู้ทำงาน R2R และสนับสนุนให้ทุกคนได้มีโอกาสวิจัยจากงานประจำ อีกทั้งต้องการสร้างเครือข่าย R2R ในวงการ

สุขภาพของประเทศ โดย สวรส. จะเข้ามาทำหน้าที่เชื่อมโยงขับเคลื่อนเครือข่ายให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโครงการ R2R ในหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วประเทศ เน้นการสร้างผลงานและยอมรับผลงานวิจัยจากงานประจำ และการนำไปใช้ประโยชน์

จากการดำเนินการเรื่องวิจัยในงานประจำ R2R มาเป็นเวลา 4 ปี ติดต่อกัน ได้มีการจัดประกวดผลงานวิจัยที่มาจากผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของคนทำงาน และเมื่อทางคณะทำงานมาจัดกลุ่มงานวิจัยเหล่านั้น พบว่ามีประเด็นหลักๆ อยู่ไม่กี่ประเด็น และประเด็นที่เป็นประเด็นร่วม (common concern) ที่นักวิจัย หรือผู้วิจัย R2R ได้ทำเราจะพบว่าเรื่องการดูแลกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิต จำนวนมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และผู้ปฏิบัติงานเองก็มองว่าเป็นประเด็นที่ควรจะพัฒนางานของตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมโดยใช้กระบวนการวิจัยเข้ามาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน ซึ่งต่อยอดจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) และพัฒนาเป็นงานวิจัยขึ้น โดยมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยการประกวดที่ผ่านมาก็จำแนกเป็น primary care, secondary care, tertiary care และ excellent center สนับสนุนบริการ/บริหาร ซึ่งก็มีกลุ่มที่ทำงานวิจัยที่ได้รับรางวัลที่มีผลงานที่ดี ทั้งในแง่ของการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และการขยายผลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะเกณฑ์หนึ่งของงานวิจัย R2R ที่แตกต่างจากงานทั่วไป คือ เน้นที่งานวิจัยได้นำไปสู่การใช้ประโยชน์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของตนเอง เมื่อนำงานวิจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์ และจัดกลุ่ม ว่ามีงานวิจัยใดบ้างที่สามารถที่จะนำมาเรียงร้อยกันเพื่อให้เกิดข้อเสนอแนะร่วม (common recommendation) ที่จะนำไปสู่บทเรียนดีๆ (best practice) ซึ่งทางทีมคณะทำงานก็ได้มีการพิจารณากันในเบื้องต้นโดยคณะกรรมการดำเนินงาน R2R โดยพบว่า มีประเด็นของเบาหวาน และคณะทำงานได้เลือกจากงานที่พิจารณาแล้วว่าเป็น evidence based ที่มีคุณภาพ และเชื่อถือได้ ซึ่งมี 3 ประเด็นในเรื่องเบาหวาน

1. เรื่องเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต หรือแผลที่เท้า
2. เรื่องรูปแบบของการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้
3. เรื่องของการควบคุมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง

ด้วยประเด็นต่างๆ ข้างต้น ทำให้เห็นช่องว่างในเรื่องของระบบบริการ ที่อาจจะทำให้ชัดเจนขึ้นได้ด้วยกระบวนการจัดการความรู้และกระบวนการสังเคราะห์ความรู้เชิงระบบขึ้นใหม่จากการนำตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี (best practice) ร่วมกับงานวิจัยที่ได้รับรางวัลจากการประกวดในงานมหกรรม R2R มาจัดกระบวนการจัดการความรู้และจัดกระบวนการในโครงการ R2R2P (routine to research to policy) เพื่อต่อยอดสังเคราะห์ ข้อเสนอเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบบริการในประเด็นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์

1. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางวิชาการ เพื่อนำไปสู่การผลักดันนโยบาย หรือการขยายผลการปฏิบัติในพื้นที่ จากพื้นฐานงานวิจัย R2R และงานทางวิชาการอื่นๆ ในประเด็นย่อย
 - 1.1 การปรับปรุงระบบบริการคลินิกเบาหวาน
 - 1.2 ระบบสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เป็นเบาหวาน
2. พัฒนาโจทย์วิจัย/ประเด็นการวิจัยต่อยอดจากงานวิจัยจากเครือข่ายวิจัย R2R และเครือข่ายวิจัยประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขหรืออื่นๆในการพัฒนาระบบบริการต่อไป

กระบวนการศึกษา

1. ทางทีมวิชาการได้มีการทบทวนคัดเลือกงานวิจัย และสัมภาษณ์ เจ้าของงานวิจัย ทั้งจากงานวิจัยที่นำเสนอในมหกรรม R2R จากผลงานที่นำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่ม best practice ที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป
2. รวบรวม วิเคราะห์การนำผลงานมาทบทวนและสังเคราะห์
3. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
4. ทบทวนค้นหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างประเทศและในประเทศ (explicit evidences) ที่เกี่ยวข้อง
5. สังเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น
6. นำเสนอผลการศึกษารายแรก เพื่อรับฟังความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง
7. เก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการประชุมมหกรรม R2R
8. ร่วมกับนักวิชาการอื่นๆที่ สวรส. เชิญมาในการสังเคราะห์เพิ่มเติม
9. ปรับปรุงรายงานผลการทบทวนและสังเคราะห์ และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์
9. นำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายหรือผู้เกี่ยวข้อง

คำนิยาม

เนื่องจากได้มีการใช้คำจำกัดความที่หลากหลาย จากหลายแหล่งตามตัวอย่างบางส่วนที่แสดงในภาคผนวก จึงได้คัดเลือก และนำมาเรียบเรียงใหม่ ดังนี้

“การจัดการโรค” (Disease management) หมายถึง

การจัดการเชิงรุกแบบบูรณาการ ตลอดกระบวนการดูแลรักษาโรคในกลุ่มประชากรเป้าหมาย มุ่งถึงผลลัพธ์สุขภาพ ทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานคือ

- (1) ระบุเป้าหมายทั้งระดับบุคคล และกลุ่มประชากร
- (2) วางแนวปฏิบัติ และมาตรฐานผลงานในการจัดการเป้าหมายที่ระบุ
- (3) มีระบบสารสนเทศในการติดตามกิจกรรม และผลลัพธ์ทั้งระดับบุคคล และกลุ่มประชากร
- (4) มีการตรวจวัดผล และบริหารจัดการผลลัพธ์

(Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. Am J Prev Med 2002;22(4S):10-4.)

“การจัดการรายกรณี” (Case Management) หมายถึง

กลุ่มกระบวนการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การรักษาไม่ดี รับการดูแลรักษาไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรมาก มีการวางแผน ประสาน และให้บริการดูแลรักษา โดยมีลักษณะพื้นฐานได้แก่

- (1) ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด
- (2) ประเมินความจำเป็นพื้นฐานรายบุคคล
- (3) วางแผนการดูแลรักษารายบุคคล
- (4) ดำเนินการตามแผนที่วางไว้
- (5) ติดตามผลลัพธ์.

(Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. Am J Prev Med 2002;22(4S):10-4)

“การจัดการดูแลตนเอง” (Self-management) หมายถึง

ความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ป่วยที่จำเป็นในการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะรวมความต้องการ เป้าหมาย และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเข้าไว้ด้วยกัน สามารถตัดสินใจ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แก้ไขปัญหา และร่วมมือกับบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก สถานะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

(Funnell MM, et al. Diabetes Care. 2008.)

“การสนับสนุนการจัดการตนเอง” (Self-management support) หมายถึง

เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบในการให้ความรู้ และสนับสนุนจากบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ ในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ป่วยที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าและปัญหาอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกำหนดเป้าหมาย และสนับสนุนการแก้ไขปัญหา เพื่อส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก สถานะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

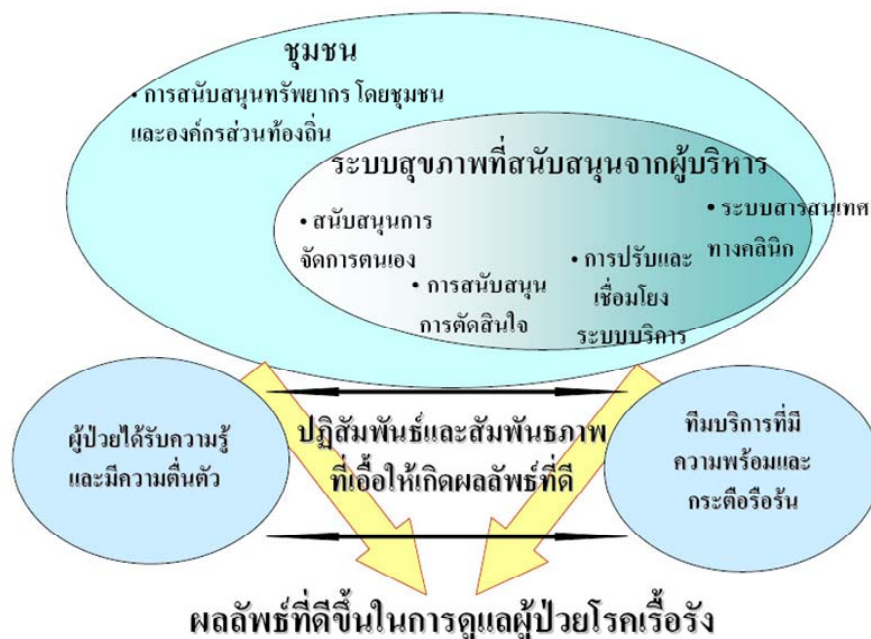
(IOM, 2003 and Funnell MM, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2008.)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่ต้องสนใจ เนื่องจากมีผลกระทบในวงกว้าง ระบบสาธารณสุขเดิมที่ใช้อยู่เป็นการตอบสนองกับสภาวะโรคเฉียบพลัน จากข้อมูลหลักฐานทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะเรื้อรังได้รับการดูแลรักษายังไม่เหมาะสม เช่น

- ประมาทครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย
- ส่วนน้อยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามเป้าหมาย
- การป้องกันโรคยังได้รับความสนใจน้อย
- ระบบการลงทะเบียนติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง
- การดูแลยังไม่ครบถ้วนตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสม
- มีความไม่ต่อเนื่องสอดคล้องประสานกันระหว่างหน่วยปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ
- ขาดการจัดการบูรณาการ

จากข้อมูลหลักฐานจากประเทศต่างๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำถึงหลักการที่ทำให้การดูแลรักษาภาวะโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เช่น การเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (disease prevention and health promotion) ในกลุ่มประชากร, การต้องมีระบบสารสนเทศ และลงทะเบียนโรคเพื่อการวางแผนและประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย, การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเอง (self care), การพัฒนาการบริการแบบบูรณาการข้ามองค์กร, การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก, การมีทีมบริการแบบสหวิชาชีพ ฯลฯ ซึ่งหลักการเหล่านี้มีความหลากหลายเชื่อมโยง และทับซ้อน เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์จึงใช้กรอบความคิด Chronic care model ของ Edward H Wagner ซึ่งบุกเบิก และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ตามรูป



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) โดย Edward H Wagner

ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 6 องค์ประกอบ คือ

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร (Leadership & Vision in health system)
- เชื่อมโยงชุมชน (Community resources & policies)
- การปรับระบบบริการ (Delivery system design)
- ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)
- ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support system)
- ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support)

ในที่นี้จะเน้นการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็น การปรับระบบบริการ (Delivery system design) และสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) แต่อาจมีประเด็นเชื่อมโยงไปในองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการ

1. การทบทวนงานวิจัย และ Interview

ทางทีมวิชาการของโครงการ R2R ได้มีการทบทวนงานวิจัย และสัมภาษณ์เจ้าของงานวิจัย ซึ่งงานวิจัยที่ได้ไม่เฉพาะจากงาน R2R เท่านั้น ยังรวมถึงรายงานที่ปรากฏในงานวิชาการต่างๆ เช่น งานประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และ best practice ที่ได้รับการยอมรับทั่วไป ซึ่งลักษณะผลงานก็มีความคล้ายคลึงกัน เพียงแต่ว่าในกลุ่มที่ส่งผลงานของกระทรวงสาธารณสุขมักจะเป็นหน่วยงานในระดับโรงพยาบาลขึ้นไป ส่วนในระดับ รพ.สต./สสอ. ยังพบน้อยมาก เมื่อเทียบกับงาน R2R จะพบว่า ผลงานที่ส่งเข้าประกวดจะมีครบทุกระดับ และระดับที่พบมากที่สุดจะเป็นระดับ รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน

2. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คณะกรรมการ R2R ได้รวบรวมงานทั้ง 2 กลุ่ม คือจาก R2R และประชุมวิชาการกระทรวงฯ มารวมกัน โดยได้มีการวิเคราะห์ และสัมภาษณ์ในประเด็น 1) การนำงานวิจัยไปใช้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ 2) งานวิจัยที่วกอู่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบว่ายังคงเปลี่ยนแปลงอยู่จริงหรือไม่ และ 3) มีการขยายผลไปยังกลุ่มอื่นๆ อีกหรือไม่ เพื่อที่จะได้นำกลุ่มคนทำงานกลุ่มนี้มาจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อค้นหาเบื้องหลังแนวคิด แนวทางการดำเนินงาน บทเรียนการทำงานดีเกิดจากอะไร รวมทั้งข้อเสนอเพิ่มเติม

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนงาน R2R สู่ R2R2P

(วันที่ 27-28 พฤษภาคม 2554 ณ ห้องประชุมจัสเปอร์รูม โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี)

รวบรวมโครงการที่ถือว่าเป็น best practice จากการนำเสนอ หรือ โครงการที่ยอมรับกันทั่วไป มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) ตามหลักการว่า มีความรู้จากการปฏิบัติอยู่มากมายที่ไม่ได้เขียนไว้ในรายงานการวิจัย หรือรายงานการปฏิบัติงาน จึงออกแบบการประชุมให้ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อย แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย โดยใช้

เทคนิคการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) การเล่าเรื่อง (Story telling) และสุนทรียสนทนา (Dialogue) พยายามหาข้อสรุปที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกัน
ประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วย

- ที่มาที่ไป เหตุใดจึงทำวิจัยเรื่องนี้ บริบทของการปฏิบัติ
- ทำอะไร (What) กับใคร อย่างไร เหตุใดจึงทำเช่นนั้น มีเทคนิควิธีการอย่างไรบ้าง (How to)
- ทำแล้วได้ผลอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง ครอบคลุมหลายมิติ เช่น ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับคนทำโครงการ/วิจัย ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน ผู้ให้บริการ ชุมชน
- วิธีการปฏิบัติเหล่านั้นยังใช้อยู่หรือไม่ มีการพัฒนาอะไรเพิ่มเติมบ้างหรือไม่
- ถ้าที่อื่นจะนำไปใช้ต่อ มีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรที่ควรระวัง “จะบอกเพื่อนอย่างไร จะได้ไม่ต้องเริ่มต้นจากศูนย์”

โครงการ/โครงการวิจัย R2R ที่เข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลุ่ม	โครงการ/โครงการวิจัย R2R
กลุ่ม 1	1. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมลูกไม้หล่นไม่ไกลต้น ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อ.ปากพลี จ.นครนายก
	2. การดูแลรักษาเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นอย่างครบวงจร
	3. ประสิทธิภาพการจัดการยาเดิมเชิงรุกเพื่อนำมาหมุนเวียนใช้โดยสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง
กลุ่ม 2	4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริหารผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังแบบเข้มข้นโดยเภสัชกร
	5. การพัฒนาแบบจำลองเภสัชกรเวชปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
	6. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2
	7. ประสิทธิภาพของการสร้างเสริมสุขภาพตนเองโดยใช้กิจกรรมค่ายเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
กลุ่ม 3	8. โครงการ “ไม่เลื่อย” เยี่ยมบ้านเชิงรุกโรงพยาบาลกุนนารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
	9. ประสิทธิภาพการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอุดรธานี
	10. การเตรียมความพร้อมในการนิดาอินซูลินครั้งแรก ของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
	11. ประสิทธิภาพของการเสริมทักษะการเลือกบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

โครงการเหล่านี้เป็นความคิดริเริ่มตอบสนองต่อปัญหาที่พบอยู่ประจำวันที่ต้องการให้เกิดผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อวิเคราะห์การถอดบทเรียน สกัดความรู้ R2R ตามองค์ประกอบที่สำคัญของ Chronic care model รายโครงการที่นำมาศึกษา ดังแสดงไว้ในตาราง ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบลักษณะร่วม ที่สำคัญ ได้แก่

- ทำงานเป็นทีมที่มีองค์ประกอบจากหลากหลายวิชาชีพ
- การมีใจยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้
- การดำเนินการเชิงรุกเข้าไปเรียนรู้ในชุมชน
- มีการต่อยอดความรู้และพัฒนาคนใหม่จากโครงการที่ทำอยู่

วิเคราะห์การถอดบทเรียน สกิดความรู้ R2R ตามองค์ประกอบที่สำคัญของ Chronic care model

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
1. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมลูกไม้หล่นไม่ไกลต้น ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อ.ปากพลี จ.นครนายก	ทำงานคัดกรองทุกปีพบว่า ครั้งหนึ่งมีคนกล่าวว่า “ลูกไม้หล่นไม่ไกลต้น” เกิดความคิดที่จะทำให้ “ลูกไม้หล่นไกลต้น”	การคัดกรอง รับผู้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจโดยมีเกณฑ์ตาม สปสช. 1) ดัชนีมวลกาย 2) น้ำตาลในเลือด 3) รอบเอว 4) ญาติ	-ปฏิบัติการลดลง -ค่าใช้จ่ายต่อหัวลดลง -เกิดวิทยากรภายใน -เกิดความตระหนักเรื่องสุขภาพไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายชักชวนให้ร่วมกิจกรรม -เกิดบทบาทในการทำงานของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับชัดเจนขึ้นเห็นผู้ป่วยคนเดียวกัน -ปี 54 ขยายงานเพิ่มในกลุ่มป่วย -มีการกระจายคนไข้ลง PCU -มีอำเภออื่นทำตาม -ลูกไม้ขยายผลต่อในพื้นที่ เช่น ร้านค้าหวานน้อย มคทายกพูดอาหารสุขภาพเมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาและให้ประชาชนใส่บาตรด้วยอาหารหวานน้อยเค็มน้อย	1) เน้นที่กลุ่มเสี่ยง ก่อนเป็นโรค 2) พัฒนาบุคลากรไปถึง อสม. 3) กิจกรรมเชิงรุกเข้าไปชุมชน 4) ให้ความรู้และมีกลยุทธ์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) สร้างเครือข่ายข้ามหน่วยงาน

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
2. การดูแลรักษาเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นอย่างครบวงจร	ศิริราชมีค่ายเบาหวานเด็กมา 20 ปี A1Cเฉลี่ย 11% และจำนวนวันนอน 17 วันนอน ยังสูงมาก ทำอะไรให้ผู้ป่วยมีความรู้และพึ่งตนเองได้ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ความตระหนัก ความเข้าใจ และทักษะเป็นอย่างดี	โครงการ survival skill เป็นการค่ายเรียนรู้ครบวงจรเพื่อตัวเอง หลักการ 1)รู้อย่างถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรกเริ่มป่วยนอนโรงพยาบาลด้วย DKA 2)มีผู้ปกครองอยู่ด้วย ระหว่างนอนโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยนัดมาเรียนรู้พร้อมกันตามมืออาหารสอนชนิดอินซูลิน (ให้กำลังใจที่ต้องดูแลตนเอง) 3) นัดมาเจอกัน meeting care team: ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยญาติ 4)หลังจากนั้น นัดทุก 3 เดือนทบทวนเพิ่มเติมความรู้และทักษะ ประเมินระดับความสามารถแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 5)บริการให้คำปรึกษาทั่วไป (hotline) และฉุกเฉิน (call center) มีการจัดเวรเพื่อรับคำปรึกษา	ผลทางคลินิกดี A1Cเฉลี่ย 9% ปีถัดมา 8.7% Re-admit ด้วยDKA<5% -ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนัก เพิ่ม adherence -ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการดูแลและพึ่งตนเองได้ กิจกรรมดำเนินอย่างต่อเนื่องมา 15 ปี	1) พัฒนาบุคลากรไปถึง อสม. 2) ทำงานเป็นทีม มีการประชุมวิชาการ สันทนาการร่วมกัน (Short course training)ร่วมกันทำกิจกรรมกระตุ้นจิตสำนึกที่ตึงามสม่ำเสมอ 4)ให้ความรู้และมีกลยุทธ์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
3. ประสิทธิภาพการ จัดการยาเดิมเชิงรุก เพื่อนำมาหมุนเวียนใช้ โดยสหสาขาวิชาชีพใน คลินิกเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง	เดิมมีระบบรับยาคืนเชิง รับพบปัญหาการใช้ยา -ยาเหลือจากแพทย์งด สั่งใช้ -ผู้ป่วยเสียชีวิต -การบริการที่เสียเวลา เมื่อมาทราบภายหลังว่า มียาเดิมเหลืออยู่ -สูญเสียทรัพยากรจาก การทำลายยาเมื่อได้รับ คืน	-จัดระบบรับยาคืนแบ่งบทบาทการ ทำงาน 1)ออกแบบใบรับยาคืนแบบให้เลือกรายการเติมจำนวนยาเหลือเหมือนใบสั่ง จ่ายเดี่ยว บันทึกข้อมูลการเก็บรักษายา ของผู้ป่วย 2)พยาบาลซัก ลงข้อมูลยาเหลือ 3)ผู้ป่วยพบแพทย์ ปรับการสั่งใช้ยา 4)แนบใบรับคืนยามาพร้อมกับใบสั่งยา ผู้ป่วยนำส่งให้ห้องยา เกสซักรซักเรื่อง การเก็บรักษายาและให้ความรู้การใช้ การเก็บ การดูวันหมดอายุกับผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง -คัดเลือกยาหมุนเวียนมาใช้ใหม่ โดยมี เกณฑ์และสภาพยา	ลดค่าใช้จ่ายค่ายาลง 1: 1.6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรับยาคืน เชิงรับ มีแผนขยาย -ขยายผลจากคลินิกเบาหวานความดัน สู่ ผู้ป่วยนอกทั่วไป -ผลการทำงานและตามรอยปัญหาเรื่องยา จากข้อมูลยาคืนและสภาพยาของผู้ป่วยของ ผู้ป่วยรายบุคคล ไปเยี่ยมบ้าน สำรวจครัวเรือน พฤติกรรมการใช้ยา วิธี ชีวิต	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมี เภสัชกรเป็นกำลังหลักที่สำคัญ 2) กิจกรรมเชิงรุก เยี่ยมบ้าน 3) เข้าใจพฤติกรรม เป้าหมายให้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังแบบเข้มข้นโดยเภสัชกร	- ปัญหาที่พบในการทำงานประจำ - ค้นคว้าจากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ	เภสัชกรร่วมกับ จน.สอ. ปรับพฤติกรรมผู้ป่วยอาหาร ยา โดยจัดอบรม เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ ทำเป็น RCT, 20/group, 6 mo.	-ผู้ป่วยมี  Scr  BP -ผู้ให้บริการ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น, มีทุกขในการทำงานลดลง -พัฒนาเภสัชกรในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในระดับจังหวัด	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) กิจกรรมเชิงรุก เยี่ยมบ้าน 3) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2	- ปัญหาที่พบในการทำงานประจำ - ค้นคว้าจากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ	-สหสาขาวิชาชีพให้ความรู้ 1 ครั้งต่อเดือน รวม 9 เดือน -พยาบาลส่งตรวจเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน -One group Pre-Post, 30, 9 mo	-ผู้ป่วยมี  Knowledge, Self-care behavior และ  Complications screening -ผู้ให้บริการ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ทุกขในการทำงานลดลง	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
6. ประสิทธิภาพของการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยใช้กิจกรรมค่ายเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	- ปัญหาที่พบในการทำงานประจำ - ค้นคว้าจากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ - การอบรมความรู้	-จัดค่ายเบาหวาน 1 วัน - สหสาขาวิชาชีพ -มี 5 ฐาน อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อโรคยา อบายมุข -group, 30/group	-ผู้ป่วย มี  Knowledge (DM, behavior) -ผู้ให้บริการ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ทุกขในการทำงานลดลง	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
7. การพัฒนาแบบจำลอง เภสัชกรเวชปฏิบัติ เพื่อ การดูแลผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2	- ปัญหาที่พบในการ ทำงานประจำ - ค้นคว้าจากผลงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ - การอบรมความรู้	พัฒนาเภสัชกรเวชปฏิบัติ - อบรม Chronic Care Concept - อบรมการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์ - จัดทำ Clinical Practice Agreements - กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน RCT, PP 48, UC 50	- ผู้ป่วยมี  A1c, FPG, DBP และ  Complications screening - ผู้ให้บริการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มากขึ้น ทุกขั้นตอนในการทำงานลดลง	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมี เภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) สนับสนุนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติสนับสนุน การปฏิบัติงาน 4) พัฒนาบุคลากร
8. “ทีมไม่เลี้ยง” ทีมเยี่ยม บ้านเชิงรุกโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ (ฝ่ายเภสัชกรรม)	- เภสัชกรพบว่าการทำ พื้นฟูสภาพผู้ป่วย ไม่ สามารถทำใน โรงพยาบาลได้ทั่วถึง, พบผู้พิการบางรายไม่ สามารถเข้าถึงบริการ - ที่ห้องยาพบว่าผู้ป่วย โรคเรื้อรังมีปัญหาเรื่อง การใช้ยาต่างๆ เช่นไม่ กินยา - ผู้ป่วยเบาหวานไม่กิน ยา, หรือกินยาไม่ถูกต้อง - จึงเป็นการจุดประกาย	- เภสัชกรขอออกไปดูแลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านที่มีอยู่ แล้ว โดยเริ่มจากเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นงาน พื้นฟูสภาพของแผนกกายภาพบำบัด แล้วนำปัญหาด้านยาเข้ามา Consult เภสัชกรใน รพ. - เริ่มทำงานในกลุ่มฟื้นฟูผู้พิการ แล้ว ขยายสู่ผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังอื่นๆ เช่น DM Stroke - ทีมสหวิชาชีพ ทำงานตามสภาพปัญหา ทำแทนกันได้ความรู้เบื้องต้น และนำ ปัญหาที่ยากเข้าสู่การ conference ร่วมกันใน รพ. รวมทั้งการปรึกษา	- กิจกรรมยังคงดำเนินการต่อเนื่อง - เริ่มขยายผลการ ดูแลไปยังผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ดูแลผู้ป่วยจิต เวช เบาหวาน ไตวาย CAPD AIDS - เกิดแนวปฏิบัติการดูแล - รางวัลให้คนทำดี - งานที่ทำเริ่มมีคนเห็น ส่งเข้าชิงรางวัล “คนค้นคน” ได้เงินรางวัล ๑,๐๐๐,๐๐๐ - เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มคนทำงาน ระหว่าง รพ.+อนามัย มีการทักทาย พูดคุย กันมากขึ้น บรรยากาศการทำงานดีขึ้น เกิด ความร่วมมือในเรื่องอื่นๆง่ายขึ้น	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมี เภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) กิจกรรมเชิงรุก เยี่ยมบ้าน 3) สนับสนุนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 4) พัฒนาระบบบริการมี Case Management 5) พัฒนาบุคลากร คนทำงานรุ่น ใหม่ๆ

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
	ความคิดให้เภสัชกรเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมด้วย -เภสัชกรลงพื้นที่ที่ไม่เยี่ยมแต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เกิดเปลี่ยนความคิดของตนเอง เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจาก case ที่พบแต่ละรายไม่เหมือนกัน	แพทย์ -มีการวางรูปแบบการทำงานมี Case Management ทุก ตำบล ๑๗ ตำบล แบ่งทีมทำงานเป็นทีมเชิงรุก ๔ ทีม แบ่งเป็นทีมหลัก : นักกายภาพ ผู้ช่วยนักกายภาพ ๘ คน + และ ทีมรอง - การทำงานทำแบบลงไปช่วยทีม PCU ทำงาน : ไม่บังคับ : ไม่สร้างกฎระเบียบตายตัว ยืดหยุ่น เกิดความร่วมมือเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปรับรูปแบบการดูแล ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่	-ผลลัพธ์ของรพ. ในการสร้างบุคลากร จนเกิดคนทำงานรุ่นใหม่ ๆ รุ่น ๑-๒-๓-๔ -โรงพยาบาลมีชื่อเสียง มีคนรู้จัก -ความสัมพันธ์ในคนทำงานขึ้น -ผู้ป่วยที่ลงไปดูแลมีความสุข สุขภาพดีขึ้น ดูแลตนเองได้ขึ้น โดยใช้แบบประเมิน ADL	
9. ประสิทธิภาพการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา รพ. อุตรธานี (ฝ่ายเภสัชกรรม)	- เป็นงานวิจัยที่เริ่มพัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัย ป.โท ในปี ๒๕๔๘ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาการใช้ยา แต่ผู้รับผิดชอบงานเดิมไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ - ปริมาณผู้ป่วยเบาหวานใน รพ. มาก -เริ่มงานปี ๒๕๔๘ ถึง	-เริ่มการทำงานวิจัยจากการหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาได้ถูกต้อง เช่น แจกสมุดบันทึก, กล้องกินยา ใช้ “ถุงผ้าใส่ยา” ให้ผู้ป่วย -หลังจากนั้นเปิดงานบริหารเภสัชกรรมให้เภสัชกรเข้าไปดูแล พุดคุยหาปัญหาการใช้ยา ตามปัญหาที่พบบนหอผู้ป่วย - พบปัญหาเกี่ยวเนื่องกับยา(DRP) มากขึ้น แบ่งกลุ่มตามปัญหา หาข้อมูลนำมา พัฒนาการ Counseling จนได้รูปแบบที่ชัดเจน มีมาตรฐานการทำงาน	-รพ. เป็น Policy ของ รพ. ทำอย่างต่อเนื่อง -ทีมทำงานนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อเนื่อง พัฒนาขึ้น เริ่มขยายผลไปทำในกลุ่มผู้ป่วยอื่นเช่น COPD Asthma - ขยายผลการทำงานไปในรพ.ชุมชนในเครือข่าย -ระดับน้ำตาลผู้ป่วยที่พบเภสัชดีขึ้น ปี ๑ ๔๒๘ คน, ปี ๒ ๑๐๐๐ คน, ปี ๓ ๑๐๐๐ คน	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก แลกเปลี่ยนข้อมูล 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติสนับสนุนการปฏิบัติงาน 4) พัฒนาบุคลากร

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
	๒๕๕๑ - ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ไม่ได้รับการแก้ไขเฉพาะ	-ประชุมทุกเดือนร่วมกับ สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (PCT เบาหวาน) -มี Program Computer ที่เขียนขึ้นเองของเภสัชกร รพ.อุดรธานี ในการส่งต่อข้อมูลการให้คำปรึกษา ปัญหาที่ต้องติดตาม ตั้งแต่ใน IPD ต่อที่มา OPD clinic โปรแกรมนี้ใช้ได้ดีและมีการพัฒนาต่อเพื่อเชื่อมโยงกับโปรแกรมระบบบริการของโรงพยาบาลในปัจจุบัน -มี CPG ที่ใช้จริง ทุกคนยอมรับปฏิบัติตาม เช่นกำหนดค่า Scr ที่จะต้องงดยา MF ทันที -ทำงานในหน้าที่ให้ดีที่สุด เจอปัญหาเสนอปัญหา ช่วยกันแก้ไขอย่างต่อเนื่อง -ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สื่อสารร่วมกับการพูดคุยกันมากๆ share ข้อมูลตลอดเวลา -ใช้สมุดประจำตัว Pt : เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพ.อุดร ไปยัง รพช.ในจังหวัด ที่ refer ผู้ป่วยเข้ามาและส่งกลับ -ประเมินการใช้ยา Ptทุกคน : เภสัชติดตาม ๓ ครั้งหมดปัญหา : ลบข้อมูล	แนะนำเพื่อน -นำผล lab ที่ดีขึ้นมาเสนอผู้บริหาร -ตัวเลขยอดค่าใช้จ่ายต่างๆขึ้น -ควรจะมีเภสัชเพิ่มขึ้น ดูแลผู้ป่วย DM เฉพาะ	

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
10. การเตรียมความพร้อมในการฉีดยาอินซูลินครั้งแรกของผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา (ฝ่ายเภสัชกรรม)	-ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในรพ. ๑๕๐๐ คน ใช้ยา insulin ๓๐๐ คน ยังมีผู้ป่วยหลายร้อยคน ควรใช้ยาอินซูลินแต่ปฏิเสธใช้ยาฉีด กลัวเข็ม ไม่กล้าฉีดยา ความเชื่อผิดๆ เช่น ฉีดยาแปลว่าใกล้ตาย ปฏิเสธไว้ก่อน, เพื่อนเบาหวานบอกว่าถ้าฉีดแล้วจะ Shock -จำนวนผู้ป่วยเบาหวานใช้บริการมาก ให้การพยาบาลได้ไม่ทั่วถึง ให้คำแนะนำได้ไม่ดี -เภสัชกรรมมองเห็นปัญหาและคิดว่าน่าจะร่วมแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงอินซูลินได้เร็ว	- พัฒนารูปแบบสอน ด้วยการจัดกลุ่มผู้ป่วย ทำ group counseling และ ผู้ป่วย เข้ากลุ่มฝึกฉีดยา -เป็นการรวบรวมข้อมูลปัญหาจากผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างทำการ counseling -ได้เกณฑ์ปฏิบัติงาน FBS > ๑๘๐ x ๒ ครั้ง พยาบาลจะให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และญาติ กรณีจำเป็นต้องได้รับ Insulin ก็สามารถสอนได้ทันที -ใช้เทคนิค เพื่อนผู้ป่วย DM ที่ใช้ Insulin อยู่แล้วมาช่วยแนะนำ (good mode) ระหว่างทำ group counseling -ประดิษฐ์อุปกรณ์สอนฉีด insulin เป็นหมอนที่เรียนแบบหน้าท้อง และมีระยะที่เหมาะสมในการฉีดให้จดจำง่าย -ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านประเมินการจัดเก็บยาและการฉีดยาที่บ้านร่วมด้วย	-ผู้ป่วยเริ่ม insulin ได้เร็วขึ้น และควบคุมระดับFBS ได้ลดลง -ปฏิบัติกิจกรรม Group counselingจนเป็นงานประจำ -รพ. ได้วิธีปฏิบัติเรื่องการสอนฉีดอินซูลิน -ได้ข้อมูลการฉีดยาของผู้ป่วย -ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย, ความเครียดลดลง -ผู้ป่วยได้ข้อมูลการใช้ Insulin ได้ถูกต้อง -เปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยได้ว่า การฉีดยาไม่ได้หมายถึงใกล้ตายหรือระยะสุดท้าย	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลจัดการตนเอง 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ชื่อโครงการ	ที่มาที่ไป/บริบท	ทำอะไร อย่างไร	ผล/ความเปลี่ยนแปลง	องค์ประกอบที่สำคัญตาม CCM
11. ประสิทธิผลของการเสริมทักษะการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น (กลุ่มการพยาบาล)	-ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ประเมินความรู้ผ่านแต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรม -การสอนแบบเดิมพบว่าสอนไม่ตรงกับปัญหาผู้ป่วย -ผู้ป่วยมีความรู้ ถามตอบได้ แต่กลับบ้านทำไม่ได้ ตักอาหารกิน, เลือกอาหารไม่เหมาะสมกับตนเอง -การสอนผู้ป่วย ที่รพ. อุปกรณ์ต่างๆ ไม่เหมือนบ้าน -คนอีสานทานเค็ม -อาหารอีสานมีเครื่องเทศมาก	-เลือกกลุ่มผู้ป่วย ๓๓ คน สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ๒๓๔ คน ฝึกปฏิบัติตักอาหาร ให้ผลไม้ ๑ ส่วน -กิจกรรมการสอน ให้ความรู้เรื่องอาหาร ทุก ๓ เดือน และประเมินมาพบเพื่อน สอบความรู้ ๖ เดือน -ทีมใช้ใบกำกับอาหาร ในการประเมินผู้ป่วยตักอาหาร - ทุกจุดบริการ ทีมต่างๆ จะช่วยดักจับปัญหาการทานอาหารของผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการทำงาน เมื่อพบปัญหา เรื่องอาหาร ส่งพบพยาบาล ทุกฝ่าย ทำงานเป็นงานประจำ ขยายผลไปหน่วยอื่น GP, Med ให้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน -พบบางส่วนทำไม่ได้ (ผู้สูงอายุ, ไม่มีคนดูแล) ขยายการทำงาน นักโภชนาการ ลงชุมชน ๑๙ แห่ง -ขยายรูปแบบการดูแล ไปผู้ป่วยกลุ่ม AIDS, DN	-ระดับFBS ลดลง ใช้เงินเป็นงานประจำ -ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น -ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ถูกต้อง ทั้งการเลือกทานอาหาร การตักอาหาร -ผู้ป่วยมีความสุข - ความสัมพันธ์กลุ่มผู้ป่วยที่ดี	1) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรเป็นกำลังหลัก 2) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลจัดการตนเอง 3) รุกลงชุมชน

3. การสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (explicit evidences)

จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review and meta-analysis) ตามรูปแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการโรคมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA_{1c}) ลง 0.51% ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

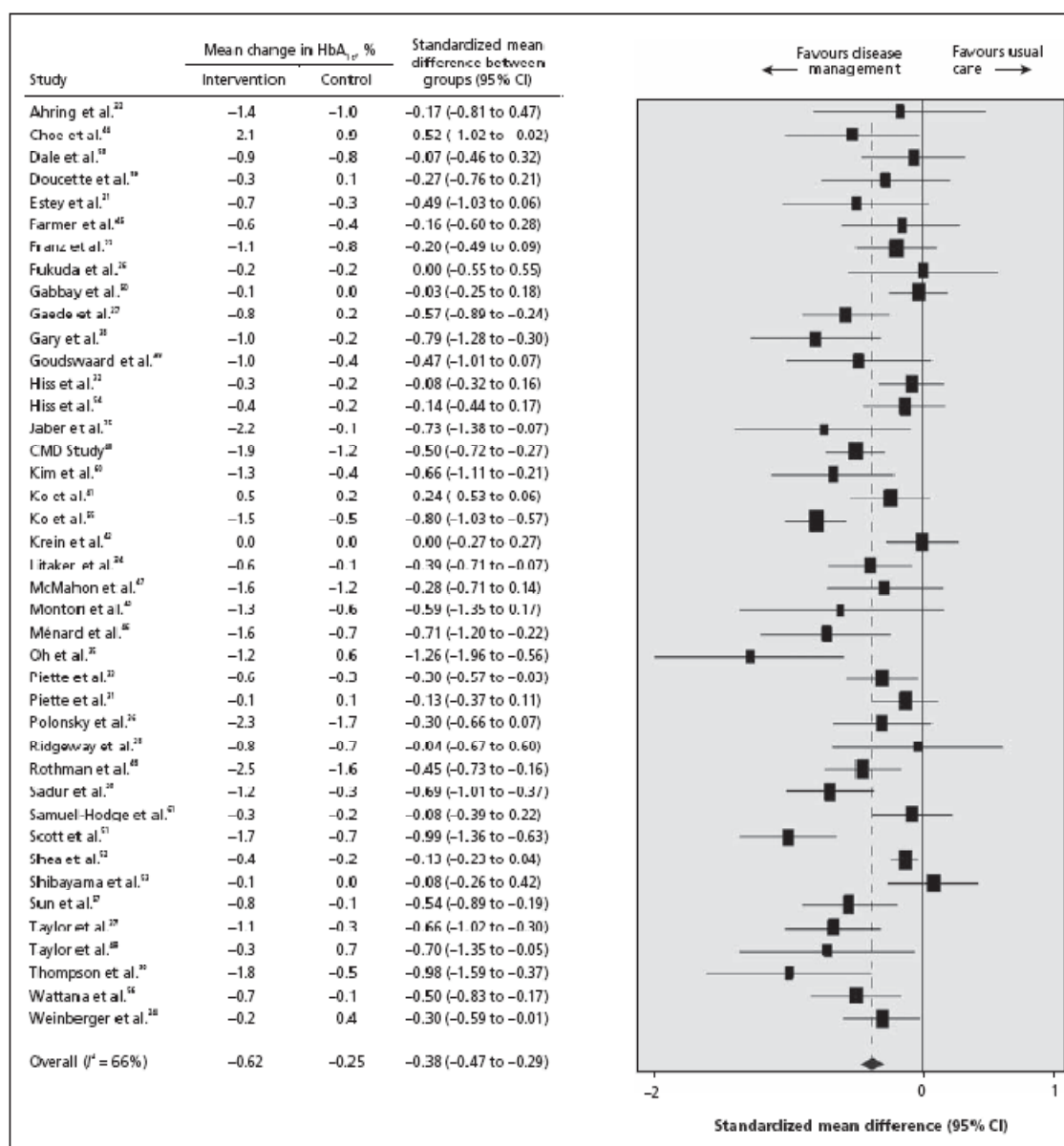


Figure 2: Estimated differences in hemoglobin A_{1c} level before and after intervention of disease management for improved glycemic control in adults with type 1 or 2 diabetes mellitus. Standardized mean differences between intervention and control groups of less than zero indicate an effect in favour of disease-management programs. CI = confidence interval, CMD study = California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study.

(Pimouguet, C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. CMAJ.

2011 Feb 8; 183(2):E115-27.)

รูปที่ 2 Meta-analysis แสดงประสิทธิผลของ การจัดการโรคต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดการโรคมีองค์ประกอบหลากหลาย หากพิจารณาตาม 6 องค์ประกอบใน chronic care model นั้น มีข้อมูลหลักฐานที่รวบรวมอย่างเป็นระบบแยกตามองค์ประกอบว่าองค์ประกอบใดมีผลนัยสำคัญ พบว่าองค์ประกอบที่มีข้อมูลหลักฐานชัดเจน (strong) มาก ได้แก่ ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการปรับระบบบริการ (Delivery system design) ซึ่งมีการแจกแจงรายละเอียดไปกว่าองค์ประกอบทั้งสองนั้นมีกิจกรรมใดที่ส่งผล

ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ได้แก่ Patient educational sessions, Patient motivational counseling, Distribution of educational materials

การปรับระบบบริการ (Delivery system design) ได้แก่ ทีมบริการแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary teams)

ดังแสดงในรูปทั้งสองรูป

Table 1. Diabetes healthcare system interventions and self-management education: recommendations of the Task Force on Community Preventive Services

Intervention	Recommendation
Healthcare system	
Disease management	Strongly recommended
Case management	Strongly recommended
Self-management education	
In community gathering places	Recommended for adults with type 2 diabetes
In the home	Recommended for children and adolescents with type 1 diabetes <i>Insufficient evidence</i> to make a recommendation for people with type 2 diabetes
In camps	<i>Insufficient evidence</i>
At the worksite	<i>Insufficient evidence</i>
In schools	<i>Insufficient evidence</i>

The evidence on which these recommendations are based is described in detail in the accompanying articles.^{10,11} Primarily on the basis of the evidence of effectiveness found during a systematic review, the Task Force issues one of four recommendations for the use of each intervention. Those recommendations, and the corresponding evidence on which the recommendations are based, are: strongly recommended (strong evidence of effectiveness was found), recommended (sufficient evidence of effectiveness was found), insufficient evidence (available studies provided insufficient evidence to assess the effectiveness of the intervention), and not recommended (available studies provided sufficient evidence that the intervention is ineffective or that harms exceed benefits).

(Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):10-4.)

รูปที่ 3 องค์ประกอบ Chronic Care Model ที่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์แข็งแรง

Summary of the key findings from our systematic review, according to the element of the Chronic Care Model		
Element of Chronic Care	Model Effective interventions	Effect of interventions on outcome measures
Self-management support	• Patient educational sessions • Patient motivational counseling • Distribution of educational materials • Most evidence for effectiveness of self-management support for diabetes and hypertension • Some evidence for effectiveness of self-management support for arthritis and asthma	• Physiological measures of disease • Patient quality of life • Patient health status • Patient functional status • Patient satisfaction with service • Patient risk behavior • Patient knowledge • Patient service use • Patient adherence to treatment
Delivery system design	• Multidisciplinary teams • Most evidence for effectiveness of delivery system design for diabetes, hypertension, lipid disorders and heart disease	• Physiological measures of disease • Professionals' adherence to guidelines • Patient service use
Self-management support and delivery system design	• Multidisciplinary teams plus patient educational sessions • Multidisciplinary teams plus patient motivational counseling	• Physiological measures of disease • Patient quality of life • Patient health status • Patient satisfaction with service • Patient risk behavior • Patient service use • Professionals' adherence to guidelines

(Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell Davies G, Harris M. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust.* 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S53-6.)

รูปที่ 4 กิจกรรมหลักขององค์ประกอบ Chronic Care Model ที่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์
แข็งแรง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ทบทวนมาตรการในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานที่มีหลักฐานระดับแข็ง ได้แก่ (ตามรูป)

- การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท
- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่มี HbA1C มากกว่า 9%
- การดูแลเท้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า

Interventions with evidence of efficacy	Benefit
Lifestyle interventions for preventing type 2 diabetes in people at high risk	Reduction of 35–58% in incidence
Metformin for preventing type 2 diabetes for people at high risk	Reduction of 25–31% in incidence
Glycaemic control in people with HbA1c greater than 9%	Reduction of 30% in microvascular disease per 1 percent drop in HbA1c
Blood pressure control in people whose pressure is higher than 130/80mmHg	Reduction of 35% in macrovascular and microvascular disease per 10 mmHg drop in blood pressure
Annual eye examinations	Reduction of 60 to 70% in serious vision loss
Foot care in people with high risk of ulcers	Reduction of 50 to 60% in serious foot disease
Angiotensin converting enzyme inhibitor use in all people with diabetes	Reduction of 42% in nephropathy; 22% drop in cardiovascular disease

(WHO: Chapter 5 – Improving health care: individual intervention. In Global status report on noncommunicable diseases: 2010. 2011.)

รูปที่ 5 มาตรการในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานที่มีหลักฐานระดับแข็ง

4. สังเคราะห์ และเก็บประเด็น

จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนักวิจัย และศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องหลักการ แนวทางของ R2R จากที่นักวิจัยได้ทำกันกับหลักการทางทฤษฎีของการควบคุมโรคเรื้อรังว่าจะมีแนวทางใดบ้างที่จะนำไปสู่การกำหนด recommendation หรือการนำไปสู่การขยายผลการทำงาน

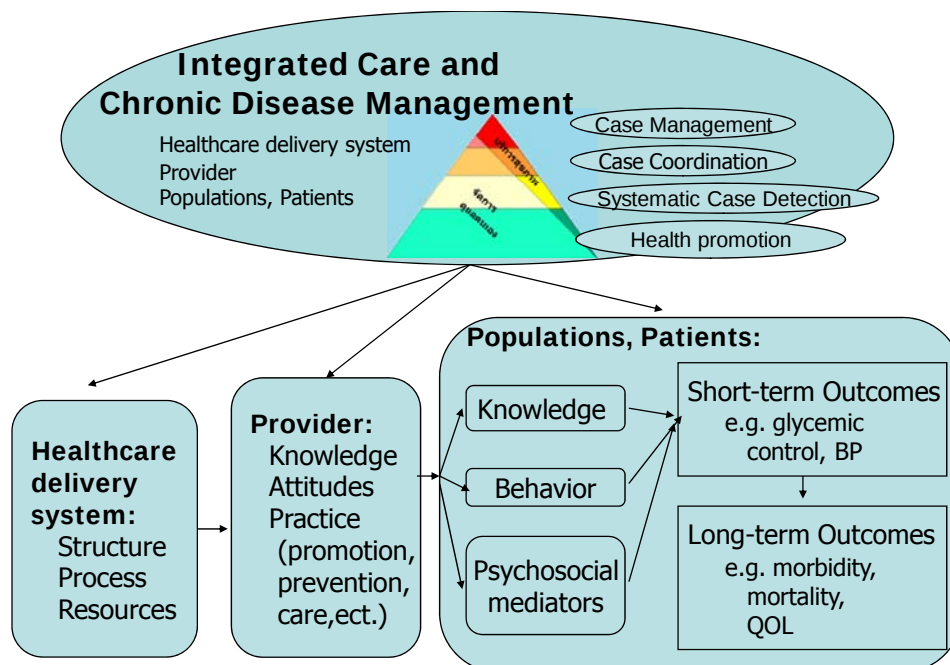
มีการประชุมผู้เกี่ยวข้อง ระดมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นรวม 4 ครั้ง ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2554, วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, วันที่ 27 สิงหาคม 2554 และวันที่ 15 ตุลาคม 2554

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ควรมีพื้นฐานของการดูแลที่อยู่บนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence-based practice) มีการประสานงานให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องในทุกๆระดับของระบบบริการ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเอง โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังนั้นต้องการการสนับสนุนด้านนโยบายและแผนงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับปฐมภูมิ ซึ่งต้องเน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพและมีการบูรณาการเชื่อมโยงการบริการตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงระดับตติยภูมิ

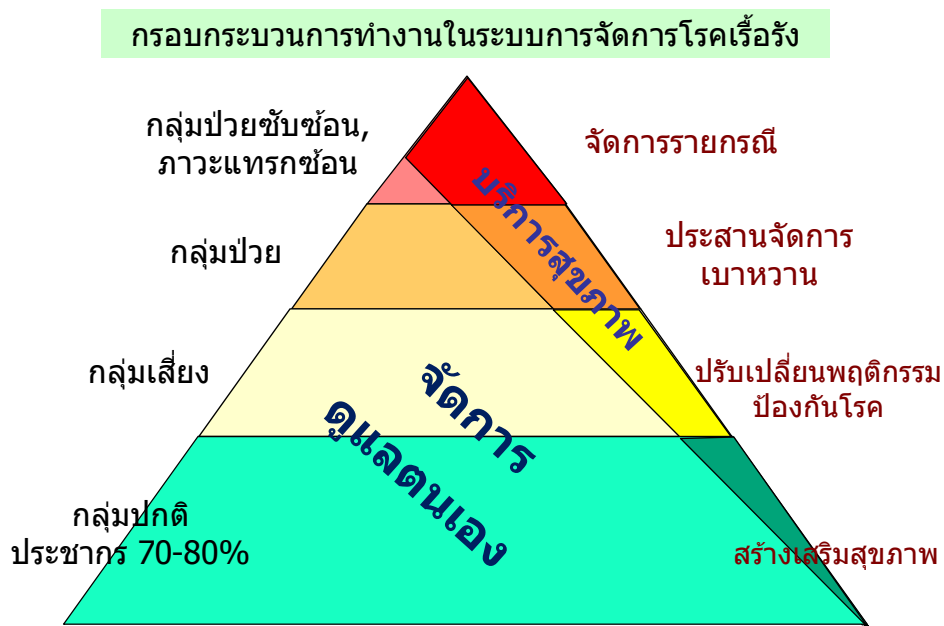
ในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง ต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบในการประสานการบริการในระดับต่างๆ ได้แก่ระดับรายบุคคล ระดับหน่วยงาน และระดับประเทศ มีการประสานการบริการต่างๆ กับภาคีหุ้นส่วน มาตรการที่จะบริการกลุ่มเป้าหมายซึ่งจำแนกกลุ่มตามความเสี่ยงโดยทีมสหวิชาชีพ และมาตรการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้น ต้องการสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย โครงสร้าง และงบประมาณ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม เกิดระบบที่เชื่อมโยงชุมชน ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การดูแลรักษา เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้กำหนดนโยบาย จึงต้องพิจารณาให้ความสำคัญเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์และการนำองค์กร (Leadership and vision) ทั้งในระดับประเทศ ระดับหน่วยงาน และระดับท้องถิ่น มีการปรับโครงสร้างการทำงานและปรับบทบาทของบุคลากรให้เหมาะสมเพื่อเอื้อต่อการทำงานเป็นทีม แสดงเป็นกรอบกระบวนการทำงานได้ ดังนี้



(Adapted from Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. Am J Prev Med 2002;22(4S):15-38.)

รูปที่ 6 กรอบกระบวนการทำงานในระบบการจัดการโรคเรื้อรัง



(Adapted from Pippa Hague : Chronic disease self management . 2004)

รูปที่ 7 กรอบกระบวนการทำงานในระบบการจัดการโรคเรื้อรัง (ต่อ)

จากกรอบกระบวนการทำงานในระบบการจัดการโรคเรื้อรังดังรูปที่ 6 และ รูปที่ 7 ประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการขยายผล ได้แก่

1. การปรับระบบบริการเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง (Healthcare delivery system reform)
2. การเสริมสร้างความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเอง (Self-management) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support)
3. การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (Capacity building of workforce)

1. การปรับระบบบริการเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง (Healthcare delivery system reform)

1.1. จากข้อมูลหลักฐานสู่การพัฒนานโยบายด้านการสนับสนุนการบริการจัดการโรคเรื้อรัง ต้องดำเนินการในรูปแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิผลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) เป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งของทีมภายใต้การสนับสนุนของแพทย์ จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมการทำงานเป็นทีมเพื่อให้การทำงานในทีมนั้นส่งเสริมซึ่งกันและกันมากกว่าที่จะทำงานซ้ำซ้อนกัน

ลักษณะของทีมสหวิชาชีพที่ดีควรมีการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ตามองค์ประกอบของการจัดการโรคที่เต็มรูปแบบ (full-service disease management programs) ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- กระบวนการจำแนกกลุ่มประชากร (Population identification processes)
- แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence-based practice guidelines)
- รูปแบบการปฏิบัติที่มีการประสานเชื่อมโยง (Collaborative practice models)
- สนับสนุนการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย (Patient self-management education)
- วัดผล ติดตามและประเมินผล ของกระบวนการงาน ผลลัพธ์ และการจัดการ (Process and outcome measurement , evaluation and management)
- รายงานผล/ส่งข้อมูลป้อนกลับในระบบการทำงาน (Routine reporting/feedback)

ตัวอย่างของทีมสหวิชาชีพเต็มรูปแบบ ประกอบด้วย

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- พยาบาลเวชปฏิบัติ
- แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น อายุรแพทย์ รวมทั้งด้านระบบต่อไธ่ท่อ ด้านโรคไต ด้านหัวใจและหลอดเลือด จักษุแพทย์ ทันตแพทย์)
- เภสัชกร
- ผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน
- ภาควิชาสุขภาพ (เช่น นักกำหนดอาหาร นักสุขภาพจิต นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย นักกิจกรรมบำบัดออกกำลังกาย ผู้ดูแลเท้า เป็นต้น)
- อาสาสมัคร (เช่น อสม. จิตอาสา)
- บุคลากรส่วนท้องถิ่น และสุขภาพชุมชน (เช่น อบต. เทศบาล ศูนย์สาธารณสุข กทม.)
- ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย
- ผู้ประสานงานจัดการเบาหวาน (Case Coordinator) / ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การพัฒนา องค์ประกอบในทีมสหวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท เช่น ระดับของสถานบริการ จำนวนและคุณภาพของบุคลากร

1.2. มีรูปแบบการเชื่อมโยงการบริการจัดการโรคเรื้อรังของระบบบริการตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับตติยภูมิหรือ excellent center และระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ-ภาคเอกชน โดยมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกัน มีการลงทะเบียนโรค (disease registry) และฐานข้อมูลกลางระดับจังหวัด (provincial data center) ปัจจุบันพบว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ online ยังไม่เอื้อต่อการส่งผ่านข้อมูลในทุกระดับ ดังนั้นอาจส่งผ่านช่องทางที่เป็นไปได้ เช่น สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีรูปแบบข้อมูลเหมือนกัน แลกเปลี่ยนกันได้ทั่วประเทศ และเนื่องจากงานวิจัย R2R ในกรณีศึกษา เป็นการดำเนินการที่ดีในสถานบริการขนาดเล็กเกือบทั้งสิ้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมรูปแบบที่เหมาะสมของทั้งระบบ โดยการนำร่องรูปแบบการเชื่อมโยงการบริการจัดการโรคเรื้อรังของระบบบริการตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับตติยภูมิ

1.3. ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ควรจ่ายค่าตอบแทนตามผลลัพธ์งานที่เกิดขึ้น (Performance-based)

2. การเสริมสร้างความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเอง (Self-management) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support)

การเสริมสร้างความเข้าใจในการจัดการดูแลตนเองต้องพัฒนาในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสถานะสุขภาพ ทั้งผู้ป่วย ประชากรกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) และประชากรทั่วไป มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง การดูแลตนเองที่บ้าน (home care system) และการช่วยดูแลในกลุ่ม (self help group) โดยเน้นหนักมาตรการ และกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิผลสูง (best buy intervention) ตามข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มุ่งเน้นการจัดการดูแลตนเอง กำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล โดยประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมตั้งเป้าหมาย ร่วมออกแบบ ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการที่เป็นไปได้ตามบริบทของผู้นั้น มีการติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและปัญหาเป็นระยะๆ เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตให้อยู่ในค่าเป้าหมาย ซึ่งมีประสิทธิผลมากในการลด หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการตรวจติดตามโรคด้วยตนเอง (self monitoring) เช่น การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอที่บ้าน ควรมีการศึกษานำร่องถึงรูปแบบที่เหมาะสมและคุ้มค่า ในการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ ในการตรวจติดตามโรคด้วยตนเอง

2.2. กลุ่มสภาวะก่อนเบาหวาน มุ่งเน้นการจัดการดูแลตนเอง ทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล เป้าหมายในการลดการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งต้องมีการให้คำปรึกษาเพื่อการจัดการตนเองอย่างเข้มข้น และอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Intensive Behavior Modification) บุคลากรสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิมีบทบาทมากในการดำเนินการโค้ชสุขภาพ (Health Coach) นี้ และจำเป็นต้องได้รับการอบรมให้มีทักษะ

2.3. ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และกลุ่มสภาวะก่อนเบาหวานนั้น ควรจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานที่เกิดขึ้น (Performance -based)

3. การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร(Capacity building of workforce)

เพื่อให้กระบวนการทำงานในการจัดการโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ ควรปรับบทบาท สร้าง และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่อยู่ในระบบให้สามารถควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้ บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะสามารถสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มประชากรตามสถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ทุกระดับ ทั้งการสนับสนุนรายกลุ่ม และการบริการเฉพาะรายบุคคล ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองต้องประสานลงไปในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะราย นอกจากนั้นต้องบูรณาการร่วมกับระบบสารสนเทศของผู้ป่วย และระบบสนับสนุนการตัดสินใจซึ่งเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ในโครงการ R2R เกือบทุกโครงการที่ศึกษามีบุคคลหรือกลุ่มที่ปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะในระบบการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มเติมขึ้นมา ดังนี้

3.1 ผู้ประสานงานจัดการเบาหวาน (Case Coordinator)

มีบทบาทในการประสานงานระหว่างทีมบริการสหวิชาชีพ กับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งรายกลุ่ม และการบริการเฉพาะรายบุคคล เพื่อเป็นระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษา ที่สอดคล้องตามแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทนี้อาจเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข เกษัชกร หรือบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นที่เป็นที่ยอมรับ ทั้งนี้ควรสนับสนุนผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบของการจัดการดูแลตนเองที่ดีให้เข้าร่วมทีม หากได้รับการพัฒนาที่ดี อาจเหมาะสมที่ทำบทบาทนี้ได้

3.2 ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผน ประสาน และให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์ของการรักษาไม่ดี รับการดูแลรักษาไม่สม่ำเสมอ มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรมาก ผู้ที่มีบทบาทนี้ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

สำหรับการพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในระบบการจัดการโรคเรื้อรัง ให้มีบทบาท และทักษะในการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงสูง(สภาวะก่อนเบาหวาน) และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูง ตลอดจนให้คำแนะนำ ร่วมตั้งเป้าหมาย ร่วมวางแผน และติดตามประเมินความก้าวหน้าและปัญหาอย่างสม่ำเสมอ ผู้มีบทบาทหลักได้แก่นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือผู้ให้ความรู้เบาหวาน สำหรับทักษะทั่วไปในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วไป และชุมชน กระตุ้นและประสานชุมชนให้เกิดความตระหนักและจัดการให้มีสภาพแวดล้อม/กฎระเบียบชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพดีในชุมชน ผู้มีบทบาทหลักได้แก่นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

สรุป

จากการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ได้ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการ คือ ปรับกระบวนการทำงานในการควบคุมและจัดการโรคเบาหวาน โดยทีมสหวิชาชีพในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพ ให้มีความเชื่อมโยงการบริการตลอดเส้นทาง ตั้งแต่ชุมชน บริการปฐมภูมิจนถึงบริการเฉพาะทาง บูรณาการใช้และแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศทางคลินิกร่วมกัน มีการพัฒนาและสร้างบุคลากรที่มีสมรรถนะและทักษะเฉพาะในการจัดการโรค ทั้งบุคลากรสุขภาพทั่วไป และผู้ทำบทบาทประสานจัดการเบาหวาน และผู้จัดการรายกรณี เพื่อเป็นระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของประชากรเป้าหมาย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มตามสถานะสุขภาพ

.....

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, Woodward M; INTERASIA Collaborative Group. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care*. 2003 Oct; 26(10):2758-63.
2. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 Suppl):10-4.
3. Brownson RC, Jones E. Bridging the gap: translating research into policy and practice. *Prev Med* 2009; 49(4):313-5.
4. Carey N, Courtenay M. A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *J Clin Nurs* 2007; 16(11C):296-304.
5. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R *et al*. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust* 2008; 188(8 Suppl):S53-6.
6. Department of Health and Children. Tackling Chronic Disease - A Policy Framework for the Management of Chronic Diseases. 2008.
7. Eley DS, Del Mar CB, Patterson E, Synnott RL, Baker PG, Hegney D. A nurse led model of chronic disease care - an interim report. *Aust Fam Physician* 2008; 37(12):1030-2.
8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP *et al*. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2008; 31 Suppl 1:S97-104.
9. Gröne O, Garcia-Barbero M; WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21
10. Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116, iii.
11. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Open University Press – 2008.

12. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ *et al*. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 Suppl):15-38.
13. Pimouguet C, Le Goff M, Thiebaut R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *CMAJ* 2011; 183(2):E115-27.
14. Rea H, Kenealy T, Wellingham J *et al*. Chronic Care Management evolves towards Integrated Care in Counties Manukau, New Zealand. *N Z Med J* 2007; 120(1252):U2489.
15. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1):CD001481.
16. The Royal Australian College of General Practitioners. The team approach to diabetes in general practice: A guide for practice nurses: Diabetes Australia, 2010
17. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3):CD004910.
18. Song M. Diabetes mellitus and the importance of self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25(2):93-8.
19. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organising care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly* 1996; 74: 511–44.
20. World Health Organization. Chapter 5. Improving health care: individual interventions. In *Global status report on noncommunicable diseases: 2010*. Ed. Alwan, A. Geneva: World Health Organization, 2011. 65.
21. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3):CD000072.