

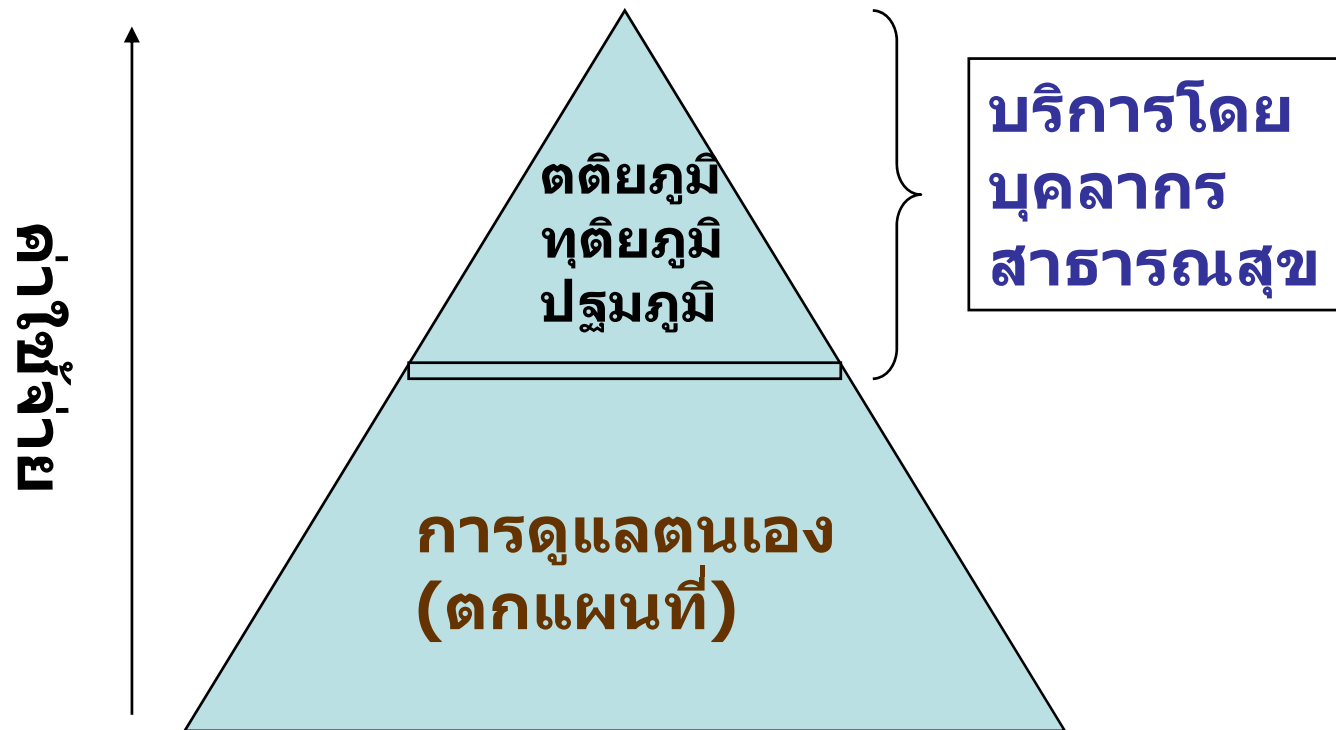
Chronic Care Model กับ บทบาท รพ.สต.

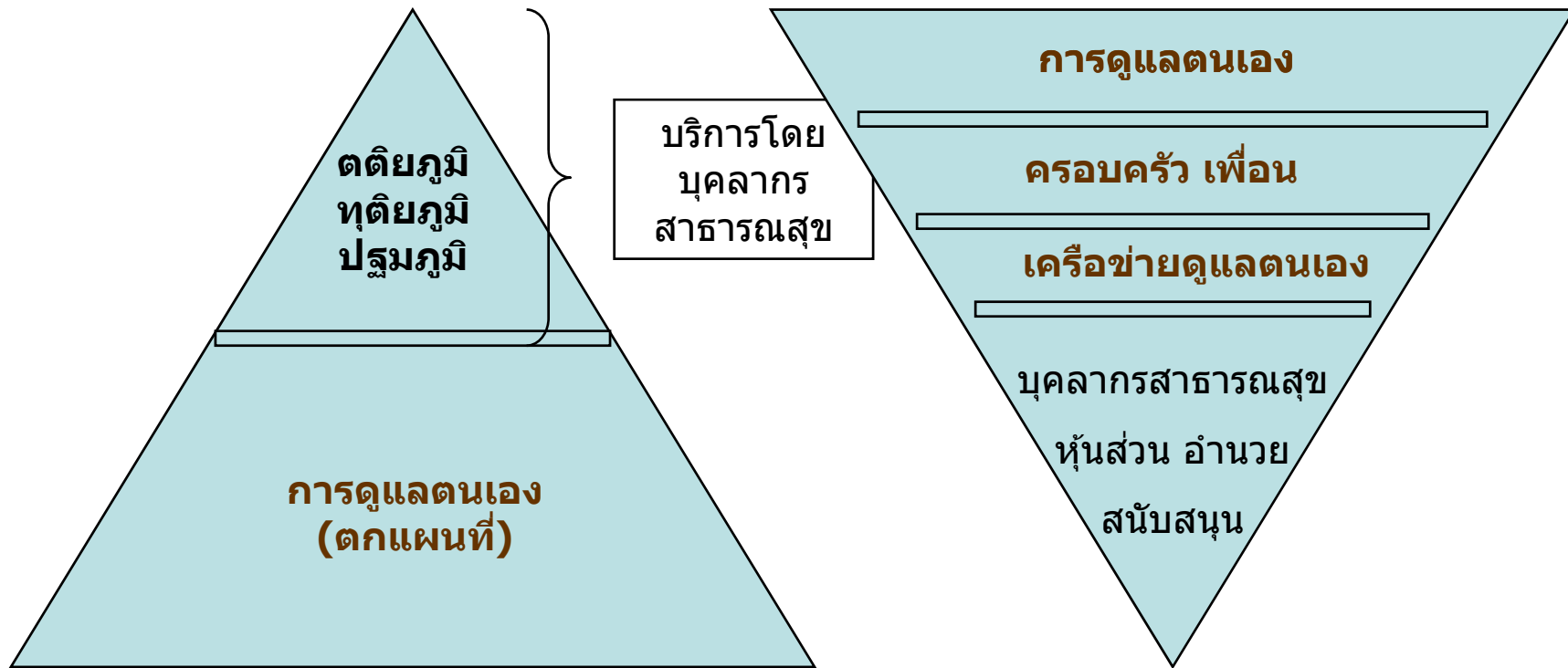
นพ. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

สำนักที่ปรึกษา และ
สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปรับกรอบแนวคิด

การจัดการโรคเรื้อรัง





ปรับกรอบแนวคิด

ระบบบริการ แบบดั้งเดิม	ระบบบูรณาการ ป้องกันและจัดการโรค
<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลเน้นระยะเฉียบพลันแบบแยกส่วนการป้องกัน/การรักษา/การฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลอย่างบูรณาการครอบคลุมทั้งเฉียบพลัน, กึ่งเฉียบพลัน, เรื้อรัง/เชิงรุก รวมการป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> ● การเจ็บป่วยเป็นครั้ง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลแบบบูรณาการ การดูแลต่อเนื่อง
<ul style="list-style-type: none"> ● ตอบสนองตามสถานการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการดูแลองค์รวมทั้งคน
<ul style="list-style-type: none"> ● เป็นเฉพาะบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประชากร มุ่งกลุ่มคน

ปรับกรอบแนวคิด

ระบบบริการ แบบดั้งเดิม	ระบบบูรณาการ ป้องกันและจัดการโรค
<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยหวังพึ่งพิงผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยและผู้รับบริการที่กระตือรือร้น; มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการดูแลได้ด้วยตนเอง
<ul style="list-style-type: none"> ● การแพทย์เชิงเดี่ยว 	<ul style="list-style-type: none"> ● สหสาขาวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และการสาธารณสุข
<ul style="list-style-type: none"> ● การเชื่อดั้งเดิม นิสัย ความคิดเห็น 	<ul style="list-style-type: none"> ● วัตถุประสงค์, หลักฐานเชิงประจักษ์ (ทางการแพทย์, การประเมินทางเศรษฐศาสตร์และผลลัพธ์)

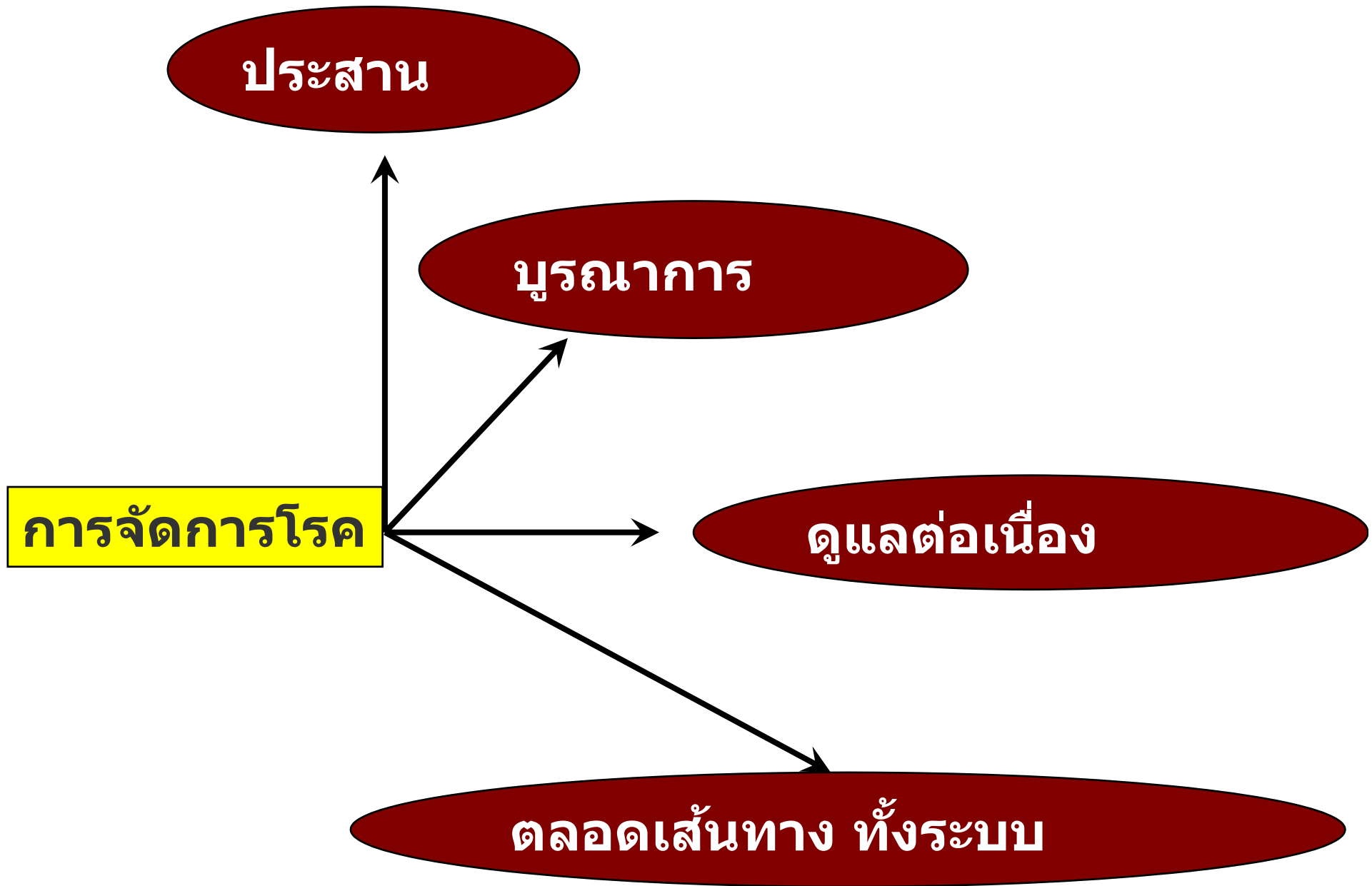
ปรับกรอบแนวคิด

ระบบบริการ แบบดั้งเดิม	ระบบบูรณาการ ป้องกันและจัดการโรค
<ul style="list-style-type: none">● การดูแลเป็นอิสระ	<ul style="list-style-type: none">● มีแนวทางปฏิบัติ, ข้อกำหนด, แนวทางการดูแล
<ul style="list-style-type: none">● ดำเนินการโดยส่วนตน	<ul style="list-style-type: none">● การประกันความเชื่อถือได้, เทคโนโลยีสารสนเทศ (ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ, ระบบข้อมูลสารสนเทศอัจฉริยะ)
<ul style="list-style-type: none">● การปรับเปลี่ยนยาก	<ul style="list-style-type: none">● ความเป็นพลวัต การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

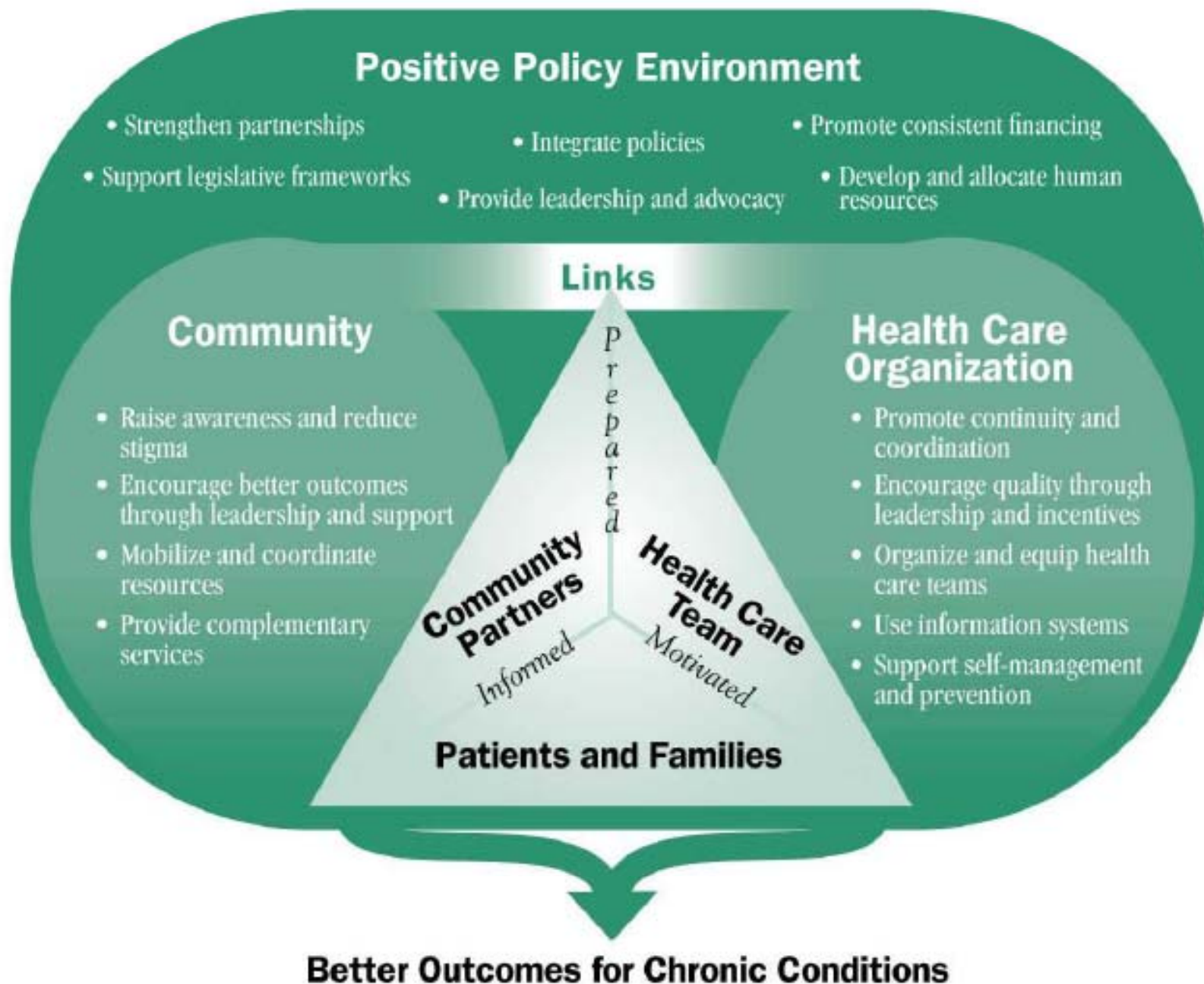
การจัดการโรค

เป็นการบูรณาการ ตลอดกระบวนการดูแล
รักษาโรค ที่มีแนวโน้มเปลี่ยนจากการรักษา
เฉียบพลันในสถานพยาบาลไปสู่เชิงส่งเสริม
ป้องกัน นอกสถานพยาบาล เน้นการให้ความรู้
คำนึงถึงผลลัพธ์สุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่
เหมาะสม

(PubMed: Year introduced: 1997)



Innovative Care for Chronic Conditions Framework



เพิ่มคุณภาพชีวิต

ลดวิถีชีวิตเสี่ยง ลดการเกิดโรค ลดการเข้าอยู่ใน รพ. ลดความพิการ

ประชากรทั้งหมด

ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงสูง มีสัญญาณผิดปกติ เป็นโรค มีอาการ มีสภาวะแทรกซ้อน พิการ

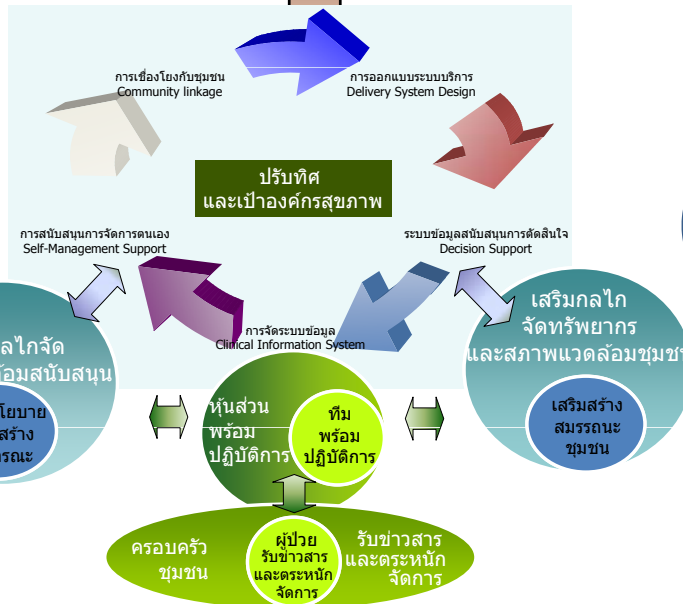
สร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตในสิ่งแวดล้อม

ป้องกันการเกิดโรค ในกลุ่มเสี่ยงสูง

ป้องกันและชะลอการดำเนินโรค สู่สภาวะแทรกซ้อนและการเป็นซ้ำ

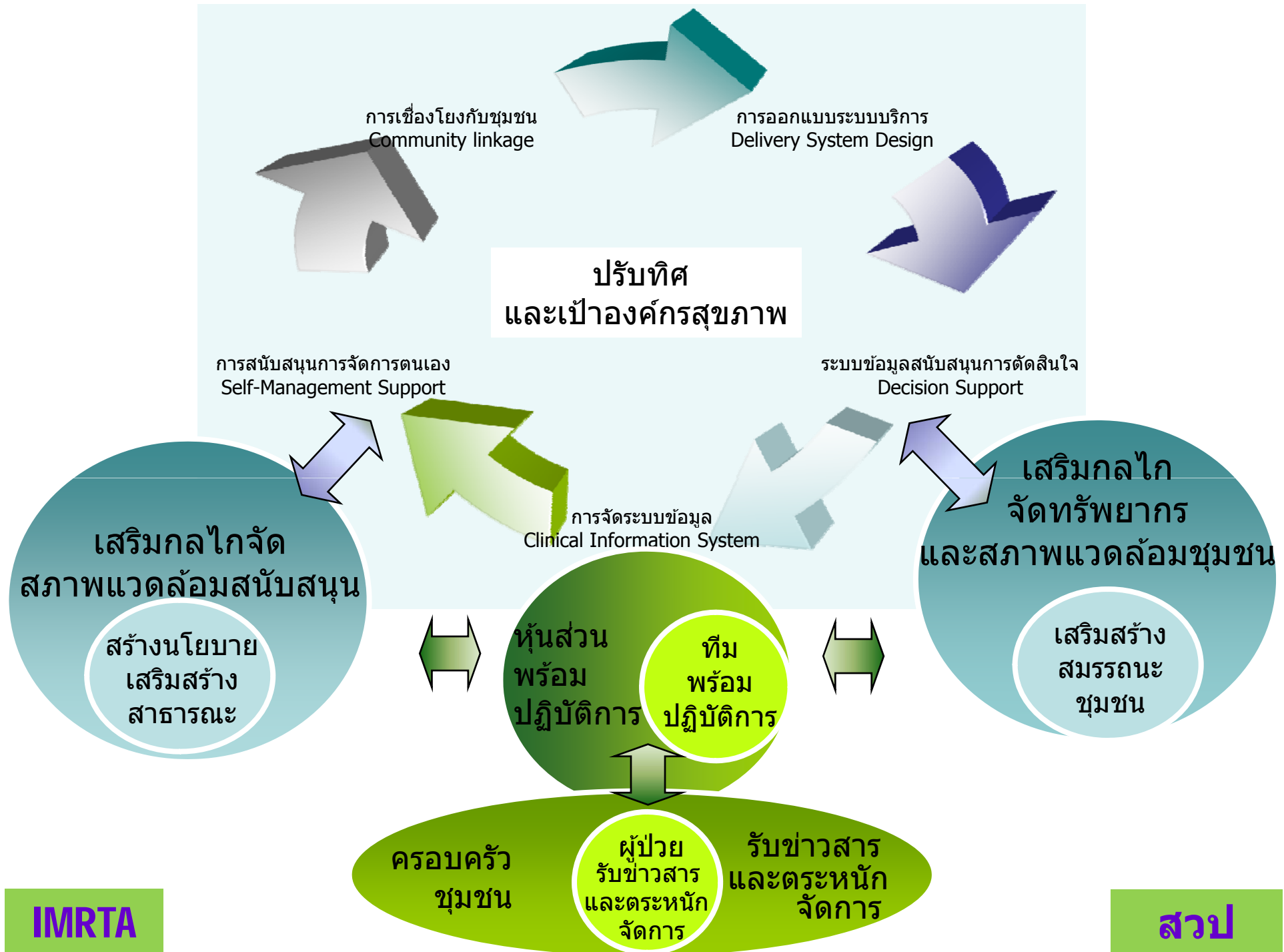
ลดความรุนแรงของ สภาวะแทรกซ้อน

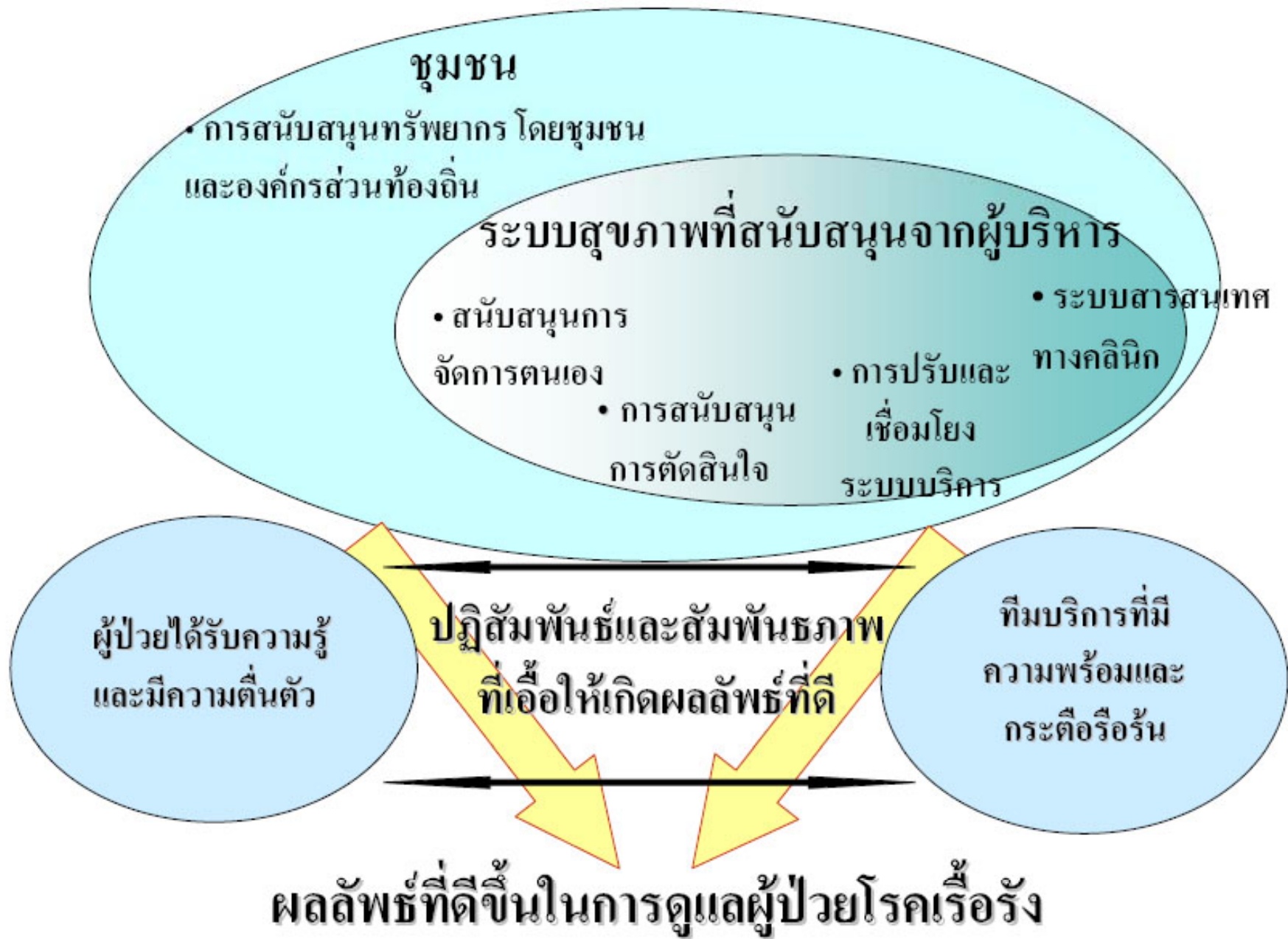
ป้องกันการเพิ่มขึ้น ของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง



IMRTA

สรุป





**ผู้ป่วย
ตื่นรู้**



**ทีมงาน
พร้อม รุก**



ชุมชน

- การสนับสนุนทรัพยากร โดยชุมชน
- ส่วนท้องถิ่น

ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร

- สนับสนุนการจัดการตนเอง
- การสนับสนุนการตัดสินใจ
- การ... เช่น...
- ระบบบริ...

ปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพ
ที่เอื้อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิง เป็นเกณฑ์เพื่อจัดการโรค

าก

ระบบสารสนเทศ ทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุน

ระบบการบริการที่เชื่อมต่อกัน ตลอดกระบวนการ

ชุมชน ท้องถิ่น สนับสนุนทรัพยากร

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยได้รับความรู้ และมีความตื่นตัว

ปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพ ที่เอื้อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ทีมบริการที่มีความพร้อมและ กระตือรือร้น

ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การปรับระบบบริการ (Delivery system design)

- หน่วยปฐมภูมิที่ชัดเจน
- เชื่อมโยงระบบการส่งต่อ
- แนวปฏิบัติ/เกณฑ์ปฏิบัติ (Care plan / Protocol) ใน การส่งต่อชัดเจน
- มีผู้รับผิดชอบ: Case manager และ ทีมสหวิชาชีพ

ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)

- มีระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่เชื่อมโยง เป็นข้อมูลปัจจุบัน
- เป็นข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่ม
- ช่วยสนับสนุนการดูแลรายบุคคล
- สนับสนุน/ติดตามการชี้วัดคุณภาพการดูแลของทีม และระบบ
- เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนและจัดการ

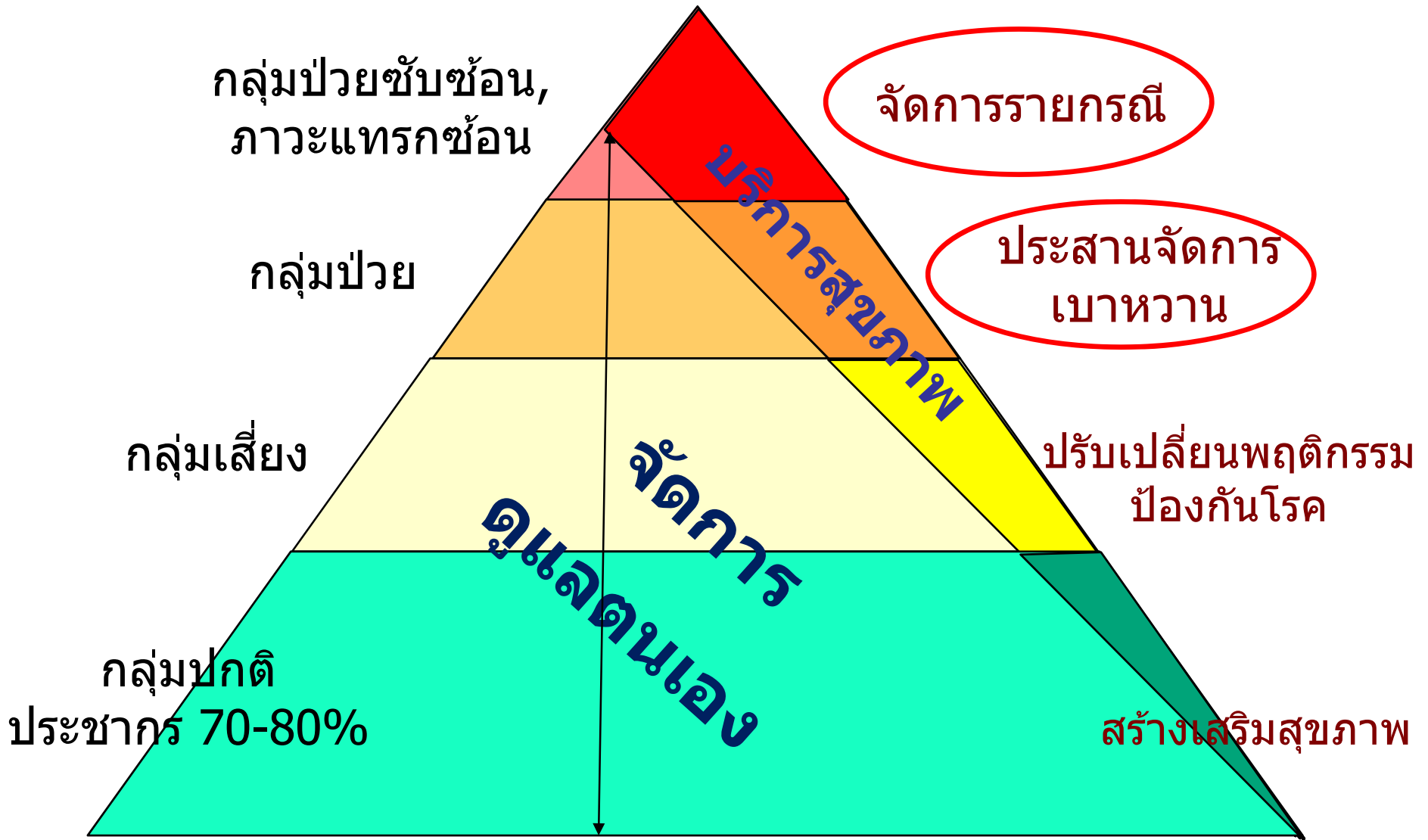
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support system)

- แนวปฏิบัติ/เกณฑ์ปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย
(Care protocol / care pathways)
- อ้างอิงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์
(Evidence-based)
- Integrate specialist & care primary expertise
- ให้ฝังตัวอยู่ให้บริการ

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support)

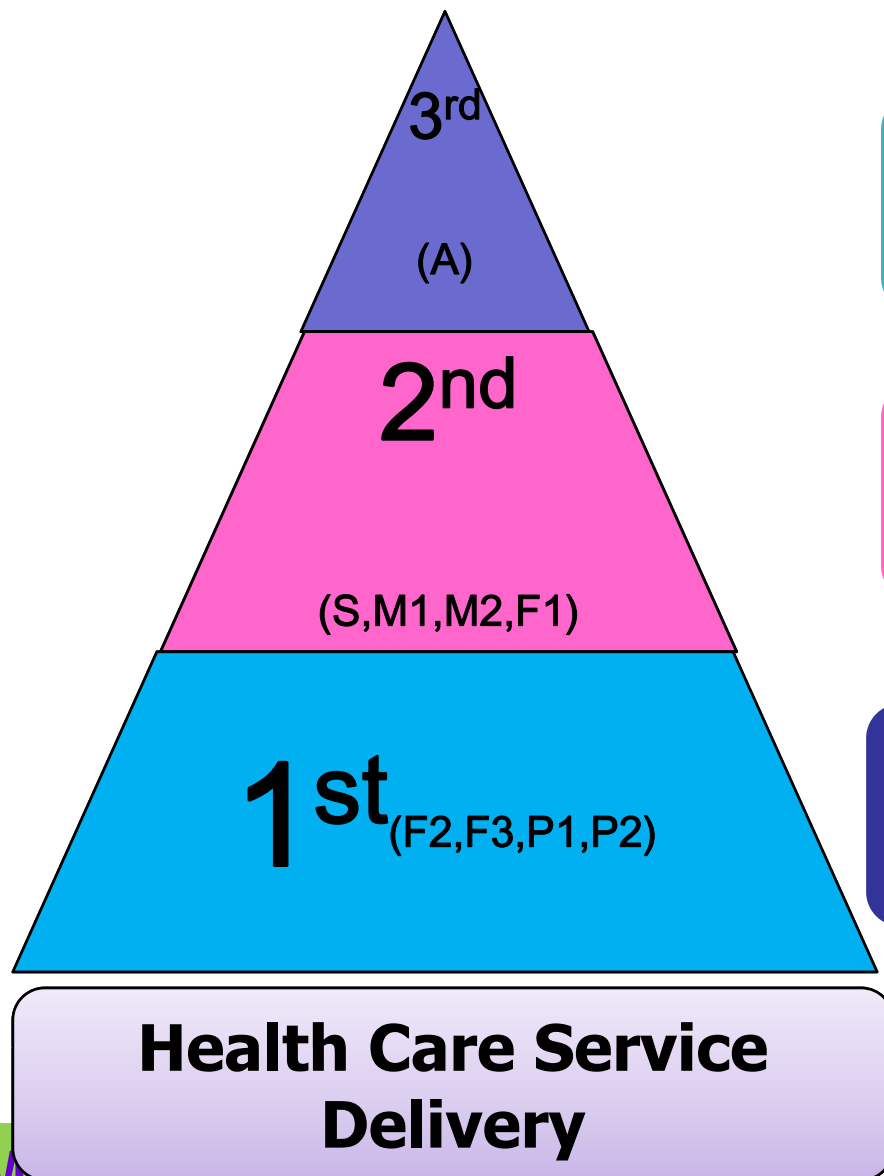
- บูรณาการเข้าในแผนงานการบริการ
- สนับสนุนการจัดการตนเองให้อยู่ในระบบบริการ
- สร้างทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเอง

กรอบกระบวนการทำงานในระบบการจัดการโรคเรื้อรัง



(S.Potisat adapted from Pippa Hague : Chronic disease self management . 2004)

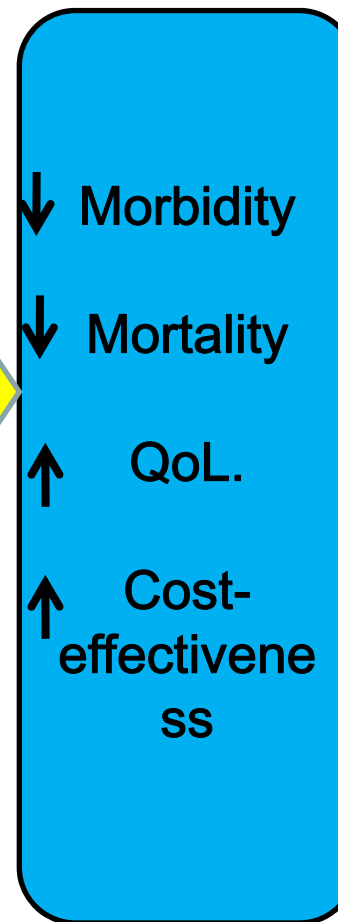
กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบควบคุมป้องกัน ดูแลรักษา จัดการภาวะแทรกซ้อนDM/HT



จัดการดูแลผู้ป่วย
ยุ่งยากซับซ้อน,
พัฒนา, รับประทาน

วินิจฉัย, ดูแลรักษา,
คัดกรอง
ภาวะแทรกซ้อน

ให้สุขศึกษา, คัดกรอง,
ประสานชุมชน,
ดูแลรักษาเบื้องต้น



สรุป



รพ. สต./ ศสม.

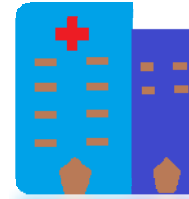
- ปชส. คัดกรอง แจ้งเตือนคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- ติดตามดูแลในชุมชน สร้างความร่วมมือ
- ส่งต่อ



รพช.

(M2, F1, F2)

- คัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- วินิจฉัย, รักษาเบื้องต้น เป็นที่ปรึกษาแก่เครือข่าย
- มี chronic case conference เพื่อจัดการโรค

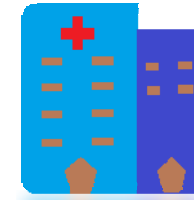


รพท. (M1)

- ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

ระยะแรก

- รับ refer



รพท./รพศ. (A, S)

- ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน, ซับซ้อน
- รับ refer



- สนับสนุนระบบเครือข่าย
- กำหนดนโยบาย
- ประสานงาน
- จัดทำแนวทางการรักษาและส่งต่อ

เป้าหมายผู้รับบริการ

กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยควบคุมได้ดี ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยซับซ้อน



Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ

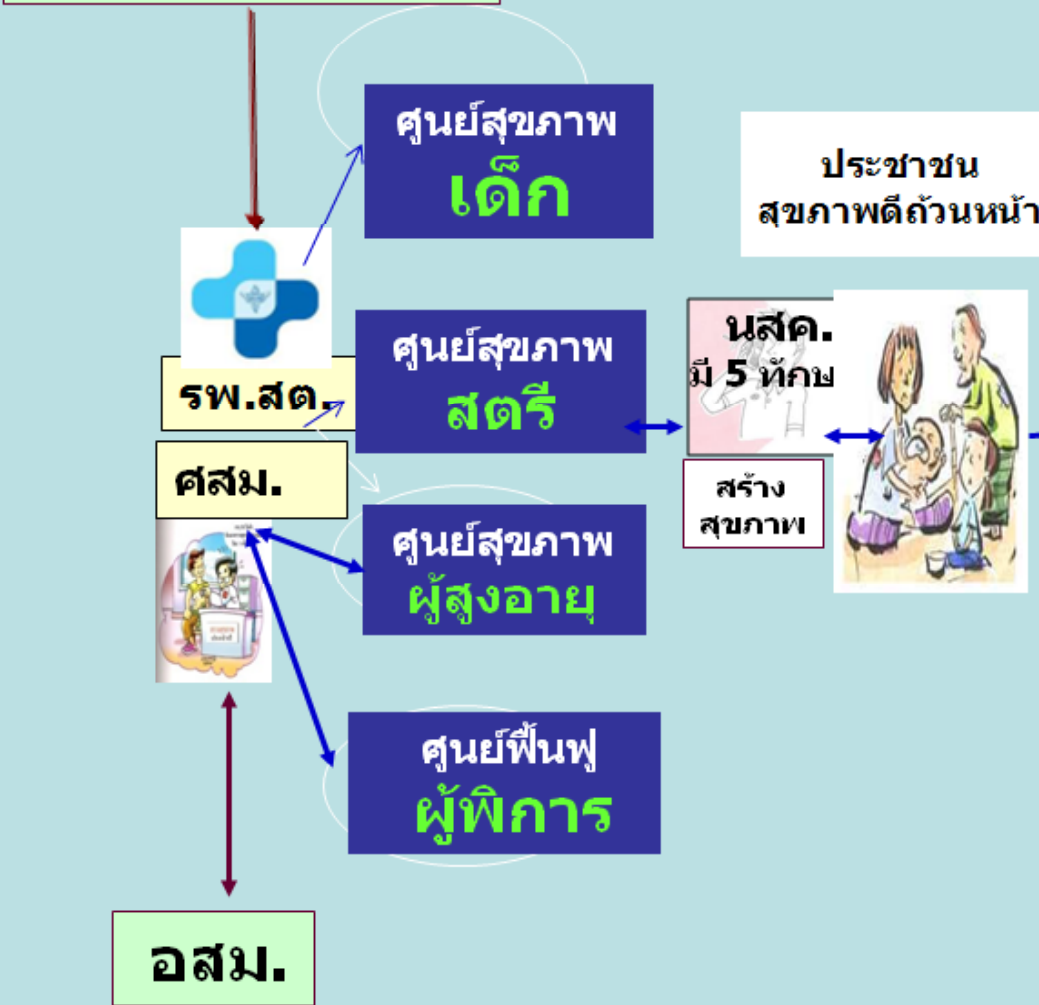
ระดับปฐมภูมิ

ขีดความสามารถระบบบริการ

- เฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน
- ลงทะเบียนในระบบ จากฐานประชากรรับผิดชอบ
 - คัดกรอง
 - ส่งต่อผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรค
 - แจ้งเตือนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- ติดตามดูแลเมื่อกลับสู่ชุมชน
- สร้างความร่วมมือชุมชน

แนวทาง P&P plan 2556

รพศ. รพท. รพช.



รายบุคคล

W

- พฤติกรรมเสี่ยง
- อุบัติเหตุ
- มะเร็งตับ
- จิตเวช

E

- ดงแม่
- อ้วน
- เหล้าบุหรี่

C

- พัฒนาการเด็ก
- ศูนย์เด็ก
- สุขภาพฟัน

A

- การตั้งครรภ์
- มะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งเต้านม

N

เบาหวาน ความดัน

D

ผู้พิการพึ่งตนเอง

O

ผู้สูงอายุครบ 18

3 ปรับ

- ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการบริการโรคเรื้อรัง (integrated chronic care model)

– คลินิก NCD คุณภาพ เป็นเครือข่าย

- ปรับทักษะในการบริการของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการทำงาน เป็นทีมแบบสหวิชาชีพ

– ผู้ประสานงาน DM/HT, ผู้ให้ความรู้ DM/HT

- ปรับทัศนคติทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ในการจัดการดูแลตัวเอง
 - จัดการตนเอง และระบบสนับสนุนการ จัดการตนเอง

potisat@health.moph.go.th