



รูปแบบการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

Care Management Model for Older Adults with Chronic Diseases in the Community

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก* รภัทพร เพชรสุข** ฐิตาพร เขียนวงศ์*** วินัย ไตรนาถวัลย์****

พรวิทย์ ชาติดี***** ปริศนา บุญประดิษฐ์*****

Pramote Thangkratok,* Raphatphorn Petchsuk,** Thitaporn Keinwong,*** Winai Trainattawan,****

Pondvadee Thatdee,***** Prissana Boonpradit*****

* สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

* School of Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Bangkok

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

*** Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จ.นนทบุรี

**** Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Nonthaburi Province

***** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลเจ้าพ่อ จ.นครราชสีมา

***** San-Chao-Pho Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakhon Ratchasima Province

***** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซับเปิบ จ.เพชรบูรณ์

***** Sap Poep Subdistrict Health Promoting Hospital, Phetchabun Province

* Corresponding Author: pramot_computer@hotmail.com

บทคัดย่อ

ประชากรวัยผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องดำรงชีวิตอยู่กับภาวะโรคเรื้อรังในชุมชน พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีความซับซ้อนและเปราะบาง บทความนี้นำเสนอความหมายและกรอบแนวคิดของการจัดการดูแล ประกอบด้วย 1) การระบุผู้รับบริการที่ต้องการการจัดการดูแล 2) การประเมินความต้องการแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล 6) การปรับเปลี่ยนแผนการดูแลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

Received: January 21, 2020; Revised: March 15, 2020; Accepted: March 23, 2020



และ 7) การติดตามผลลัพธ์ โดยพบว่า กุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการดูแล ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสม 2) การเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว 3) การฝึกอบรมผู้จัดการดูแลและการมอบหมายภาระงานที่เหมาะสม 4) ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ 5) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และ 6) การใช้เทคนิคการโค้ช รวมถึงแนวทางการนำรูปแบบการจัดการดูแลไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน บทความนี้นำไปสู่การทำความเข้าใจแนวคิดของการจัดการดูแล และนำเสนอแนวทางการดำเนินการจัดการดูแลที่สามารถลดต้นทุนในการให้บริการด้านสุขภาพ และมีส่วนสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการดูแล โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ชุมชน

Abstract

Many Thai older adults are living longer but with increasing levels of disability from chronic illnesses in the community. Registered nurses play a vital role in providing care management for older adults with complex chronic diseases, frailty, and comorbidities. This article studied on the definition and conceptual framework of the following: 1) identification of members who need care management, 2) comprehensive needs assessment, 3) care plan development, 4) implementation of care plan, 5) analysis of the effectiveness and appropriateness of care plan, 6) modification of care plan based on the analysis, and 7) monitoring of the outcomes. This study also demonstrated the successful key of care management in community as follows: 1) appropriate patient selection, 2) person-to-person encounters, 3) trained care managers with low caseloads, 4) multidisciplinary teams including physicians, 5) informal family caregivers, and 6) use of coaching technique, and applying the care management model to older adults with complex chronic diseases in the community. This article contributes to understanding care management concepts and identifying an action guideline for providing care management that has improved the quality and reduce the costs in health care services.

Keywords : care management, chronic diseases, older adults, community

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic transition) ที่เกิดจากความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรมีอัตราการตายลดลง มีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น จากการ

คาดประมาณประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า หรือภายในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 2 พันล้านคน¹ สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงจากการเสียชีวิตด้วย

โรคติดเชื้อเป็นการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษา พบว่า โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญในประชากรผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 60 จะเกิดโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค² โดยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) และโรคเบาหวาน³ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หากมีโรคร่วมหลายโรคจะทำให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้⁴ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาแนวทางสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การจัดการดูแล (Care management) ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ประการ⁵ คือ การดูแลที่ดีขึ้น (Better care) ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Better patient) ผู้ให้บริการมีประสบการณ์ที่ดี (Provider experiences) และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Lower costs) โดยอาศัยกระบวนการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพ อาทิ การส่งเสริมและพัฒนากระบวนการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน การบูรณาการการให้บริการระหว่างหน่วยงาน และการส่งเสริมการบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพยายามลดต้นทุนการให้บริการ โดยมุ่งเน้นกลุ่มโรคหรือภาวะที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพในปริมาณมาก อาทิ กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและ

หลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหรือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง (High-risk patients) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพหลายประการและมีความซับซ้อน รวมไปถึงปัญหาด้านสังคม ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี คุณภาพการดูแลที่ไม่เพียงพอ และทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น⁵⁻⁸ อาทิ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การดำเนินของโรคจะเข้าสู่ระยะท้ายที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นำมาซึ่งภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง (Complex) มีภาวะเปราะบาง (Frail) และสามารถเกิดโรคร่วมหลายโรค (Comorbidity)⁹ ซึ่งประชากรกลุ่มดังกล่าว หากไม่ได้รับการจัดการการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี¹⁰⁻¹² ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพนับเป็นมูลค่ามหาศาล ดังนั้นกระบวนการจัดการการดูแลที่เป็นระบบเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชากรผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ มีโรคเรื้อรังซับซ้อน มีภาวะเปราะบาง มีโรคร่วมหลายโรค จึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง รวมถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังในปัจจุบันมีการบูรณาการความร่วมมือของทีมสุขภาพชุมชนหลายภาคส่วน และมุ่งเน้นการดูแลประชากรทุกช่วงระยะของชีวิตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด ที่ต้องดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม ผู้สูงอายุไม่มีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงหรือมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายหรือเกิดความพิการแต่ที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร มีบางตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ปัญหาการเข้าถึงและการจัดบริการสุขภาพทั้งด้านการคัดกรองโรคและการรักษาดูแลยังไม่ครอบคลุม จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการดูแลมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมุ่งเน้นกลุ่มโรคหรือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี จะทำให้เพิ่มผลลัพธ์และคุณภาพการบริการซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในบริบทของชุมชนได้

≡ ความหมายของการจัดการดูแล ≡

มีผู้ให้ความหมายของการจัดการดูแลไว้หลากหลาย ผู้เขียนขอเสนอที่สำคัญ ดังนี้

กองบริการทางการแพทย์และบริการสุขภาพ รัฐนิวเจอร์ซีย์ สหรัฐอเมริกา¹³ ได้ให้ความหมาย การจัดการดูแล ว่าหมายถึง การให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นที่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับวัฒนธรรม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับ

บริการที่จำเป็น มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ตรงเวลา และคุ้มค่า การจัดการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันความต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงาน การดูแล สนับสนุนและเชื่อมโยงให้ได้รับบริการตามความจำเป็น โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงาน พัฒนาคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ

Goodell, Bodenheimer, & Berry-Millett¹¹ ได้ให้ความหมาย การจัดการดูแล ว่าหมายถึง ชุดของกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุและลดความต้องการการใช้บริการทางการแพทย์ โดยการเพิ่มการประสานงานการดูแล การลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้สามารถจัดการภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงและการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมไปถึงการควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคที่ซับซ้อน

Alliance of Community Health Plans¹⁴ ได้ให้ความหมาย การจัดการดูแล ว่าหมายถึง กระบวนการระบุความต้องการ การให้ความรู้ผู้สูงอายุหรือครอบครัว การเชื่อมโยงประสานงาน การดูแลระหว่างผู้ให้บริการหลายราย การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล หรือการอำนวยความสะดวกอื่นๆ อาทิ การจัดการเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับบริการของชุมชนและทรัพยากรในชุมชน การติดตามการนัดหมายและติดตามผลการรักษา รวมไปถึงการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยมีขอบเขตของการจัดการดูแล เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการภาวะการเจ็บป่วย

และผลกระทบด้านจิตสังคม ให้สามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย รวมไปถึงการประสานงานการดูแลและลดบริการที่ซ้ำซ้อนเพื่อลดต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์

สรุปได้ว่า การจัดการดูแล หมายถึง กระบวนการการส่งมอบบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อน รุนแรง และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามูลค่าสูง ประกอบด้วย การระบุความต้องการการประสานงานการดูแล การอำนวยความสะดวก การลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถส่งมอบบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมครอบคลุมเป็นองค์รวม รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เหมาะสม สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพได้อย่างคุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อน มีภาวะเปราะบาง และเกิดโรคร่วมหลายโรค ที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นมูลค่ามหาศาล

≡ กรอบแนวคิดของการจัดการดูแล ≡

กองบริการทางการแพทย์และบริการสุขภาพ รัฐนิวเจอร์ซีย์ สหรัฐอเมริกา¹³ ได้นำเสนอกรอบแนวคิดการจัดการดูแล (Care management conceptual framework) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การระบุผู้รับบริการที่ต้องการการจัดการดูแล (Identification of members who need care management) การระบุประชากร

ผู้สูงอายุที่ต้องการการจัดการดูแลจะต้องมีระบบที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การกำหนดขั้นตอน และการกำหนดแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในการระบุผู้สูงอายุที่ต้องการการจัดการดูแล โดยใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (Initial Health Screen tool : IHS)¹³ ดังแสดงในตารางที่ 1 ประกอบด้วย การประเมินประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการเข้ารับการรักษาในหัตถุฉุกเฉิน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การวางแผนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการวางแผนการผ่าตัดในอนาคต การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การประเมินอาการป่วยทางกายและทางจิตใจ การประเมินการใช้ยา การใช้อุปกรณ์การแพทย์ในปัจจุบัน รวมถึงการประเมินความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ การใช้ยา การรับประทานอาหาร) โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวม 0 ถึง 4 คะแนน ไม่จำเป็นต้องประเมินความต้องการการจัดการดูแลในเวลานี้ หรือหากได้คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน จะได้รับการประเมินความต้องการที่ครอบคลุมโดยละเอียดอีกครั้ง (หากบุคลากรทางการแพทย์พิจารณาว่าจำเป็น) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการอย่างละเอียดรอบคอบ และมีการประสานงานเพื่อการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสม

2. การประเมินความต้องการแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม (Comprehensive needs assessment) ผู้สูงอายุที่ได้รับการระบุว่ามีความต้องการที่จะต้องได้รับการจัดการดูแลจะต้องมีการระบุความต้องการด้านการจัดการดูแลแบบครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการระบุพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้การประเมินสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบครอบคลุม

เป็นองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA)¹⁵⁻¹⁷ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญในการประเมิน คือ 1) สถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้านร่างกาย (Physical medical conditions) ได้แก่ การประเมินภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของโรค ประวัติการใช้ยา ภาวะโภชนาการ และปัญหาอื่นๆ 2) สถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้านจิตใจ (Mental health conditions) ได้แก่ การประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว 3) การช่วยเหลือตนเอง (Functioning) ได้แก่ การประเมินการเคลื่อนไหว การทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพลัดตกหกล้ม แนวคิดที่มีต่อการดำรงชีวิต 4) สถานการณ์ทางสังคม (Social circumstances) ได้แก่ การประเมินฐานะทางเศรษฐกิจ แรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน เครือข่ายทางสังคม และระบบบริการสาธารณสุข และ 5) สิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ การประเมินที่อยู่อาศัย ความสะดวกสบาย สิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสาร การเดินทาง และการเข้าถึงทรัพยากร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนด วางแผน และพัฒนาแผนการดูแลที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดรูปแบบในการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นทั้งทางโทรศัพท์หรือแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสะดวกของผู้สูงอายุ โดยต้องคำนึงการเข้าถึงและความสามารถในการใช้งานอุปกรณ์เหล่านั้นด้วย

3. การพัฒนาแผนการดูแล (Care plan development) หลังจากการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุแบบครอบคลุม จะต้องดำเนินการวางแผนการจัดการดูแล อำนวยความสะดวก และประสานงานการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายตามความต้องการด้านสุขภาพ หรือสถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยนำแนวคิดการ

จัดการรายกรณีมาใช้ การจัดการรายกรณี¹³ (Case management) หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่เหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพหรือสถานการณ์ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ โดยผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประสานงานให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการรายกรณีเป็นกิจกรรมที่เน้นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการประสานงานการดูแล เป็นกิจกรรมที่ขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ อาทิ การปรับปรุงหรือการคงสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ยึดความปลอดภัยของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นเท่าที่เป็นไปได้ ดังนั้นการดำเนินการให้การจัดการดูแลให้ประสบความสำเร็จต้องให้ความสำคัญกับการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาแผนการดูแลนี้ผู้จัดการดูแล (Care manager) มีหน้าที่สำคัญในการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัว โดยมีการกำหนดเป้าหมายการจัดการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาว กำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินการ กำหนดผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม และความสอดคล้องกับความสามารถของผู้สูงอายุ รวมถึงความต้องการของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล และเมื่อความต้องการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือสถานการณ์แวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้จัดการดูแลจะต้องประเมินแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงและหรือเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลเพื่อให้สะท้อน

ความต้องการของผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. การดำเนินการตามแผนการดูแล (Implementation of care plan) ผู้จัดการดูแลจะต้องรับผิดชอบในการดำเนินการ เชื่อมโยง และตรวจสอบการให้บริการที่จำเป็นที่ระบุไว้ในแผนการดูแล ซึ่งรวมถึงการส่งต่อ การประสานงาน การดูแล การติดต่อสื่อสาร การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การอำนวยความสะดวก และการกำกับติดตามผล กิจกรรมการจัดการดูแลอาจดำเนินการทางโทรศัพท์ ช่องทางออนไลน์ หรือการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุ การดำเนินการตามแผนการดูแลควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ

5. การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล (Analysis of the effectiveness and appropriateness of care plan) ผู้สูงอายุแต่ละคนที่มีความต้องการการจัดการดูแลจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลเพื่อให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้จะช่วยให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ โดยจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการทั้งในระดับนโยบายและการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อทบทวนแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการวิเคราะห์ประสิทธิผล เพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้จัดการดูแลจะให้ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ รวมทั้งผู้สูงอายุและหรือ

ครอบครัวที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพเพื่อใช้พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการดูแลต่อไป

6. การปรับเปลี่ยนแผนการดูแลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Modification of care plan based on the analysis) ผู้จัดการดูแลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่ระบุไว้ในแผนการดูแลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ระบุไว้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ กลยุทธ์ที่ดีต้องสะท้อนข้อมูลใหม่ที่ได้รับ และสถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพที่ได้จากการวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ความสามารถและความต้องการ รวมถึงระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและหรือครอบครัว

7. การติดตามผลลัพธ์ (Monitor outcomes) การประเมินประสิทธิผลของกระบวนการจัดการดูแลจำเป็นต้องดำเนินการโดยการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลลัพธ์การดูแล โดยมีการกำหนดและพัฒนานโยบาย ขั้นตอน แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรวบรวมและส่งข้อมูลเป็นประจำในทุกเดือน การรวบรวมข้อมูลประจำปีโดยละเอียด เพื่อการกำกับตรวจสอบ และติดตามความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

จากองค์ประกอบข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การจัดการดูแล ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การระบุผู้รับบริการที่ต้องการการจัดการดูแล 2) การประเมินความต้องการแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล 6) การปรับเปลี่ยนแผนการดูแลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และ 7) การติดตามผลลัพธ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการให้ครบทุกขั้นตอน เพื่อให้

เกิดการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์และผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทและช่วงเวลาได้ตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

กฤษฎีกาสำคัญสู่ความสำเร็จของ การจัดการดูแล^{11,14}

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องดำเนินการตามหลักสำคัญ 6 ประการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสม (Appropriate patient selection) การระบุตัวและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ต้องการการจัดการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการการดูแลสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การดูแลจำเป็นต้องคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงเพื่อเข้ารับบริการ ซึ่งผู้สูงอายุต้องได้รับการระบุและคัดเลือกเข้ารับบริการอย่างสม่ำเสมอหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

2. การเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว (Person-to-person encounters) โดยการพบปะหรือการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว รวมถึงการให้บริการเชิงรุก อาทิ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การสำรวจชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแนวปฏิบัติที่มีความจำเป็นสำหรับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะประสบผลสำเร็จมากกว่าการจัดการดูแลผ่านทางโทรศัพท์หรือการใช้ช่องทาง

การสื่อสารเพียงทางเดียว¹¹ การสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัววางแผนตัดสินใจ และเลือกแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม รวมถึงการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสถานะผู้สูงอายุต้องให้ครอบคลุม ใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน¹⁸

3. การฝึกอบรมผู้จัดการดูแลและการมอบหมายภาระงานที่เหมาะสม (Trained care managers with low caseloads) การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่รับผิดชอบในบทบาทผู้จัดการดูแล (Care manager)⁵ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน¹⁹ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน มีความเปราะบางหรือมีโรคร่วมหลายโรค ตั้งแต่การดูแลในภาวะเจ็บป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน²⁰ เพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยต้องผ่านการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในนโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง มีความรู้และทักษะในการจัดการผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ระยะการเกิดโรค ระยะโรคลุกลาม ระยะเกิดภาวะแทรกซ้อน จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถจัดสรรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยันหรือการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการด้าน

สุขภาพของผู้รับบริการ รวมไปถึงการพิจารณาและให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการทางสังคม (Social needs) อาทิ ปัญหาทางการเงินที่อยู่อาศัย ความมั่นคงทางอาหาร รวมไปถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ²¹ อาทิ การรับประทานอาหารเค็ม²² การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งบางกรณีต้องมีการติดต่อประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านสังคมและพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ (Multidisciplinary teams) การจัดการดูแลจำเป็นต้องมีการประสานงานและได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของแพทย์ เพื่อให้การดำเนินการมีความครอบคลุมในทุกมิติ และลดปัญหาความซ้ำซ้อนในการให้บริการ

5. ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal family caregiver) ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือมีความรู้และความเข้าใจในระดับต่ำ รวมถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่จำกัด จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ อาทิ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

6. การใช้เทคนิคการโค้ช (Use of coaching technique) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาทิ การรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้าของโรคที่เลวร้ายลง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้จัดการดูแลจำเป็นต้องใช้เทคนิคการโค้ช และการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-managementsupport) ให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ

การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้ให้บริการรวมถึงมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ²³

สรุปได้ว่า ภาวะสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการดูแล ต้องประกอบด้วย การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพที่สำคัญ การพบปะหรือการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว รวมถึงการให้บริการเชิงรุก อาทิ การเยี่ยมบ้าน การสำรวจชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ส่งผลให้การจัดการดูแลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จมากกว่าการดูแลผ่านทางโทรศัพท์หรือการใช้ช่องทางการสื่อสารเพียงทางเดียว การฝึกอบรมผู้จัดการดูแลทำหน้าที่รับผิดชอบ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและดำเนินการจัดการดูแล ผ่านการประสานงานและได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของแพทย์ และต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ อาทิ คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการใช้เทคนิคการโค้ช เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสามารถจัดการดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้การจัดการดูแลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

≡ แนวทางการนำรูปแบบการจัดการ ≡ ดูแลไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรค เรื้อรังในชุมชน

การจัดการดูแลมีส่วนสำคัญในการระบุ คัดกรอง และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังในประชากรผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการจัดการที่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน ต้องจัดเตรียมให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่เพียงพอ และมีพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้จัดการดูแล โดยคณะกรรมการคลินิกโรคเรื้อรังระดับ รพ.สต. ดำเนินการประชุมวางแผนร่วมกันในการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ขั้นตอน และแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้การจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การระบุผู้รับบริการที่ต้องการการจัดการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการดูแลนำเครื่องมือคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (Initial Health Screen tool : IHS) มาใช้ในการระบุตัวผู้สูงอายุที่ต้องการการจัดการดูแล โดยทำการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาตามนัดทุกราย และมีการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองอย่างเป็นระบบ

2. การประเมินความต้องการแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นที่มีคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน จะได้รับการประเมินความต้องการที่ครอบคลุมในทุกมิติเป็นองค์รวม โดยพยาบาลผู้จัดการดูแลทำการประเมินโดยใช้การประเมินสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานะ

สุขภาพและการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการคัดกรองกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) เช่น การประเมินภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ การประเมินปัญหาการนอน 2) การประเมินสถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST5) การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) การประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประเมินแนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต 3) การประเมินการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พิเศษ การประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 4) การประเมินสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สุขาภิบาลที่พักอาศัย ข้อมูลจากการประเมินข้างต้น จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการผู้สูงอายุต่อไป

3. การพัฒนาแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายการจัดการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาว กำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินการ กำหนดผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ และกำหนดแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) เป็นรายสัปดาห์ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้

4. การดำเนินการตามแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการดูแลกำกับติดตามผลของกิจกรรมการจัดการดูแลของผู้รับบริการผ่าน

ช่องทางต่างๆ อาทิ การเยี่ยมบ้านหรือการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว ทางโทรศัพท์ ช่องทางออนไลน์ตามที่ผู้รับบริการสะดวก โดยดำเนินการเป็นประจำในทุกสัปดาห์

5. การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัวทบทวนแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ โดยผู้จัดการการดูแลจะให้ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัว แพทย์ผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการดูแล

6. การปรับเปลี่ยนแผนการดูแลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลผู้จัดการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัวปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่ระบุไว้ในแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ระบุไว้ โดยการใช้เทคนิคการโค้ชเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

7. การติดตามผลลัพธ์ พยาบาลผู้จัดการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุและหรือครอบครัวประเมินประสิทธิผลของกระบวนการจัดการการดูแลโดยการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลลัพธ์การดูแลเป็นประจำในทุกเดือน โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ

สรุป

กรอบแนวคิดการจัดการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลที่ดีขึ้น

ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผู้ให้บริการมีประสบการณ์ที่ดี และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการการดูแล ประกอบด้วย 1) การระบุผู้รับบริการที่ต้องการการจัดการดูแล 2) การประเมินความต้องการแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การวิเคราะห์ประสิทธิผลและความเหมาะสมของแผนการดูแล 6) การปรับเปลี่ยนแผนการดูแลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และ 7) การติดตามผลลัพธ์ เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นกลุ่มโรคหรือภาวะที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพในปริมาณมาก อาทิ กลุ่มโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหรือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง ผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพหลายประการและมีความซับซ้อน โดยคำนึงถึงปัจจัยสู่ความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสม 2) การเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัว 3) การฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลและการมอบหมายภาระงานที่เหมาะสม 4) ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ 5) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และ 6) การใช้เทคนิคการโค้ช โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการจัดการการดูแล ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเรื้อรังในชุมชนที่มีความซับซ้อนและเปราะบาง จะเห็นได้ว่า รูปแบบการจัดการดูแลเป็นแนวคิดที่เป็นประโยชน์แต่จำเป็นต้องมีการนำไปทดลองใช้ในบริบทและสภาพแวดล้อมจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลและความเหมาะสม เพื่อจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

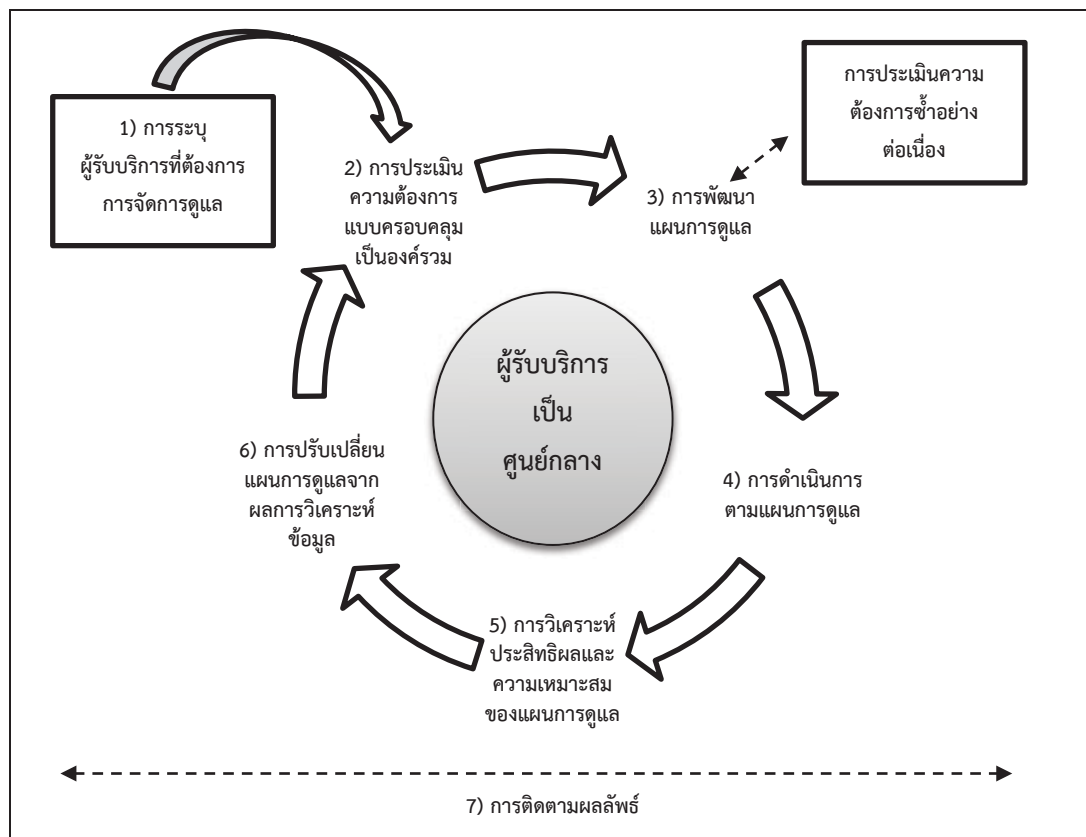


ตารางที่ 1 เครื่องมือคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (Initial Health Screen tool : IHS)¹³

ที่	รายการประเมิน	คะแนน
1.	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	1 ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน 2 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน มากกว่า 3 ครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน
2.	เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	0 - 1 ครั้ง เท่ากับ 0 คะแนน 2 - 4 ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน มากกว่า 5 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
3.	มีการวางแผนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการวางแผนการผ่าตัดในอนาคต	1 คะแนน
4.	การประเมินสุขภาพของตนเอง (ยอดเยี่ยม ดีมาก ดี ไม่ดี แย่)	ยอดเยี่ยม ดีมาก ดี เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ดี เท่ากับ 1 คะแนน แย่ เท่ากับ 2 คะแนน
5.	อาการป่วยทางกายและทางจิตใจ*	0 อาการเท่ากับ 0 คะแนน 1 - 2 อาการ เท่ากับ 1 คะแนน มากกว่า 3 อาการ เท่ากับ 2 คะแนน
6.	มีการใช้ยาอย่างน้อย 4 รายการ	1 คะแนน
7.	มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในปัจจุบัน ยกเว้น ไม่ทำ อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่ค้ำยัน ที่พ่นยา อุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน	2 คะแนน
8.	ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ การใช้ยา การรับประทานอาหาร)	2 คะแนน
คะแนนรวม		คำแนะนำ
0 - 4		ไม่จำเป็นต้องประเมินความต้องการการจัดการดูแลในเวลานี้
มากกว่า 5		ดำเนินการประเมินความต้องการการจัดการดูแล

***รายการอาการป่วยทางกายและทางจิตใจ**

หอบหืด (Asthma) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) วัณโรค (Tuberculosis) ลมชัก (Seizures) ปัญหาเกี่ยวกับความจำ (Memory problems) ซึมเศร้า (Depression) จิตเภท (Schizophrenia) หัวใจวาย (Congestive heart failure) โรคหัวใจ (Heart disease) โรคตับอักเสบ (Hepatitis) เบาหวาน (Diabetes) ไตวาย (Kidney failure) ปลูกถ่ายอวัยวะ (On organ transplant list) อัมพาต (Paralysis) โรคปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) เอชไอวี (HIV/AIDS) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคมะเร็ง (Cancer)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดการดูแล¹³

เอกสารอ้างอิง

1. Zhao C, Wong L, Zhu Q, Yang H. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: a community-based survey in Haikou. PloS one 2018;13(6):e0199006-e.
2. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. Prev Chronic Dis 2014;11:E62.
3. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind Journal of Nursing 2017;37(2):154-9. (in Thai).
4. Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of co-occurrence of chronic disease among older adults in Tokyo, Japan. Prev Chronic Dis 2019;16:180170.
5. National Association of Community Health Centers. Value transformation framework action guide: care management. Bethesda: National Association of Community Health Centers; 2019.

6. Agency for Healthcare Research and Quality EHCP. Comparative effectiveness of case management for adults with medical illness and complex care needs. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
7. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation Publication; 2009.
8. Rich E, Lipson D, Libersky J, Parchman M. Coordinating care for adults with complex care needs in the patient-centered medical home: challenges and solutions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
9. Donelan K, Chang Y, Berrett-Abebe J, Spetz J, Auerbach DI, Norman L, et al. Care management for older adults: the roles of nurses, social workers, and physicians. *Health Affairs* 2019;38(6):941-9.
10. Hong CS, Abrams MK, Ferris TG. Toward increased adoption of complex care management. *N Engl J Med* 2014;371(6):491-3.
11. Goodell S, Bodenheimer TS, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation Publication; 2009.
12. Donelan K, Barreto EA, Michael CU, Nordby P, Smith M, Metlay JP. Variability in care management programs in medicare ACOs: a survey of medical directors. *J Gen Intern Med* 2018;33(12):2043-5.
13. Division of Medical Assistance and Health Services. Care management workbook. Trenton: Department of Human Services; 2019.
14. Alliance of Community Health Plans. Health plan innovations in patient-centered care: care management. Washington: Alliance of Community Health Plans; 2011.
15. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract* 2014;68(3):290-3.
16. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician* 2011;83(1):48-56.
17. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ open* 2018;8(4):e021194.
18. Thangkratok P, Poohomjarean H, Rinsathorn S. Effects of AIDET communication program on satisfaction among patients and families in cardiac care unit, Bangkok Heart Hospital. *Songkla Med J* 2017;35(4):335-42. (in Thai).
19. Thangkratok P, Vararuk A, Silawan T, Piaseu N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. *Science, Engineering and Health Studies* 2019;13(2):83-92.
20. Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the primary care workforce - an expanded role for nurses. *N Engl J Med* 2016;375(11):1015-7.



21. Gunderson JM, Wieland ML, Quirindongo-Cedeno O, Asiedu GB, Ridgeway JL, O'Brien MW, et al. Community health workers as an extension of care coordination in primary care: a community-based cosupervisory model. *J Ambul Care Manage* 2018;41(4):333-40.
22. Thangkratok P, Chaokak S, Mongkoldee P, Pinrat P, Puangpetch P. Salty eating behavior of aging in Bang-Plad District, Bangkok. *KKU Journal for Public Health Research* 2016;9(3):71-8. (in Thai).
23. Langputeh A, Suden F, Thangkratok P. Effects of a self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease in medicine ward, Khuandon Hospital, Satun Province. *Srinagarind Med J* 2018;33(4):346-50. (in Thai).