

**ข้อคิดเห็นของ PM ต่อสิ่งค้นพบจากการลงพื้นที่ของ Regulator ในช่วง 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2557
ประเด็นการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

PM ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของคณะทำงานของ รพ.จิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตในแต่ ละ AHB

สิ่งค้นพบของ Regulators	ข้อคิดเห็นจาก PM
1. กระบวนการคัดกรองที่เกิดขึ้นน้อย และมี Case positive ในอัตราต่ำ	ในพื้นที่..การที่คัดกรองและประเมินแล้ว มีผล positive ในอัตราที่ต่ำ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งคณะทำงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ต้องวิเคราะห์หา error ที่เกิดขึ้น 1. มีการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่มหรือไม่ เช่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต โรคเบาหวาน stroke ควรได้รับคัดกรอง 2Q ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ 2. ใช้เครื่องมือ 2Q, 9Q ถูกต้องหรือไม่ ผู้ที่ใช้ควรผ่านการอบรมการใช้ 3. โรคซึมเศร้า มีธรรมชาติของโรคเกิดอาการ เป็น episode คือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ดังนั้น หากการคัดกรองไม่สม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง ก็อาจจะได้ผล negative จากการคัดกรอง
2. การคัดกรอง 2Q, 9Q ในกลุ่มประชากรทั่วไป ไม่ได้คัดกรองในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง	ไม่ถือเป็นการผิดกติกาใดๆที่จะคัดกรองในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ... แต่ให้รู้ว่า จะสิ้นเปลืองทรัพยากรและเวลามากเนื่องจากคัดกรอง 100 คน จะพบเพียง 2 คน ...เมื่อเปรียบเทียบกับคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรัง 100 คน จะพบโรคซึมเศร้า 20-25 คน และในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ รพ.ทั่วไปมักจะจัดคลินิกพิเศษไว้บริการเช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคไต ฯลฯ ซึ่งเป็นเป้าหมายให้เราคัดกรองได้ประจำ ... และจะผิดหลักวิชาการ หากคัดกรองโรคซึมเศร้าปีหนึ่งครั้งเดียว เพราะธรรมชาติของโรคซึมเศร้าจะเกิดเป็นครั้งคราว (episode) จึงควรคัดกรองหลายครั้งในแต่ละปี ...ดังนั้น ควรเป็นความรับผิดชอบของคณะทำงานโรคซึมเศร้าของรพ.จิตเวช และศูนย์สุขภาพจิตใน AHB ที่จะต้องสร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่โดยเฉพาะในรพช.รพท./รพศ. ให้เน้นการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงทุกครั้งที่มาใช้บริการ
3. 2Q ไม่ sense ในบางพื้นที่ (อีสานตอนบนมี save face)	ถ้าประเมิน 2Q, 9Q ไม่ positive และหากทักษะการใช้เครื่องมือถูกต้อง ก็จะไม่พบ episode ของ depression ในช่วงเวลานั้น ..ไม่ได้บอกว่า ไม่มี case การคัดกรองโรคซึมเศร้าต้องทำอย่างต่อเนื่อง และทุกครั้งในกลุ่มเสี่ยงมารับบริการ กรณีที่เกิดขึ้นดังว่า นี้มักเกิดจากใช้เครื่องมือไม่ถูกต้อง เช่น นำเครื่องมือไปประเมินแบบกลุ่มหรือแจกให้คนใช้ไปตอบเองหรือไม่ตกลงบริการให้ชัดเจนก่อนว่าประเมินอะไร ทำไปทำไม และมีประโยชน์อะไร
4. ผู้ใช้แบบประเมิน ยังขาดองค์ความรู้ ทักษะการนำไปใช้ ส่งผลให้ไม่พบผล Positive	เป็น failure factor ที่สำคัญของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ดังนั้น จึงควรมีการจัดฝึกอบรมทุกปีสำหรับผู้ปฏิบัติงานรายใหม่ของโรงพยาบาลในพื้นที่ หรือเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าแก่ผู้ปฏิบัติงานรายเดิม

สิ่งค้นพบของ Regulators	ข้อคิดเห็นจาก PM
<p>5. ระบบคัดกรองในคลินิกต่าง ๆ จะเกิดการปิดบังข้อมูล หรือการไม่ใส่ใจของผู้ป่วยเอง เพราะเสียเวลา/เกรงว่าจะถูกส่งต่อไปยังบริการอื่น ๆ</p>	<p>คณะทำงานของกรมฯในพื้นที่ที่มีปัญหาลักษณะนี้คงต้องลงพื้นที่หาข้อมูลข้อเท็จจริง มาวิเคราะห์และหาแนวทางปรับเจตคติ พร้อมทั้งนิเทศผู้ปฏิบัติงาน และชี้แจงผลดี ผลเสียที่จะเกิดต่อผู้ป่วย/ครอบครัว/ระบบสาธารณสุขโดยรวม</p>
<p>6. การคัดกรองใน รพ.สต. Positive แต่ผู้ป่วยไม่ยอมไปรับการรักษาต่อที่ รพช./รพจ./ศูนย์</p>	<p>ปัญหาแบบนี้ พบได้บ่อยในกรณี ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่ผู้คัดกรอง/ประเมินแล้ว แจ้งผลเหมือนการคัดกรองโรคฝ่ายกาย โดยไม่เตรียมผู้ถูกประเมินให้ดีเสียก่อน... - พบมากในพื้นที่ที่ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือหรือระบบดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่ PM กำหนด - ที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ใช้แนวทางการแจ้งข่าวร้ายร่วมกับ psycho-education ในการแจ้งผลการคัดกรอง ซึ่งในการคัดกรองโรคจิตเวชใดๆได้ผลดีต้องสร้างความตระหนักในผลคัดกรองรวมทั้งแนวทางปฏิบัติตัวหากได้ผลบวกหรือผลลบ ดังนั้น คณะทำงานของกรมฯในพื้นที่ควรทบทวนวิธีการฝึกอบรมตามแนวทางของ PM
<p>7. ไม่เกิดการวินิจฉัยโรค ซึ่งอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของแพทย์ ซึ่งเกิดจากแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกิด Stigma ต่อผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคจะทำให้โรคทางฝ่ายกายที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ลดความสำคัญลง</p>	<p>จากข้อมูลที่ทำกรทดสอบกับแพทย์จบใหม่ทุกสถาบันทั่วประเทศเมื่อปี 2555 จำนวน 700 กว่าคน พบว่า แพทย์จบใหม่มีความรู้มีทักษะพอที่จะวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้เพียง 9%.</p> <p>ดังนั้น การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์ GP จึงเกิดได้น้อย... และจากที่ PM ลงนิเทศทั่วประเทศใน 2-3 ปี ที่ผ่านมาพบว่า ปัญหานี้จะพบน้อยในพื้นที่ ที่แพทย์ได้รับการอบรม CPG ตามแนวทางของ PM ซึ่งมุ่งปรับเจตคติไปพร้อมกับสร้างทักษะในการวินิจฉัย/รักษาโรคซึมเศร้า</p> <p>ดังนั้น คณะทำงานของกรมฯในพื้นที่ควรทบทวนวิธีการฝึกอบรมแพทย์ ตามแนวทางของ PM โดยเฉพาะการอบรมในแพทย์จบใหม่</p>

ถึงค้นพบของ Regulators	ข้อคิดเห็นจาก PM
<p>8. ข้อมูล Fault positive 60%</p>	<p>Fault positive หมายถึง ไม่ป่วยแต่คัดกรอง/ประเมินด้วยเครื่องมือแล้วได้ผลบวก แต่การคัดกรอง/ประเมินด้วย 2Q,9Q ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า (depression)</p> <p>การที่ได้ผลบวกจาก 2Q จะบอกเราว่า รายนี้มีแนวโน้มที่จะป่วยควรได้รับอะไรสักอย่างต่อไป ..ซึ่งก็คือ การประเมินด้วย 9Q ..หากการประเมิน 9Q ได้ตั้งแต่ 7คะแนน จะบอกเราว่า รายนี้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งควรจะต้องทำอะไรสักอย่างต่อไป นั่นก็คือ ต้องส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษา ..แต่ในรายที่ 2Q+ve และ 9Q มีคะแนนตั้งแต่ 7 ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าแล้ว อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น depressive disorder เนื่องจากหลายสาเหตุได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายนั้นมีอาการซึมเศร้าจาก medical condition หรือ drug/substance 2. รายนั้นมีอาการซึมเศร้าไม่มาก ไม่ทำให้เกิด dysfunction/distress 3. ใช้เครื่องมือ 2Q,9Q ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ใช้ไม่ผ่านการอบรมการใช้ ทำให้ประเมินผิด 4. แพทย์ขาดทักษะความสามารถในการวินิจฉัย ทำให้ถึงแม้เป็น case. Depressive disordersแต่ก็ไม่กล้าวินิจฉัย <p>จึงยังไม่ควรด่วนสรุปว่าเป็น fault positive</p>
<p>9. การรายงานข้อมูลให้ PM (ระบบ IT) และการลงบันทึกใน 43 แฟ้ม</p>	<p>เนื่องจากการบันทึกข้อมูลการบริการตามมาตรฐาน 43 แฟ้มข้อมูลของกระทรวง ยังไม่ถูกนำไปใช้ทุกหน่วยบริการที่มีการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือประเด็นปัญหาอื่นๆอย่างครอบคลุม การรายงานการบริการตามตัวชี้วัดอัตราการเข้าถึงบริการ ยังคงต้องรายงานให้ PM เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดตาม 5 ช่องทางที่หน่วยบริการในพื้นที่สะดวก (โปรดดูรายละเอียด 5 ช่องทางการรายงานที่เสนอให้พื้นที่พิจารณาเลือกส่งรายงานที่ www.thaidepression.com)</p>
<p>10. พื้นที่ที่มีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำ ต้องมีการลงพื้นที่ของจิตแพทย์ในพื้นที่เอง หรือจิตแพทย์ รพ.จิตเวชในพื้นที่</p>	<p>ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้หน่วยสถานบริการที่เป็น Tertiary careบริการผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางพิเศษ เช่น จิตแพทย์ ควรให้บริการ tertiary care ดูแลรักษา case ยุ่งยากซับซ้อนเท่านั้น</p> <p>จากการนิเทศงานทั่วประเทศของ PM มา 5 ปี พบว่า ต้นเหตุที่สำคัญที่ทำให้การเข้าถึงบริการต่ำ คือ ในพื้นที่ เขต ขาด manager ระดับดูแลภาพรวม ที่เข้าใจระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดการไม่สนใจขับเคลื่อน หรือขับเคลื่อนผิดทาง ... ซึ่งตรงกันข้ามกับจังหวัดที่มีอัตราการเข้าถึงบริการสูง จะมีการดำเนินการ ดังนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มี key man ที่เข้าใจในการดำเนินงานของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า 2) จัดอบรมพัฒนาผู้ปฏิบัติในทุกสถานบริการสาธารณสุขให้สามารถใช้เครื่องมือ 2Q,9Q,8Q ได้อย่างถูกต้อง 3) อบรมแพทย์ทั่วไปจนมั่นใจในการวินิจฉัย/รักษา 4) ผลักดันจนทำให้คัดกรอง/ประเมิน 2Q,9Q ในกลุ่มเสี่ยงเป็นงาน routine ในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง

สิ่งค้นพบของ Regulators	ข้อคิดเห็นจาก PM
11. ยกเลิกการอบรมแพทย์ มาเป็น on the job training	On the job training (OJT) เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคล OJT ที่มีประสิทธิภาพ ต้องมี trainer ที่เก่ง ไม่เพียงแค่รักษาให้ยาเป็น แต่ต้องเข้าใจความเชื่อมโยงในระบบ ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโรคมะเร็งอย่างถ่องแท้ ไม่อย่างนั้นก็ training อย่างผิดทาง และ OJT มีข้อจำกัด ไม่สามารถดำเนินการในปริมาณที่มากได้ ควรเป็นเพียงวิธีเสริมเท่านั้น เพราะแพทย์ที่ช่วยระบบได้ดีคือ แพทย์ที่เข้าใจบทบาทตัวเองในระบบดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโรคมะเร็ง สามารถใช้ประโยชน์จาก 2Q,9Q รู้วิธีการให้ยาและการส่งต่อ ดังนั้น การฝึกอบรมตามแนวทางการอบรม CPG-MDD-GP จึงยังเป็นแนวทางหลัก และตามด้วย OJT