

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับสนับสนุนทุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

คณะผู้วิจัย

จเร	วิชาไทย
สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์
วัชร	วีวไพบูลย์
สุกัลยา	คงสวัสดิ์
นธีรัตน์	ธรรมโรจน์
แพรว	เอี่ยมน้อย
พัฒนาวิไล	อินใหม่

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับสนับสนุนทุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

คำนำ

การดำเนินโครงการศึกษาการจัดบริการ และต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กรณีการศึกษาอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อ ประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจำหน่าย ออก จากโรงพยาบาลแล้ว สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ก่อนข้างหน้า เป็นห่วง โดยที่โรคนี้ทำให้คนไทยเป็น อัมพฤกษ์หรืออัมพาต เฉลี่ย 4 นาทีต่อคน โดยที่ผู้ ที่รอดชีวิต จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ ซึ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โรคดังกล่าว โดยได้ สนับสนุนการจัดบริการ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลาย ลิ่มเลือดได้ทันเวลาที่ โดยเฉพาะในระยะ เกิดอาการภายใน 3 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้ว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะ intermediate care ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแล อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ หรือความพิการอย่างถาวรให้เหลือน้อยที่สุด ย่อมเป็นการ แก้ไขปัญหา ที่คุ้มค่าและมีประสิทธิผลสูงกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแล เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ ความพิการถาวรแล้ว

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความร่วมมือจากท่านผู้บริหารของ จังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด ในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช รวมทั้งนักวิจัยร่วม/ผู้ประสานงานในพื้นที่ ได้แก่ คุณณณญาณี โชติการณ์ สสจ. กาฬสินธุ์, คุณเพ็ญจิต ลำมะยศ สสจ. เลย และคุณอรพรรณ คงศรีชาย สสจ. นครศรีธรรมราช ซึ่ง นับว่า เป็นกำลังหลักที่สำคัญยิ่ง ในการอำนวยความสะดวกและประสานงานการเก็บข้อมูลให้ครบและ อย่าง ต่อเนื่อง พญ. จันจิรา กังอุบล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เช่น นพ. นพดล เสรีรักษ์ และ นพ. สิริชัย นามทัศนีย์ รพ. กุฉินารายณ์ , นพ. ภักดี สืบอนุการณ์ผอ. รพ. ด่านซ้าย ตลอดจนนักกายภาพบำบัด และทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ทุกแห่ง ซึ่งคณะนักวิจัยไม่อาจกล่าวนามได้ทั้งหมด ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษานี้ คณะนักวิจัยต้องขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้อีกครั้งหนึ่ง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รายนามคณะนักวิจัย

1.ทพ. จเร	วิชาไทย	หัวหน้าทีมวิจัย
2.ดร.นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	นักวิจัย
3.พญ.วัชร	ริ้วไพฑูรย์	นักวิจัย
4.นางสาวสุกัลยา	คงสวัสดิ์	นักวิจัย
5.นางนธีรัตน์	ธรรมโรจน์	นักวิจัย
6.นางสาวแพรว	เอี่ยมน้อย	นักวิจัย
7.นางสาวพัฒนาวิไล	อินไหม	นักวิจัย
8.นางถนุญาณี	โชติการณ	นักวิจัยร่วม/ผู้ประสานงานพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์
9.นางเพ็ญจิต	ล่ำมะยศ	นักวิจัยร่วม/ผู้ประสานงานพื้นที่จังหวัดเลย
10.นางอรพรรณ	คงศรีชาย	นักวิจัยร่วม/ผู้ประสานงานพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในจังหวัดตัวอย่างที่มีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯค่อนข้างก้าวหน้า (กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช) 2) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการฟื้นฟูฯผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองหลังจำหน่ายของโรงพยาบาลตัวอย่าง (กมลไสย กุณินารายณ์ ภูกระดัง และ หัวไทร) 3) ถอดบทเรียนและประสบการณ์การดำเนินงานด้านการฟื้นฟูฯของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวอย่าง (จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย รพ.กาฬสินธุ์ รพ. กุณินารายณ์ รพ.คำม่วง รพ.ยางตลาด, จังหวัดเลย ประกอบด้วย รพ.เลย รพ.ภูกระดัง รพ.ด่านซ้าย, จังหวัดนครศรีธรรมราชประกอบด้วย, โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, รพ.เทศบาลนครฯ อบต.ปากพูน ,รพ.ฉวาง และรพ.หัวไทร)

การศึกษานี้อาศัยระเบียบวิธีในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีภูมิลำเนาในจังหวัดตัวอย่างในช่วง 3 เดือนก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลจากการคัดลอกเวชระเบียน และติดตามผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์แบบไปข้างหน้าติดต่อกันสามครั้งห่างกันครั้งละหนึ่งเดือนเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ และประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Barthel index 2) เก็บข้อมูลต้นทุนและผลผลิตการดำเนินงานของโรงพยาบาลตัวอย่างในเดือนมิถุนายน 2552 3) ศึกษาการดำเนินงานบริการฟื้นฟูฯของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวอย่าง รวมถึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่เป็นตัวอย่างของการศึกษามีจำนวน 320 คน แยกเป็นผู้ป่วยในจังหวัดเลย 99 คน จังหวัดกาฬสินธุ์ 101 คน และจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 120 คน โดยในภาพรวมร้อยละ 54 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 66 ปี โดยผู้ป่วยตัวอย่างของจังหวัดเลย มีกลุ่มผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองจังหวัด ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 72 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถัดมาเป็นสิทธิข้าราชการร้อยละ 19

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.2 วัน โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีจำนวนวันนอนนานกว่าหอผู้ป่วยประเภทอื่น ทั้งนี้ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 55 ของ

ผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 72 มีอาการอัมพาตของแขนขาซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก) และเพียงร้อยละ 7 ที่ได้รับการฝึกกลืน พูด สื่อสาร (ร้อยละ 30 รายงานว่ามีปัญหาการเคี้ยว กลืน หรือสำลักอาหาร ร้อยละ 55 รายงานว่ามีปัญหาการพูด สื่อสาร) ขณะเดียวกันมีข้อมูลการได้รับการประเมิน สมรรถภาพ (Activity of Daily Living: ADL) เพียงร้อยละ 22 แต่เกือบทั้งหมดของการประเมินไม่มีการบันทึกคะแนนผลการประเมิน ADL

สำหรับใช้ในการติดตามประเมินผลลัพธ์ ทั้งนี้แผนการดูแลต่อของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 70 นัดผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 30 ส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และร้อยละ 20 มีแผนไปให้บริการที่บ้านในชุมชน

ร้อยละ 64 (54 – 78) ของผู้ป่วยรายงานว่า ได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติ ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน และร้อยละ 13 มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดมีแนวโน้มการได้รับการทำกายภาพบำบัดสูงกว่าพื้นที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพบำบัด และเมื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการระหว่างจังหวัด พบว่าจังหวัดเลยมีอัตราการเข้าถึงบริการสูงสุดร้อยละ 78 รองลงมาเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 62 และนครศรีธรรมราชร้อยละ 54 อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย จากการติดตามไปข้างหน้าสามเดือนพบว่า ผู้ป่วยในจังหวัดที่มีสมรรถภาพดีขึ้นสูงสุดคือ กาฬสินธุ์ร้อยละ 38 รองลงมาเป็นจังหวัดเลยร้อยละ 31 และนครศรีธรรมราชร้อยละ 14 โดยผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลชุมชน ที่มีนักกายภาพของจังหวัดกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราชมีส่วนผู้ป่วย ที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพ แต่สำหรับของจังหวัดเลยมีผลตรงกันข้าม สมฤทธิ์ผลด้านผลลัพธ์ที่ต่างกันน่าจะเป็นผลมาจาก รูปแบบวิธีการจัดบริการทั้งในแง่ ความถี่ บริการที่จัดให้ และคุณภาพ ที่จัดให้ของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน

สำหรับต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองของโรงพยาบาลตัวอย่างในพื้นที่สามจังหวัด พบว่ามีความแปรปรวนค่อนข้างสูง จากความแตกต่างของลักษณะการจัดบริการและการผสมผสานของทรัพยากร (คน วัสดุ และครุภัณฑ์อุปกรณ์) ที่ใช้ ทั้งนี้ต้นทุนต่อครั้งของการจัดบริการฟื้นฟูระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 246 – 551 บาท/ครั้ง ส่วนต้นทุนต่อรายก็ขึ้นกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยแต่ละท่านจะได้รับ ทั้งนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าต้นทุนที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด เนื่องจากขาดมาตรฐานการจัดบริการ ที่จะชี้ว่าการจัดแบบใดเหมาะสมและมีประสิทธิผลกว่ากัน

ข้อมูลจากการกรณีศึกษา การจัดการบริการฟื้นฟูของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง พบว่า แม้ว่าหลายๆโรงพยาบาล มีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้วยอนิสงค์จากระบบพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล (HA) แต่รูปแบบการจัดการบริการยังอิงแนวคิด การจัดการบริการรักษาพยาบาล ทางแพทย์แบบเฉียบพลันและวิกฤตเป็นหลัก การขาดการประเมินและเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่าย สนับสนุนข้อสรุปนี้ได้เป็นอย่างดี โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งที่มีการจัดการบริการฟื้นฟูที่บ้านในชุมชน (ส่วนหนึ่งจากอนิสงค์การพัฒนา ระบบบริการฟื้นฟูสำหรับผู้พิการ และพัฒนาไปตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่) แต่ด้วยการขาดมาตรฐานการจัดการทำให้แต่ละแห่งพัฒนาไปตามสิ่งที่ตนคิดว่าควรจะเป็น บริการเชิงรุกที่จัดจึงเน้นไปในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าการฟื้นฟู (จากความถนัดของเจ้าหน้าที่) และเน้นเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ การขาดการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การขาดข้อมูลที่จะใช้ในการประเมิน รวมถึงการจัดการแบบเหมารวม สำหรับผู้ป่วยทุกรายไม่แยกแยะความต้องการ การพยากรณ์โรคและระดับความพิการ เพื่อจัดการและทรัพยากรให้เหมาะสม อธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ และประสิทธิภาพของการจัดการที่เกิดขึ้นข้างต้น ทั้งนี้การพัฒนาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเฉพาะแห่ง และยังไม่มีการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายทั้งจังหวัด ดังนั้นสิ่งเร่งด่วนที่ต้องมีการพัฒนา หรือการพัฒนากรอบแนวคิด และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูระยะกลางให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเข้าสู่ความพิการถาวร อันเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย และลดภาระของสังคมและประเทศชาติในระยะยาว

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ในระยะสั้น

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบาย ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัดในการให้บริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนด้านการเงินแก่โรงพยาบาลต่างๆ ในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูเชิงรุกที่บ้านในชุมชน (Community home-based rehabilitation services) เนื่องจากเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพล ไม่สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลได้
2. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย ซึ่งปัจจุบันให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่บ้าน (Home health care) ร่วมกับโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านนี้อย่างก้าวหน้า และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่นองค์กรวิชาชีพ ควรร่วมกันพัฒนา

- a. กรอบความคิด ว่าด้วยระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะกลาง ให้มีความชัดเจนจนสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่เป็นรูปธรรมให้ได้
 - b. พัฒนามาตรฐาน (standard protocol) ขึ้นมาให้เป็นที่ยอมรับ มีการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ และระยะเวลาในการให้บริการ ตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละระดับ และให้สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทพร้อมมีการทบทวนเป็นระยะ
 - c. พัฒนารูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูที่บ้านที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน ต้องพัฒนาให้ทีมบริการมีแรงจูงใจทั้งจากในเนื้องานและจากระบบ เพื่อกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ ผู้ป่วยที่ต้องเข้าโปรแกรมบริการระยะกลาง ภายใต้กรอบระยะเวลา พร้อมกับกำหนดแผนการให้บริการอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในทีมให้บริการและกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
3. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนการพัฒนาบริการฟื้นฟูที่เป็นโมเดลนำร่องระดับจังหวัด คือ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งจังหวัด ประเด็นที่ต้องครอบคลุมในโมเดลนำร่อง คือ
- a. ระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทุกสถานพยาบาล และหน่วยงานอื่นด้านสังคมและท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการบูรณาการของบริการ
 - b. ระบบสนับสนุนการจัดการความรู้ และพัฒนาบุคลากร ซึ่งจะช่วยนำพาให้ระบบในพื้นที่มีการเรียนรู้และพัฒนาระบบด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
 - c. ระบบการจัดบริการในสถานพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและผู้ป่วย ให้สามารถกลับไปทำการฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว ตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนด
 - d. ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อ ระหว่างสถานพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม
 - e. ระบบบริการเชิงรุกในชุมชนที่มีคุณภาพ เชื่อมโยง บูรณาการ และต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน โรงพยาบาล สถานีนอมาัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร และจิตอาสา
4. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมกันสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการความรู้ เพื่อนำผลไปใช้พัฒนาระบบให้บริการระยะกลางในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้อง ครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ และควรต้องขยายไปสู่เครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสังคม เนื่องจากบริการระยะกลางที่มีคุณภาพ ต้องครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์และสังคม

ในระยะกลางและระยะยาว

1. ด้านการคลังระบบบริการสาธารณสุข
 - a. กระทรวงสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากรอบคิดเชิงระบบ ของระบบการเงิน การคลังที่รองรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เพื่อสร้างหลักประกันว่าระบบสุขภาพจะสามารถตอบสนองความจำเป็น ด้านสุขภาพในกรณีที่มีความพิการ และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
 - b. รูปแบบการจ่ายค่าบริการสำหรับบริการระยะกลาง ควรเป็นไปในลักษณะของการจ่ายตามผลลัพธ์ เช่น การจ่ายตามรายป่วยตามมาตรฐานบริการ และภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาบุคลากร เพื่อการเตรียมพร้อม สำหรับการจ้ดระบบบริการระยะกลางและระยะยาวอย่างเหมาะสม
 - a. สร้างระบบพัฒนาบุคลากรที่เป็นทางการอื่นๆ เช่น โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้าใจเรื่องบริการฟื้นฟูบริการระยะกลาง เพื่อเพิ่มมุมมองและการให้บริการเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์สมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ
 - b. พัฒนาระบบแรงจูงใจ เพื่อดึงบุคลากรด้านการฟื้นฟูเข้ามาประจำในพื้นที่ห่างไกล เช่น ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หรือ ระบบพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุน
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรร่วมกันสนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่เป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ ในการดำรงชีวิต การกลับเข้าสู่การใช้ชีวิตในสังคมได้ และการควบคุมความเสี่ยงที่จะไปไม่ถึง
4. เป้าหมายด้านสุขภาพ หรือการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ทั้งนี้มีกลไกเชื่อมต่อกับระบบการคลังสุขภาพ และการพัฒนากำลังคน
5. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัดและประเทศ ที่ต้องสะท้อนผลลัพธ์การให้บริการ ชุดข้อมูลพื้นฐานหลักต้องเหมือนกัน เพื่อเตรียมขยายผลสู่การใช้ชุดมาตรฐานข้อมูลเดียวกันในระดับประเทศ

สารบัญเรื่อง

คำนำ	I
กิตติกรรมประกาศ	II
บทสรุปผู้บริหาร	III
สารบัญเรื่อง	IV
สารบัญตาราง	V
สารบัญแผนภูมิ/แผนภาพ	VI

บทที่ 1

บทนำ

ความต้องการในการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป	1
ระบบบริการสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่	2
วัตถุประสงค์การศึกษา	3
กรอบแนวคิดการศึกษา	3
ระเบียบวิธี	4
การศึกษาเชิงคุณภาพ	5
การติดตามผู้ป่วย	5
การศึกษาต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน	6

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

งานบริการระยะกลาง (Intermediate Care)	9
ประสบการณ์ NHS กับการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง	9
นโยบายกับการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง	10
งบประมาณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	12
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
รูปแบบการจัดบริการระยะกลาง	14
บริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง(Stroke)	15

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

	แนวทางการปฏิบัติที่ดีเมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วย Stroke	17
	ออกจากโรงพยาบาล	
	การควบคุมกำกับและประเมินผลการจัดบริการระยะกลาง	19
	กรอบตัวชี้วัดทางด้านคลินิกสำหรับบริการระยะกลาง	20
	ประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาทางนโยบาย	22
	การทบทวนต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	23
	แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิต	24
	การวิเคราะห์ต้นทุน	25
	การวิเคราะห์มูลค่าของกระบวนการ	26
	กรอบคิดการวิเคราะห์	29
บทที่ 3	ผลการศึกษา	
	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	31
	บริการที่ได้รับขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	32
	ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่าย	35
	จากโรงพยาบาล	
	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับหลังการจำหน่าย	36
	การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพร่างกาย	37
	สรุป	38
บทที่ 4	การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	
	กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช	40
	กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์	45
	กรณีศึกษาจังหวัดเลย	51
	สรุปการจัดบริการฟื้นฟูระยะกลางในพื้นที่ศึกษา	55
	การจัดระบบบริการภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	56

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่ 5	ผลการศึกษาด้านทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
	ข้อมูลทั่วไป	63
	ต้นทุนค่าแรงรวมโดยตรง	64
	ต้นทุนค่าวัสดุรวมโดยตรง	65
	ต้นทุนรวมโดยตรง	66
	ต้นทุนในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	67
บทที่ 6	สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ	
	ความเข้าใจพื้นฐานบริการระยะกลาง	71
	สรุปผลและอภิปรายการศึกษา	71
	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	75
บรรณานุกรม		77
ภาคผนวก		
ภาคผนวก ก.	การทบทวนวรรณกรรม : โรคหลอดเลือดสมอง	79
ภาคผนวก ข.	แบบประเมินชุดที่ 1 การทบทวนเวชระเบียน สภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	88
ภาคผนวก ค.	แบบประเมินชุดที่ 2 การเข้าถึง/ใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	91
ภาคผนวก ง.	แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินตรวจวัดสุขภาพผู้ป่วย	98
ภาคผนวก จ.	แบบสำรวจชุดที่ 4 การได้รับบริการรักษาพยาบาลหรือ กายภาพบำบัด <u>ในรอบเดือนที่ผ่านมา</u>	101

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3.1	จำนวนตัวอย่าง และร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ภูมิภาค เพศ อายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ	32
ตารางที่ 3.2	ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยต่างๆ	33
ตารางที่ 3.3	บริการที่ผู้ป่วยได้รับ ขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วย	34
ตารางที่ 3.4	ความต้องการด้านสุขภาพที่ยังต้องการดูแลต่อเนื่อง	35
ตารางที่ 3.5	จำนวนและร้อยละตามแผนการให้บริการต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	36
ตารางที่ 3.6	การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	36
ตารางที่ 3.7	ร้อยละของผู้ได้รับบริการฟื้นฟู ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	37
ตารางที่ 3.8	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น เปรียบเทียบครั้งที่ 1 และ 3	38
ตารางที่ 4.1	สรุปรูปแบบการบริการระยะกลางในชุมชน พื้นที่ศึกษา	58
ตารางที่ 5.1	จำนวนนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน	63
ตารางที่ 5.2	ปริมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและอัตราการใช้บริการในเดือนมิถุนายน 2552	64
ตารางที่ 5.3	ต้นทุนค่าแรงในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในเดือนมิถุนายน 2552 จำแนกรายโรงพยาบาล	65
ตารางที่ 5.4	ต้นทุนค่าแรงรวมโดยตรงต่อครั้งและรายเดือนมิถุนายน 2552 จำแนกรายโรงพยาบาล	65
ตารางที่ 5.5	ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด ต่อครั้ง ต่อราย ในการจัดบริการฟื้นฟู	65
ตารางที่ 5.6	ต้นทุนค่าแรงทั้งหมดต่อครั้ง ต่อราย ในการจัดบริการฟื้นฟู	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 5.7	ต้นทุนทั้งหมด (ค่าแรง ค่าวัสดุและค่าลงทุน) ในการจัดบริการฟื้นฟู	67
ตารางที่ 5.8	ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	69
ตารางที่ 5.9	ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์	69
ตารางที่ 5.10	ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลภูกระดัง จังหวัดเลย	70
ตารางที่ 5.11	ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช	70

สารบัญแผนภูมิ/แผนภาพ

แผนภูมิที่ 1.1	กรอบแนวคิดการศึกษา	4
แผนภูมิที่ 2.1	ตัวแบบของการบริหารฐานกิจกรรม มิติด้านต้นทุน (Cost Dimension)	28
แผนภูมิที่ 2.2	ตัวแบบของการบริหารฐานกิจกรรม ที่เน้นด้านการวิเคราะห์กระบวนการและความเชื่อมโยงกับต้นทุนฐานกิจกรรม	28
แผนภาพที่ 3.1	ร้อยละผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้นเมื่อเทียบครั้งที่ 3 และครั้งที่ 1 จำแนกรายจังหวัด	37
แผนภาพที่ 4.1	โครงสร้างการบริหารงานเครือข่าย อ.เมืองและดอนจาน จ.กาฬสินธุ์	45
แผนภาพที่ 4.2	การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการ อ.เมือง และดอนจาน จ.กาฬสินธุ์	46
แผนภาพที่ 4.3	ระบบสื่อสารและส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	47

บทที่ 1 บทนำ

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง

กรณีศึกษา : อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความต้องการในบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป

“ความต้องการด้านสุขภาพ” ที่มาจากความเจ็บป่วยในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยพิจารณาพร้อมกับแนวคิด แบบแผนหรือวิธีการให้บริการของระบบสุขภาพประเทศไทยที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ข้อมูลภาระโรคและการเจ็บป่วยของประชาชนไทยเรา พบว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยจากภาวะโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคติดเชื้อแบบเรื้อรัง และมะเร็งซึ่งมีแนวโน้มอุบัติขึ้นในช่วงอายุที่น้อยลง

จากข้อมูลรายงานการตายและภาระโรคของไทยในปี 2542 โรคหลอดเลือดในสมองเป็นถือเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของการตายและสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย โดยเป็นลำดับต้นๆของการสูญเสียของทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและอันดับสามในเพศหญิงและเพศชายตามลำดับในปี 2542 ขณะเดียวกันเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในลำดับที่ 2 และ 3 ของเพศหญิงและชายตามลำดับในปีเดียวกัน ประเมินการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองปีละไม่ต่ำกว่า 250,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็มีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 50,000 ราย

แม้ขณะนี้เทคโนโลยีทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤต และมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคที่กล่าวข้างต้น มักทิ้งให้มีความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะ (Impairment) หลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆในการดำรงชีวิต (Functional or activity limitation) ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือใช้ชีวิตในสังคม (Social event involvement) ได้อย่างที่ควรเป็น ขณะเดียวกันก็จะเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคมต่อไป

แนวโน้มความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือเหนือจากการเฝ้าระวังรักษา ได้แก่ ความพยายามลดความบกพร่องของอวัยวะเท่าที่จะทำได้ หรือเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำรงชีวิต รวมทั้งการจัดระบบบริการสนับสนุน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ดั้งเดิมหรือใกล้เคียง (เช่น บริการผู้ดูแลบางเวลา อุปกรณ์เครื่องช่วย การปรับสภาพบ้านเรือน และการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้เพื่อปรับตัวและจิตใจ) กรณีที่ไม่สามารถฟื้นฟูความสามารถให้กลับมาเท่าเดิมได้ บริการสุขภาพที่จะตอบสนองความต้องการมีรูปแบบที่ต่างจากบริการสำหรับภาวะเฉียบพลันทางการแพทย์อื่น และจำเป็นต้องทำในบริบท ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยและเป็นที่ใช้ชีวิตจริงของตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติต้องมีส่วนร่วมฝึกฝน ปรับปรุงหรือจัดการเงื่อนไขต่างๆในการดำรงชีวิตอย่างจริงจัง

เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเชื่อมต่อ เข้ากับภาคสังคมและชุมชนส่วนท้องถิ่นให้ได้ด้วย บริการสุขภาพในลักษณะดังกล่าวเรียกว่า “กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ”⁽¹⁾ ทั้งนี้ กระบวนการบริการดังกล่าว ควรเริ่มตั้งแต่ตอนท้ายๆของการดูแลในระยะรักษาภาวะเฉียบพลันการแพทย์ (Acute medical care) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการซ้ำซ้อน และค่อยๆเพิ่มความเข้มข้นขึ้น เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โดยมีการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูความสามารถที่ชัดเจน ภายใต้กรอบเวลาที่เหมาะสม (Intermediate rehabilitation care) และเมื่อถึงเป้าหมายสูงสุดที่เป็นไปได้แล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจยังจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Long term rehabilitation care) เพื่อรักษาระดับความสามารถ และให้การดูแล ฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือโรคที่ร่วม (Co-morbid condition) ภาวะที่เกิดขึ้นพร้อมกับหรือสืบเนื่องมาจากการมีความพิการ (Associated or Secondary conditions)

1.2 ระบบบริการสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่

เมื่อพิจารณาถึงวิถีของระบบบริการสุขภาพไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จะเห็นว่าการจัดการระบบบริการยังคงตั้งอยู่บนแนวคิด หรือวิถีทางที่มุ่งการรักษาโรค และการช่วยชีวิตในภาวะวิกฤตทางการแพทย์เป็นสำคัญ (Acute care model) โดยมีรูปแบบการจัดบริการหลักเป็นสองแบบ คือ บริการแบบผู้ป่วยนอก (Out-patient services) และแบบผู้ป่วยใน (In-patient services) ซึ่งกรณีผู้ป่วยในนั้นสงวนไว้ในกรณีเจ็บป่วยหนัก เพื่อดูแลให้รอดชีวิต จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีและความชำนาญทางการแพทย์มาก ต้องดูแลใกล้ชิด กิจกรรมบริการรวมถึง การตรวจประเมินโดยแพทย์ การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย การสั่งการรักษาด้วยยาและหัตถการที่จำเป็น ล้วนต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ผู้ป่วยและญาติอาจรับรู้หรือเข้าใจไม่ได้ทั้งหมด จึงมักยินยอมให้อยู่ในอำนาจการตัดสินใจของผู้ให้บริการ และด้วยความจำเป็นที่ต้องใช้เทคโนโลยีและบุคลากรทางการแพทย์มากมายซึ่งก็มีอยู่อย่างจำกัด ประกอบกับผู้ให้บริการหลักอาจขาดประสบการณ์และองค์ความรู้ในการให้บริการอื่นนอกจากการรักษาโรคและภาวะวิกฤตทางการแพทย์ ทำให้ระบบบริการที่เป็นอยู่ไม่ค่อยมีพื้นที่ให้สำหรับการดูแลที่มีรูปแบบหรือเป้าหมายที่เป็นอื่น

สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เมื่อเริ่มมีอาการในระยะวิกฤตฉุกเฉิน การเข้ารับบริการจากระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ จะสามารถตอบสนองได้ค่อนข้างดี ตั้งแต่การมีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical care) บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (เช่น Fast track สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง) แบบผู้ป่วยใน ที่รวมถึงบริการ Intensive care unit เป็นต้น แต่เมื่อสามารถควบคุมอาการ ทำให้อาการชีวิตได้แล้ว ก็ถือว่าสิ้นสุดการรักษาตามแนวคิดหรือวิถีการจัดบริการสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่ ภาวะที่เหลือก็ต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านและ/หรือมาติดตามดูแลต่อบริการผู้ป่วยนอก บางกรณีที่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามอาการของโรคและการใช้ยาอย่างใกล้ชิด หรือผู้ป่วย/ญาติอาจต้องทำหัตถการบางอย่างที่บ้าน จึงจะมีบริการไปเยี่ยมบ้านหรือการดูแลที่บ้าน (Home visit /Home health care) ติดตาม

ต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง หากจะมีการเพิ่มกิจกรรมบริการ เช่น การทำกายภาพบำบัดเพื่อตอบสนองหรือลดปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากมีความพิการ ซึ่งถ้าปล่อยให้กระบวนการจัดบริการดำเนินไปภายใต้แนวคิดเดิม อาจเป็นการให้บริการที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความพิการกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุขได้

ทั้งนี้การจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพได้ มีการดำเนินการมานานพอสมควรในโรงพยาบาลใหญ่ แต่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในโรงพยาบาล ในลักษณะบริการผู้ป่วยนอกเป็นหลัก สำหรับในโรงพยาบาลชุมชนนั้น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเริ่มมีการจ้างนักกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการในโรงพยาบาล และออกไปให้บริการถึงบ้านผู้ป่วยในชุมชน (ในบางโรงพยาบาล) เช่น กรณีของโรงพยาบาลภูกระดัง รพ.ภูจินารายณ์ หรือในกรณีโรงพยาบาลหมื่นเตี้ยของเทศบาลนครจังหวัดนครราชสีมา ฯลฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ดีโรงพยาบาลเหล่านี้ เริ่มดำเนินการด้วยตนเอง และมีรูปแบบการจัดบริการที่ต่างกัน ขณะเดียวกันก็ไม่มีข้อมูลในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงเห็นสมควรที่ต้องมีการติดตามประเมินสิ่งที่โรงพยาบาลต่างๆดำเนินการอยู่ รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ระยะกลางต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อติดตามประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและต้นทุนของโรงพยาบาล

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรม กรอบความคิดและระบบการให้บริการผู้ป่วยในระยะ intermediate care เพื่อสะท้อนกรอบความคิดและทิศทางการพัฒนาทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วย stroke ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และยังต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายที่เป็นบริการ intermediate care
3. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพชนิดต่างๆ รวมทั้งต้นทุนต่อโปรแกรมการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะ intermediate care ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากการรักษา stroke และส่งต่อไปยังระดับชุมชน
4. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย stroke ระยะ intermediate care ในพื้นที่ตัวอย่าง 3 พื้นที่

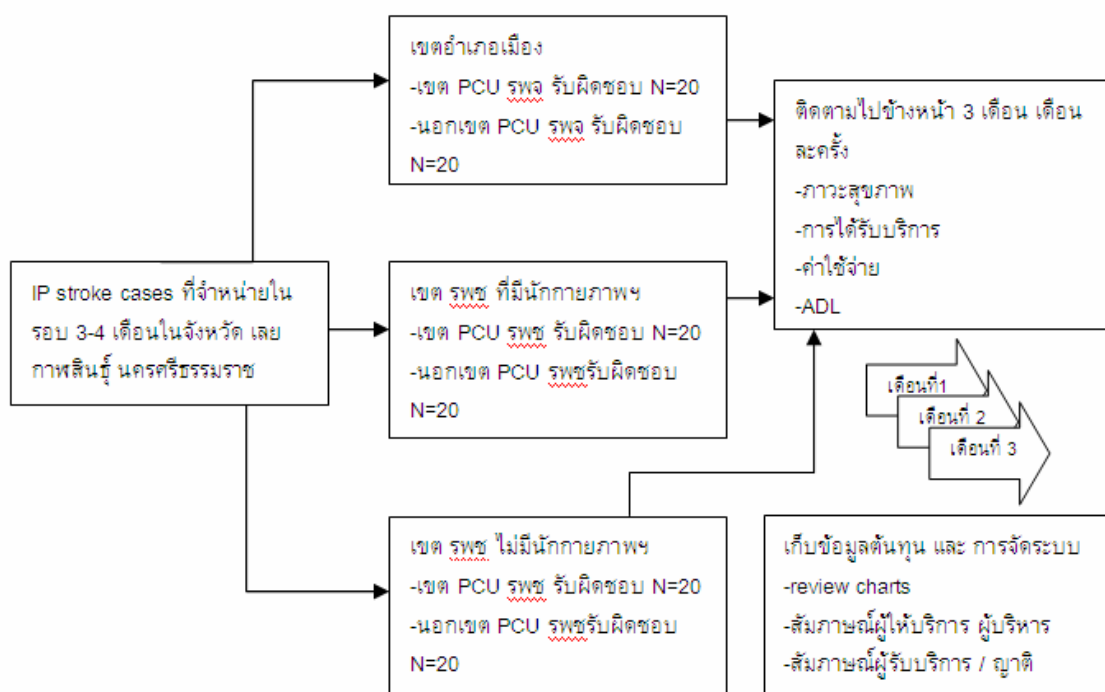
1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้มีเป้าหมาย เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็น Intermediate care และวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการที่จัดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โดยจะทำการศึกษาดังแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพทางกาย

โดยใช้มาตรวัด ADL (Activity of Daily Living) รวมถึงศึกษารูปแบบการจัดการและให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ตัวอย่างการศึกษา ว่ามีรูปแบบใดบ้าง เป็นไปตามรูปแบบนั้นๆด้วยสาเหตุอะไร มีพัฒนาการให้บริการอย่างไร ควรพัฒนาต่อไปในรูปแบบใดจึงจะเหมาะสม และมีผลลัพธ์ของต้นทุนเท่าใดภายใต้รูปแบบการให้บริการ ณ สถานการณ์ปัจจุบัน

ผลของการศึกษา จะนำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะ intermediate care และเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อใช้พัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะ intermediate care ต่อไปให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องการและให้มีคุณภาพมากขึ้น

แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา



1.5 ระเบียบวิธี

1.5.1 การทบทวนวรรณกรรม

ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากในประเทศและต่างประเทศในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผ่านระยะเฉียบพลัน

1.5.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของพื้นที่โรงพยาบาลตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ./ แพทย์ผู้รับผิดชอบ และสนทนากลุ่มกับทีมโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ

1.5.3 การติดตามผู้ป่วย

ทำการติดตามผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในพื้นที่หรือถูกส่งตัวกลับมาอยู่ในชุมชนจากโรงพยาบาลอื่นๆ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามสี่ชุด ชุดแรก เป็นแบบเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อประเมินบริการที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ชุดที่สอง เป็นแบบประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรกที่ไปพบ ชุดที่สาม เป็นแบบตรวจร่างกายและสมรรถภาพทางกายทำการตรวจวัดสามครั้งต่อเนื่องกันห่างกันเดือนละครั้ง ชุดที่สี่ เป็นแบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาโดยทำการสำรวจสามครั้งห่างกันเดือนละครั้งเช่นเดียวกัน

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาครอบคลุมผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke) ทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนก่อนการศึกษา และมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ที่บ้าน หรือนัดมารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นบริการฟื้นฟูที่เป็นบริการผู้ป่วยนอก โดยจะมีการติดตามผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องไปอีก เป็นระยะเวลา 3 เดือน

พื้นที่ศึกษา

ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง กล่าวคือเลือกพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการกายภาพบำบัดในชุมชนอยู่แล้วระดับหนึ่ง ประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช

ตัวอย่างและจำนวน

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นตัวอย่าง จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามภูมิสำเนาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลแต่ละประเภทดังนี้

1. เขตอำเภอเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจังหวัด แบ่งเป็นเขตรับผิดชอบ PCU (primary care unit) ของโรงพยาบาลจังหวัดหรืออีกนัยหนึ่งคือ ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลเก็บข้อมูล 20 ราย และนอกเขต PCU โรงพยาบาล (ตำบลอื่นๆ) แต่อยู่เขต CUP โรงพยาบาลจังหวัด เก็บข้อมูล 20 ราย
2. เขตโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน เลือกตำบลที่ตั้งของ PCU โรงพยาบาล และนอกเขตรับผิดชอบ PCU โรงพยาบาล (ตำบลอื่นๆ) เก็บข้อมูลพื้นที่ละ 20 ราย

3. เขตโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน เลือกตำบลที่ตั้งของ PCU โรงพยาบาล และนอกเขตรับผิดชอบ PCU โรงพยาบาล (ตำบลอื่นๆ) เก็บข้อมูลพื้นที่ละ 20 ราย

หลักเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วย Acute stroke (code I60 - I64) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจังหวัดและ โรงพยาบาลชุมชน ในช่วงเดือน มกราคม – พฤษภาคม 52 เลือกจากรายล่าสุด ได้แก่ ผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงเดือน พฤษภาคม ย้อนหลังไปเรื่อยๆ จนครบตามจำนวน โดยการเลือกสำรองไว้จำนวนหนึ่ง และมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายให้ไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนั้นๆ
2. ผู้ป่วย Acute stroke (code I60 - I64) ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัด ที่เป็นพื้นที่การศึกษานั้นๆ
3. ผู้ป่วย Acute stroke (code I60 - I64) ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัยในครั้งนี้โดยยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ (ลงนามใน consent form)
4. ผู้ป่วย Acute stroke (code I60 - I64) ที่มีอาการคงที่ขณะจำหน่าย และสามารถติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพได้ ตลอดช่วงการศึกษา (ติดต่อกันประมาณ 3 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง)

หลักเกณฑ์คัดออกจากการเป็นกลุ่มการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วย Acute stroke ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขณะดำเนินการอาสาสมัคร เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมการศึกษา หรือย้ายภูมิลำเนาไปจังหวัดอื่น หรือกรณีเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยเก่า stroke/CVA รักษามานานหลายปี หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาระยะยาว (long term care)
3. ผู้ป่วย Acute Stroke ที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด แต่มารับบริการที่โรงพยาบาลใน จังหวัด พื้นที่ศึกษา
4. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยยังมีอาการไม่คงที่และมีโอกาสเสียชีวิตสูง

1.5.4 ศึกษาต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

เป็นการศึกษากิจกรรมบริการฟื้นฟูบริการระยะกลาง (Intermediate care) เฉพาะบริการกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เท่านั้น โดยบริการดังกล่าว มีเป้าหมายที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ป้องกันการเกิดผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงบริการระยะยาว ในรายที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาได้ และรวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร โดยการศึกษาได้มุ่งศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน มีขอบเขตการศึกษาการให้บริการผู้ป่วยระยะ intermediate care ในหน่วยบริการที่คัดเลือกใน 3 จังหวัดของพื้นที่ศึกษา โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง คือเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นรูปธรรม มีการให้บริการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของทีมนักวิชาชีพ และเป็น

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลภูกระดัง และโรงพยาบาลท่าศาลา

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ในการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตของต้นทุนรวม (Total Cost) กับปริมาณผลผลิต (Quantity of output) ข้อมูลต้นทุนที่ได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบนั้นรวบรวมจากรายงานข้อมูลย้อนหลังของต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ต้นทุนค่าแรงและร้อยละการใช้เวลาเป็นข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2552 กำหนดศูนย์ต้นทุนในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ เป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke และจัดทำแบบบันทึกข้อมูล(Template) โดยใช้โปรแกรม excel (ภาคผนวก)

ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน 2552 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและประมวลผลในช่วงเดือนตุลาคม 2552

รายละเอียดของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย

1. ต้นทุนค่าแรง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในส่วนของ **งบบุคลากร** ซึ่งหมายถึง งบประมาณรายจ่ายที่มีวัตถุประสงค์ให้จ่ายเพื่อการบริหารงานบุคคลภาครัฐ เช่น รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากลักษณะเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง และให้หมายความรวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว หรือค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง ได้แก่

- ☐ เงินเดือน รวมตลอดถึงเงินที่กระทรวงการคลังกำหนดให้จ่ายในลักษณะเงินเดือนและเงินเพิ่มอื่นๆที่จ่ายควบกับเงินเดือน
- ☐ ค่าจ้างประจำ รวมตลอดถึงเงินที่กระทรวงการคลังกำหนดให้จ่ายในลักษณะค่าจ้างประจำ และเงินเพิ่มอื่นๆ ที่จ่ายควบกับค่าจ้างประจำ
- ☐ ค่าจ้างชั่วคราว
- ☐ ค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง หมายถึงเงินที่จ่ายเป็นค่าตอบแทนการทำงานให้แก่ลูกจ้างตามที่กำหนดไว้ในสัญญาจ้าง

ต้นทุนค่าแรง ในส่วนของงบบุคลากรนี้ จะดำเนินการปันส่วนไปตามร้อยละการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ที่มีการจัดเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน หลังจากนั้นจัดทำสัดส่วนร้อยละการใช้เวลาและปันส่วนไปตามสัดส่วนร้อยละการใช้เวลาในการปฏิบัติงานจริง จะได้ต้นทุนค่าแรงตามกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการ

ฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke ในการเก็บข้อมูลค่าแรงจะเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2552 ทั้งค่าใช้จ่ายและร้อยละการใช้เวลา

2. ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก งบดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ค่าวัสดุทุกประเภทที่ใช้แล้วหมดไป ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เป็นต้น สำหรับการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุจะใช้ปริมาณวัสดุที่ใช้ตลอดปีนำมาหารเฉลี่ยเป็นข้อมูล 1 เดือน

3. ต้นทุนค่าลงทุน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการหักค่าเสื่อมราคาจากครุภัณฑ์ ตามอายุการใช้งาน และการหักค่าเสื่อมราคาสังก่อสร้าง สำหรับการคำนวณต้นทุนค่าลงทุนจะหักค่าเสื่อมราคา ตลอดปีงบประมาณ 2552 แล้วทอนเป็นค่าเสื่อมราคา 1 เดือน

4. ปริมาณบริการ เป็นปริมาณบริการในเดือนมิถุนายน 2552 โดยการจำแนกผู้ป่วย Stroke ออกจากข้อมูลทั้งหมด แบ่งผู้ป่วยเป็น กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และกลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke ปริมาณบริการที่จัดเก็บใช้หน่วยนับเป็น จำนวนครั้งในการให้บริการ และจำนวนรายในการให้บริการ

5. ต้นทุนรวมโดยตรง นำต้นทุนค่าแรงบวกกับต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน จำแนกเป็น กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke

6. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ คำนวณโดย นำต้นทุนรวมโดยตรงหารด้วยปริมาณบริการจะได้ต้นทุนต่อครั้งและต้นทุนต่อราย ในกลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 งานบริการระยะกลาง (Intermediate Care)

บริการระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (acute care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นภาระแก่ญาติ/ครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการได้รับบริการระยะกลางที่ไม่มีคุณภาพและ/หรือไม่เพียงพอ

กลุ่มเป้าหมายงานบริการระยะกลาง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลและพ้นระยะเฉียบพลัน หรือมีความปลอดภัยเชิงการแพทย์แล้ว แต่ยังนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งสามารถไปรับบริการฟื้นฟูที่ใดที่หนึ่งหรือที่บ้าน โดยทีมให้บริการที่ออกไปให้บริการ การจัดระบบแบบนี้จะช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการแออัดในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ามากขึ้น อีกทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้ สอดคล้องกับสภาพบริบทที่บ้านและชุมชนได้ดีและเร็วกว่าการให้การฟื้นฟูที่สถานบริการโดยลำพัง

งานบริการอะไรบ้างที่เป็นบริการระยะกลาง เนื่องจาก เป้าหมายงานบริการระยะกลาง คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย และ การฟื้นฟูการดำรงชีวิตอย่างอิสระให้กับผู้ป่วย ดังนั้น กลุ่มบริการสำคัญ จะประกอบด้วยสองกลุ่ม คือ กลุ่มบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และ กลุ่มบริการฟื้นฟูทางสังคม ขณะเดียวกันเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ยังต้องการบริการทางการแพทย์บางอย่างในช่วงระยะเวลานี้ ฉะนั้น อาจมีบริการทางการแพทย์บางส่วนที่จัดอยู่ในบริการระยะกลางด้วย ดังนั้นการกำหนดว่าบริการระยะกลางมีอะไรบ้างจึงไม่ใช่ง่าย เพราะมีความหลากหลายงานบริการจำนวนมาก

2.2 ประสบการณ์ NHS กับการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง

ความพยายามของประเทศอังกฤษ ภายใต้ระบบ National Health System (NHS) ช่วงประมาณปี ค.ศ. 2000 พยายามจะหาคำจำกัดความของบริการระยะกลางว่าคืออะไร ทั้งที่ตัวบริการต่างๆ เช่น บริการฟื้นฟูทั้งด้านการแพทย์และสังคมที่มีพัฒนาการเชิงระบบเป็นเวลานาน แต่ส่วนมากเป็นการตอบสนองความต้องการในระดับท้องถิ่น มีการวางแผนและจัดระบบภายในชุมชนและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ขณะที่ส่วนกลางยังเข้าไปมีส่วนร่วมกำกับทิศทางไม่มาก แต่ท้ายที่สุดก็หาข้อตกลงร่วมกันไม่ได้ว่าบริการระยะกลางคืออะไรบ้าง เนื่องจากมีความหลากหลายมาก คงไม่แตกต่างจากของไทย ที่มีบริการฟื้นฟูที่เป็นภูมิปัญญาไทยบริการเหล่านี้ หากเพื่อจุดประสงค์เพื่อการฟื้นฟู ก็น่าจะเป็นบริการระยะกลางได้เช่นกัน

จนที่สุด ระบบ NHS ก็เลือกที่จะกำหนดความหมายบริการระยะกลางในขอบเขตที่เป็นเงื่อนไขมากกว่าว่าจะมีบริการอะไรบ้าง ดังนี้ คือ 1) ต้องเป็นบริการที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น 2) ต้องมีแผนการให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟู กำหนดบริการที่ต้องให้ครอบคลุมทั้งหมด 3) ในเป้าหมายต้องระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ทักษะในการดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด 4) ช่วงระยะเวลาให้บริการต้องชัดเจน ในระบบ NHS กำหนดให้ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หากครบแล้วต้องประเมินและถ้าจำเป็นต้องฟื้นฟูโดยมีเป้าหมายต่อ ก็เข้าโปรแกรมต่อไปอีกรอบ ถ้ามีความพิการ แต่ต้องให้บริการฟื้นฟูและสนับสนุนต่อไปอีกเพื่อการคงสภาพผู้ป่วย จะถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว (1)

นโยบายกับการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง

มีปัจจัยภายในสำคัญที่ผลักดันให้เกิดความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการระยะกลาง

1. ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น จากที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มพบการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และความพิการที่ต้องการฟื้นฟู
2. เทคโนโลยีการแพทย์ดีขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง แม้ว่าจะรอดชีวิตแต่จะมีความพิการที่ต้องการบริการระยะกลาง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟู
3. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่ให้ความสำคัญผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เช่น บริการระยะกลางที่ให้ความรู้กันทั้งที่สถานบริการและที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดกับการจัดการบริการปฐมภูมิ (2)
4. ระบบบริการที่ถูกกดดันให้ต้องเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่พ้นขีดอันตราย อาการปลอดภัยมากแล้ว ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลต่อไปโดยไม่จำเป็น (2) ในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาประเมินในปี ค.ศ. 2000 พบว่าประมาณ 20% ของเตียงที่รับนอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่สมควรจะต้องนอนในโรงพยาบาลอีก (3)
5. ความต้องการให้เกิดการบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสังคมในส่วนที่เป็นบริการระยะกลาง เพราะล้าหลังบริการระยะกลางที่เป็นบริการทางการแพทย์ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างอิสระได้สูงสุดเท่าที่ควรจะเป็น ด้วยเหตุปัจจัยข้างต้น กลายเป็นแรงผลักดันให้ระบบต้องการโมเดลทางเลือกเพื่อลดแรงกดดันโดยเฉพาะต่อโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการบริการระยะกลางที่ และความต้องการของผู้ป่วยที่สูงขึ้น (2)

การพัฒนาระบบบริการระยะกลางในประเทศอังกฤษระยะแรก เกิดขึ้นไม่ใช่จากภาครัฐเข้าไปชี้นำหรือสนับสนุนการพัฒนา แต่เกิดจากการตอบสนองของชุมชน ที่พบว่ายังมีความต้องการบริการดังกล่าว

มีการจัดระบบภายในตนเอง จนเกิดระบบที่หลากหลายในหลายพื้นที่ แต่ภาครัฐส่วนกลางรับรู้ว่าเป็นบริการระยะกลางเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ ในช่วงปี ค.ศ. 1999 – 2000 ถือเป็นระยะแรกของการพัฒนา เพราะมีนักวิชาการ ชุมชนนักปฏิบัติ นักนโยบาย พยายามค้นหาคำจำกัดความ ขอบเขตบริการระยะกลาง ซึ่งมีคำถามเหล่านี้ที่ผุดขึ้นมาเพื่อหาคำตอบ

1. บริการระยะกลางคือบริการอะไร
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกับบริการระยะกลางเป็นบริการเดียวกันใช่หรือไม่
3. ระบบบริการระยะกลางเป็นระบบที่ควรแยกออกมาหรืออยู่ในระบบบริการที่มีอยู่แล้ว
4. บริการระยะกลางเป็นทางเลือกสำหรับบริการฉุกเฉินหรือเป็นบริการเสริมขึ้นมา
5. บริการอะไรบ้างที่เป็นบริการระยะกลาง เช่น บริการฟื้นฟูที่ให้ในช่วงผู้ป่วยรับบริการฉุกเฉิน (acute care) ถือเป็นบริการระยะกลางหรือไม่
6. กลุ่มเป้าหมายบริการระยะกลางคือกลุ่มใดบ้าง

ที่สุดแล้วมีคำตอบต่อคำถามเหล่านั้นมากมาย แต่ก็ยังไม่มีข้อยุติที่เห็นตรงกัน ในทางนโยบายก็ไม่มี การกำหนดคำจำกัดความบริการระยะกลางออกมาให้ชัดเจน⁽²⁾

ระยะที่สองของการพัฒนา ช่วงปี ค.ศ.2000 – 2004 เป็นช่วงที่รัฐต้องการทำให้ระบบบริการระยะกลางเป็นระบบหลักหนึ่งในระบบบริการที่บูรณาการทั้งบริการสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน มีการสนับสนุนงบประมาณ การลงทุน และกำหนดเป้าหมาย และกรอบบริการ (2) ที่สุด NHS เลือกที่จะกำหนดบริการระยะกลางเป็นเงื่อนไข ที่มีเงื่อนไขดังนี้

1. เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล หรือต้องเผชิญกับบริการระยะยาวโดยไม่จำเป็น
2. เป็นบริการที่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง มีแผนให้บริการผู้ป่วยที่เห็นร่วมกันในกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล
3. บริการระยะกลางส่วนใหญ่เป็นบริการฟื้นฟูต้องใช้ทีมบริการสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักบำบัดการพูด พยาบาล แพทย์ปฐมภูมิ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้บริการด้านสังคมเพื่อการฟื้นฟู ผู้เกี่ยวข้องการบริหารจัดการ บุคลากรเฉพาะทาง กรณีมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการ อื่นๆ
4. แผนการให้บริการต้องทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด⁽²⁾

ในระยะนี้ มีการใช้ข้อเสนอจากรายงาน National Beds Inquiry 2000 ที่เสนอทางเลือกให้ 3 จาก 4 ทาง คือ **หนึ่ง** ไม่ต้องทำอะไร รักษาทิศทางที่เป็นอยู่ต่อไป ไม่จำเป็นต้องสนับสนุนการพัฒนาระบบที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น **สอง** พัฒนาไปในทิศทางเพิ่มจำนวนเตียงรับนอนผู้ป่วยในแต่ไว้สำหรับให้บริการฟื้นฟู และให้บริการฟื้นฟูแบบบริการผู้ป่วยนอกที่เน้นให้ที่โรงพยาบาล และ **สาม** พัฒนาให้

มีบริการที่บ้าน ลดจำนวนวันนอนโดยไม่จำเป็นผ่านระบบสุขภาพและสังคมในชุมชน มีเป้าหมายทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างอิสระมากที่สุด ซึ่งรัฐบาลตัดสินใจจะเดินไปโดยใช้ทัศนคติที่สาม

กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระให้มากที่สุด ลดการพึ่งพา มุ่งพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมต่อกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ บนฐานการกระจายอำนาจการบริหารจัดการแก่หน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง บูรณาการบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม สนับสนุนการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆในชุมชน

จนมาถึงระยะพัฒนาที่สามหรือระยะปัจจุบัน ที่เน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคมให้เป็นระบบเดียวกัน โดยวางหลักการพื้นฐานที่เสริมสร้างความสำเร็จ คือ

1. องค์กรบริการสุขภาพและสังคมต้องเป็นภาคีทำงานร่วมกัน ทั้งการวางแผนและการลงทุนพัฒนาระบบ
2. ต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการประเมินและบริการเฉพาะทางให้ได้ ถ้ามีความต้องการ
3. ต้องมีทีมให้บริการประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ทั่วไป (general practitioners) แพทย์ที่โรงพยาบาล พยาบาล นักกายภาพ นักอาชีวและกิจกรรมบำบัด นักฝึกพูด เจ้าหน้าที่ด้านสังคม และเจ้าหน้าที่ทั่วไปที่ทำหน้าที่บริหารและสนับสนุนการทำงาน ⁽²⁾

2.3 งบประมาณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้มีกองทุนย่อยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในปีงบประมาณ 2552 ได้รับการจัดสรรในอัตรา 5 บาทต่อประชากรของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (47.026 ล้านคน) จำนวนวงเงินประมาณ 235.13 ล้านบาท ร้อยละ 70 ของกองทุนนี้ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ จำนวนเงิน 164.59 ล้านบาท และบริการฟื้นฟู อีก 30% คิดเป็น 70.54 ล้านบาท ใช้เพื่อการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ในวงเงินก้อนแรกกำหนดให้ ผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจากกองทุนนี้ต้องได้รับการประเมิน และจดทะเบียนสิทธิเป็นคนพิการ และใช้ระบบการจ่ายตามงานบริการมีราคากำหนด ในก้อนที่สองจะมีงบประมาณจำนวนหนึ่งสนับสนุนสถานบริการเพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูแก่คนพิการ

บริการระยะกลางได้รับการสนับสนุนอะไรบ้างจากนโยบายการบริหารกองทุนฟื้นฟูภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากเงื่อนไขการจ่ายสำหรับบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์ ต้องเป็นผู้ที่จดทะเบียนเป็นคนพิการ กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะกำกึ่งไม่ชัดเจน จะเป็นคนพิการตามเกณฑ์กำหนดหรือไม่ บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์ที่ควรจะได้รับ สถานบริการจะไม่สามารถส่งมาขอเบิกจากกองทุนฟื้นฟูนี้ แต่ต้องใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ที่ไปยังสถานบริการสนับสนุนค่าใช้จ่าย จนกระทั่ง 6 เดือนภายหลังการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วประเมินพบว่าเข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ การเบิกจ่ายจะได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูต่อไป ซึ่งก็ถือว่าเป็นช่วงการให้บริการระยะยาวแล้ว (long term care) อีกกรณีที่พบบ่อย คือ การจดทะเบียนผู้ป่วยเป็นคนพิการให้ ตั้งแต่เนิ่นๆ เนื่องจากหน่วยบริการเห็นว่า แม้จะเลย 6 เดือนไป ก็มีความพิการเข้าตามเกณฑ์จดทะเบียนอย่างชัดเจน ซึ่งก็สามารถขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรก

บริการระยะกลาง ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูในภาพที่ชัดเจนกว่า คือ เงินงบประมาณที่ไปสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูให้แก่สถานบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะกลาง รวมทั้งคนพิการที่ต้องการบริการฟื้นฟูเพื่อธำรงสภาพ มีโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นฟูดีขึ้นทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยรวม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีเป้าหมายครอบคลุมบุคคลที่มีความพิการ ขณะที่ ผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องการบริการระยะกลาง ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนอย่างชัดเจน ทั้งที่ชนิดบริการที่ทั้งสองกลุ่มได้รับไม่ต่างกัน ยกเว้นระดับความเข้มข้น ที่กลุ่มต้องการบริการระยะกลางมีความต้องการมากกว่าด้วยซ้ำ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู กลายเป็นสองวิธีปฏิบัติในเชิงนโยบายที่ต่างกัน

ในปีงบประมาณ 2553 มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ต่อแนวทางการบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ นั่นคือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องการบริการ subacute care ที่เป็นบริการฟื้นฟู ซึ่งก็คือบริการฟื้นฟูระยะกลาง ทำให้กองทุนนี้มีขยายการคุ้มครองที่กว้างขวางขึ้น เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วย ที่มีความพิการแต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีความพิการถาวรหรือไม่

นอกจากนั้นงบประมาณกองทุนนี้ยังเพิ่มขึ้นเป็น 8.08 บาทต่อหัว ของจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวงเงินงบประมาณ 381.62 ล้านบาท แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนที่ใช้สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ และพัฒนาศักยภาพองค์กรคนพิการมีอยู่ 20% ในปริมาณ 76.33 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่ไม่น้อยเลย ในทางยุทธศาสตร์โครงสร้างระบบการประกัน มีการจัดสรรงบประมาณให้ สปสช. เขตให้มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการมากขึ้น ร่วมกับการทำหน้าที่บริหารจัดการ เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูร่วมกับหน่วยบริการและองค์กร หรือเครือข่ายองค์กรคนพิการ ถือเป็นการขยับในทางยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการกระจายอำนาจ และเพิ่มโอกาสการสร้างนวัตกรรมระบบบริการฟื้นฟู⁽⁴⁾

2.4 รูปแบบการจัดบริการระยะกลาง

การจัดโปรแกรมบริการระยะกลางของอังกฤษ เน้นการให้บริการที่ระดับชุมชนมีโปรแกรมเป็นกลุ่มบริการดังนี้

1. Home from Hospital เน้นให้บริการดูแลที่บ้าน
2. Rapid Response Scheme ให้บริการที่บ้าน หรือสถานบริการที่ให้การนอน บริการที่ให้เป็นส่วนงานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น การให้ IV, peg tube, catheter replacement, crisis psychiatric care
3. Step Up / Down Schemes ให้บริการที่หน่วยบริการที่รับผู้ป่วยนอน เช่น nursing home ทดแทนการนอนในโรงพยาบาล
4. Rehabilitation Schemes ให้บริการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชา (multidisciplinary team)
5. Stroke schemes สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ให้บริการที่บ้าน เป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการดำรงชีวิตอิสระให้มากที่สุด ตลอดจนการฟื้นฟูด้านอาชีพ
6. Community Hospital Schemes เป็นบริการระยะกลางที่อยู่ในโรงพยาบาลในช่วงฉุกเฉิน เป็นช่วงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่เหมาะจะให้บริการที่สถานบริการภายนอกหรือที่บ้าน ⁽⁵⁾

ตัวอย่างการพัฒนาระบบบริการระยะกลางของไทย

สำหรับประเทศไทย ในงานวิจัยศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างวัด สำนักสงฆ์ กับหน่วยอื่น เพื่อดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ในส่วนที่เป็น intermediate care โดย สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน จัดกลุ่มบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังนี้

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หมอนวด หมอพื้นบ้าน ผู้ช่วยเหลือ
2. บริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลง ปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมะ ศิลปะบำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเอง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย /คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช
3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล เตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัวด้านสังคม อาชีพ รายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน ⁽⁶⁾

ข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษานี้ จะเห็นว่า ส่วนหนึ่งของบริการระยะกลางของไทยมีความสัมพันธ์กับ ชุมชน วัฒนธรรม และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บางพื้นที่หรือบางโรงพยาบาลมีการใช้ศาสตร์ การแพทย์ทางเลือกมาเสริมกับบริการฟื้นฟูแผนปัจจุบัน หรือร่วมกับแผนไทย ผสมผสานกันไป แต่ทุกๆ บริการต้องมีเป้าหมาย คือ เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยบนฐานการมีเป้าหมายที่ชัดเจน และควรเป็นบริการที่ ปลอดภัย มีคุณภาพ ให้ประสิทธิผลในการฟื้นฟู

2.5 บริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

มีผลการสำรวจที่น่าสนใจในสหราชอาณาจักร ระบุว่า 20% ของผู้ป่วย stroke เสียชีวิตภายใน 30 วัน ในกลุ่มคนที่รอดชีวิต มีประมาณ 30% สมรรถภาพสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เหมือนเดิมภายใน 3 สัปดาห์ อีกเกือบ 50% ฟื้นฟูกลับมาได้เหมือนเดิม แต่ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ⁽⁷⁾

Cochrane ประเมินเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูในช่วงบริการฉุกเฉิน (acute phase) กับโรงพยาบาลที่ไม่ได้ให้ พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟู เน้นการทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ตั้งแต่เนิ่น (early mobilization) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ประมาณ 18% จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลลดลง อยู่ระหว่าง 2 – 10 วัน โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่หอพักผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ได้รับการ ฟื้นฟูตั้งแต่ในช่วงที่นอนในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะยาวที่อยู่ในสถาน บริการน้อยลง และ มีทักษะการทํากิจวัตรประจำวันดีกว่า ⁽⁸⁾

งานวิจัยทดลองในอังกฤษ เปรียบเทียบระหว่างการฟื้นฟูที่บ้านกับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลแบบเข้าไป เย็นกลับหรือวันเดียว หลังจาก 6 เดือนภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการฟื้นฟูที่บ้านให้ผลคะแนน Barthel ดีกว่ากลุ่มได้รับการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ และแนะนำว่าในรอบ 6 เดือนหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 15 – 20 ครั้ง ซึ่งเป็น ปริมาณที่จะทำให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูได้ใกล้เคียงกับที่วางเป้าหมายไว้ ⁽⁹⁾ แต่โดยเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่ม stroke ต้องการ บริการฟื้นฟูอยู่ที่ประมาณ 14 สัปดาห์ (3 เดือนครึ่ง) จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ออกไปให้บริการที่บ้าน 12 ครั้ง / 14 สัปดาห์ ⁽¹⁰⁾

คานาดา เป็นประเทศหนึ่งที่มี home-based program และเล็งเห็นว่าระบบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะรองรับปัญหาผู้ป่วย stroke ที่ก่อให้เกิดความพิการตามมา ประชากรแคนาดากว่า 3 แสนคนที่ รอดชีวิตจาก stroke มีภาวะเรื้อรังและความพิการต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โปรแกรมของคานา ดามีจุดเด่นที่ มีพยาบาลไปเยี่ยมและให้บริการที่บ้านทุกวัน ผู้ป่วยหรือญาติสามารถโทรศัพท์ร้องขอบริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และกลุ่มบริการนี้ เป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเข้าโปรแกรม home-based care ต้องถูกส่งไปให้ทีมให้บริการปฐมภูมิ โดยทีมบริการจะทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายกับทีม ผู้ดูแล ⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ผลการประเมินค่าใช้จ่ายเพื่อทำโปรแกรมนี พบว่าระยะแรกมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเป็น

ค่าแรงงานพยาบาลและทีมให้บริการเป็นหลักในการออกไปในชุมชน แต่ที่สุดแล้วค่าใช้จ่ายจะลดลงเป็นลำดับ ภายหลังระบบเริ่มจะลงตัว⁽¹²⁾

รายงานการศึกษาหนึ่งในแคนาดา ได้ติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย stroke ภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปรับบริการที่บ้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,946 ตัวอย่าง พบว่า ระหว่างสามเดือนแรกหลังถูกจำหน่าย มีอัตราการเสียชีวิตเป็น 3.2% อัตราการนอนกลับไปโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นและสัมพันธ์กับความถี่ของการให้บริการที่บ้าน กล่าวคือถ้าได้รับน้อย โอกาสกลับไปนอนที่โรงพยาบาลอีกครั้งก็สูงขึ้น การศึกษาอภิปรายว่า ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา community-based post-stroke ต่อไป และต้องมีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการ โดยเฉพาะนโยบายต้องสนับสนุนการวางแผนและให้บริการต่อเนื่องในชุมชนภายหลังออกจากโรงพยาบาล เพราะสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์สุขภาพ⁽¹³⁾

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ค่อนข้างน่าเป็นห่วง มีรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม 2548 เป็นหัวข้อข่าวระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้คนไทยเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตโดยเฉลี่ย 4 นาทีต่อคน ในรายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550 ความสำคัญคือ อัมพฤกษ์ อัมพาต 10 คน จะเสียชีวิตราย 25 คน สำหรับคนที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 คือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเดินไม่ได้หรือเคลื่อนไหวทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันไม่ได้ตามปกติ บางรายอาจต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา ที่สำคัญคือต้องการการดูแลและคนดูแลใกล้ชิด กรณีผู้ที่หายดีกลับมาใกล้เคียงกับคนปกติ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁽¹⁴⁾ ปัญหาระยะยาวของผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรือผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะกลางที่เป็นบริการฟื้นฟู คือ ภาวะทุพพลภาพซึ่งเกิดภายหลังเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน พบว่าระบบบริการยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ศึกษาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี 2545 พบว่า การจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไม่สามารถครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ผู้ให้บริการขาดองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะความรู้ที่แนะนำผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้ป่วยนำไปใช้ได้ไม่มาก และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ระบบการนัดหมายและการติดตามโดยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ไม่มีการติดตามผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับบริการฟื้นฟูเลยหลังออกจากโรงพยาบาล หลายรายมีความลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล และต้องการการฟื้นฟูที่บ้าน

ข้อเสนอจากการศึกษา คือ 1) กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูต้องให้คำปรึกษาและให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย 2) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับความต้องการ และต้องบริหารให้เกิดการติดตามและประเมินผลให้ได้ทุกราย 3) ผู้ป่วยที่กลับไปภูมิลำเนาตัวเอง ต้องมีการส่งข้อมูล และประสานให้หน่วยบริการในพื้นที่ ให้บริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีระบบการเชื่อมโยงประสานกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายตามแผนที่วางไว้⁽¹⁵⁾

ระบบบริการระยะกลางของไทยมีการพัฒนาในระดับชุมชน มีความก้าวหน้าขึ้นในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา มีสัญญาณบวกที่ดีหลายประการ เช่น หลายโรงพยาบาลชุมชนมีการจ้างนักกายบำบัดให้บริการที่หน่วยบริการและออกไปให้บริการในชุมชน และที่บ้านของผู้ป่วย มีการใช้แพทย์แผนไทย และหรือศาสตร์แพทย์ทางเลือกผสมผสานให้บริการเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ยังใช้ฐานของสถานพยาบาลรุกออกไปเพื่อจัดบริการ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูในชุมชนมีความก้าวหน้าขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงจากการดำเนินนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสนับสนุนหน่วยบริการ และองค์กรคนพิการในชุมชนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ ขณะที่ระบบบริการด้านสังคมกลุ่มเป้าหมายยังเป็นคนพิการ มีการใช้ฐานชุมชนในการพัฒนา เช่น ทำงานร่วมกับองค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครในชุมชน

แนวทางการปฏิบัติที่ดีเมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วย stroke ออกจากโรงพยาบาล

การจำหน่ายผู้ป่วย stroke ออกจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้านและชุมชน เป็นความท้าทายของผู้ป่วย กระบวนการต้องทำตั้งแต่เนิ่น ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม และทำร่วมกับทีมบริการปฐมภูมิ ทีมให้บริการสังคม และผู้ให้บริการสาขาต่างๆที่ต้องเกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยมาใช้พิจารณาด้วย ต้องวางแผนกำหนดบทบาทบุคลากรต่างๆที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องหลังการจำหน่าย การปรับแต่งสภาพบ้านให้เหมาะสมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆควรติดตั้งให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่าย มีข้อแนะนำว่า ทีมให้บริการควรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อเก็บข้อมูลนำมาใช้วางแผนการจำหน่าย วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น และทำแผนร่วมกับผู้ดูแล แต่ปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า การไปเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลวางแผน จะให้ประสิทธิผลการจัดบริการที่ดีกว่า ทำให้ยังไม่ได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ต้องทำ

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเขียนให้ชัดเจน ข้อมูลในแผนการจำหน่ายควรประกอบด้วย

1. ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยตอนจำหน่ายออก
2. ผลการตรวจประเมินต่างๆ ระดับสมรรถภาพร่างกาย ความสามารถ
3. แผนการให้บริการของทีมให้บริการ การนัดหมายประเมินหรือตรวจสอบเพิ่มเติมที่สถานบริการปฐมภูมิ และ หรือ โรงพยาบาล

4. เบอร์โทรศัพท์บุคลากรหรือผู้จัดการที่รับผิดชอบดูแลการบริหารจัดการที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ถ้าต้องการความช่วยเหลือใดๆ
5. วันที่รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลและวันจำหน่ายออก⁽¹⁵⁾

ข้อมูลข้างต้นทั้งหมดต้องมีสำเนาอยู่ที่ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัว หากมีทีมบริการใด เช่น ทีมบริการปฐมภูมิออกเยี่ยมบ้านจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และยังสามารถสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม คำนิยามทางการแพทย์ต่างๆ ต้องมีคำอธิบายหรือทำให้เป็นภาษาง่ายๆ ใช้ขนาดตัวอักษรโตพอที่จะมองเห็น แบบฟอร์มที่มีข้อมูลทั้งหมดนี้ ต้องมีลายเซ็นรับรองร่วมกันทั้งจากผู้ให้บริการและผู้ป่วยหรือญาติ และในวันและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เอกสารการจำหน่ายหรือแผนการจำหน่าย ควรต้องส่งไปที่หน่วยบริการต่างๆ ที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องในการจัดหรือให้บริการต่อไป⁽¹⁵⁾

ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทีมบริการปฐมภูมิต้องประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องมีบุคคลรับผิดชอบหลัก ทำหน้าที่ประสานการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทั้งการส่งต่อไปรับบริการที่ต่างๆ ถ้าจำเป็น หรือการกลับไปนอนในโรงพยาบาล กรณีมีความต้องการบริการรักษาเร่งด่วน ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรในชุมชน เช่น อาสาสมัครในชุมชน หรือชมรมผู้ป่วย stroke ถ้ามี ช่วยทำหน้าที่ประสานการเข้าถึงบริการ⁽¹⁵⁾

การจัดบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือกรณีอื่นๆ เราจะเห็นทิศทางที่มุ่งไปที่ชุมชนมากขึ้น ใช้นิยามน้อยลงสำหรับบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาล แต่คำถามที่น่าสนใจ คือ เรากำลังมุ่งไปสู่การขยายขอบเขตบริการของสถานพยาบาล (extension of institutionalized care) หรือ ไปสู่การจัดบริการบนฐานชุมชน (community based care) มีหลักฐานวิจัยประเมินว่าการบริการฟื้นฟูในชุมชนสามารถพัฒนาทักษะการทำการกิจวัตรประจำวันของคนไข้ได้อย่างชัดเจน แต่ก็เป็นระบบที่เพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลอย่างมากเช่นกัน ขณะเดียวกัน งานวิจัยในนิวซีแลนด์ระบุว่า ภายหลัง 6 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 80% ของผู้ป่วยรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน และ 83% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีพัฒนาการสมรรถภาพฟื้นฟูกลับมาต่ำกว่าที่เป้าหมายกำหนดไว้ และควรได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องไปอีก⁽¹⁰⁾

แม้ว่ามีแนวโน้มชัดเจนที่การจัดบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วย stroke มุ่งไปสู่ชุมชน งานวิจัยจำนวนหนึ่งสนับสนุนประสิทธิผลการจัดบริการในชุมชน แต่ก็ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะฟันธงว่า ระบบต้องเปลี่ยนจุดเน้นเองงานบริการฟื้นฟูออกจากบริการผู้ป่วยในทั้งหมด แต่ที่ต้องปรับอย่างแน่นอน คือ การปรับตำรา รูปแบบการเรียนการสอน เช่น สำหรับ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ให้สามารถทำงานในระบบสุขภาพชุมชนได้ ปัญหาที่พบบ่อยของบริการฟื้นฟูที่บ้าน คือ การจัดระบบบริการโดยที่มีทรัพยากร

ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะขาดแคลนบุคลากรหรือทีมให้บริการ ปลดปล่อยให้มีการจัดบริการเกิดขึ้นตามสภาพ การขาดแคลนทรัพยากร ส่งผลเสียหายกับผู้ป่วย ⁽¹⁰⁾

การควบคุมกำกับและประเมินผลการจัดบริการระยะกลาง

การกำกับและประเมินผล ต้องจัดการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ตัวชี้วัดหลากหลาย เช่น ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย บริการที่ผู้ป่วยได้รับ สมรรถนะ และทักษะการทํากิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับบริการ การประเมินผู้ป่วยควรดำเนินการเป็นช่วงๆ เช่น 3, 6 และ 12 เดือน ระบบบริการต้องมีการพัฒนาชุดข้อมูลพื้นฐาน ที่สนับสนุนการกำกับ ประเมินการ พัฒนาระบบบริการระยะกลาง ⁽¹⁶⁾

การบรรลุเป้าหมายการลดจำนวนวันนอน ที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลอาจไม่ใช่เป้าหมายสำคัญเลย ถ้าในพื้นที่มีข้อจำกัดไม่สามารถจัดบริการออกไปที่บ้านได้ หรือไม่มีสถานบริการรองรับต่อจากโรงพยาบาล ข้อกังวลสำคัญ คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่ได้รับบริการใดๆอีกเลย ⁽¹⁷⁾

ราชวิทยาลัยแพทย์ของอังกฤษ สรุปปัจจัยความสำเร็จของการจัดบริการระยะกลางที่เป็นบริการทาง การแพทย์ มีดังนี้

1. ต้องมีการประเมินความต้องการบริการ และการวางแผนจัดบริการ บนฐานการมีส่วนร่วมกับชุมชน
2. ทีมให้บริการต้องมีความกระตือรือร้น เรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. มีการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ
4. มีการทำงานข้ามและเป็นภาคีกับหน่วยงานต่างๆ
5. มีแบบแผนขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน
6. มีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อพัฒนาระบบบริการระยะกลาง
7. มีการสื่อสารทั่วถึงทั้งในทีมงาน บุคลากรต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
8. มีบริการที่ประสานเชื่อมต่อกัน
9. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการผ่านช่องทางเดียว
10. มีระบบประเมินผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน
11. บุคคลที่เป็นผู้จัดการบริการระยะกลางต้องประสานการทำงานระหว่างสถานบริการทุติยภูมิและปฐม ภูมิ ⁽¹⁸⁾

กรอบตัวชี้วัดทางด้านคลินิกสำหรับบริการระยะกลาง ประกอบด้วย

1. มีระบบทางเลือกที่เหมาะสม
2. มีเครือข่ายเชื่อมการทำงานกับบริการสังคม
3. การลดความเสี่ยงหรือโอกาสที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปนอนที่โรงพยาบาล
4. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูที่มีคุณภาพและเพียงพอ
5. การสนับสนุนให้เข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง
6. มีการเชื่อมต่อให้บริการระหว่างบริการทุติยภูมิและปฐมภูมิแบบไปกลับอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างไม่ขาดช่วง
7. การรับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ
8. ผู้ให้บริการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
9. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการตัดสินใจ
10. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการและการประเมินผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

กรอบตัวชี้วัดความเสี่ยงของระบบที่ต้องกำกับติดตามประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการหรือขาดหายไปไม่มารับบริการ เมื่อมีความต้องการ
2. ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการเฉพาะทาง เมื่อต้องการ
3. ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูแบบสหสาขาวิชาที่ประสานกันทำงาน
4. ไม่มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือมีแต่ไม่มีคุณภาพ
5. มีการสื่อสารไม่เพียงพอระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำให้ขาดการประสานงาน ส่งผลเสียหายต่อผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

ตัวอย่างข้างล่างคือกลุ่มตัวชี้วัดตัวอย่างที่ NHS ของอังกฤษใช้เพื่อประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการระยะกลางที่เป็นบริการทางการแพทย์

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดด้านการจัดโครงสร้างการให้บริการ

1. มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการประเมินผู้ป่วยอย่างสหสาขาวิชาชีพหรือไม่
2. มีผู้ให้บริการที่เพียงพอหรือไม่ สำหรับการประเมินและให้บริการรวมทั้งผู้จัดการระบบและเจ้าหน้าที่สนับสนุน
3. แผนโครงสร้างการให้บริการมีการนำไปใช้ปฏิบัติหรือไม่
4. มีระบบสารสนเทศหรือระบบข้อมูลบันทึกการให้บริการที่ใช้ร่วมกันภายใต้ระบบหรือกลไกเดียวกันสำหรับทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือไม่
5. มีระบบ/กลไกแสดงถึงความรับผิดชอบการให้บริการการแพทย์และสังคมหรือไม่
6. มีแนวทางมาตรฐานการจัดการภาวะความเจ็บป่วยเฉพาะของผู้ป่วยหรือไม่
7. มีระบบพัฒนาความรู้ ทักษะ ให้กับผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือไม่
8. มีระบบ/กลไกที่ให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ดูแล มีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผล รับบริการและการวางแผนการรักษาหรือไม่⁽¹⁸⁾

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดขั้นตอนการให้บริการ

1. มีระบบการประเมินผลที่เป็นมาตรฐานและการเก็บข้อมูลความก้าวหน้าการพัฒนาสุขภาพสมรรถภาพ และการดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วยหรือไม่
2. ข้อมูลตามข้อที่ 1 ผู้ให้บริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงข้อมูลได้หรือไม่
3. การประเมินผลความก้าวหน้าแก่ผู้ป่วยกระทำอย่างมีคุณภาพหรือไม่
4. มีการประชุมร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและวางแผนระยะต่อไปหรือไม่
5. การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเป็นประจำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานหรือไม่
6. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับความเห็นจากผู้ให้บริการเฉพาะทางสามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาได้หรือไม่
7. แนวทางการให้บริการที่เป็นมาตรฐานเป็นที่รับทราบกันทั่วถึงกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องหรือไม่⁽¹⁸⁾

กลุ่มที่ 3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการ

1. สำหรับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเจ็บป่วยเฉพาะ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงหรือไม่ จำนวนผู้ป่วยรับนอนในโรงพยาบาลลดลงหรือไม่
2. สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่นอนในโรงพยาบาล มีอัตราการลดลงของจำนวนรายที่นอนในโรงพยาบาลหรือไม่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงหรือไม่
3. สำหรับผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการระยะกลาง มีดังนี้ 1) อัตราผู้ป่วยที่มีอาการเฉพาะต่างๆได้รับบริการระยะกลาง 2) จำนวนวันนอนภายใต้โปรแกรมการจัดบริการระยะกลาง 3) กลุ่มวิชาชีพอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วย การให้บริการฟื้นฟู และการวางแผนการจำหน่าย⁽¹⁸⁾

ประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาทางนโยบาย

1. กรอบความหมายบริการระยะกลางเป็นที่เข้าใจตรงกันหรือไม่ในกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. อะไรคือปัจจัยสำคัญเพื่อการผลักดันให้พัฒนาระบบบริการระยะกลางไปข้างหน้า
3. ใครคือกลุ่มเป้าหมายรับบริการระยะกลางบ้าง จะครอบคลุมผู้ที่ต้องการฟื้นฟูทางจิตด้วยหรือไม่
4. เนื่องจากบริการระยะกลางในชุมชน โดยเฉพาะที่บ้าน ภาระงานส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้ดูแล ฉะนั้นจุดวิกฤติที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดบริการ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยากที่สุด ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือความน่าเชื่อถือต่อประสิทธิผลบริการฟื้นฟูที่บ้าน
5. ระบบจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูระยะกลางอย่างไร เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วย
6. จะมีแนวทางอะไรที่สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยที่ต้องการบริการฟื้นฟูเฉพาะทางสามารถเข้าถึงบริการนั้นๆได้ และไม่ล่าช้าจนเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
7. ระบบควบคุมกำกับระบบบริการระยะกลางจะมีรูปแบบอย่างไร ที่ควบคุมและพัฒนาทั้งปัจจัยการให้บริการ และผลการให้บริการ
8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนระบบบริการระยะกลางอย่างไร โดยร่วมกับองค์กรภาคีรัฐส่วนกลาง

แม้ว่าการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐจะมีความสำคัญ แต่ต้องไม่ไปทำให้การพัฒนาระบบบริการระยะกลางที่เกิดบนฐานจากชุมชนต้องหยุดชะงัก ฤดูกาลตอนค่า แต่ควรใช้ทุนในชุมชนมาช่วยสนับสนุนและประสานอย่างสอดคล้องกับการสนับสนุนจากส่วนกลาง⁽²⁾

2.6 การทบทวนต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.6.1 การคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC)

ในการออกแบบและพัฒนาระบบการบริหารต้นทุน จะต้องเกิดจากการรอบการตัดสินใจที่เชื่อมโยงตัวผลผลิตและบริการกับต้นทุนที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมที่กำหนดขึ้นในแต่ละหน่วยงาน ควรเป็นกิจกรรมในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อสนองตอบความต้องการ ในการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของบุคลากร ทุกๆ ฝ่ายในองค์กร โดยพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่มีสาระสำคัญ หรือการกำหนดกิจกรรมที่ลงลึกในรายละเอียดมากเกินไป สำหรับการกำหนดตัวหลักต้นทุนกิจกรรม (Activity driver) ควรมีความชัดเจนเพียงพอที่จะช่วยให้สามารถปันส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อม เข้าสู่ผลผลิตหรือบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในการดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ควรได้รับแรงสนับสนุนจากคณะผู้บริหารระดับสูงอย่างเต็มที่ ตลอดจนเปิดโอกาสให้บุคลากรในระดับต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมอันจะช่วยให้เกิดการยอมรับในทุกระบบ อันจะส่งผลต่อความสำเร็จของระบบที่จะติดตามมา กระบวนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ประกอบด้วย

1. กำหนดตัวผลผลิตและบริการขององค์กร
2. วิเคราะห์กิจกรรมเพื่อที่จะกำหนดชุดของกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้เกิดตัวผลผลิตหรือบริการ
3. กำหนดตัวหลักต้นทุน (Cost driver) ซึ่งเป็นตัวกำหนดต้นทุนที่จะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจกรรมในระดับนั้น ๆ
4. ระบุต้นทุนทางตรงและปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ โดยพิจารณาจากปริมาณการใช้ตัวหลักต้นทุนกิจกรรม (Activity driver) ของแต่ละผลผลิตหรือบริการ
5. เชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผลผลิตหรือบริการที่เกี่ยวข้อง และปันส่วนต้นทุนทรัพยากรที่ใช้ไปในกิจกรรมต่างๆ เข้าสู่ตัวผลผลิตหรือบริการนั้นๆ

กิจกรรม หมายถึง กระบวนการ (Process) หรือวิธีการ (Procedures) ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานขึ้นในองค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรปฏิบัติ กิจกรรมจะเป็นตัวเปลี่ยนแปลงทรัพยากรและปัจจัยนำเข้าต่างๆ ออกมาเป็นผลได้ กิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดขึ้นจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมองไปข้างหน้า การคาดคะเนกิจกรรมต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะช่วยให้สามารถประมาณได้ว่ากิจกรรมเหล่านั้น จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรชนิดใดบ้าง

กิจกรรมเป็นการผสมผสานปัจจัยในการผลิต อันได้แก่ แรงงาน วัตถุดิบ เทคโนโลยี วิธีการ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อก่อให้เกิดตัวผลผลิตหรือบริการขึ้น กิจกรรมเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่า

องค์กรได้มีการปฏิบัติอะไรบ้าง ใช้เวลาในการประกอบกิจกรรมอย่างไร ตลอดจนมีผลได้อะไรบ้างที่เกิดจากการประกอบกิจกรรมหรือจากกระบวนการนั้น ๆ

กล่าวโดยสรุปกิจกรรมจะต้องสะท้อนและสามารถตอบประเด็นคำถาม ดังต่อไปนี้

"กิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีทรัพยากรอะไรบ้างที่ถูกใช้ไป และใช้ไปในปริมาณมากน้อยเพียงใด...ผลผลิตของกิจกรรมมีอะไรบ้าง และ กิจกรรมที่ได้ดำเนินการนั้นมีประสิทธิผลเพียงใด"

กิจกรรมถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบการวัดผลการปฏิบัติงาน เพราะกิจกรรมเป็นตัวเชื่อมโยงการวางแผนเข้ากับการปฏิบัติงาน กิจกรรมจะช่วยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุการเกิดต้นทุนได้อย่างชัดเจน เพราะกิจกรรมเป็นตัวใช้ทรัพยากรต่าง ๆ และทำหน้าที่แปรเปลี่ยนทรัพยากรต่าง ๆ ออกมาเป็นผลผลิตหรือบริการ กิจกรรมจึงถือเป็นรายละเอียดของการปฏิบัติงานที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อระบบการรายงานผลการปฏิบัติงานและการพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ขององค์กร อย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

2.6.2 แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิต “Output Costing Guide”

Department of Treasury and Finance, Victoria ประเทศออสเตรเลีย (Department of Treasury and Finance, Australian Government, “Output Costing Guide”, (Victoria, 2005)) ได้พัฒนาแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตขึ้นเพื่อสนับสนุนโครงการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีแนวคิดว่าการปฏิรูปนั้นงบประมาณที่หน่วยงานภาครัฐได้รับจะเกิดจากการเจรจาต่อรองกันระหว่างรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐ โดยอยู่บนพื้นฐานของจำนวนผลผลิตที่หน่วยงานจะทำการผลิตและส่งมอบให้อย่างมีประสิทธิภาพ (Output) โดยผลผลิตดังกล่าวจะต้องมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่รัฐบาลต้องการ (Outcome) หลักการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานที่ว่ารัฐบาลเป็น Purchaser และส่วนราชการและหน่วยงานภาครัฐเป็น Service Provider ซึ่งคล้ายคลึงกับการดำเนินงานของภาคเอกชน แนวทางนี้ เน้นที่การคิดต้นทุนผลผลิต (Output Costing)

หลักเกณฑ์และขั้นตอนในการจัดทำต้นทุนผลผลิตตามแนวทางของ Department of Treasury and Finance, Victoria ประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ การกำหนดผลผลิตทั้งหมดของหน่วยงานระบุค่าใช้จ่ายที่ถือว่าเป็นต้นทุนทางตรง ระบุค่าใช้จ่ายที่ถือว่าเป็นต้นทุนทางอ้อม และกำหนดเกณฑ์การปันส่วนในการปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่ผลผลิต เมื่อระบอบการประกอบของต้นทุนรวม (Full Cost) ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นของหน่วยงาน ซึ่งได้แก่การรวบรวมต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมจะได้ต้นทุนรวม ของผลผลิต และคำนวณต้นทุนเฉลี่ยหรือต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (Output Cost Per Unit) โดยการนำต้นทุนรวมหารด้วยจำนวนหน่วยผลผลิต

ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตหรือต้นทุนเฉลี่ย เป็นเกณฑ์วัดที่มีประโยชน์ในการวัดต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยผลผลิต สามารถใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวัดประสิทธิภาพขององค์กรได้ทุกช่วงเวลาและใช้เปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีผลผลิตคล้ายคลึงกัน

แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิต Office of Management and Budget ประเทศสหรัฐอเมริกา(Office of Management and Budget, Executive Office of the President, “Cost Accounting”, (Washington, 2005) แนวคิดและมาตรฐานของการบัญชีต้นทุน กำหนดไว้ Statement No.4 “Managerial Cost Accounting Concepts and Standards for Federal Government” มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการจัดเตรียมข้อมูลต้นทุนรวมที่น่าเชื่อถือและทันเวลาในโครงการต่างๆของรัฐบาลกลาง ข้อมูลต้นทุนจะถูกนำไปใช้สำหรับผู้บริหารในรัฐบาลกลางเพื่อการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร การมอบอำนาจและการปรับเปลี่ยนแก้ไขในรายละเอียดของโครงการต่างๆ นอกจากนี้ ข้อมูลต้นทุนยังช่วยให้ผู้บริหารโครงการสามารถนำข้อมูลไปใช้ ในการตัดสินใจในการบริหารงาน หรือเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประหยัด

แนวคิดของการบัญชีต้นทุนอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การบัญชีต้นทุนรายงานการเงิน และการงบประมาณการสะสมและการรายงานต้นทุนกิจกรรม ตามเกณฑ์ที่สม่ำเสมอ เพื่อให้ข้อมูลสำหรับผู้บริหาร โดยกำหนดให้มีหน่วยรับผิดชอบ (Responsibility Segment) หรือศูนย์รับผิดชอบในการเชื่อมโยงข้อมูลต้นทุนกับผลผลิตของหน่วยงาน ซึ่งเป็นต้นทุนรวม (Full Cost) ของสินค้าหรือบริการของรัฐบาลกลาง

หน่วยรับผิดชอบในการรายงานต้นทุน (Responsibility Segment) คือหน่วยที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตามพันธกิจ ควบคุมสายงานกิจกรรมหลัก และเป็นผู้ผลิตผลผลิต ซึ่งอาจเป็นหนึ่งผลผลิต หรือเป็นกลุ่มผลผลิต ทรัพยากรของหน่วยรับผิดชอบและผลลัพธ์ของการดำเนินงานสามารถออกมา ได้อย่างชัดเจนจากผลลัพธ์ของหน่วยงานอื่นๆ

หลักเกณฑ์และขั้นตอนในการจัดทำต้นทุนผลผลิตตามแนวทางของ Executive Office of the President, Office of Management and Budget, USA ^(19,20) ได้แก่การระบุต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งหมดเข้าสู่ Segment ตามเกณฑ์Cost and Effect ตามหลักความสมเหตุสมผลโดยสม่ำเสมอ บันส่วน (Allocation) ต้นทุนที่หน่วยงานสนับสนุนเข้าสู่หน่วยงานรับผิดชอบหลักอีกชั้นหนึ่ง เมื่อได้ ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) ของหน่วยรับผิดชอบหลัก(Responsibility Segment) ทุกแห่ง จึงเชื่อมโยงต้นทุนรวมเข้าสู่ผลผลิตที่หน่วยงานรับผิดชอบเป็นผู้ผลิต หรือมีส่วนร่วมในการผลิต ทำให้ได้ผลลัพธ์ของต้นทุนรวมผลผลิตทุกผลผลิต

2.6.3 การวิเคราะห์ต้นทุน

หลักการที่สำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนคือ การที่ส่วนราชการมีความเข้าใจในรายละเอียดขององค์ประกอบของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ และเข้าใจถึงพฤติกรรม

ของต้นทุน (Cost Behavior) ซึ่งหมายถึงคุณลักษณะของการเปลี่ยนแปลง ของต้นทุนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาณกิจกรรมหรืองาน (Activity Level)

การบริหารฐานกิจกรรม (Activity-Based Management) ^(21,22) ที่เกี่ยวข้องกับการคำนวณต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing) เป็นแนวคิดเชิงบูรณาการที่ต้องการให้ผู้บริหารมีความสนใจถึงกระบวนการทำงานต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณค่าของกระบวนการเพิ่มเติมต่อผู้รับบริการสาธารณะ อันส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ตัวแบบของการบริหารฐานกิจกรรม สามารถแบ่งออกได้เป็น มิติด้านต้นทุน และมิติด้านกระบวนการ

การบริหารฐานกิจกรรมเกี่ยวกับมิติต้นทุนที่เน้นการให้ความสำคัญของข้อมูลค่าใช้จ่ายอันเป็นองค์ประกอบของต้นทุนผลผลิต อันได้แก่ทรัพยากร (Resource) ที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการสาธารณะ ซึ่งให้ความสำคัญกับความถูกต้องแม่นยำของการคำนวณต้นทุน หรือการกำหนดต้นทุน (Cost Assignment) เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์การคำนวณต้นทุนผลผลิตที่กรมบัญชีกลางกำหนด หรือต้นทุนฐานกิจกรรม หรือ ABC อันมีประโยชน์ต่อการบริหารต้นทุนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Cost Management) หรือการตัดสินใจระยะสั้น

การบริหารฐานกิจกรรมเกี่ยวกับมิติด้านกระบวนการที่เน้นการให้ความสำคัญของข้อมูลกิจกรรมของหน่วยงาน ได้แก่ รายละเอียดของภารกิจหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบของหน่วยงาน และหน่วยงานจะดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐเกิดการวิเคราะห์มูลค่าของกระบวนการ (Process Value Analysis) ส่งผลให้หน่วยงานสามารถลดต้นทุนได้ในที่สุด

2.6.4 การวิเคราะห์มูลค่าของกระบวนการ

การวิเคราะห์มูลค่าของกระบวนการ หมายถึง การวิเคราะห์กระบวนการหรือกิจกรรมและการปฏิบัติงานในภาพรวมของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย

- การวิเคราะห์ตัวผลักดันที่ก่อให้เกิดต้นทุน (Cost Driver Analysis) คือ การระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนกิจกรรมมีความเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นเพื่อใช้ทรัพยากรของหน่วยงาน ก่อให้เกิดผลผลิต (Output) อุปสงค์หรือปริมาณความต้องการของกิจกรรม หรือตัวผลักดันกิจกรรม (Activity Driver) หากมีความเปลี่ยนแปลงไป ต้นทุนกิจกรรมก็สามารถเปลี่ยนไปได้ซึ่ง Output Measures จะเป็นจำนวนครั้งของการกระทำกิจกรรม หรือการนับจำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้น

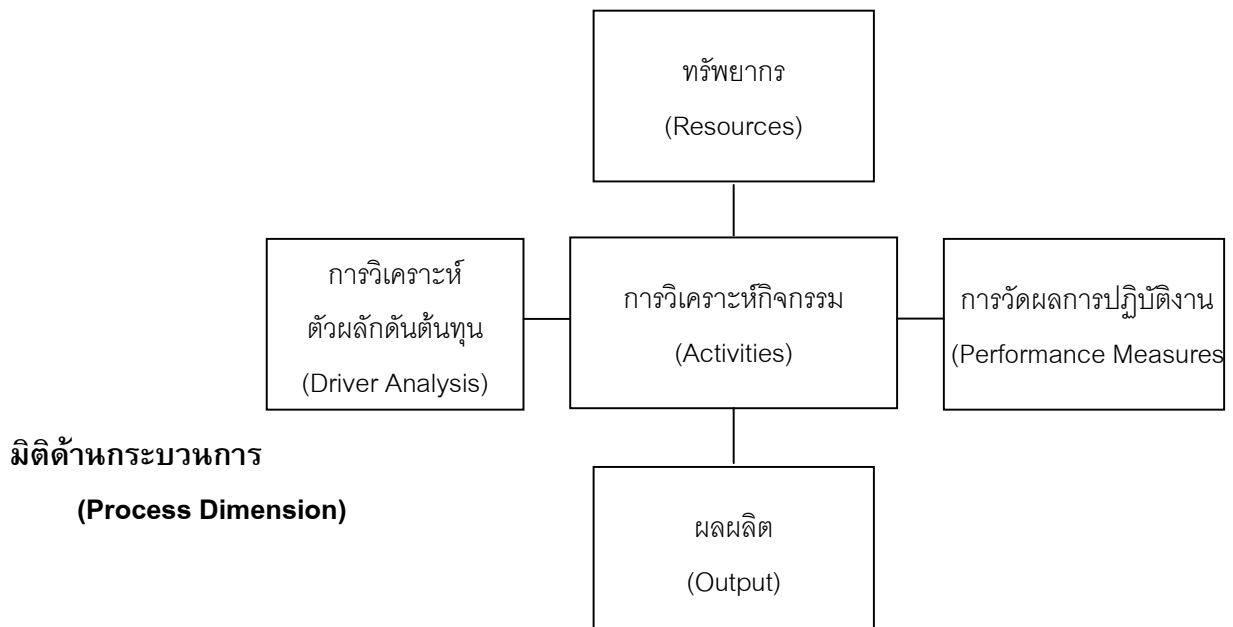
- การวิเคราะห์กิจกรรม (Activity Analysis) คือ การระบุและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมที่หน่วยงานทำ จำนวนงบประมาณ ทรัพยากร และบุคคลที่ใช้ในการดำเนินการ และผลการประเมินมูลค่าของกิจกรรม ซึ่งจำแนกเป็นกิจกรรมที่เพิ่มมูลค่า (Value-Added Activities) และกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่า (Non value-Added Activities)

กิจกรรมที่เพิ่มมูลค่า คือ กิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของกิจการ เป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าในมุมมองของผู้รับบริการงานสาธารณะ การบริหารกิจกรรมที่เพิ่มมูลค่าให้หน่วยงานจะก่อให้เกิด การเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพ (Efficiency) การเพิ่มขึ้นของคุณภาพ (Quality) และความทันต่อเวลาของการส่งมอบสินค้าและบริการสาธารณะ (Timeliness)

กิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่า คือ กิจกรรมที่ไม่จำเป็น ไม่เพิ่มมูลค่าในมุมมองภายในหน่วยงาน และภายนอกหน่วยงาน เช่น การทำซ้ำ การรอคอย การตรวจสอบ และการเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลายาวนาน เป็นต้น ซึ่งถือว่าหากเกิดกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่าขึ้น หน่วยงานจะเกิดความสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

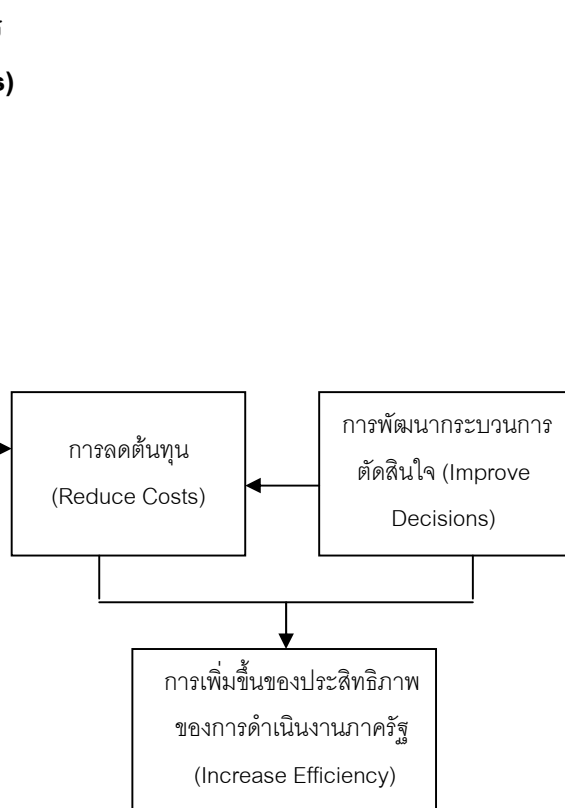
- การวัดผลการปฏิบัติงาน (Performance Measurement) คือ การวัดผลของการกระทำว่า ผลผลิตหรือผลลัพธ์เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งมีการวัดผลงานในมิติประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ คุณภาพในการให้บริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ และการพัฒนาองค์กร ทั้งที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ หรือไม่สามารวัดเป็นตัวเงินได้

แผนภูมิที่ 2.1 ตัวแบบของการบริหารฐานกิจกรรม มิติด้านต้นทุน (Cost Dimension)



แผนภูมิที่ 2.2 ตัวแบบของการบริหารฐานกิจกรรมที่เน้นด้านการวิเคราะห์กระบวนการ
และความเชื่อมโยงกับต้นทุนฐานกิจกรรม

**การวิเคราะห์กระบวนการ
(Process Value Analysis)**



2.6.5 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ในการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตของต้นทุนรวม (Total Cost) กับปริมาณผลผลิต (Quantity of output) ข้อมูลต้นทุนที่ได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบนั้นรวบรวมจากรายงานข้อมูลย้อนหลังของต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ต้นทุนค่าแรงและร้อยละการใช้เวลาเป็นข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2552 กำหนดศูนย์ต้นทุนในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ เป็น 3 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke

จัดทำแบบบันทึกข้อมูล(Template) โดยใช้โปรแกรม excel (ภาคผนวก)

ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน 2552 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและประมวลผลในช่วงเดือนตุลาคม 2552

รายละเอียดของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย

1. ต้นทุนค่าแรง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในส่วนของ **งบบุคลากร** ซึ่งหมายถึง งบประมาณรายจ่ายที่มีวัตถุประสงค์ให้จ่ายเพื่อการบริหารงานบุคคลภาครัฐ เช่น รายจ่ายที่กำหนดให้ใช้จ่ายจากลักษณะเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง และให้หมายความรวมถึงรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายจากงบรายจ่ายอื่นใดในลักษณะเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว หรือค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง ได้แก่

- ☐ เงินเดือน รวมตลอดถึงเงินที่กระทรวงการคลังกำหนดให้จ่ายในลักษณะเงินเดือนและเงินเพิ่มอื่นๆที่จ่ายควบกับเงินเดือน
- ☐ ค่าจ้างประจำ รวมตลอดถึงเงินที่กระทรวงการคลังกำหนดให้จ่ายในลักษณะค่าจ้างประจำ และเงินเพิ่มอื่นๆ ที่จ่ายควบกับค่าจ้างประจำ
- ☐ ค่าจ้างชั่วคราว
- ☐ ค่าจ้างลูกจ้างสัญญาจ้าง หมายถึงเงินที่จ่ายเป็นค่าตอบแทนการทำงานให้แก่ลูกจ้างตามที่กำหนดไว้ในสัญญาจ้าง

ต้นทุนค่าแรง ในส่วนของงบบุคลากรนี้ จะดำเนินการปันส่วนไปตามร้อยละการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ที่มีการจัดเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน หลังจากนั้นจัดทำสัดส่วนร้อยละการใช้เวลาและปันส่วนไปตามสัดส่วนร้อยละการใช้เวลาในการปฏิบัติงานจริง จะได้ต้นทุนค่าแรงตามกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke ในการเก็บข้อมูลค่าแรงจะเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2552 ทั้งค่าใช้จ่ายและร้อยละการใช้เวลา

2. ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก งบดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ค่าวัสดุทุกประเภทที่ใช้แล้วหมดไป ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เป็นต้น สำหรับการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุจะใช้ปริมาณวัสดุที่ใช้ตลอดปีนำมาหารเฉลี่ยเป็นข้อมูล 1 เดือน

3. ต้นทุนค่าลงทุน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจาก การหักค่าเสื่อมราคาจากครุภัณฑ์ตามอายุการใช้งาน และการหักค่าเสื่อมราคาสินก่อสร้างสำหรับการคำนวณต้นทุนค่าลงทุนจะหักค่าเสื่อมราคาตลอดปีงบประมาณ 2552 แล้วทอนเป็นค่าเสื่อมราคา 1 เดือน

4. ปริมาณบริการ เป็นปริมาณบริการในเดือนมิถุนายน 2552 โดยการจำแนกผู้ป่วย Stroke ออกจากข้อมูลทั้งหมด แบ่งผู้ป่วยเป็น กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke ปริมาณบริการที่จัดเก็บใช้หน่วยนับเป็น จำนวนครั้งในการให้บริการ และจำนวนรายในการให้บริการ

5. ต้นทุนรวมโดยตรง นำต้นทุนค่าแรงบวกกับต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน จำแนกเป็น กลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke

6. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ คำนวณโดย นำต้นทุนรวมโดยตรงหารด้วยปริมาณบริการจะได้ต้นทุนต่อครั้งและต้นทุนต่อราย ในกลุ่มผู้ป่วย Intermediate care (Stroke) กลุ่มผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke) และ กลุ่มบริการฟื้นฟูสภาพอื่นในผู้ป่วยที่นอกเหนือจาก Stroke

บทที่ 3

ผลการศึกษา

3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

เป้าหมายจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคือ 20 คนในแต่ละพื้นที่ตามกรอบการศึกษา แต่ด้วยข้อจำกัดของปริมาณผู้ป่วยที่มีในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะในพื้นที่ PCU (Primary Care Unit) ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดเนื่องจากครอบคลุมเพียงตำบลเดียว ส่วนของโรงพยาบาลชุมชน และต้องขยายเวลาย้อนหลังไปมากที่สุดถึง 6 เดือนในพื้นที่ที่มีประชากรศึกษาไม่ได้ตามเป้าหมาย

จำนวนตัวอย่างศึกษา ภายหลังตัดข้อมูลผู้ป่วยจากกรณีเสียชีวิต ไม่ยินยอมให้ข้อมูล และย้ายออกจากภูมิลำเนา ได้ตัวอย่างทั้งหมด 320 ราย แยกเป็นจังหวัดเลยจำนวน 99 คน จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 101 คน และจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 120 คน

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างสรุปในตารางที่ 3.1 สองในสามของตัวอย่าง ทั้งสามจังหวัดมีภูมิลำเนา นอกเขตอำเภอเมือง ซึ่งเป็นไปตามสัดส่วนที่ทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง หนึ่งในสามเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในอำเภอที่มีนักรักษาพยาบาล และอีกหนึ่งในสามอยู่ในอำเภอ ที่ไม่มีนักรักษาพยาบาลที่ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ 54 ของตัวอย่างเป็นเพศชาย ตามพยาธิสภาพและลักษณะของโรคหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 66 ปี (SD = 13.1) อายุน้อยที่สุด 26 ปี มากที่สุด 95 ปี อายุเฉลี่ยในช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 64.6 และ 67.5 อายุเฉลี่ยผู้ป่วยในจังหวัดเลยสูงกว่าอีกสองจังหวัด (เลย 68.2, กาฬสินธุ์ 63.1, นครราชสีมา 66.8 ปี) เนื่องจากมีสัดส่วนของตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไปถึงครึ่งหนึ่งของตัวอย่างในจังหวัด ในขณะที่ของอีกสองจังหวัดไม่ถึงร้อยละ 40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพร้อยละ 72 ถัดมาคือระบบสวัสดิการข้าราชการร้อยละ 19 ระบบประกันสังคมร้อยละ 3 และอื่นๆอีกร้อยละ 5 สาเหตุที่สัดส่วนระบบประกันสังคมค่อนข้างต่ำในขณะที่ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการค่อนข้างสูงก็เนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มผู้สูงอายุ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปกติมีสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าระบบอื่นๆ เมื่อพิจารณาการกระจายตามหลักประกันสุขภาพ รายจังหวัดพบว่า กาฬสินธุ์มีสิทธิอื่นๆมาก และมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ น้อยกว่าอีกสองจังหวัด อายุเฉลี่ยของตัวอย่างจำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพพบว่า ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าระบบประกันอื่น (69 เทียบกับ 67.5, 65.6, และ 52.4 ของระบบอื่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคมตามลำดับ) นี่เป็นปัจจัยอธิบายอายุเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างในกาฬสินธุ์ที่ค่อนข้างต่ำกว่าอีกสองจังหวัด

ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างและร้อยละกลุ่มตัวอย่างตามภูมิสำเนา เพศ อายุ และหลักประกันสุขภาพ

	เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	รวม
จำนวนตัวอย่าง (คน)	99	101	120	320
กระจายตามภูมิสำเนา (ร้อยละ)				
เขต PCU โรงพยาบาลจังหวัด	12	8	18	13
นอกเขต PCU โรงพยาบาลจังหวัด	20	20	11	17
เขต PCU โรงพยาบาลชุมชนมีนั้กกายภาพบำบัด	12	12	15	13
นอกเขต PCU โรงพยาบาลชุมชนมีนั้กกายภาพบำบัด	19	20	21	20
เขต PCU โรงพยาบาลชุมชนไม่มีนั้กกายภาพบำบัด	16	12	10	13
นอกเขต PCU โรงพยาบาลชุมชนไม่มีนั้กกายภาพบำบัด	20	29	26	25
กระจายตามเพศ (ร้อยละ)				
ชาย	52	51	58	54
หญิง	48	49	42	46
อายุเฉลี่ย ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	68.06 (13.27)	63.52 (13.17)	66.69 (12.02)	66.12 (12.88)
การกระจายตามกลุ่มอายุ (ร้อยละ)				
<=40	4	7	3	4
41-50	6	12	6	8
51-60	16	16	22	18
61-70	24	35	32	30
71-80	33	23	26	27
=>80	16	8	13	12
กระจายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ)				
ข้าราชการ	23	11	23	19
ประกันสังคม	2	2	5	3
บัตรทอง	70	75	73	72
อื่นๆ	5	12	0	5

3.2 บริการที่ได้รับขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.2.1 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล 5.2 วัน (SD = 5.6) จำนวนวันนอนต่ำสุดคือ 1 วัน สูงสุดที่ 42 วัน ค่าเฉลี่ยวันนอนในช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 4.6 ถึง 5.9 วัน ค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเลย กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช คือ 5.1, 4.6 และ 5.9 วันตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 และอายุเกิน 70 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 ค่าเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

	ตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
จังหวัด						
เลย	99	5.1	6.5	1	42	3
กาฬสินธุ์	100	4.6	4.3	1	30	3
นครราชสีมา	120	5.9	5.7	1	40	4
กลุ่มอายุ						
<=40	14	7.0	4.5	1	13	6
41-50	24	4.8	5.4	1	24	3
51-60	58	4.7	5.4	1	40	3
61-70	97	4.7	4.2	1	30	3
71-80	87	5.7	6.4	1	34	3
>=80	39	5.7	7.1	1	42	4
เพศ						
ชาย	172	4.9	5.5	1	40	3
หญิง	147	5.6	5.7	1	42	4
หลักประกันสุขภาพ						
ข้าราชการ	61	6.1	6.0	1	30	4
ประกันสังคม	10	9.1	11.6	1	40	4.5
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	229	4.8	4.6	1	34	3
อื่นๆ	17	6.2	9.5	1	42	3
หอผู้ป่วย						
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	259	4.6	4.5	1	40	3
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	17	11.8	12.4	1	42	6
หอผู้ป่วยพระภิกษุสงฆ์	4	4.3	4.6	1	11	2.5
อื่นๆ	38	6.5	5.7	1	30	4
รวม	319	5.2	5.6	1	42	3

เพศหญิงนอนนานกว่าเพศชายเล็กน้อย ขณะเดียวกันผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.76 วัน ค่าเฉลี่ยช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ 4.15 – 5.37 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการข้าราชการที่มีวันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน และค่าเฉลี่ยช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ 4.63 – 7.74 วัน กรณีผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสังคมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.1 วัน ค่าเฉลี่ยช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ 0.82 – 17.37 วัน (แต่มีจำนวนตัวอย่างเพียง 10 ราย)

เมื่อพิจารณาจำนวนวันนอนจำแนกรายหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมมีวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจนและเป็นปัจจัยอธิบายจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงของประกันสังคมและสิทธิอื่นๆ

เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม (ร้อยละ 10 และ 18 ตามลำดับ) มากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 5 และ 3 ตามลำดับ)

3.2.2 บริการที่ได้รับขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในพื้นที่ทั้งสามจังหวัดระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองร้อยละ 25 ในภาพรวมต้องมีการให้ oxygen ร้อยละ 10 ต้องมีการให้อาหารทางสายขณะเดียวกันร้อยละ 8 ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 3 เท่านั้นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัดจะพบว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายในจังหวัดเลยน่าจะมีความรุนแรงของโรคต่ำกว่าอีกสองจังหวัดเนื่องจากมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือในกิจกรรมข้างต้นต่ำกว่าอีกสองจังหวัดในทุกรายการ ในขณะที่ผู้ป่วยในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้รับการช่วยเหลือในกิจกรรมที่กล่าวข้างต้นมากที่สุด (ตารางที่ 3.3) อย่างไรก็ตามข้อพึงระวังคือข้อมูลดังกล่าวได้จากการคัดลอกเวชระเบียนซึ่งหากมีการให้บริการในกิจกรรมดังกล่าวแต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียนก็จะไม่ปรากฏรายการดังกล่าวซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของการวิจัย

ตารางที่ 3.3 บริการที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ปัญหา/ความต้องการ	เลย	กาฬสินธุ์	นครฯ	รวม
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ให้สาย oxygen	1 (1.1)	20 (19.8)	57 (47.9)	78 (24.8)
ให้สายอาหาร	4 (4.2)	9 (8.9)	18 (15.1)	31 (9.8)
ให้สายสวนปัสสาวะ	0 (0)	10 (9.9)	15 (12.6)	25 (7.9)
ใส่ท่อช่วยหายใจ	1 (1.1)	3 (3.1)	6 (5)	10 (3.2)
CT scan	87 (91.6)	68 (67.3)	107 (89.9)	262 (83.2)
ยาลดลิ่มเลือดใน 3 ชม	0 (0)	17 (16.8)	10 (8.4)	27 (8.6)
ฟื้นฟูสมรรถภาพ	52 (54.7)	54 (53.5)	68 (57.1)	174 (55.2)
การฝึกกลืน พูด สื่อสาร	4 (4)	16 (16)	1 (1)	21 (7)
ได้รับกายอุปกรณ์ก่อนกลับ	5 (5.3)	11 (10.9)	9 (7.6)	25 (7.9)
รับการประเมิน ADL	4 (4.2)	24 (23.8)	41 (34.5)	69 (21.9)
มีการระบุคะแนน ADL	0 (0)	2 (2)	0 (0)	2 (0.6)

ตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยทุกรายควรต้องได้รับการทำ CT scan เพื่อจำแนกผู้ป่วยว่าเป็นอัมพาตจากสาเหตุใดเนื่องจากการรักษาแตกต่างกันระหว่างเลือดออกหรือเส้นในสมองเลือดอุดตัน อย่างไรก็ตามร้อยละ 83 ของผู้ป่วยได้รับบริการดังกล่าวโดยสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ต่ำกว่าอีกสองจังหวัด ส่วนการได้รับยาลดลิ่มเลือดในสามชั่วโมงนั้นพบว่ามีไม่ถึงร้อยละ 10 และไม่มีเลยในจังหวัดเลย

สำหรับการให้บริการกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นั้นพบว่าได้รับการเพียงร้อยละ 55 ไม่แตกต่างกันนักระหว่างจังหวัด ส่วนการฝึกกลืน พูด สื่อสาร แก่ผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายก็มีต่ำมากไม่ถึงร้อยละ 10 ข้อมูลดังกล่าวตอกย้ำว่าระบบบริการในโรงพยาบาลในปัจจุบันยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเท่าที่ควร ยังคงเน้นการให้การรักษาอาการ วิกฤตและภาวะเฉียบพลันเป็นสำคัญ การขาดการประเมินและบันทึกข้อมูลสมรรถภาพ ของผู้ป่วยในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL) ตอกย้ำข้อเท็จจริงที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากข้อมูล ดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ในการกำหนดเป้าหมาย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

3.3 ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ว่ายังคงมีภาวะและความ ต้องการบริการอย่างไรบ้าง พบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหา/ความจำเป็น ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ที่ต้องดูแลต่อเนื่องอยู่อีกมาก (แสดงในตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 ความต้องการด้านสุขภาพที่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง

ปัญหา/ความต้องการ	เลย	กาฬสินธุ์	นครฯ	รวม
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
อัมพาตร่างกายเฉพาะซีกขวา	28 (29.5)	35 (34.7)	32 (26.9)	95 (30.2)
อัมพาตร่างกายเฉพาะซีกซ้าย	24 (35.8)	45 (44.6)	38 (31.9)	117 (37.1)
อัมพาตทั้งตัว	8 (8.4)	2 (2.0)	4 (3.4)	14 (4.4)
มีปัญหาการเคี้ยว/กลืนอาหาร	36 (37.9)	32 (31.7)	24 (20.2)	92 (29.1)
มีปัญหาการสำลักอาหาร	37 (38.9)	23 (22.8)	35 (29.4)	95 (30.2)
มีปัญหาในการพูด-สื่อสาร	52 (54.8)	57 (54.8)	63 (53.0)	172 (54.5)

กว่าร้อยละ 70 ของตัวอย่างยังคงมีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหวขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาการอัมพาตร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง และมีเพียงร้อยละ 4 (2 - 8) ที่เป็นอัมพาตทั้งตัว นอกจากนั้น ประมาทร้อยละ 30 ที่มีปัญหาการเคี้ยว/กลืนอาหาร การสำลักอาหาร และร้อยละ 55 มีปัญหาการพูดและ สื่อสารกับผู้อื่น

เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของแผนที่จะระบุในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการต่อเนื่องหรือ ได้รับการระยะกลางต่อจากที่ไหน พบว่าส่วนใหญ่ (70.5%) วางแผนให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อที่ โรงพยาบาลในลักษณะบริการผู้ป่วยนอก มากกว่า 30% จนถึง 40% ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใน ภูมิภาคอื่นๆ อีก 20.6% ของผู้ป่วยทั้งหมดกำหนดให้ไปรับบริการในชุมชนและจะมีทีมไปให้บริการที่ บ้าน

ตารางที่ 3.5 จำนวนและร้อยละตามแผนการให้บริการต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แผนการให้บริการต่อเนื่อง	เลย N (%)	กาฬสินธุ์ N (%)	นครราชสีมา N (%)	รวม N (%)
มีการนัดติดตามที่ OPD	78 (82.1)	68 (67.3)	76 (63.9)	222 (70.5)
ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน	39 (41.1)	32 (31.7)	44 (37.0)	115 (36.5)
ไปให้บริการที่บ้าน	2 (2.1)	27 (26.7)	19 (16.0)	48 (15.2)
ฟื้นฟูในชุมชน	0 (0)	17 (16.8)	0 (0)	17 (5.4)

3.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับหลังจำหน่าย

เมื่อมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการติดตามไปเยี่ยมครั้งแรกและสอบถามถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 36 ในภาพรวมที่รายงานว่าไม่ได้รับการกายภาพบำบัดใดๆเลย โดยในจังหวัดนครราชสีมาสัดส่วนที่รายงานว่าไม่ได้รับการกายภาพบำบัดหนึ่งน้อยที่สุดในจังหวัดเลยเพียงร้อยละ 21 ที่รายงานว่าจะไม่ได้รับการกายภาพบำบัด (ตารางที่ 3.6) โดยในกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูส่วนใหญ่ได้รับจากญาติหรือลูกหลานภายในบ้านเป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 10 ที่กลับไปรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ส่วนผู้ป่วยในจังหวัดกาฬสินธุ์มีถึงร้อยละ 28 ที่รายงานว่ามีบุคลากรมาให้บริการที่บ้าน

ตารางที่ 3.6 การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

	เลย	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา	รวม
จำนวนตัวอย่าง (คน)	99	101	120	320
ไม่ได้รับการกายภาพบำบัด (%)	21	39	46	36
ได้รับที่หน่วยบริการใกล้บ้าน (%)	8	9	10	9
นักกายภาพมาให้บริการที่บ้าน (%)	5	28	6	13
ใช้บริการแพทย์แผนไทย (%)	5	3	18	9
ญาติเป็นผู้ทำให้ (%)	45	47	25	38
รับการบำบัดกับหมอพระ (%)	1	0	0	0
รับการบำบัดจากหมอโอสถศาสตร์ (%)	0	1	2	1
อื่นๆ (%)	34	18	16	22

เมื่อจำแนกตามประเภทของภูมิสำเนาที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดในการให้บริการ มีอัตราการได้รับการกายภาพบำบัดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาในเขตโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดและโรงพยาบาลจังหวัดตามลำดับ (ตารางที่ 3.7) นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาในเขต PCU ของโรงพยาบาลก็มีโอกาสได้รับการกายภาพบำบัดสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยนอกเขต PCU โรงพยาบาลในทุกประเภทโรงพยาบาล

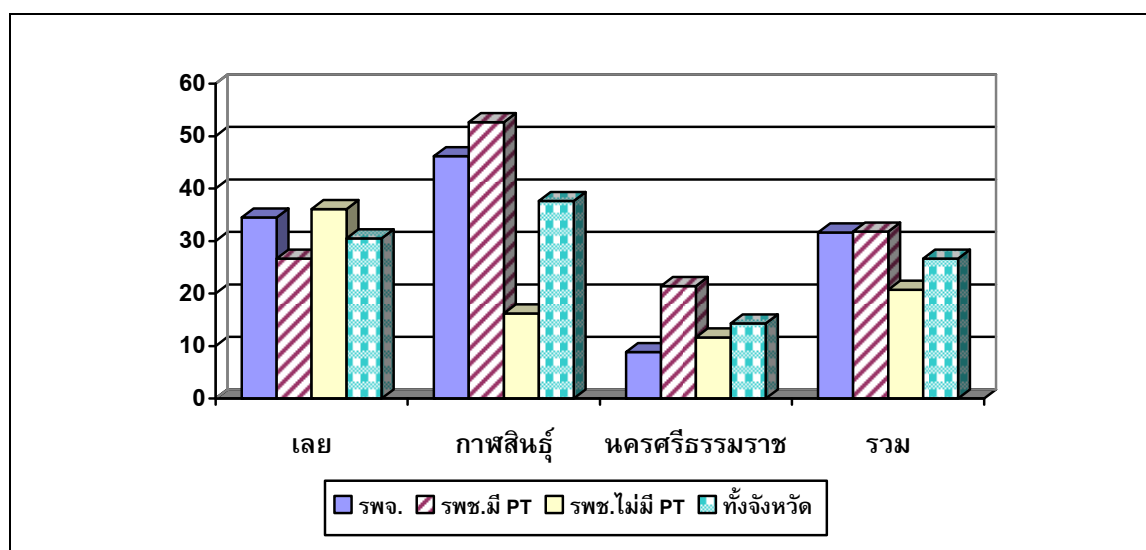
ตารางที่ 3.7 ร้อยละผู้ได้รับการฟื้นฟูภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึงการสัมผัสน้ำครั้งแรก

	เลย	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา	รวม
เขต PCU รพจ.	100	42.9	33.3	53.8
นอกเขต PCU รพจ.	66.7	21.1	53.8	46.0
เขต PCU รพช.มี PT ²	83.3	100.0	82.4	87.5
นอกเขต PCU รพช.มี PT	77.8	92.6	60.0	77.1
เขต PCU รพช.ไม่มี PT	68.8	40.0	57.1	60.0
นอกเขต PCU รพช.ไม่มี PT	80.0	54.8	44.8	57.5
รวม	77.9	62.0	53.8	63.7

3.5 การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพร่างกาย

จากการเก็บข้อมูลโดยติดตามผู้ป่วยจำนวนสามครั้งต่อเนื่องห่างกันทุกๆหนึ่งเดือนในกลุ่มตัวอย่าง มีการประเมินสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย โดยใช้ Barthel Index เพื่อประเมินสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน หากวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3 สามารถแสดงในแผนภาพที่ 3.1 และตารางที่ 3.8 ซึ่งแสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น สะท้อนในภาพรวม ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

แผนภาพที่ 3.1 ร้อยละผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้นเมื่อเทียบครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 1 แยกรายจังหวัด



ในภาพรวมเมื่อเทียบคะแนน ADL จากการประเมินแล้วพบว่าคะแนนของการประเมินครั้งที่สามดีขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งที่หนึ่งนั้น จังหวัดกาฬสินธุ์มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า ADL เพิ่มขึ้นสูงที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมาเป็นจังหวัดเลย (31) และนครราชสีมา (14) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลชุมชนที่มี

นักกายภาพบำบัดของจังหวัดกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราช มีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีนักกายภาพบำบัด แต่ในจังหวัดเลยผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัด กลับมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นต่ำสุด

เมื่อจำแนกตามเขต PCU พบว่าการณจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละผู้ป่วยที่ดีขึ้นมากที่สุดอยู่ในพื้นที่นอกเขตรับผิดชอบ PCU โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัด และนอกเขต PCU ของโรงพยาบาลจังหวัด ส่วนกรณีของจังหวัดเลยนั้น ร้อยละของผู้ป่วยที่ดีขึ้นมากที่สุดอยู่ในเขต PCU ของโรงพยาบาลจังหวัด

ตารางที่ 3.8 ร้อยละผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้นเปรียบเทียบครั้งที่ 1 และ 3

	เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	รวม
เขต PCU รพจ.	54.6	28.6	4.8	31.0
นอกเขต PCU รพจ.	22.2	52.6	15.4	32.0
เขต PCU รพช.มี PT	8.3	27.3	17.6	17.5
นอกเขต PCU รพช.มี PT	27.8	63.0	24.0	40.0
เขต PCU รพช.ไม่มี PT	37.5	20.0	14.3	25.7
นอกเขต PCU รพช.ไม่มี PT	35.0	15.6	10.3	18.5
รวม	30.5	37.6	14.3	26.7

3.6 สรุป

โดยสรุประบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังไม่รองรับบริการสำหรับผู้ป่วยระยะกลางเท่าที่ควร บริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลคงเน้นไปที่การเฝ้าระวัง และบำบัดการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยวิกฤตเป็นหลัก แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว ยังไม่ค่อยมีระบบบริการรองรับหรือเตรียมการ เพื่อการดูแลฟื้นฟูมากนัก ในขณะที่ความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น ภาวะอัมพาตของกล้ามเนื้อแขนขา การกลืนลำบาก การพูดไม่ได้ แต่การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนกลับบ้าน กลับได้รับการประเมินในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ทั้งๆที่ผลการประเมินความสามารถ (Functional assessment) ในการทำกิจวัตรประจำวันนี้ ถือเป็นข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพใหม่ ที่ไม่ได้มีมาตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง (ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) และจะไม่สามารถตอบสนองได้ ด้วยบริการตามแนวคิดและวิธีการในระบบบริการสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่ นั่นคือ หากไม่มีข้อมูลการประเมินความสามารถของผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้ไม่มีการตั้งเป้าหมายหรือการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในเรื่องนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณจากการศึกษาในสามจังหวัด ยังชี้ให้เห็นอีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตของแต่ละจังหวัด ส่วนใหญ่จะถูกส่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการจัดการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) เพื่อสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง) ของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ในตอนที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้านนั้น เท่าที่ข้อมูลจากระบบที่เป็นอยู่จะสะท้อนได้ ในภาพรวมทุกโรงพยาบาลระดับจังหวัด จะมีการนัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ เข้ารับการติดตามให้การดูแลที่ โรงพยาบาลแบบบริการผู้ป่วยนอกหรือติดตามไปให้การดูแลที่บ้าน หากอยู่นอกเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลจังหวัดก็จะส่งไปรับบริการต่อเนื่องที่รพช.ที่เป็นภูมิลำเนาของผู้ป่วย

อย่างไรก็ดีพบถึงหนึ่งในห้าคนถึงหนึ่งในสองคนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการกายภาพบำบัดหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มคนที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ก็ได้รับการบริการจากญาติและบุคคลในครอบครัวเป็นหลักในทุกพื้นที่ ทั้งนี้การมีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านกายภาพบำบัด ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพที่ดีขึ้น ระหว่างพื้นที่ต่างๆ บ่งชี้ว่าลักษณะการจัดบริการ รวมถึงคุณภาพของบริการที่จัดในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

บทที่ 4 การจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง: กรณีศึกษาสามจังหวัด

ในบทนี้จะสรุปการถอดบทเรียนการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในพื้นที่ศึกษาสามจังหวัดคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช กาฬสินธุ์ และ เลย ซึ่งมีการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในหลายโรงพยาบาล ข้อมูลดังกล่าวมาจากการลงเยี่ยมชม ศึกษาการจัดการบริการของโรงพยาบาลต่างๆที่มีการดำเนินงานด้านนี้ ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินงานด้านนี้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พื้นที่ศึกษาของจังหวัดนครศรีธรรมราชประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รพ. เทศบาลนครฯ อบต.ปากพูน รพ.ร.จวาง รพ.หัวไทร จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย รพท.กาฬสินธุ์ รพ.กุดจิก รพ.นารายณ์ รพ.คำม่วง รพ.ยางตลาด และจังหวัดเลย ประกอบด้วย รพ.เลย รพ.ภูกระดึง รพ.ด่านซ้าย

4.1 กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน แบ่งเป็น 23 อำเภอ ซึ่งมีรพช.ขนาด 10 เตียงเพียง 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลยุพราชถึงสองแห่ง และเป็นรพช.ขนาดเกิน 100 เตียง 3 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดประมาณ 1000 เตียง ซึ่งให้ภาพการจัดระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ค่อนข้างเป็นระบบ (โดยเฉพาะสำหรับผู้พิการ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแผนกเวชกรรมฟื้นฟูมีทีมสหวิชาชีพที่ครบถ้วน มีหัวหน้ากลุ่มงานที่มีประสบการณ์การทำงานในรพช.ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมาก่อน และมีความเป็นผู้นำสูง จึงมีเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ส่วนพัฒนาสังคม ส่วนการศึกษา องค์กรเอกชน และองค์กรคนพิการ มีการร่วมกันทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของจังหวัดแต่อย่างไรก็ตามไม่เคยมีการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งการมีความร่วมมือเช่นนี้น่าจะเป็นโอกาสที่จะวางแผนการพัฒนา ระบบบริการอย่างต่อเนื่องได้

การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการผู้ป่วยใน ของรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช มีการจัดการแบบพิเศษที่น่าสนใจ ที่คิดว่าน่าจะช่วยให้พบปัญหาความต้องการใหม่ เช่น ความพิการ และให้การดูแลได้ดีขึ้น ได้แก่ การมี Patient care team มีกิจกรรม Team meeting และมีระบบ Case manager ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรม มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care map & care plan & discharge plan guideline) โดยเฉพาะกรณีที่เป็นปัญหาสุขภาพซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดสมอง โรคฮิโมฟีเลีย โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

มีการเตรียมตัวและส่งต่อ-เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 1 ครั้ง และภายในสามวันหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน จะมีการโทรศัพท์ติดตามอาการ 1 ครั้ง และภายในสัปดาห์แรกหลังกลับบ้านก็จะไปติดตามดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง หากกรณีเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิแพ้ต่างอำเภอ จะส่งเอกสารข้อมูลผู้ป่วย (ใบสามสี) ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ติดตามดูแลต่อ ทั้งนี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์ด้วย อย่างน้อย 1 ครั้ง หากพบว่ามีปัญหาที่จะประสานไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ใกล้บ้าน นอกจากนั้นยังเปิดสายให้คำปรึกษา Hot line 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการปรึกษาพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ (พยาบาล 2 คน/ 1 เบอร์โทรศัพท์)

อย่างไรก็ตามกรอบคิดการทำงานยังยึดอยู่บนฐานการมุ่งรักษาภาวะวิกฤตและโรค ทำให้บริการทั้งหมดยังเป็น provider-based, passive care approach มุ่งเน้น curative and disease control แม้จะเริ่มมีความพยายามปรับแนวคิดการให้บริการ เป็นแบบ Patient empowerment approach และมุ่ง การพัฒนาให้มีความสามารถในการทำ activity and participation มากขึ้น แต่ไม่มีรูปธรรมที่จะกำกับการปฏิบัติการให้เป็นตามแนวคิดนั้นมากนัก เช่น ไม่มีการประเมินความสามารถและบันทึกข้อมูลไว้ประกอบการตั้งเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของการให้บริการ นั่นคือ เป้าหมายบริการต้องเคลื่อนไปสู่ Independent functional outcome และ Social re-integration พร้อมๆไปกับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะร่วม หรือภาวะที่เป็นผลจากการมีความพิการด้วย และในภาพรวมต้องพยายามลดการกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ต้องเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission)

เนื่องจากระบบการดูแลต่อเนื่องของทีมการพยาบาลจากผู้ป่วยใน ยังมีข้อจำกัดด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในส่วนนี้จึงเป็นการทำงานเชื่อมต่อกับแผนกเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งได้ตั้งหน่วยบริการย่อย ใช้ชื่อว่า “ศูนย์ประสานบริการคนพิการ” ทำหน้าที่ช่วยประสานส่งต่อเพื่อรับบริการเพิ่มตามความจำเป็น เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟูระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล หรือแบบผู้ป่วยนอกหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว บริการประเมินความต้องการและการสั่งอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม โดย “ศูนย์สาธิต/บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ” และการประสานส่งต่อข้อมูลและร่วมให้บริการกับทีม Home health care ของฝ่ายเวชกรรมสังคม เพื่อติดตามดูแล/ฟื้นฟูที่บ้าน ทั้งนี้การส่งทีมฟื้นฟูเข้าร่วมให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (เชิงรุก) ทำได้เฉพาะกิจกรรมการกายภาพบำบัด ยังไม่สามารถทำกิจกรรมฟื้นฟูอื่นๆ เช่น การฝึกกลืนหรือฝึกพูด การฝึกทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมการดำรงชีวิตอื่นๆ ซึ่งเนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนสำหรับการทำงานเชิงรุกนั่นเอง

นอกจากนั้น รูปแบบการทำงานของทีม Home health care ที่มักเป็นทีมสหวิชาชีพใหญ่ ประกอบด้วยบุคลากรหลักๆ ได้แก่ พยาบาล เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งการทำงานในเวลาสั้นๆ ก็ไม่เอื้อต่อการให้บริการ Home-based rehabilitation program โดยเฉพาะสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่หวังผลในการฟื้นฟูความสามารถและการปรับสภาพแวดล้อมอย่างจริงจัง ดังนั้น หากสามารถจัดทีม

ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่แท้จริง ด้วยกำลังคนด้านการฟื้นฟูที่ครบถ้วนเพียงพอ อาจทำให้การให้บริการมีสัมฤทธิ์ผลมากขึ้น ซึ่งเมื่อเทียบกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระหว่างเป็นผู้ป่วยในนั้น แม้ทีมฟื้นฟูจะพร้อมแต่เวลาที่เอื้อต่อการฟื้นฟูจะสั้นมาก (เพราะเป็นการปฏิบัติการบนระบบการรักษาพยาบาล มิใช่การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลระยะกลางที่เน้นการสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและญาติ) เพียงแค่การให้ Home program ที่เป็นไปในลักษณะการสอนญาติ (Family & patient empowerment) ก็ยังทำไม่ค่อยจะทัน ในแง่ที่ว่าควรทำให้ถึงระดับที่แน่ใจว่า เขาจะไปฝึกที่บ้านตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การมีหอผู้ป่วยที่มีลักษณะ และการจัดการที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอย่างที่เป็น ก็อาจเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะช่วยให้การจัดบริการมีคุณภาพ ให้ประสิทธิผลที่แน่นอนกว่า และยังจะเป็นการช่วยให้สามารถบริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนผู้ป่วยที่นัดมารับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องในแบบบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาการทั่วไปค่อนข้างดีแต่มีอุปสรรคขาดความชัดเจน พร้อมทั้งจะทั้งเดินทางและเข้ารับการฝึกความสามารถได้เต็มที่นั้น ก็เช่นเดียวกันคือ มีข้อดีที่จะได้ฝึกกับทีมงานฟื้นฟูที่ครบถ้วน แต่ผู้ป่วยและญาติก็ต้องรับภาระเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หากเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยก็จะเป็นเหตุให้หลุดจากวงจรการรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องไปได้ นอกจากนั้นควรคำนึงถึงปริมาณงานบริการที่จะรับได้ในแต่ละวันด้วย หากจำนวนผู้รับบริการแน่นมากเกินไป ผู้ป่วยแต่ละรายต้องเดินทางมาเข้าคิว แล้วได้รับการบริการเพียงเวลาสั้นๆ คล้ายๆ การมารับบริการตรวจรักษา ก็อาจทำให้บริการไม่เกิดประสิทธิผลได้ ผู้ป่วยและครอบครัวก็ต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายที่เสียไป และเป็นเหตุให้เสียกำลังใจด้วย ทางออกจากปัญหานี้ อาจเป็นได้หลากหลาย เช่น การจัดหน่วยฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองแยกออกจากหอ พร้อมทั้งทีมงานเฉพาะ ที่สามารถบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยได้เอง หรือการบริการรับ-ส่งผู้ป่วย รวมทั้งการจัดบริการแบบ Group-home therapy ในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้การจัดจำแนกผู้ป่วยตามพยากรณ์โรคและการฟื้นฟู จะช่วยในการแจกผู้ป่วยเข้ารับบริการที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการได้มากขึ้น

“ศูนย์บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ” เป็นอีกนวัตกรรมบริการหนึ่งที่หากพัฒนาให้เต็มที่กว่าที่เป็นอยู่จะเป็นประโยชน์มาก จากการศึกษานี้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการไปตั้งแต่ก่อนกลับบ้าน แต่ไม่สามารถใช้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำรงชีวิตที่บ้านได้จริง ดังนั้นบริการนี้จึงน่าจะเป็นตัวช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูมีคุณภาพและให้ประสิทธิผลสูงขึ้น อีกทั้งประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรก็จะดีขึ้นด้วย อาจเป็นไปได้ว่าหากจะพัฒนาหน่วยบริการฟื้นฟูที่บ้านให้จริงจัง อาจเป็นการใช้กำลังคนร่วมกัน กับทีมบริการประเมินและสั่งอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพราะทั้งสองบริการต้องตอบสนองกับการใช้ชีวิตที่บ้านหรือที่ทำงาน/ชุมชนของผู้ป่วยเอง

สำหรับบทบาททีมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ ในฐานะเป็นหน่วยบริการฟื้นฟูตติยภูมิ สำหรับผู้ที่มีความพิการทั้งจังหวัด พบว่ามีบทบาทที่ชัดเจน คือ การทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และแม่ข่ายในการพัฒนาศักยภาพระบบโดยเชื่อมประสานกับทั้งโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาควิ

รัฐ-เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง โดยในจังหวัดนครศรีธรรมราชจะแบ่งการพัฒนาและติดตามสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ฟื้นฟูฯประจำตำบลตามพื้นที่ (ระบบ Zoning) โดยมีศูนย์ประสานบริการคนพิการ ในแผนกเวชกรรมฟื้นฟู ทำหน้าที่ร่วมกับผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้ในปัจจุบันนี้มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 5-6 แห่งแล้ว และบางอำเภอก็มีการพัฒนานวัตกรรมบริการฟื้นฟูฯกันไปพอสมควร เช่น ที่รพร.ฉวาง รพ.หัวไทร รพ.ท่าศาลา และรพ.สิชล

ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ให้ความสนใจ ต่อการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนที่มีความพิการ เช่น เทศบาลนครมีนโยบายโรงพยาบาลสองหมื่นเตียง องค์กรบริหารส่วนตำบลปากพนมมีโครงการจิตอาสาเพื่อผู้พิการและมีการจ้างนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน 1 คน และให้ทุนเรียนกายภาพบำบัดเพื่อกลับมาทำงานในพื้นที่ 2 ทุน เป็นต้น แม้ว่าจะอาจจะมีเป้าหมายบริการไปในเชิงสงเคราะห์เสียเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ถือว่าได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายนี้แล้ว นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังได้ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆด้วย หากมีการสนับสนุนให้ทั้งจังหวัดได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปรับทิศทางแนวคิดและเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ชัดเจน จนถึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์และการลงทุนเพื่อการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวร่วมกันได้ ก็น่าจะเป็นผลดีกับทุกฝ่ายโดยเฉพาะประชาชนที่มีความพิการ

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชน มีนวัตกรรมที่เด่นชัด เช่น การจัดบริการทำขาเทียมให้ผู้พิการขาขาดที่ โรงพยาบาลหัวไทร เท่าที่ดำเนินการอยู่ถือว่ามีประสิทธิภาพพอสมควร แต่ยังมีกรอบคิดและมุมมองที่แยกส่วนออกจากระบบในภาพรวม ซึ่งหากมองในแง่ความคุ้มค่าของการลงทุน ควรพิจารณาขยายกรอบทั้งองค์ความรู้เทคโนโลยี และบริการ โดยอาจพัฒนาในลักษณะเป็นเครือข่ายกับพื้นที่อื่นและศูนย์สาธิตบริการอุปกรณ์เครื่องความพิการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทั้งนี้การเลือกพื้นที่เป็นเครือข่ายบริการควรดูปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ด้วย การมองขอบเขตการลงทุน และการตลาดของผู้ให้บริการในระดับเขต (เขตสพช.) เป็นประเด็นโอกาสในการพัฒนาระบบของทั้งจังหวัด

นอกจากนี้จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังมีสถานการณ์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การนวด หรือการใช้สมุนไพร ร่วมในกระบวนการฟื้นฟูฯค่อนข้างมาก ในแง่หลักการสุขภาพแบบองค์รวมแล้ว ระบบภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นน่าจะเป็นประโยชน์อยู่พอสมควรทั้งในระยะกลางและระยะยาว ดังเช่นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวางพัฒนานวัตกรรมบริการฟื้นฟูฯในชุมชนที่วัด ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีแต่ก็มีประเด็นที่น่าเป็นห่วง คือการแยกแยะระหว่างการจัดบริการฟื้นฟูฯระยะกลางกับระยะยาว กล่าวคือบริการฟื้นฟูฯระยะกลางต้องมีเป้าหมายด้านการฟื้นฟูความสามารถที่ชัดเจน และมีความเข้มข้นของบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ส่วนบริการฟื้นฟูฯระยะยาวสำหรับผู้ที่มีความพิการนั้น อาจไม่หวังผลด้านการเพิ่มระดับความสามารถแล้ว มิฉะนั้นจะมีความเสี่ยงกับการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น และในที่สุดก็จะเกิดความขาดแคลนทรัพยากรสำหรับคนที่จำเป็นจริง เช่น ผู้พิการรายใหม่ ที่เข้าไม่ถึงบริการเพราะคิวเต็ม

ในภาพรวมการให้บริการฟื้นฟูที่เป็นการฝึกโดยทีมนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน หากมองในมุมของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ก็ยังขาดการกำหนดเป้าหมาย หรือการวางแผน และการออกแบบกิจกรรมที่จะฝึกให้ผู้ป่วยที่รัดกุม และมักไม่มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างจริงจัง และด้วยข้อจำกัดที่ระบบบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนมีเพียงนักกายภาพบำบัดเป็นหลัก ทำให้ยังมีจุดอ่อน คือ ไม่สามารถฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living – ADL training) ได้เท่าที่ควร ส่วนใหญ่ทำได้แค่การเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน (Mobility for ADL.) ส่วนบริการเรื่องการฝึกการขับถ่าย การฝึกด้านการรับรู้ (Perception & Cognitive function) การกลืนและการฝึกพูดไม่ได้ทำเลย ทำให้บางครั้งผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อน เรื่อง Aspiration pneumonia หรือ Depression ได้ และต้องเข้ารับการรักษากลับมาอีกที การฟื้นฟูสมรรถภาพก็หยุดชะงักไป หลังหายก็เกิดภาวะข้อติดบ้าง กล้ามเนื้อลีบบ้าง ทำให้ฟื้นฟูด้วยความยากลำบากมากขึ้น

ขอบเขตบริการที่ให้อย่างค่อนข้างจำกัด ไม่ครอบคลุมเพียงพอ เช่น กรณีผู้ป่วยอัมพาตที่เข้าสู่ระยะการมีกล้ามเนื้อแข็งเกร็งแล้ว การเคลื่อนไหวจะยากลำบากขึ้น บางครั้งอาจก่อให้เกิดการเจ็บปวด และการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีภาวะซึมเศร้าได้ด้วย ซึ่งหากทีมฟื้นฟูจำกัดอยู่ที่วิธีการทำกายภาพบำบัดอย่างเดียว เช่น การออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อ อาจไม่เพียงพอ การนัดซึ่งอาจรวมกับการประชุมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน การทำเฝือกอ่อนช่วยตามในบางเวลาโดยนักกิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขอาการเกร็งด้วยการฉีดยาลดเกร็งเฉพาะกล้ามเนื้อบางมัด ก็เป็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในรายที่จำเป็น ซึ่งควรประสานส่งต่อเพื่อให้บริการที่เหมาะสม แต่ประเด็นที่เป็นปัญหาคือ การทำงานในระบบที่เป็นอยู่ ยังไม่สะท้อนกรอบคิดที่ตระหนักว่าการให้บริการฟื้นฟูที่เป็นอยู่ด้วยวิธีกายภาพบำบัดอย่างเดียวมีข้อจำกัด ควรที่จะมีการประเมินเบื้องต้นถึงความจำเป็นด้านการฟื้นฟูความสามารถ ที่เกินขอบเขตที่จะได้จากการทำกายภาพบำบัด เพื่อตัดสินใจที่จะส่งปรึกษากันข้ามวิชาชีพ (หรือปรึกษาข้ามระดับส่งต่อ) ส่วนใหญ่ก็จะดูแลกันไปเท่าที่จะทำได้ หรือบางครั้งอาจเป็นความพยายามให้อุปกรณ์เสริมที่ไม่ค่อยพิสูจน์ประสิทธิผลในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย

โดยสรุปในภาพรวมการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเป็นระบบเครือข่ายบริการที่ดี (สำหรับผู้พิการ แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในระยะกลางได้) มีความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง รวมทั้งผู้กำหนดนโยบาย อีกทั้งยังมีนวัตกรรมพัฒนาระบบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นที่น่าเสียดาย ที่ผู้ป่วยก็ยังหลุดออกจากระบบบริการสุขภาพค่อนข้างมาก ไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการรักษาภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดสมอง (ดูข้อมูลเชิงปริมาณในบทที่ 3) นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟูต่อเนื่อง ของแต่ละสถานพยาบาล ก็มีแนวทางการให้บริการที่แตกต่างกันพอสมควร อีกทั้งไม่สามารถแสดงผลได้อย่างชัดเจน ว่าการมีความสามารถที่ดีขึ้นนั้น เป็นผลจากบริการฟื้นฟูที่เราให้บริการ รวมทั้งผู้ป่วยยังต้องแสวงหาบริการฟื้นฟูเสริมด้วยตัวเอง และมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกจำนวนไม่

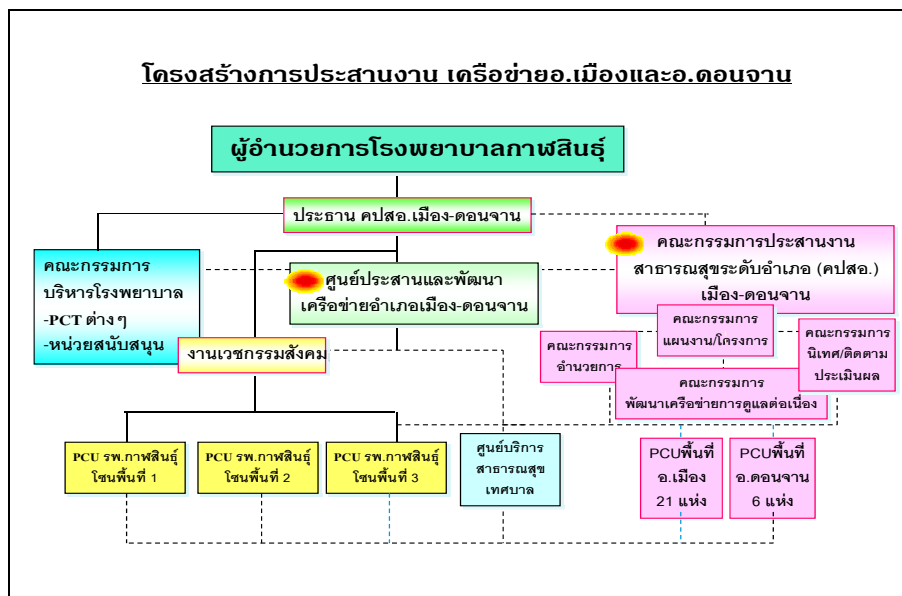
น้อย สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของจังหวัด นครศรีธรรมราชที่สำคัญ คือ

- 1.) การทำแผนยุทธศาสตร์และการลงทุนระยะยาวในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูอย่างมีส่วนร่วม กับภาคส่วนต่างๆและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.) การพัฒนาระบบคุณภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งระบบ เพื่อควบคุมความเสี่ยงต่างๆและการ พัฒนาผลลัพธ์ด้านการพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิตและการกลับเข้าสู่การใช้ชีวิตทางสังคม
- 3.) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลข้ามหน่วย/สถานบริการ เพื่อช่วยการสื่อสารใน กระบวนการฟื้นฟูที่ใช้เวลาค่อนข้างยาวและหลายหน่วย/สถานบริการ
- 4.) การมีแผนพัฒนากำลังคนแบบบูรณาการระยะยาว ไม่เน้นการมุ่งเพิ่มเพียงบางวิชาชีพในระยะ สั้นๆ และเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้ทันกับระบบที่พัฒนาก้าวไปข้างหน้า

4.2 กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรประมาณ 1 ล้านคน มีโรงพยาบาลประจำจังหวัด ขนาด 500 เตียง ที่ รับผิดชอบงานบริการปฐมภูมิกับเครือข่าย PCU สองอำเภอ ในขณะที่ทีมงานเวชกรรมฟื้นฟูมีเพียงนัก กายภาพบำบัด 5 คน ทั้งนี้ไม่มีการนำเสนอบทบาทของทีมงานฟื้นฟูวิชาชีพอื่น จุดเด่นของโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ อยู่การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง (ทั้งส่งต่อไปและส่งต่อเข้ามารพ.) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่ชัดเจน โดยการจัดศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีพยาบาลวิชาชีพออกมารับผิดชอบเต็มเวลา 1 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ดูแลระบบข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยอีก 1 คน

แผนภาพที่ 4.1 โครงสร้างการบริหารงานเครือข่ายอำเภอเมืองและดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์



รูปแบบให้บริการระยะกลางต่อเนื่อง ถ้าเป็นผู้ป่วยในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัด จะนัดให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบแต่อยู่ในอำเภอเมืองและอำเภอนาแก จะมีทีมพยาบาล Home health care จากแผนกเวชกรรมสังคมไปให้การดูแลที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ทีม (3 โซนของเครือข่าย PCU ตามที่แสดงในแผนภาพที่ 4.1) ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู ก็จะปรึกษาไปที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู ขอให้นักกายภาพบำบัดไปให้บริการฟื้นฟูที่บ้านด้วย โดยมีแผนให้บริการที่แยกกันดำเนินการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย การวางแผน การให้บริการ การติดตามเป้าหมาย และ การประเมินผลลัพธ์ ระหว่างสองทีมไม่ชัดเจน จึงเหมือนต่างคนต่างมุ่งให้บริการผู้ป่วยตามหน้าที่เชิงวิชาชีพ การตัดสินใจต่อ ความถี่การให้บริการฟื้นฟูไม่ชัดเจน ว่าอยู่บนฐานความต้องการจำเป็น (needs) ของผู้ป่วย ดูเหมือนจะเป็นไปตามความพร้อมและภาระงานของผู้ให้บริการมากกว่า คือประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์

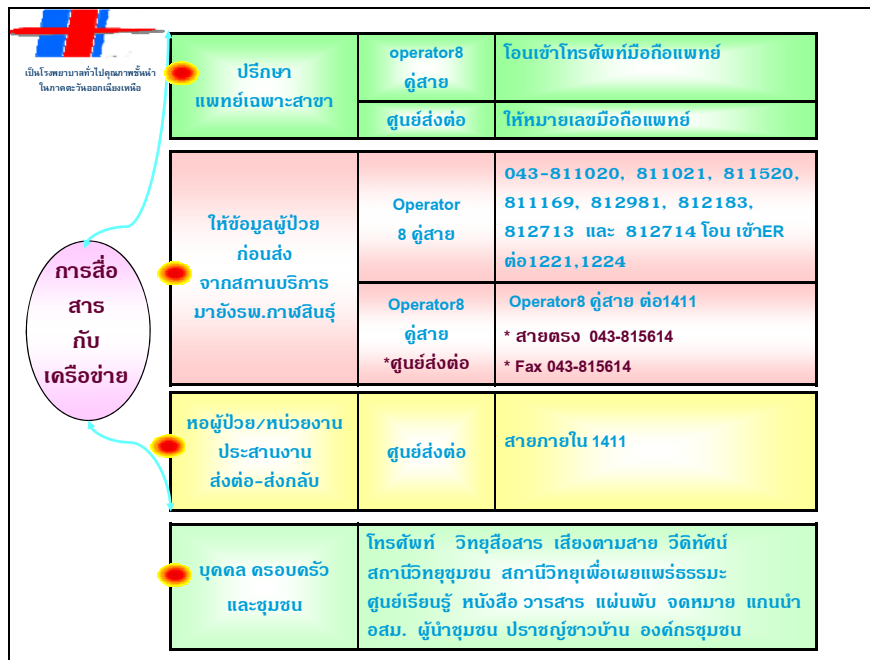
ความต้องการบริการทางการแพทย์ไม่ค่อนข้างเป็นห่วง เพราะแม้ไม่มีทีมพยาบาลไปให้บริการที่บ้าน แต่รายนี้อาจสามารถสวมต่อโดยทีมให้บริการจากสถานีนอกรี (PCU) ใกล้บ้านได้ ซึ่งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทันทีโดยใช้ Information technology เข้ามาช่วย (ดังแผนภาพที่ 4.2)

แผนภาพที่ 4.2 การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการ



ซึ่งผู้ให้บริการที่สถานีนอกรี (PCU) อาจมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกับพยาบาลหรือแพทย์เภสัชกร ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ด้วย โดยทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่สถานีนอกรีได้เป็นอย่างดีอีกด้วย (แผนภาพที่ 4.3)

แผนภาพที่ 4.3 ระบบการสื่อสารและส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



ในกรณีบริการฟื้นฟู เมื่อต้องเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการบริการฟื้นฟูมากขึ้น อีกทั้งทีมฟื้นฟูของโรงพยาบาลที่มีเพียงนักกายภาพบำบัด 5 คน แม้จะมีนวัตกรรมบริการเชิงรุกไปฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่บ้าน แต่เนื่องจากยังต้องให้บริการทางคลินิกในโรงพยาบาลด้วย ทำให้การออกไปให้บริการในชุมชนที่บ้าน ต้องเลือกตัดสินใจไปให้บริการแก่ผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีความต้องการสูงในระยะต้นๆ จนอาจไม่มีเวลาให้การติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยรายเก่าที่กำลังเริ่มมีความก้าวหน้าในผลการฟื้นฟู แต่กลับต้องพึ่งพิงการสนับสนุนจากผู้ดูแลและช่วยฟื้นฟูเป็นหลักทั้งปริมาณและคุณภาพ การจัดการเช่นนี้จึงมีความเสี่ยง อีกนัยหนึ่งคือ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นเหตุเป็นผลชัดเจน และเป็นมาตรฐานที่ประกันคุณภาพได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเสียโอกาสที่จะได้รับบริการที่จำเป็น หรือการเข้าไม่ถึงบริการตามความจำเป็นนั่นเอง รวมทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การล้มลงจนเป็นปอดบวม หรือการถอยกลับของการฝึกเคลื่อนไหว จนเกิดข้อยึดติด หรือแผลกดทับ หรือภาวะซึมเศร้าได้

การส่งต่อเพื่อรับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่รพช. ซึ่งบางแห่งยังไม่มีนักกายภาพบำบัดให้บริการ เช่น โรงพยาบาลคำม่วง จะมีทีม Home Health Care ของโรงพยาบาลให้การดูแลต่อเนื่องถึงในชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แต่แนวคิดยังจำกัดที่การดูแลเพื่อรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน และผู้ป่วยจิตเวช ความถี่ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์/ราย ส่วนผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ จะได้รับการส่งต่อให้สถานอนามัยดูแลต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากรพช.คำม่วงยังไม่มีนักกายภาพบำบัด การจัดบริการฟื้นฟูในพื้นที่จึงใช้ภูมิปัญญาการแพทย์และนวดแผนไทยเข้ามาทดแทน โดยเป็นบริการทางเลือกทั้งแบบตั้งรับที่โรงพยาบาลและออกไปให้บริการเชิงรุกร่วมกับทีม Home Health Care ที่บ้าน โดยมีพยาบาลเป็นแกนหลัก ซึ่งแนวคิด

และเป้าหมายบริการไม่ได้เป็นไปตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง กล่าวคือ**การบริการเป็นแบบ Passive massage and exercise เป็นหลัก** ร่วมกับการสอนผู้ดูแลให้เป็นคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเสมือนว่าผู้ป่วยได้เพียง Palliative or Supportive care ซึ่งเป็นแบบที่หนักแรงผู้ดูแลด้วย เพราะอาจไม่เน้นให้ผู้ป่วยฝึกช่วยตัวเอง (จากจำนวน 9 ราย มีถึง 8 รายไม่ได้รับการฟื้นฟูเลย) ซึ่งนี่ก็คือการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่เข้าไม่ถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง อันเป็นภาพหลอกตาว่าเข้าถึงบริการฟื้นฟูแล้ว ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อการไม่ได้รับการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพค่อนข้างมาก และในระยะยาวความเสี่ยงก็จะยิ่งขยายตัวไปสู่ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่า การมีนักกายภาพบำบัด จะช่วยให้คุณภาพบริการฟื้นฟูดีกว่าไม่มี เพราะการวางแผนให้บริการฟื้นฟูต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลลัพธ์การให้บริการจะมีความเป็นไปได้มากขึ้น แต่จะห่างไกลจากมาตรฐานสากลแค่ไหน จุดนี้ยังมีโอกาสให้พัฒนาต่อไปได้อีกมาก การไม่มีนักกายภาพบำบัดเป็นปัญหาที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระหนักเป็นอย่างดี ทั้งนี้ได้มีการเปิดรับสมัครนักกายภาพบำบัด แต่ก็ไม่มีคนมาสมัคร เหตุผลเรื่องพื้นที่ห่างไกลอาจไม่ใช่ปัญหาหลัก การมีกรอบตำแหน่งที่ชัดเจน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการสร้างระบบที่มีบริบทเอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการมีทีมบุคลากรที่เข้าใจเรื่องการฟื้นฟูและทำงานร่วมกัน น่าจะเป็นประเด็นสำคัญในการจูงใจเช่นกัน การคิดแก้ปัญหาที่ต้องการการคิดและจัดการที่เป็นระบบ ซึ่งต้องมากกว่าระดับโรงพยาบาล แต่เป็นในระดับนโยบายทั้งระดับจังหวัดและประเทศด้วยซ้ำไป

ภาพที่ชัดเจนของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เห็นได้ในกรณี **โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์** ซึ่งมีการยกระดับขึ้นมา ชัดเจนกว่าทุกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ นั่นคือทีมให้บริการที่บ้าน หรือ Home Health Care จะผสมผสานระหว่างนักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทีมมีการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะบริการบางอย่าง ให้สามารถทำแทนกันได้ เช่น พยาบาลสามารถประเมิน ADLs ได้ นักกายภาพสามารถประเมินสภาวะผู้ป่วยทางกายได้ จุดสำคัญที่ทำให้เกิดการผสมผสานบุคลากรเป็นทีมให้บริการที่บ้านได้เป็นอย่างดี คือ การมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม สนับสนุนการพัฒนาความรู้ตามแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวให้แก่ทีม โดยไม่จำกัดที่พยาบาล แต่รวมถึงนักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นการทำงานโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การทำงานมีลักษณะเป็นทีมโดยมีแพทย์เป็นผู้นำ มีการให้คำปรึกษาประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ตั้งเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านภาวะวิกฤตและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นไปอย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

เมื่อทีมนักกายภาพบำบัดมีความเข้าใจแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ช่วยทำให้ทีมมีมุมมองและเข้าใจถึงปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยได้กว้างขึ้น ทุกคนตระหนักว่าผู้ป่วยผู้พิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้เป็นเพียงส่วนน้อย และคนที่มาถึงโรงพยาบาลได้เป็นคนที่พิการไม่มาก คนที่พิการมากและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู คือคนที่อยู่ที่บ้าน ดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทั้งเป็นผู้พิการและสูงอายุด้วย จึงมีโอกาสน้อยมากที่จะเข้าถึงบริการฟื้นฟู ในรูปแบบการตั้งรับที่โรงพยาบาล เมื่อผนวกกับ

ข้อมูลที่ว่าบริการฟื้นฟูผู้ป่วยเหล่านี้มีช่วงเวลาทอง (Golden period) สั้นๆในสามเดือนแรก การรุดออกไปให้บริการที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่ทีมงานเห็นว่าจำเป็นต้องทำอย่างยิ่ง

ข้อมูลที่ทีมโรงพยาบาลเคยสำรวจคนพิการในพื้นที่ในปี 2550 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความพิการที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่า 1,000 คน ข้อมูลนี้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลต้องทำอะไรบางอย่างเพื่อรุดออกไป ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด คือ มีทีมออกไปให้บริการที่บ้าน เป็นการขยับจาก “community based rehabilitation” มาเป็น “family based rehabilitation” ทำให้กรอบคิดการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation medicine) ผสมผสานกับแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ที่ใช้เป็นธงนำ การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจึงเคลื่อนมาอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจได้ ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดีมาก ได้จ้างนักกายภาพบำบัดเข้ามาทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับทีมเวชศาสตร์ครอบครัวถึง 7 คน และจัดระบบให้นักกายภาพบำบัดแต่ละคน มีบทบาทภาระงานที่ชัดเจนเต็มเวลา ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกจัดสรรเข้าทีมทำงานแบบฟื้นฟูที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ โดยแบ่งจำนวนนักกายภาพทำงานบริการในคลินิกในโรงพยาบาลเพียงประมาณ 2-3 คนเท่านั้น

การออกไปประเมินความต้องการบริการฟื้นฟูที่บ้านผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความเข้าใจในปัญหาความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เพราะเป็นการประเมินในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ในชุมชน ได้รู้จักและร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จนทีมกายภาพกล่าวยอมรับว่า อะไรหลายอย่างที่เราเรียนรู้จากมหาวิทยาลัยต้องปรับและประยุกต์อีกมากมาย เพราะพื้นฐานการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา คือ การตั้งรับเฉพาะวิชาชีพเพื่อให้บริการในโรงพยาบาลอย่างเดียว

การออกไปให้บริการที่บ้านของทีม จะออกสัปดาห์ละครั้ง/ ราย ซึ่งรวมวันเสาร์และอาทิตย์ด้วย ทั้งนี้ในช่วงแรกเจ้าหน้าที่เข้าใจว่าเป็นการออกไปให้บริการที่บ้าน แต่ในข้อเท็จจริงคือเวลาส่วนใหญ่ที่บ้านนั้นผู้ป่วยอยู่กับญาติ ดังนั้น แนวคิดหลักในการออกไปให้บริการ คือการออกไปเสริมพลังผู้ดูแลที่บ้านด้วยการสอนญาติในการสนับสนุนและช่วยในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ และในการออกไปให้บริการบางครั้งจะมีจิตอาสาชุมชน คนพิการจิตอาสา เจ้าหน้าที่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาร่วมด้วย หากเห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านสังคมหรือสวัสดิการอื่น ก็จะมีโอกาสได้ประสานให้การช่วยเหลือได้เลย และทุกครั้งที่มีการทบทวนความก้าวหน้าในการฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล รวมทั้งอาจมีการปรับวิธีการดูแลตามความเหมาะสม จะเห็นได้ว่ากรอบกระบวนการทัศน์การจัดบริการที่พร.กฤษณารายณ์ มีความชัดเจนกว่าที่อื่นๆ ในแง่การประเมินความต้องการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ที่หมายถึงว่าได้รวมการมองหากำลังใจและความยากลำบากหรือข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันภายใต้บริบทชีวิตจริงด้วย จึงสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ การจัดบริการพยายามลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการ และมีการติดตามไปจนเห็นผลสัมฤทธิ์ที่สามารถแสดงให้เห็นจริงร่วมกันได้ การปรับทัศนคติผ่านกระบวนการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาความต้องการด้านสุขภาพมากขึ้น ความสัมพันธ์ การสื่อสารการทำงานในทีมสหวิชาชีพ มีคุณภาพ

มากขึ้น และทีมงานก็มีความมั่นใจ ซึ่งจำเป็นมากสำหรับงานบริการภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน ที่ต้องการความยืดหยุ่นของ การประเมิน และการออกแบบบริการเฉพาะบุคคล เช่นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางนี้ และนี่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญมากกว่าการออกแบบและบังคับให้ปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างใดๆ

รูปแบบการพัฒนาบุคลากรในระหว่างปฏิบัติงาน คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสุนทรียสนทนา มีการนำกรณีผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ซึ่งถือเป็นความสำเร็จมาแล้วและแลกเปลี่ยนกัน แบ่งเป็นสามระดับ คือ 1) ระดับสถานีนามัย 2) ระดับทีมงาน Home Health Care 3) ระดับคปสอ. มีการใช้ภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวการแสดงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งสภาพบ้านที่เป็นอุปสรรค รวมทั้งการปรับประยุกต์ให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตในบ้าน พื้นฟูที่บ้านมากขึ้น มาเป็นสื่อในการเรียนรู้ประสบการณ์ของกันและกัน เช่น ภาพก่อนและหลังของผู้ป่วยที่แสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์ของการฟื้นฟู ภาพสีหน้าผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูที่แสดงถึงสภาพจิตใจที่ได้รับการฟื้นฟูไปพร้อมกันด้วย นอกจากนั้นอาจเป็นภาพยาที่ผู้ป่วยกิน อุปกรณ์ที่ใช้เพื่อนำมาประกอบการปรึกษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้มาร่วมทีมด้วย ทีมยังมีการเก็บข้อมูลภาพที่แชร์ร่วมกับสถานีนามัย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยนำมาใช้เรียนรู้ซ้ำ รูปแบบการพัฒนาเพื่อเรียนรู้ดังกล่าว ทีมงานใช้คำว่า “สหกรณ์ความรู้”

กิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้และพัฒนาทีมอีกอย่างหนึ่ง คือ การสร้าง case champion เพื่อนำเสนอให้เกิดความเข้าใจ และเห็นจริงเห็นจังในการฟื้นฟูให้ได้ประสิทธิผล ซึ่งเป็นกรณีที่สร้างพลังสะท้อนใจได้มากๆ และยังสามารถใช้กรณีเหล่านี้ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในชุมชน เพื่อให้เกิดความศรัทธาต่อทีมและโรงพยาบาล จนเข้ามาให้ความร่วมมือกัน จนกลายมาเป็นรางวัลด้านจิตใจที่ทำให้ทีมมีพลังพัฒนางานบริการต่อไปอีก

จากจุดเด่นที่พบในการจัดการระบบบริการสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระบบนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจังหวัด เช่น การตั้งศูนย์ส่งต่อที่มีบุคลากรเฉพาะขึ้นจัดการเรื่องนี้อย่างจริงจัง การนำ Technology computer เข้ามาช่วยในการจัดการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญข้ามหน่วยบริการ การมีต้นแบบโรงพยาบาลชุมชนที่ทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางเชิงรุก แบบ Family-based rehabilitation ที่สามารถเป็นศูนย์การเรียนรู้ให้กับที่อื่นได้ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด พยาบาล และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ว่าจะสาขาใด นอกจากนั้นยังมีต้นแบบการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยร่วมในการดูแลสุขภาพผู้พิการ และอีกหลายโรงพยาบาลที่เริ่มมีนักกายภาพเข้ามาทำงานฟื้นฟู เช่น รพ.กมลาไสย หรือกำลังประกาศรับสมัคร เป็นโอกาสที่ดีในการที่จะพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางอย่างเป็นระบบ แม้ว่าในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่นี่จะยังไม่มีหน่วยใด ประกาศตัวอย่างชัดเจนที่จะเข้าร่วมเป็นแกนการพัฒนาระบบ แต่ก็สามารถเริ่มได้ในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ใช้เรื่องระบบสื่อสารข้อมูลการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในการรักษาภาวะวิกฤตของโรคกับการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการระยะกลาง เป็นประเด็นร่วมในการพัฒนาระบบ

อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดอ่อนอื่นที่เป็นโอกาสการพัฒนาอยู่บ้าง เช่น ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่แม้จะมีความตั้งใจอย่างมากและทำงานหนักมาตลอด แต่ทีมงานขนาดเล็กที่มีเพียงนักกายภาพบำบัด 5 คน ไม่เพียงพอในการทำหน้าที่ ควรมีการเพิ่มทั้งปริมาณนักกายภาพบำบัด และเพิ่มวิชาชีพอื่นในทีม เช่น นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้สามารถช่วยกันคิดและพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความสามารถ หรือแนวทางการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เพื่อสามารถประกันคุณภาพ และควบคุมหรือลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ เช่น ความเสี่ยงการเข้าไม่ถึงบริการ หรือได้รับการบริการไม่เพียงพอ ได้รับการไม่มีประสิทธิผล มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น การมีเครือข่ายพัฒนาระบบ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สม่ำเสมอ จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่จูงใจให้มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาทำงานในจังหวัดกาฬสินธุ์มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสังกัดที่โรงพยาบาลใดก็ตาม ต้องทำให้รู้สึกว่าเขาเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางร่วมกันให้ได้

4.3 กรณีศึกษาจังหวัดเลย

จังหวัดเลยมีประชากรประมาณ 600,000 คน แบ่งเป็น 14 อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดเลยมีขนาด 325 เตียง ยังมีนักกายภาพบำบัดไม่ครบทุกอำเภอ อย่างไรก็ตามในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มขึ้นของนักกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดมีทีมเวชกรรมฟื้นฟูที่ครบถ้วน (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่งานอาชีพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู 4 คน ช่างกายอุปกรณ์ 1 คน และคนงานอีก 3 คน) แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาลจังหวัดเลยให้บริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งโรงพยาบาลก็มีข้อมูลปี 2550-2551 ที่ชี้ว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤตของโรคแล้ว ไม่สามารถเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ทั้งนี้เพิ่งเริ่มทำงานฟื้นฟูในชุมชน หรือที่บ้านในปี 2552 นี้เอง และเนื่องจากยังเป็นลักษณะการไปเยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือ มากกว่าเป็นการไปให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่มีเป้าหมาย

การเชื่อมต่อการดูแลรักษาภาวะวิกฤตของโรคแบบผู้ป่วยใน กับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เริ่มเมื่อผู้ป่วยอาการดีแล้วก่อนที่จะให้กลับบ้าน โดยแพทย์ผู้ดูแลจะส่งปรึกษาเพื่อรับการฟื้นฟูด้วยวิธีกายภาพบำบัด พยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ จะเป็นคนประสานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รวมทั้งทำการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ให้กับงาน Home health care ฝ่ายเวชกรรมสังคม หรือส่งต่อให้ สอ./รพช.ใกล้บ้าน (ในกรณีอยู่ต่างอำเภอ) ซึ่งก็เป็นระบบที่เหมือนกับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่างกันเพียง ที่นี้ไม่ได้มีนวัตกรรมอะไรเป็นพิเศษ ไม่มีการตั้งศูนย์ส่งต่อ ยังไม่มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อข้ามสถานพยาบาล จึงทำให้ดูเหมือนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพค่อนข้างแยกส่วนออกมา ไม่บูรณาการหรือเชื่อมต่ออยู่ในระบบบริการรักษาโรคและภาวะวิกฤต แต่ก็ไม่ได้แยกออกมาเป็นหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบที่มีเป้าหมายชัดเจนเป็นของตัวเอง และไม่มีการบันทึก

ข้อมูลที่ชัดเจน ที่จะสามารถแสดงถึงการประเมินปัญหาความต้องการด้านการฟื้นฟู การตั้งเป้าหมาย และการติดตามประเมินผลลัพธ์ อีกทั้งที่ผ่านมาผู้ป่วยก็ไม่สามารถอยู่ฟื้นฟูในโรงพยาบาลได้นาน เมื่อกลับบ้านแล้วโอกาสที่จะได้กลับมาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกก็น้อย

จึงอาจกล่าวได้ว่า การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยที่ยังน่าเป็นปัญหาอยู่ แม้เมื่อเริ่มจัดบริการฟื้นฟูเชิงรุกโดยไปทำที่บ้าน ก็ยังไม่สามารถแสดงระบบข้อมูลและการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้ ภาพสถานการณ์การจัดการบริการเช่นนี้ ดูเหมือนเกิดขึ้น เพราะการมีแรงจูงใจด้านงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มากกว่าที่จะเกิดจากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังที่เห็นแบบแผนการพัฒนา ที่คล้ายคลึงกันของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หรือแม้แต่ที่โรงพยาบาลยพราชดำเนินชัยในจังหวัดเลยเอง ก็มีแบบแผนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นระบบกว่าโรงพยาบาลจังหวัด กล่าวคือ มีขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลเสริมพลัง การดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลจังหวัดเน้นที่เทคนิคบริการฟื้นฟูเฉพาะด้าน มากกว่าการพัฒนาระบบฯให้สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม

สำหรับในโรงพยาบาลชุมชน มีนวัตกรรมบริการฟื้นฟูจากการพัฒนามาต่อเนื่องยาวนานที่โรงพยาบาลยพราชดำเนินชัย (ดูแลประชากรประมาณ 80,000 คน) ซึ่งปัจจัยที่เริ่มอยู่ที่ความตั้งใจพัฒนาระบบคุณภาพบริการ และเป็นโอกาสที่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่สนใจทั้งงานเวชปฏิบัติครอบครัวและงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้อำนวยการ อีกทั้งยังอยู่ประจำมานานกว่า 20 ปีแล้ว นักกายภาพบำบัดคนแรกที่มาทำงานก็อยู่นานกว่าสิบปี และเข้าใจแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำงานพัฒนาระบบบริการมาอย่างต่อเนื่อง จึงมีดีกเวชกรรมฟื้นฟู มีการจัดคลินิกฟื้นฟูเด็กพิการที่เรียกว่า คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ มีการตั้งหน่วยบริการทำขาเทียม มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีกองทุนดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ที่รวมถึงการปรับสภาพบ้านเรือน การเสริมการจัดการเพื่อให้มีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การพัฒนาอาชีพเพื่อการเลี้ยงตัวเอง นั่นคือเน้นการมีโอกาสด้านสังคม และการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี โดยร่วมมือกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน ไม่ใช้การติดตามดูแลระยะยาวแบบ Palliative care และก็ไม่ใช้การสงเคราะห์ช่วยเหลือเฉพาะหน้า

ขณะนี้โรงพยาบาลดำเนินชัยเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้วย แต่ส่วนใหญ่เป็นคนนอกจังหวัดเลยมากกว่า คือเป็นที่ฝึกงานนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และกายภาพบำบัด ไม่เห็นการใช้ประโยชน์แบบการมาดูงานหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคลากรฟื้นฟูจากโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกันเท่าไร ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะไปรักษาช่วงภาวะวิกฤตแบบผู้ป่วยในที่รพ.เลยก่อน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านทางรพ.เลยจะส่งกลับมาดูแลต่อที่รพ.ดำเนินชัย ซึ่งก็จะเริ่มแบบผู้ป่วยในก่อน เมื่อกลับบ้านได้แล้วจึงตามไปดูแลต่อที่บ้าน โดยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ซึ่งถือเป็นการฟื้นฟู

สมรรถภาพระยะกลางที่ชัดเจน โดยมีการจัดทำแนวทางการทำแผนดูแลผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดแนวทางข้อบ่งชี้ โรค /กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาความต้องการการดูแลสุขภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับการวางแผนความถี่การให้บริการ ถ้ามีความต้องการมาก จะให้บริการ เฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ถ้าไม่มีปัญหามาก จะเป็น 2 สัปดาห์ต่อครั้ง
2. ประเมินความจำเป็น ประเมินปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการจำหน่าย (grand round) ประกอบด้วย หัวหน้าทีม Home Health Care งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล ward และนักกายภาพบำบัด (ทำหน้าที่ดูแลข้อมูลผู้ป่วยด้วย)
3. มีการประเมินผู้ป่วย ใช้ Barthel index โดยเริ่มประเมินตั้งแต่รับคนไข้
4. การมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล วิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีทีม PCT ที่เป็นสหวิชาชีพ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญๆ ช่วยกันคิด/ทำกันทั้งทีม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย/ตนเอง บางกรณีมี อสม.มาช่วยให้การดูแลด้วย
5. ก่อนการจำหน่าย จะมีการประเมินความสามารถและความต้องการด้านสุขภาพ
6. ปฏิบัติตามแผน เชื่อมโยงการดูแล ใช้หลักการเสริมพลัง การเยี่ยมบ้าน มีการประเมิน ADL เข้าการเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ไปพร้อมกันทั้งทีม ในการเยี่ยมครั้งแรก จะมีพยาบาล นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ไปก่อน มีการถ่ายรูปและนำข้อมูลมาหารือกันว่าต้องการดูแลเพิ่มเติมอะไร
7. วิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงการดูแล และประเมินผลซ้ำ

ในขณะที่ โรงพยาบาลภูกระดึง ซึ่งดูแลประชากรอำเภอหนองหินด้วย โดยที่สถานีอนามัยหนองหินก็จะไปเปิดพื้นที่เป็นหน่วยบริการฟื้นฟูที่สถานีอนามัยหนองหินแต่ทำเชิงรุก คือ ให้บริการฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ จากปัญหาสภาพพื้นที่และความยากลำบากในการเดินทางของผู้ป่วย โดยมีทีมงานฟื้นฟูเป็นนักกายภาพบำบัด 4 คน และผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 1 คน เนื่องจากที่นี่จะไม่เน้นงานบริการคลินิกในโรงพยาบาลมากนัก สถานที่จึงเป็นเพียงห้องเล็กๆที่ไม่ต้องการครุภัณฑ์อะไรมากมาย การให้บริการเน้นการบริการฝึกโดยนักกายภาพบำบัดเป็นสำคัญ

การลงให้บริการต่อเนื่องระยะกลางในชุมชน ดำเนินการโดยทีมงานสามลักษณะ คือ ทีมพยาบาล ซึ่งเน้นการให้การดูแลต่อเนื่องด้านการรักษาพยาบาล ทีมนักกายภาพบำบัดเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และทีมสหวิชาชีพจะเป็นทีมใหญ่ที่มีแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพ พยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการไปให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าซ้อน ที่ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือทีมนักกายภาพบำบัดปรึกษามา

ทีมนักกายภาพบำบัดที่ออกให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ได้พัฒนาการจัดการมาพอสมควร โดยถือหลักแบ่งทีมประจำคลินิก 2 คน และลงบริการในพื้นที่ 2 คน แยกกันดูแลผู้ป่วยตามพื้นที่ ในระยะแรกจะใช้รถโรงพยาบาลเป็นพาหนะลงพื้นที่ ทำให้มีปัญหาให้บริการไม่ได้ตามแผน เพราะบางครั้งคิวขอใช้รถซ้อนกับงานอื่น อีกทั้งนักกายภาพบำบัดที่ลงพื้นที่ต้องทำงานคนเดียว ไม่สามารถปรึกษาหารือกันได้ ผู้อำนวยการจึงเปลี่ยนนโยบายให้ใช้รถส่วนตัว โดยโรงพยาบาลสนับสนุนค่าน้ำมันรถ และทีมลงพื้นที่ก็รวมเป็นทีมเดียวลงพื้นที่พร้อมกัน ซึ่งก็ยังมีปัญหาเรื่องภาระที่ต้องขับรถเอง และทั้งต้องให้บริการด้วยซึ่งบางครั้งภาระงานของสองคนที่ลงพื้นที่เดียวกันไม่สมดุล จึงปรับเป็นแบบทีมคลินิก 2 คน และทีมพื้นที่ 2 คน แต่ 1 คนทำหน้าที่ให้บริการกายภาพบำบัดเป็นหลัก ส่วนอีกคนทำหน้าที่เป็นคนขับรถและเป็นผู้ช่วยให้เพื่อนนักกายภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการฟื้นฟู หมุนเวียนกันเช่นนี้ทุกสัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพค่อนข้างแยกส่วนจากบริการอื่น และในรูปแบบการจัดการล่าสุดที่ใช้อยู่ ทำให้สูญเสียกำลังคนนักกายภาพไปทำหน้าที่คนขับรถ สัปดาห์ละ 1 คน ซึ่งอาจไม่คุ้มในกรณีที่นักกายภาพบำบัดยังขาดแคลนอยู่

การออกไปทำการฟื้นฟูที่บ้าน จะมีเครื่องมือลงพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ สมุดรายชื่อและข้อมูลผู้ป่วย อุปกรณ์สุขภาพทั่วไปเช่นเครื่องวัดความดัน อุปกรณ์ช่วยพยุง อุปกรณ์ออกกำลังกาย และมีการติดเอกสารรับรองความพิการออกไปด้วย เวลาที่ให้บริการจะแตกต่างกันไปตามสภาพผู้ป่วยและความต้องการการฟื้นฟู ตั้งแต่ 15 นาทีสำหรับกรณีที่เป็นการไปเยี่ยมทุกข์สุขทั่วไป จนถึงหนึ่งชั่วโมงในรายที่ต้องฝึกความสามารถในการเคลื่อนที่ เดิน เป็นต้น แบ่งเส้นทางการลงให้บริการที่บ้านเป็น 15 เส้นทาง แต่ละวันจะลงพื้นที่จะให้บริการผู้ป่วยประมาณ 15 - 20 คน กรณีผู้ป่วยที่ไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดเลย เมื่อกลับมาบ้านจะมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลภูกระดึงไปพบก่อน หากมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูจึงส่งมาให้ทีมนักกายภาพบำบัด

ส่วนอีกสองโรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลวังสะพุง ซึ่งมีขนาดใหญ่รองจากโรงพยาบาลจังหวัด ในตอนแรกเน้นการบริการในคลินิก ซึ่งกรณีฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนใหญ่ก็จะเป็นผู้ป่วยใน ต่อมาพบปัญหาว่าเมื่อผู้ป่วยต้องกลับบ้านแล้ว ก็ไม่สามารถกลับมาฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกได้ จึงเริ่มลงให้บริการฟื้นฟูที่บ้าน โดยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพของฝ่ายเวชกรรมสังคม และโรงพยาบาลเอราวัณซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนน้องใหม่ แต่ก็มีนักกายภาพแล้วถึงสองคน จัดบริการทั้งคลินิกในโรงพยาบาล (ประมาณ 3-5 คน/วัน) และฟื้นฟูที่บ้าน (ประมาณ 8-10 คน/วัน) โดยการให้บริการฟื้นฟูที่บ้านจะลงร่วมกับ PCU ในเขตที่ตั้งโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 วัน นอกเขตสัปดาห์ละ 3 วัน

จะเห็นว่าในภาพรวมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของจังหวัดเลย มีความพร้อมทางด้านบุคลากร และการให้บริการตามระบบพื้นฐานอยู่ครบถ้วน อีกทั้งยังมีนวัตกรรมบริการฟื้นฟูที่ค่อนข้างครบวงจรการให้การดูแลจนถึงเป้าหมายการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมๆได้ ที่รพร.ด่านซ้าย ส่วนที่อื่นยังอาจไปไม่ถึงผลลัพธ์ในระดับเดียวกัน ส่วนระบบข้อมูลและการเชื่อมต่อของระบบ ยังไม่มีกลไกคุณภาพที่ชัดเจน ที่จะประกันได้ว่าผู้ป่วยจะไม่หลุดออกจากระบบบริการสุขภาพไป ก่อนที่เขาจะได้รับการดูแลที่ตอบสนองทุก

ปัญหาที่มีอยู่อย่างมีคุณภาพ ภาพการประสานการพัฒนาระบบเป็นเครือข่ายก็ยังไม่ชัดเจนนัก ยกเว้นเรื่อง การทำให้มีนโยบายกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีนักกายภาพบำบัด

เนื่องจากจังหวัดเลย มีความพร้อมด้านบุคลากร และมีโรงพยาบาลด่านซ้าย ที่เป็นศูนย์การเรียนรู้ ที่พัฒนาอย่างเป็นระบบมานานพอสมควร ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการและระบบส่งต่อแบบทั้ง จังหวัด ในรูปเครือข่ายระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็นประเด็นท้าทายอย่างยิ่ง ในความท้าทายนี้รอ เพียงว่าใครจะเป็นผู้นำเท่านั้น

4.4 สรุปการจัดบริการฟื้นฟูระยะกลางในพื้นที่ศึกษา

เป้าหมายการจัดบริการผู้ป่วยใน นอกจากต้องการให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติแล้ว ยังต้องมีเป้าหมาย อีกระดับ คือ ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจกลับมาให้ได้เร็วและมากที่สุด ประโยชน์จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระพึ่งพิงต่อสมาชิกในครอบครัว ในส่วนโรงพยาบาลเอง ก็สามารถลดจำนวน วันนอนโดยไม่จำเป็น เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ในโรงพยาบาล ผ่านระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ช่วย กรุยทางด้านความคิดและแนวทางการปฏิบัติให้กับทีมบริการทางการแพทย์ เพื่อให้มีการบูรณาการกัน ระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ได้มากขึ้น โรงพยาบาลที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ มีวิธีพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลดังกล่าว รูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่เห็นชัดเจน คือ การมีทีมจัดการผู้ป่วย (patient care team) เป็นทีมเชื่อมประสาน การเดินทางของผู้ป่วยและข้อมูลในโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งการประสานกับฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือทีม ให้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล เพื่อขอคำปรึกษา และให้บริการฟื้นฟูในช่วงที่ผู้ป่วยนอนใน โรงพยาบาล ในโรงพยาบาลจังหวัด นอกจากมี patient care team แล้วยังมีกิจกรรม Team meeting และมี ระบบ case manager เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มี care map & care plan & discharge plan guideline โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดสมอง โรคฮิโมฟีเลีย โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ช่องว่างที่ต้องพัฒนาต่อไป อีก คือ การจัดบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการผู้ป่วย ที่มีอยู่ให้เพียงพอและมี คุณภาพ แต่ละโรงพยาบาลไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีเอกสารแสดงมาตรฐานการปฏิบัติงานว่าผู้ป่วยกลุ่มไหน ประเภทใดที่ต้องได้รับการประเมิน คำปรึกษา และบริการฟื้นฟู (inclusion criteria)

ก่อนและหลังการจำหน่ายผู้ป่วย...บทบาททีมบุคลากรในโรงพยาบาล

เป้าหมายสำคัญคือการประสานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการระยะกลางต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ไม่ล่าช้า หน่วยบริการปลายทางที่จะบริหารจัดการ หรือดูแลต่อต้องรับทราบ ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัว ผู้ดูแลเข้าใจและให้การดูแลขั้นพื้นฐาน อีกทั้งรู้ว่าจะต้องไปรับบริการที่ใดต่อ

โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างศึกษา จัดเตรียมการส่งต่อเพื่อให้มีความต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการ ระยะกลาง โดยมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (home health care (HHC)) อย่างไรก็ตามแนวคิดและรูปแบบการ ให้บริการยังเน้นการจัดการกับภาวะวิกฤติและโรค มากกว่าที่เป็นแบบ empowerment approach ต่อตัว คนไข้ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีอิสระ และการมีส่วนร่วม กับกิจกรรมในสังคม อย่างน้อยที่สุดการที่ผู้ป่วยมีสมรรถนะการดำรงชีวิตอิสระได้มากขึ้น จะช่วยลดการ กลับเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ต้องกลับเข้าไปนอนในโรงพยาบาลอีกครั้ง ลดความเสี่ยงต่อคนไข้ ลดการสิ้นเปลือง ทรัพยากรของระบบ

รูปแบบการกำหนดแผนให้บริการฟื้นฟูต่อเนื่องของทีมฟื้นฟูในโรงพยาบาล ถ้าเป็นโรงพยาบาล จังหวัด หากผู้ป่วยอยู่ในภูมิลำเนาอำเภอเมืองในเขตเทศบาลเมือง จะนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูเป็นบริการ ผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ จะมีทีมบริการฟื้นฟูออกไปให้บริการที่บ้าน เน้นกระตุ้นการสนทนาและผู้ดูแลซ้ำอีกครั้ง หลังจากที่เคยสนทนาแล้วขณะนอนในโรงพยาบาล รูปแบบ ดังกล่าวคล้ายกันกับโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล

การกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ผู้ป่วยภายใต้กรอบเวลา และการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตาม มาตรฐานที่ควรจะเป็นยังเป็นจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาต่อไปอีก เพราะเป็นต้นธารที่ช่วยยกระดับความเข้าใจและ คุณค่าบริการฟื้นฟูที่เป็นบริการต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่จัดให้มีบริการเกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลต้องส่งผ่านไปยังหน่วย บริการปลายทาง เกิดการแชร์ข้อมูล สร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ โดยข้อมูลต้องผูกไปพร้อม กันข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่ได้แยกออกจากกัน

การจัดระบบบริการ...ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

เป้าหมายการจัดบริการในช่วงนี้ คือ ผู้ป่วยต้องเข้าถึงบริการระยะกลางที่มีคุณภาพได้รวดเร็ว ไม่ ล่าช้า เพื่อใช้โอกาสที่ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วง golden period ทีมให้บริการฟื้นฟูในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมี ความเข้าใจชัดเจนว่าบริการฟื้นฟูระยะกลางมีเป้าหมายผลลัพธ์และช่วงเวลานี้คือ golden period ของการ ให้บริการฟื้นฟู

ทีมพยาบาล home health care ที่ทำงานร่วมทีมกายภาพบำบัด ก็เข้าใจในประเด็นดังกล่าว แต่ ในทางปฏิบัติ ยังมีความยืดหยุ่นและผ่อนปรนต่อเป้าหมายผลลัพธ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้อง รับผิดชอบทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและในชุมชนมีมากขึ้น ซึ่งรวมทั้งกลุ่มคนพิการที่ต้องการบริการฟื้นฟูที่เป็น บริการระยะยาว ที่เน้นการรักษาระดับสมรรถภาพและป้องกันปัญหาความพิการที่จะเป็นมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการบริการฟื้นฟูระยะกลาง ยังคงเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ priority ลำดับ ต้น และต้องการบริการที่มีความเข้มข้นทั้งปริมาณและคุณภาพกว่าที่เป็นอยู่ การกำหนดให้ผู้ป่วยที่เพิ่ง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับบริการที่ดีที่สุด คือ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจจะน้อยเกินไปในบางราย

ประเด็นเหล่านี้ทั้งหมด เกี่ยวพันกับความจำเป็นที่ต้องพัฒนาแนวทางการให้บริการฟื้นฟูระยะกลางขึ้นมาที่เป็นมาตรฐานและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติให้ได้มากที่สุด พร้อมทั้งปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเป็นระยะๆ เพื่อความเหมาะสม

แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่ทำให้เกิด patient care team และ home health care และการใช้แนวคิดและการปฏิบัติการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว กลายเป็น platform สำคัญที่สนับสนุนการพัฒนาระบบงานภายในและเชื่อมต่อกับหน่วย/บุคลากรที่ประจำอยู่ใน PCU หรือ สอ ในพื้นที่ทั้งในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ซึ่งปรากฏให้เห็นทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ

โรงพยาบาลกุนนารายณ์ กาศสินธุ์ และโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย มีความเด่นชัดจากการพัฒนาระบบที่ใช้ฐานการพัฒนาทั้งสองส่วนข้างต้น กอปรกับภาวะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุน และช่วยเบีกร่องสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบสุขภาพกับองค์กรในชุมชน ซึ่งปรากฏให้เห็นที่โรงพยาบาลด่านซ้ายอย่างชัดเจน

ขณะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนนารายณ์ มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่สนับสนุนการจัดการความรู้ให้กับทีมงานทั้งทีมฟื้นฟูและทีม home health care และทำเป็นเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในอำเภอ กลายเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ในระดับอำเภอ และน่าจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การให้บริการฟื้นฟูระยะกลางที่ดีกว่าพื้นที่ศึกษาอื่นๆ ในจังหวัดเดียวกันและอีกสองจังหวัด

กรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพบำบัด จะพ่วงในเรื่องการครอบคลุมการให้บริการฟื้นฟูที่มีคุณภาพ ที่จะเทียบเท่าได้กับพื้นที่ที่มีนักกายภาพบำบัด ในทางปฏิบัติจะมีบุคลากรข้างเคียงที่ให้บริการฟื้นฟู เช่น แพทย์แผนไทย หรือหมอนวด แต่ก็ยังห่างไกลจากฐานการให้บริการเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์ผู้ป่วย

ตารางที่ 4.1 สรุปรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจำแนกตามการมีนักกายภาพบำบัดและรายจังหวัด

ตารางที่ 4.1 สรุปรูปแบบการบริการระยะกลางในชุมชนในพื้นที่ศึกษา

เลย	กาฬสินธุ์	นครราชสีมา	ประเด็นความท้าทาย
ในเขตรับผิดชอบ PCU รพ จังหวัด			
© นัดมารับบริการที่ รพ แบบ OPD	© นัดมารับบริการที่ รพ แบบ OPD	© นัดมารับบริการที่ รพ แบบ OPD	© ระบบควบคุมความเสี่ยงอะไรที่ป้องกัน กรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด © การให้บริการที่บ้านเป็นทางหลักหรือทางเลือก © ทีมบริการ (ฟื้นฟู + แพทย์ + พยาบาล) หรือ patient care team ควรร่วมกับทีมบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนพัฒนาแนวทางการจัดบริการระยะกลางร่วมกัน และสนับสนุนให้เกิดการนำไปปฏิบัติ
นอกเขตรับผิดชอบ PCU รพ จังหวัด			
© ทีมฟื้นฟูไปให้บริการที่บ้านและสอน carer ≤ 1 ครั้ง/สัปดาห์ © PCU ให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน © อสม เยี่ยมบ้าน © ทีมพยาบาล รพ ให้คำปรึกษา จนท สอ (PCU) และผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์	© ทีมฟื้นฟูไปให้บริการที่บ้านและสอน carer ≤ 1 ครั้ง/สัปดาห์ © PCU ให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน © อสม เยี่ยมบ้าน © ทีมพยาบาล รพ ให้คำปรึกษา จนท สอ (PCU) และผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์	© ทีมฟื้นฟูไปให้บริการที่บ้านและสอน carer ≤ 1 ครั้ง/สัปดาห์ © รพ เทศบาลเมืองให้บริการฟื้นฟูที่บ้าน (รพ สองหมื่นเตี้ย) © PCU ที่ตำบลปากพูนที่โอนไปอยู่กับ อบต จ้างนักกายภาพบำบัด มีการทำงานกับชุมชน © PCU ให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน © ทีมพยาบาล รพ ให้คำปรึกษา จนท สอ (PCU) และผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์	© ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ทำอย่างไรที่จะขยายการครอบคลุมบริการที่มีคุณภาพ กำกับติดตามประเมินผลลัพธ์ได้ © พัฒนา empowerment techniques ให้ผู้ดูแล ญาติ ให้บริการฟื้นฟูได้มีคุณภาพ © ทำอย่างไรให้มีรูปแบบการปฏิบัติ การร่วมลงทุนด้านทรัพยากรจาก อบจ เทศบาล อบต ในพื้นที่ต่างๆให้มากขึ้น © การพัฒนาให้การจัดบริการการแพทย์และบริการฟื้นฟู ผสมผสาน ผ่านการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย ระบบการสนับสนุนการพัฒนาระบบ และระบบการจัดการความรู้ กลายเป็นเครือข่ายจัดบริการระยะกลางในระดับอำเภอ

เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	ประเด็นความท้าทาย
ในเขตรับผิดชอบ PCU รพช. ที่มีนักกายภาพ			
© คนไข้ถูกส่งต่อมาจาก รพจ หรือ เป็นคนไข้ในของ รพ เองที่ส่งต่อให้ทีม HHC กับ ทีมฟื้นฟูวางแผนจัดบริการฟื้นฟูและบริการระยะกลางอื่นๆต่อไป © อสม และ จนท สอ ช่วยค้นหาผู้ป่วยเป็นระยะในพื้นที่ เป็นทางเลือก safety net © ผสมผสานทีม HHC กับ ทีมบริการฟื้นฟูวางแผนการจัดบริการ © ทีมบริการฟื้นฟูเน้นให้บริการครอบคลุมเป็นหลัก ควรเน้นเป้าหมายผลลัพธ์ให้มากขึ้น พร้อมกับการเรียนรู้และปรับปรุงรูปแบบการทำงานผ่านการใช้ข้อมูลที่สะท้อนผลลัพธ์	© คนไข้ถูกส่งต่อมาจาก รพจ หรือ เป็นคนไข้ในของ รพ เองที่ส่งต่อให้ทีม HHC กับ ทีมฟื้นฟูวางแผนจัดบริการฟื้นฟูและบริการระยะกลางอื่นๆต่อไป © อสม และ จนท สอ ช่วยค้นหาผู้ป่วยเป็นระยะในพื้นที่ เป็นทางเลือก safety net © ผสมผสานทีม HHC กับ ทีมบริการฟื้นฟูวางแผนการจัดบริการ © รพ กุฉินารายณ์ เน้นเรื่องการจัดกรความรู้ระหว่างทีมฟื้นฟูกับทีมพยาบาล โดยทำทั้งอำเภอ เรียนรู้ร่วมกับ สอ โดยใช้ฐานเวชปฏิบัติ ครอบครัว มีการใช้ภาพถ่ายและ clip แสดงผลการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ คนไข้ นำมาใช้เรียนรู้ และนำมาประชาสัมพันธ์แก่ชุมชนในรายที่เป็น case champion เพื่อสร้างการตระหนักถึงคุณค่า	© คนไข้ถูกส่งต่อมาจาก รพจ หรือ เป็นคนไข้ในของ รพ เองที่ส่งต่อให้ทีม HHC กับ ทีมฟื้นฟูวางแผนจัดบริการฟื้นฟูและบริการระยะกลางอื่นๆต่อไป © อสม และ จนท สอ ช่วยค้นหาผู้ป่วยเป็นระยะในพื้นที่ เป็นทางเลือก safety net © ผสมผสานทีม HHC กับ ทีมบริการฟื้นฟูวางแผนการจัดบริการ © ทีมบริการฟื้นฟูเน้นให้บริการครอบคลุมเป็นหลัก ควรเน้นเป้าหมายผลลัพธ์มากขึ้น พร้อมกับการเรียนรู้และปรับปรุงรูปแบบการทำงานผ่านการใช้ข้อมูลที่สะท้อนผลลัพธ์	© ทำอย่างไรให้การส่งต่อควบคุมความเสี่ยงที่จะเกิดโอกาสที่คนไข้ไม่ไปรับบริการต่อเนื่อง การใช้ อสม / จนท สอ อาจมี delay การเข้าถึงบริการระยะกลางที่ทันการณ์ © พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางทั้งจังหวัด โดยต่อยอดจาก application เดิมที่มี และให้เชื่อมต่อกัน สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นได้ตลอดทางของสายโซ่การให้บริการ © ทั้งสามจังหวัดเด่นชัดเรื่องการใช้บริการปฐมภูมิเป็นฐานต่อยอดการพัฒนาบริการฟื้นฟูในชุมชน ควรนำไปใช้ขยายผลการปฏิบัติในอีกหลายพื้นที่ © ควรขยายไปสู่การให้บริการเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์ผู้ป่วยมากขึ้น กำหนดเป้าหมายผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะกลาง กำหนด time frame และแนวทางการปฏิบัติ พร้อมทั้งทำให้ได้จริง แล้วใช้ข้อมูลย้อนกลับมาเรียนรู้และปรับปรุง (ระบบ PDCA) © การมีแพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์ บริการปฐมภูมิ ช่วยนำทีม ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิค ความรู้บริการปฐมภูมิ สนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนเกิดการบูรณาการความรู้ด้านการฟื้นฟูกับการแพทย์เข้าด้วยกัน เป็นหลักการสำคัญของบริการระยะกลาง ดังนั้น การจัดการความรู้ผสมผสานวิชาการทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน ควรเป็น platform สำคัญที่เพิ่มอัตราเร่งการพัฒนาระบบบริการในชุมชน © การขยายระบบต่อไปสำหรับทีมที่บูรณาการกันดีแล้ว คือ การเคลื่อนไปสู่เชื่อมประสานกันทำงานกับ social care ที่เป็น

เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	ประเด็นความท้าทาย
			บริการระยะกลางมากขึ้น การมีนักสังคมสงเคราะห์ในทีม น่าจะช่วยให้ได้ แต่การคิดและปฏิบัติต้องไม่อิงกระแสการ สงเคราะห์เป็นหลัก
นอกเขตรับผิดชอบ PCU รพช. ที่มีนักกายภาพ			
เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	ประเด็นความท้าทาย
๑ ออกไปให้บริการที่บ้านเท่าที่จะทำได้ กรณีบริการฟื้นฟู ขึ้นกับ need priority ของคนไข้ ถ้าเป็นงานพยาบาล ให้พยาบาลและ จันท สอ ดูแล	๑ ออกไปให้บริการที่บ้านเท่าที่จะทำได้ กรณีบริการฟื้นฟู ขึ้นกับ need priority ของคนไข้ ถ้าเป็นงาน พยาบาล ให้พยาบาลและ จันท สอ ดูแล ๑ พยาบาลและ จันท สอ เป็น เครือข่ายการจัดการความรู้กับทีม โรงพยาบาล มีความเข้าใจบริการ ระยะกลางและบริการฟื้นฟู สามารถ ให้บริการแทนที่ทีมจากรพ	๑ ออกไปให้บริการที่บ้านเท่าที่จะทำได้ กรณีบริการฟื้นฟู ขึ้นกับ need priority ของคนไข้ ถ้าเป็นงานพยาบาล ให้พยาบาลและ จันท สอ ดูแล ๑ ที่ฉวาง มีบริการฟื้นฟูที่วัด น่าจะเป็นบริการระยะยาวมากกว่า ระยะกลาง การให้บริการบน เป้าหมายผลลัพธ์ผู้ป่วยยังไม่มี	๑ การพัฒนาเครือข่ายให้บริการในระดับอำเภอ ผ่านการจัดการความรู้ เรียนรู้จากการใช้ข้อมูล ๑ การพัฒนาบุคลากรทางเลือกที่ช่วยให้บริการฟื้นฟู แต่ต้อง ควบคุมคุณภาพบริการให้อยู่บนเป้าหมายผลลัพธ์
ในและนอกเขตรับผิดชอบ PCU รพช. ที่ไม่มีนักกายภาพบำบัด			
เลย	กาฬสินธุ์	นครศรีฯ	ประเด็นความท้าทาย
			๑ ทำอย่างไรที่จะให้มีนักกายภาพบำบัดประจำในพื้นที่ ๑ การพัฒนาบุคลากรทีมให้บริการที่บ้าน พยาบาลและ เจ้าหน้าที่สถานเื้อนามัยมีตระหนักถึงคุณค่าบริการฟื้นฟูระยะ กลาง และสามารถให้บริการได้ตามกำลังความสามารถและ ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

จะเห็นได้ว่าระบบบริการที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ศึกษานี้ ยังมีแบบแผนการพัฒนาที่เป็นไปตามเงื่อนไขความพร้อมเท่าที่มีในระบบโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากความตระหนักในความจำเป็นเฉพาะหน้าของผู้ป่วย ในขณะที่แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพของแต่ละที่ยังไม่ชัดเจน นอกจากนั้น ยังไม่มีความชัดเจนว่าใครควรจะเป็นผู้นำในการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการฟื้นฟูในระดับจังหวัด จังหวัดนครศรีธรรมราช อาจจะเป็นแห่งเดียวที่พอจะเห็นการพัฒนาที่เป็นระบบเครือข่ายของจังหวัด ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าที่อื่น โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (อาวุโส) ที่เป็นหัวหน้าแผนกเป็นผู้นำ ส่วนในพื้นที่ระดับอำเภอและชุมชนนั้น ความมุ่งมั่น เข้มขันในการพัฒนาจะขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการพช.แต่ละแห่งเป็นสำคัญ ซึ่งแต่ละที่ก็จะดำเนินไปตามบริบทของตนเอง ซึ่งการมีคนที่มีความรู้ “ภาวะผู้นำ” เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนา เชิงระบบที่ยั่งยืน

ด้านการพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางนั้น ยังมีปัญหาในระดับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ แม้กระทั่งในวิชาชีพนักกายภาพบำบัดที่เป็นกำลังหลัก กล่าวคือ ยังมักจัดบริการแบบคละเคล้า เหมารวมผู้ป่วย ไม่แยกแยะความต้องการ การพยากรณ์โรคและระดับความพิการ เพื่อกำหนดเป้าหมายบริการให้ชัดเจนและเป็นไปได้ ไม่ค่อยคำนึงถึงการพยายามให้เหตุผลรองรับกิจกรรมบริการที่ให้เพื่อการฟื้นฟู หรือการจัดความถี่ของบริการที่เหมาะสม ที่สำคัญคือระบบการบันทึกข้อมูลการตรวจประเมิน การตั้งเป้าหมาย การวางแผนการฟื้นฟู และการวัดผลลัพธ์ ยังทำไม่ครบถ้วนและขาดความน่าเชื่อถือ ทำให้บริการฟื้นฟูที่ดำเนินอยู่ไม่สามารถพิสูจน์ผลสมฤทธิ์ได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่เข้าถึงบริการแล้ว จึงยังมีคำถามต่อไปว่าบริการนั้นมีประสิทธิผลหรือไม่ในแง่การฟื้นฟูความสามารถในการดำรงชีวิต และการกลับสู่การใช้ชีวิตในชุมชน/สังคมของตนเอง การใช้ทรัพยากรระบบบริการฟื้นฟูที่อยู่อย่างจำกัดไปอย่างไม่เกิดประสิทธิผล ก็จะทำให้ไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการได้ ซึ่งประเด็นนี้น่าเป็นห่วงไม่แพ้เรื่องการขาดแคลนกำลังคนในเชิงปริมาณ ของวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การจัดการระบบโรงพยาบาลที่เป็นไปเพื่อรองรับการรักษาโรคและภาวะวิกฤต สะท้อนให้เห็นปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ เมื่อความต้องการด้านสุขภาพเปลี่ยนจากภาวะวิกฤตของโรคเป็นความพิการ หรือมีทั้งสองอย่าง แต่ละสถานพยาบาลที่ทำการศึกษามีการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน แต่ก็พบว่าแนวทางของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีอยู่ สามารถจะใช้เป็นแนวทางการพัฒนาจุดเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหลุดออกไปจากวงจรการดูแลสุขภาพตามความจำเป็น กลายเป็นการเข้าไม่ถึงบริการไปได้ เช่น การมี Patient care team ที่สนใจความเสี่ยงทั้งทางคลินิกของโรคร่วม ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงอื่นที่สัมพันธ์กับการมีความพิการ การให้ความสำคัญกับ Discharge planning ทำให้ผู้ให้บริการมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการกลับไปใช้ชีวิตดั้งเดิมมากขึ้น การพยายามพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) เช่น ศูนย์ส่งต่อ หรือศูนย์ประสานบริการผู้พิการ รวมทั้งการมุ่งเสริมพลังญาติและผู้ป่วย (Patient & Family empowerment) ให้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการกระบวนการดูแล

ผู้ป่วย เป็นส่วนที่ช่วยให้การส่งผ่านผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ไปสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และจากการเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลในโรงพยาบาล ไปสู่การเป็นคนพิการที่จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคม แม้มีความพิการอย่างมีศักดิ์ศรี ได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากมีการเน้นย้ำ โดยส่งเสริมการสร้างรูปธรรมและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างจริงจัง น่าจะช่วยในการพัฒนาระบบสุขภาพในส่วนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางนี้ให้มีประสิทธิผล จนขยายวงการเข้าถึงบริการให้กว้างขึ้นได้

บทที่ 5

ผลการศึกษาด้านทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5.1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาด้านทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาล 4 แห่งคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย และโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ในการจัดทีมนักกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่งนี้ มีทีมบุคลากรที่เป็นนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วย/เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู น้อยที่สุดเท่ากับ 4 คน สูงสุดเท่ากับ 13 คน โดยมีนักกายภาพบำบัดจำนวน 3 - 4 คน ต่อแห่ง สูงที่สุด คือ 7 คน ต่อแห่ง ดูตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 จำนวนนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ในทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชน	นักกาย ภาพ บำบัด	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด/เจ้า พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	รวม
โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	7	6	13
โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	4	1	5
โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	4	1	5
โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	3	1	4

สำหรับผลผลิตในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในส่วนปริมาณบริการที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วย intermediate และ long term case ในผู้ป่วย Stroke และบริการอื่นๆเดือนมิถุนายน 2552 พบว่า โรงพยาบาลทั้งสี่แห่งมีปริมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย Intermediate care น้อยที่สุด คือ เฉลี่ยรายละครั้งในโรงพยาบาลภูกระดึง สูงที่สุดคือ รายละ 7.15 ครั้งในโรงพยาบาลท่าศาลา ส่วนในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ และโรงพยาบาลกมลาไสยมีลักษณะบริการที่ใกล้เคียงกันคือ 2.64 และ 2.13 ครั้งต่อราย ตามลำดับ (ตารางที่ 5.2) อัตราการให้บริการในผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ และโรงพยาบาลภูกระดึงและโรงพยาบาลท่าศาลา เท่ากับ 1.88 1.69 1 และ 1 ครั้งต่อรายตามลำดับ จะสังเกตได้ว่า ในการให้บริการผู้ป่วย ผู้ป่วย Long term care มีการจัดบริการที่ให้น้อยกว่า Intermediate care ในผู้ป่วย Stroke

สำหรับอัตราการให้บริการในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ Stroke ในโรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลภูกระดึงและโรงพยาบาลท่าศาลา มีค่าเท่ากับ 1.55 1.34 , 1 และ 7.47 ครั้งต่อราย ตามลำดับ อัตราการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกประเภทในโรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลภูกระดึง และโรงพยาบาลท่าศาลา มีค่าเท่ากับ 1.66, 1, 1.40 และ 6.69 ครั้งต่อรายตามลำดับ

ตารางที่ 5.2 ปริมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และอัตราการใช้บริการในเดือนมิถุนายน 2552

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ปริมาณบริการ		อัตราการใช้บริการ
	(ครั้ง)	(ราย)	
1. โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์			
ผู้ป่วย Intermediate care (Stroke)	37	14	2.64
ผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke)	98	58	1.69
บริการฟื้นฟูสภาพอื่น	705	528	1.34
รวม	840	600	1.40
2. โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์			
ผู้ป่วย Intermediate care (Stroke)	34	16	2.13
ผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke)	90	48	1.88
บริการฟื้นฟูสภาพอื่น	255	164	1.55
รวม	379	228	1.66
3. โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย			
ผู้ป่วย Intermediate care (Stroke)	7	7	1
ผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke)	90	90	1
บริการฟื้นฟูสภาพอื่น	107	107	1
รวม	204	204	1
4. โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช			
ผู้ป่วย Intermediate care (Stroke)	93	13	7.15
ผู้ป่วย Long term care ในผู้ป่วย (Stroke)	17	17	1.00
บริการฟื้นฟูสภาพอื่น	874	117	7.47
รวม	984	147	6.69

5.2 ต้นทุนรวมโดยตรง

5.2.1. ต้นทุนค่าแรงรวมโดยตรง

ต้นทุนค่าแรงรวมโดยตรงคำนวณจาก เงินเดือน/ค่าจ้าง ค่าปฏิบัติงานล่วงเวลา เงินประจำตำแหน่ง ค่ารักษาพยาบาล ค่าเบี้ยเลี้ยง/ที่พักในการประชุม/อบรม เงินเพิ่ม พิเศษ ค่าเล่าเรียนบุตร และ ค่าช่วยเหลือบุตร ต้นทุนค่าแรง สูงสุดได้แก่ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช . โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย และ โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์ โดยมีต้นทุนเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 211,926, 99,010, 75,370 และ 61,040 บาทต่อแห่ง ตามลำดับ

ตารางที่ 5.3 ต้นทุนค่าแรงในการจัดบริการฟื้นฟูสภาพในเดือนมิถุนายน 2552 จำแนกรายราย

โรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน	นักกายภาพบำบัด	ผู้ช่วยนักกายภาพ/เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู	รวม
โรงพยาบาลกุนนารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	142,910	69,016	211,926
โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	91,900	7,110	99,010
โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	69,070	6,300	75,370
โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	52,990	8,050	61,040

ต้นทุนค่าแรงทั้งหมดต่อแห่งหากนำปริมาณบริการทั้งจำนวนครั้งและจำนวนรายมาหารจะได้ ต้นทุนค่าแรงต่อครั้ง และต่อราย ดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช 101 บาทต่อครั้ง 674 บาทต่อราย โรงพยาบาลกุนนารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ 252 บาทต่อครั้ง 353 บาทต่อราย โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์ 161 บาทต่อครั้ง 268 บาทต่อราย และ โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย เท่ากับ 264 บาทต่อครั้งและต่อรายตามลำดับ ดูตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 ต้นทุนค่าแรงรวมโดยตรงต่อครั้งและรายในเดือนมิถุนายน 2552 จำแนกราย

โรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน	ค่าแรง	ต่อครั้ง	ต่อราย
1. โรงพยาบาลกุนนารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	211,926	252	353
2. โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	99,010	161	268
3. โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	75,370	264	264
4. โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	61,040	101	674

5.2.2. ต้นทุนค่าวัสดุรวมโดยตรง

คำนวณจากค่าวัสดุทุกประเภทที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ข้อมูลสูงสุด 1 ปี และ 6 เดือน นำมาเฉลี่ยเป็นข้อมูล 1 เดือน ต้นทุนค่าวัสดุรวมโดยตรงต่อแห่ง ในโรงพยาบาลกุนนารายณ์ มีค่าสูงสุดเท่ากับ 230,281 บาท รองมาได้แก่ โรงพยาบาลกมลาไสย เท่ากับ 79,058 บาท โรงพยาบาลภูกระดึง และ โรงพยาบาลท่าศาลา มีต้นทุนค่าวัสดุรวมโดยตรงใกล้เคียงกัน เท่ากับ 25,038 และ 20,069 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 5.5) และเมื่อคิดต้นทุนค่าวัสดุต่อครั้งและต่อราย โรงพยาบาลกุนนารายณ์สูงสุด ต่ำที่สุดได้แก่โรงพยาบาลภูกระดึง

ตารางที่ 5.5 ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด ต่อครั้ง ต่อราย ในการจัดบริการฟื้นฟู

โรงพยาบาลชุมชน	ค่าวัสดุ	ต่อครั้ง	ต่อราย
1. โรงพยาบาลกุนนารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	230,281	274	384
2. โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	79,058	209	347
3. โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	25,038	88	88
4. โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	20,069	20	137

5.2.3. ต้นทุนค่าลงทุนรวมโดยตรง

คำนวณจากค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง โดยคิดอายุการใช้งาน 20 ปีในส่วนของสิ่งก่อสร้าง และเฉลี่ยอายุการใช้งานในครุภัณฑ์เท่ากับ 5 ปี ต้นทุนค่าลงทุนสูงที่สุดได้แก่โรงพยาบาลท่าศาลา มีต้นทุนค่าลงทุนต่อแห่ง ต่อเดือน เท่ากับ 85,877 บาท ต่อครั้งและต่อราย เท่ากับ 87 และ 584 บาทตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาล ที่เหลือ 3 แห่งมีต้นทุนค่าลงทุนใกล้เคียงกันคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ มีต้นทุนค่าลงทุนต่อแห่ง เท่ากับ 29,463 บาท ต้นทุนค่าลงทุนต่อครั้งและต่อราย เท่ากับ 35 และ 49 บาท โรงพยาบาลกมลาไสย มีต้นทุนค่าลงทุนต่อแห่ง เท่ากับ 24,483 บาท ต้นทุนค่าลงทุนต่อครั้งและต่อราย เท่ากับ 65 และ 107 บาท โรงพยาบาลภูกระดึงมีต้นทุนค่าลงทุนต่อแห่ง เท่ากับ 16,048 บาท ต้นทุนค่าลงทุนต่อครั้งและต่อราย เท่ากับ 56 บาท

ตารางที่ 5.6 ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด ต่อครั้ง ต่อราย ในการจัดบริการฟื้นฟูสภาพ

โรงพยาบาลชุมชน	ค่าเสื่อมราคา	ต่อครั้ง	ต่อราย
1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	29,463	35	49
2. โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	24,483	65	107
3. โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	16,048	56	56
4. โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	85,877	87	584

5.2.4. ต้นทุนรวมโดยตรง

เมื่อนำ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนรวมกัน และหารด้วยปริมาณบริการ จะได้ต้นทุนรวมโดยตรงต่อครั้งและราย (ตารางที่ 5.7)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ มีต้นทุนรวมโดยตรงทั้งหมดต่อแห่งเท่ากับ 471,670 บาท 562 บาท ต่อครั้งและ 789 บาทต่อราย

โรงพยาบาลท่าศาลา มีต้นทุนรวมโดยตรงทั้งหมดต่อแห่ง เท่ากับ 204,957 บาท บริการต่อครั้งเท่ากับ 208 บาท ค่ารายเท่ากับ 1,394 บาท

โรงพยาบาลกมลาไสย มีต้นทุนรวมโดยตรงทั้งหมดต่อแห่ง เท่ากับ 164,581 บาท บริการต่อครั้งเท่ากับ 434 บาท และต่อรายเท่ากับ 722 บาท

โรงพยาบาลภูกระดึง มีต้นทุนรวมโดยตรงทั้งหมดต่อแห่ง เท่ากับ 116,456 บาท บริการต่อครั้งและต่อราย เท่ากับ 407 บาท

ตารางที่ 5.7 ต้นทุนทั้งหมด (ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน) ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรงพยาบาลชุมชน	ต้นทุนทั้งหมด	ค่าครั้ง	ต่อราย
1. โรงพยาบาลกุสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์	471,670	562	786
2. โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์	164,581	434	722
3. โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย	116,456	407	407
4. โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช	204,957	208	1,394

ในตารางที่ 5.7 หากต้องชดเชยด้วยงบประมาณจะมีต้นทุนต่ำสุดต่อรายอยู่ที่ 407 บาท ในโรงพยาบาลภูกระดึง โรงพยาบาลกมลาไสย และโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ มีต้นทุนสูงกว่าคือ 722 และ 786 บาทตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลท่าศาลา มีต้นทุนสูงที่สุดต่อราย เท่ากับ 1,394 บาท หากคุณภาพผลงานไม่แตกต่างกัน โรงพยาบาลภูกระดึงจะเป็นโรงพยาบาลที่มีต้นทุนรวมโดยตรงต่อรายต่ำสุด

โรงพยาบาลท่าศาลา มีต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 208 บาทรองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลภูกระดึง เท่ากับ 407 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลกมลาไสย และโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ มีต้นทุนสูงกว่าโรงพยาบาลภูกระดึง คือ 434 และ 562 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ

ต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ: ต้นทุนค่าลงทุน ในโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลภูกระดึง และโรงพยาบาลท่าศาลา เท่ากับร้อยละ 45 : 49 : 6, 37 : 48 : 15 , 65 : 21 : 14 และ 48 : 10 : 42 ตามลำดับ

ต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ ในโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลภูกระดึง โรงพยาบาลท่าศาลา เท่ากับ ร้อยละ 48 :52, 44:56 , 75:25 และ 83 :17 ตามลำดับ

5.3 ต้นทุนในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke)

เมื่อจำแนกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนครุภัณฑ์ ต้นทุนค่าลงทุนสิ่งก่อสร้าง ไปตามบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้ง 3 ส่วนได้แก่ ผู้ป่วย Intermediate care Long term care ในผู้ป่วย Stroke และ ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพอื่น โดยค่าแรงจัดสรรตามร้อยละการใช้เวลา ต้นทุนค่าวัสดุตามลักษณะการให้บริการจริง และ ค่าลงทุนจัดสรรให้เท่ากัน จะได้ต้นทุนทั้งหมด และต้นทุนต่อครั้ง ต่อราย ในโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลกมลาไสย จ. กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลภูกระดึง จ. เลย โรงพยาบาลท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช ตามตารางที่ 5.8 – 5.11

ต้นทุนในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย Intermediate care สำหรับผู้ป่วย stroke จะมีต้นทุนต่อรายในโรงพยาบาลสมเด็จพะยุพราชกุนินารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลภูกระดึง และโรงพยาบาลท่าศาลา เท่ากับ 1,455, 923, 252 และ 1,762 บาท ตามลำดับ

สำหรับต้นทุนต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย Intermediate care สำหรับผู้ป่วย stroke ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนีนารายณ์ โรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลภูกระดึง และ โรงพยาบาลท่าศาลา เท่ากับ 551, 434, 252 และ 246 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 5.8 ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

	ต้นทุนทั้งหมด(บาท)				ต้นทุนต่อราย(บาท)				ต้นทุนต่อครั้ง(บาท)			
	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม
ผู้ป่วย Intermediate care ในผู้ป่วย Stroke	10,972	9,351	49	20,371	784	668	3	1,455	297	253	1	551
Long term care ในผู้ป่วย Stroke	29,237	26,935	201	56,373	504	464	3	972	298	275	2	575
ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพอื่น	171,717	193,995	29,213	394,926	325	367	55	748	244	275	41	560
รวม	211,926	230,281	29,463	471,670	353	384	49	786	252	274	35	562

หมายเหตุ LC หมายถึงต้นทุนค่าแรง MCหมายถึงต้นทุนค่าวัสดุ CC หมายถึงต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 5.9 ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อรายในโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

	ต้นทุนทั้งหมด(บาท)				ต้นทุนต่อราย(บาท)				ต้นทุนต่อครั้ง(บาท)			
	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม
ผู้ป่วย Intermediate care	5,558	8,894	311	14,763	347	556	19	923	163	262	9	434
Long term care ในผู้ป่วย Stroke	13,925	34,768	1,031	49,725	290	724	21	1,036	155	386	11	552
ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพอื่น	41,557	35,396	23,140	100,093	253	216	141	610	163	139	91	393
รวม	61,040	79,058	24,483	164,581	268	347	107	722	161	209	65	434

หมายเหตุ LC หมายถึงต้นทุนค่าแรง MCหมายถึงต้นทุนค่าวัสดุ CC หมายถึงต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 5.10 ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย

	ต้นทุนทั้งหมด(บาท)				ต้นทุนต่อราย(บาท)				ต้นทุนต่อครั้ง(บาท)			
	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม
ผู้ป่วย Intermediate care ในชุมชน	889	857	17	1,764	127	122	2	252	127	122	2	252
Long term care ในผู้ป่วย Stroke ในชุมชน	10,119	11,022	216	21,357	112	122	2	237	112	122	2	237
ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพอื่น ในชุมชน	12,866	13,103	257	26,227	120	122	2	245	120	122	2	245
บริการอื่นๆ ในรพ.	51,495	56	15,557	67,108	628	1	190	818	628	1	190	818
รวม	75,370	25,038	16,048	116,456	264	88	56	407	264	88	56	407

หมายเหตุ LC หมายถึงต้นทุนค่าแรง MCหมายถึงต้นทุนค่าวัสดุ CC หมายถึงต้นทุนค่าลงทุน

ตารางที่ 5.11 ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ บาทต่อครั้ง และบาทต่อราย ในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

	ต้นทุนทั้งหมด(บาท)				ต้นทุนต่อราย(บาท)				ต้นทุนต่อครั้ง(บาท)			
	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม	LC	MC	CC	รวม
ผู้ป่วย Intermediate care	14,036	1,281	7,595	22,912	1,080	99	584	1,762	151	14	82	246
Long term care ในผู้ป่วย Stroke	4,340	1,676	9,931	15,947	255	99	584	938	255	99	584	938
ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพอื่น	80,634	17,112	68,351	166,097	689	146	584	1,420	92	20	78	190
รวม	99,010	20,069	85,877	204,957	674	137	584	1,394	101	20	87	208

หมายเหตุ LC หมายถึงต้นทุนค่าแรง MCหมายถึงต้นทุนค่าวัสดุ CC หมายถึงต้นทุนค่าลงทุน

บทที่ 6

สรุป อภิปราย และข้อเสนอเชิงนโยบาย

6.1 ความเข้าใจพื้นฐานบริการระยะกลาง

ระบบบริการปัจจุบันและอนาคต กำลังเผชิญกับความท้าทายจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการในประเทศไทยหรือในต่างประเทศ หลักการพื้นฐานการจัดบริการระยะกลาง มีความแตกต่างจากบริการรักษาทางการแพทย์ระยะเฉียบพลันและวิกฤต กล่าวคือ เป็นบริการที่มุ่งฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์คือการลดระดับภาระพึ่งพิงต่อครอบครัวและระบบบริการ แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่มีแนวโน้มต้องการบริการระยะกลางมาก คือ ผู้สูงอายุ แต่คุณภาพชีวิตและการลดภาระพึ่งพิงผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็มีคุณค่าทั้งเป้าหมายทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การระบุว่าการเจ็บป่วยอะไรที่ต้องการบริการระยะกลาง มีความยุ่งยากและอาจทำให้มีการกีดกันผู้ป่วยบางรายออกไป แนวคิดการกำหนดสิทธิประโยชน์บริการระยะกลางของประเทศอังกฤษ คือ NHS มีความยืดหยุ่นและครอบคลุม โดยกำหนดว่า บริการระยะกลาง เป็นบริการที่มีขอบเขตระยะเวลาจำกัด (ไม่นานกว่า 6 สัปดาห์) และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยรับบริการฟื้นฟูและรักษาอย่างเข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นโยบายเป้าหมายอีกประการ คือ การลดการพึ่งพิงระบบบริการระยะยาวโดยไม่จำเป็นทั้งในทางทฤษฎีและปฏิบัติ การจัดบริการระยะกลางต้องการการจัดการที่ผสมผสานระหว่างบริการการแพทย์ การฟื้นฟูทางการแพทย์ และบริการฟื้นฟูด้านสังคม ซึ่งเป็นความท้าทายใหม่ ที่บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่คุ้นเคย และจำเป็นต้องเรียนรู้จากการทำงานจริง

NHS ตีความกรอบคิดข้างต้นเพื่อสื่อสารกับผู้ให้บริการภายใต้ระบบประกัน NHS ให้เข้าใจตรงกันและนำไปใช้ปฏิบัติดังนี้ คือ 1) เป็นบริการเน้นให้กับผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาล 2) เป็นบริการที่ต้องอยู่บนฐานการประเมินผู้ป่วย และมีแผนการให้บริการบุคคลที่เห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมให้บริการ 3) เป็นแผนให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอิสระได้มากที่สุด ภายใต้ระยะเวลาที่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยยังสามารถฟื้นฟูต่อไปได้อีก ควรมีการประเมินอีกครั้งเพื่อเข้าโปรแกรมบริการระยะกลางต่อไป 4) ทีมให้บริการต้องให้บริการ/ทำงานบนฐานข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่เป็นชุดเดียวกัน

6.2 สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินระบบบริการระยะกลางที่ให้บริการอยู่ในชุมชน หรือภายหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากการนอนในโรงพยาบาลแล้ว ไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง โดยใช้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์การจัดการระบบ และค้นหาโอกาสที่มีอยู่เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง การศึกษาใช้พื้นที่จังหวัดตัวอย่าง 3 จังหวัด ได้แก่ เลย กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช โดยเป็นจังหวัดชั้นนำที่มีการสร้างโมเดล

ตัวอย่างการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูฯ มีการนำเสนอบทเรียนการจัดบริการฟื้นฟูในเวทีวิชาการหลายครั้ง และเป็นพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ขอบเขตการวิเคราะห์ได้ครอบคลุมตั้งแต่คนไข้นอนในโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล ได้รับการบริการระยะกลางซึ่งเน้นไปที่บริการฟื้นฟูฯ และติดตามประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยสามครั้งอย่างต่อเนื่อง เว้นห่างกันเดือนละครั้ง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีจำนวนมากน้อยต่างกันในแต่ละพื้นที่ตามกรอบการศึกษา (6 พื้นที่) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 4.6 ถึง 5.87 วัน ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มนอนนานกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมนอนนานสุดเนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยศัลยกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น และผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการมีแนวโน้มนอนนานกว่าผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

ขณะที่นอนในโรงพยาบาล ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการฟื้นฟู ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการระยะกลางแต่เป็นบริการผู้ป่วยใน เห็นได้ວ່າຍັງมีช่องว่างที่จะพัฒนาต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในได้รับการมากขึ้น ขณะเดียวกันพบว่าขณะนอนในโรงพยาบาลมีอัตราการประเมินสมรรถภาพร่างกายไม่มาก อีกทั้งยังไม่มีกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์อย่างชัดเจน แทบไม่มีการประเมินที่ระบุคะแนนที่จะนำไปใช้ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าคนไข้ต่อไป บ่งชี้ว่าแนวคิดการให้บริการหลักยังคงเป็นแบบการรักษาพยาบาลระยะเฉียบพลันและวิกฤต นอกจากนั้นบริการก็จำกัดอยู่เฉพาะบริการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว (mobility) มากกว่าจะเป็นการฟื้นฟูให้สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ขาดการฟื้นฟูด้านอื่นเช่น การฝึกพูด ฝึกกลืน เป็นต้น ทั้งๆที่ข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังคงมีความจำเป็นด้านสุขภาพในด้านต่างๆอีกมากก็ตาม ส่วนหนึ่งอาจเพราะบุคลากรขาดองค์ความรู้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตไปแล้ว

ช่วงระยะแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ถือเป็นช่วงวิกฤติของการจัดบริการระยะกลาง ที่ต้องหาทางพัฒนาระบบให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการให้ได้ หากไม่ได้รับแก้ไขในเชิงระบบจะเกิดการสะสมผู้ป่วยที่กลายเป็นคนพิการถาวรและพึ่งพิงบริการระยะยาวโดยไม่จำเป็น ข้อมูลจากการประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล แม้พบว่าอัตราการได้รับการทำกายภาพบำบัดถึงร้อยละ 63.7 โดยโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดมีผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการจัดบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเป็นคนช่วยในการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นจุดมุ่งหมายหลักของการออกไปให้บริการถึงบ้านของเจ้าหน้าที่ จึงควรเป็นไปเพื่อการเสริมพลังแก่ญาติในการดูแล และช่วยเหลือในการให้กายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปให้บริการทุกวัน และควรให้เจ้าหน้าที่ PCU และอาสาสมัครต่างๆ ร่วมด้วยในการดูแล รวมถึงการร่วมกับองค์กรต่างๆในชุมชน เช่น ท้องถิ่น ในการช่วยเหลือและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ในครัวเรือนให้เหมาะสมต่อการให้บริการฟื้นฟูฯ เชื่อได้ว่าบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากญาติในปัจจุบัน ส่วนใหญ่คงเป็นลักษณะ passive มากกว่าจะเป็นการฟื้นฟูเพื่อให้ร่างกายกลับมามีสมรรถภาพ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากไม่มี

การกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูฯ ดังจะเห็นจากสัดส่วนของผู้มีสมรรถภาพดีขึ้นภายหลังจากการติดตามประเมินยังคงอยู่ในระดับไม่สูงนัก โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูที่บ้านที่ดำเนินการอยู่ มีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ จำนวนและชนิดบุคลากรเป็นปัจจัยกำหนดรูปแบบบริการ ทั้งนี้การออกให้บริการในลักษณะทีมใหญ่สหสาขา เช่น มีทั้ง พยาบาล เกษัช นักกายภาพบำบัด มักออกได้จำกัดเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของฝ่ายต่างๆ การออกให้บริการทีมนักจะมีความคล่องตัวกว่า อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรให้สามารถทำงานทดแทนกันได้ระดับหนึ่ง อย่างเช่นกรณีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์ ทั้งนี้ความถี่ในการออกให้บริการของแต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างกันและไม่ชัดเจนว่าเกิดจากการวิเคราะห์ระดับความต้องการ (needs) ของผู้ป่วย หรือจากข้อจำกัดของทีมให้บริการในเชิงปริมาณ ทั้งนี้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุน พบว่าความถี่ของการออกให้บริการของโรงพยาบาลต่างๆยังคงอยู่ในระดับต่ำมาก หากมองว่าในระยะกลางนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการที่เข้มข้นกว่าปกติ และข้อมูลการให้บริการระยะกลางของต่างประเทศ ความถี่ที่ผู้ป่วยต้องพบผู้ให้บริการมีอัตราสูงกว่านี้ 2-3 เท่าตัว เพราะต้องเข้มข้นและทำตามแผนกิจกรรมที่กำหนด

แม้ว่าในการจัดบริการยังขาดการจัดทำเป้าหมาย และแผนการจัดบริการให้กับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน บางพื้นที่มีการใช้ข้อมูลสนับสนุนและร่วมกับการใช้ภาพและคลิปวิดีโอเปรียบเทียบในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งช่วยได้มากในกระบวนการจัดการความรู้ อย่างไรก็ตามการขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ขาดข้อมูลที่จะใช้ในการประเมินสัมฤทธิ์ผลของการจัดบริการ หากต้องขยับให้ข้อมูลเหล่านี้ก้าวขึ้นมาเป็นระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ใช้ร่วมกันเป็นเครือข่ายไม่เฉพาะระดับอำเภอ แต่เป็นระดับจังหวัดหรือประเทศ ระบบบริการฟื้นฟูยังต้องการระบบฐานข้อมูลที่มีชุดตัวแปรข้อมูลขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐาน และสามารถแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะใช้เพื่อรองรับการจ่ายเงินที่เป็น outcome based performance ในอนาคต และการใช้เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ก็ล้วนแต่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ที่จำเป็นต้องมีการลงทุน

ระบบพื้นฐานสำคัญที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการระยะกลาง คือ ระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกับการใช้ความรู้และแนวทางปฏิบัติเวชศาสตร์ครอบครัว เสริมพลังด้วยการจัดการความรู้ในทีมให้บริการและเครือข่ายบริการ ที่เริ่มให้เห็นมากขึ้นในหลายพื้นที่ และเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการ อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูในชุมชนในปัจจุบัน ยังจำกัดอยู่เฉพาะโรงพยาบาลบางแห่งที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ดังนั้นการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาระบบบริการระยะกลางจำเป็นต้องก้าวขยายวงให้กว้างขึ้นในทุกระดับ เพื่อให้การพัฒนากระบวนการดังกล่าวมีอัตราเร่งที่มากขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยเฉพาะการเน้นย้ำให้ผู้ให้บริการ ไม่ได้เฉพาะแต่นักกายภาพบำบัด แต่ครอบคลุมถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาขาอื่นๆ ที่ระบบการพัฒนาศูนย์กลางต้องเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการตระหนักถึงคุณค่าบริการระยะกลาง และนำไปใช้บูรณาการกับงานเวชปฏิบัติครอบครัวในชุมชน ซึ่งเป็นจุดแข็งของระบบสุขภาพชุมชน ที่ต้องเตรียมพร้อมรับความท้าทายความต้องการบริการระยะกลางที่เพิ่มมากขึ้น

ต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (stroke) มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ขึ้นกับรูปแบบการจัดบริการและทรัพยากรที่ใช้ เนื่องจากยังไม่ได้กำหนดให้มีมาตรฐานการให้บริการ (Standard procedure) ไปในแนวทางเดียวกัน เช่น บริการมาตรฐานที่ต้องให้ รวมถึงความถี่ในการให้บริการ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าต้นทุนที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด แต่ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูที่บ้านนั้นไม่ถูก และจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในการให้บริการรวมถึงความถี่และระยะเวลาในการให้บริการให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินความคุ้มค่าของการจัดบริการได้ รวมถึงนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการชดเชยการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลางตามผลลัพธ์ต่อไป

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีสาระกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ชัดเจน และมีการจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากร เพื่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นการเฉพาะอย่างชัดเจนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีแนวโน้มจัดสรรเพิ่มขึ้นตามความต้องการที่มากขึ้น และด้วยตระหนักถึงความขาดแคลนบริการในเชิงระบบ จึงจัดกลไกการใช้งบประมาณให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการมาโดยตลอด โดยเฉพาะในระดับอำเภอและชุมชน ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ยังคงเน้นแนวคิดรักษายาบาล แต่ก็สามารถเบิกจ่ายเป็นค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ส่วนกองทุนประกันสังคมจะมีแนวคิดคล้ายสวัสดิการรักษายาบาล และเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่บาดเจ็บจากงาน ส่วนกรณีความพิการจากการเจ็บป่วยทั่วไป ก็ยังมีกรอบคิดการจัดการเป็นแบบการรักษาโรคและการบาดเจ็บเช่นกัน จากสถานการณ์ระบบการคลังสุขภาพดังกล่าว จะเห็นว่าการเปิดพื้นที่สำหรับบริการที่เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่พอสมควร โดยเฉพาะในส่วนของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า ในภาพรวมยังไม่มีมาตรฐานกลางเชิงระบบ ในการสร้างหลักประกันการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ กรณีความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งที่ความต้องการด้านนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

อย่างไรก็ตามการใช้กลไกทางการเงินการคลัง กระตุ้นการพัฒนาระบบโดยไม่พัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพหรือการสร้างหลักประกันคุณภาพด้วย อาจเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดไปโดยได้ประโยชน์ไม่สมค่า และเช่นเดียวกันกลไกพัฒนาคุณภาพต้องรวมถึงการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรมด้วย ซึ่งพื้นฐานสำคัญอันหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการคือ ระบบการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (Medical record) ให้มีข้อมูลที่ครบถ้วน เชื่อถือได้ ตามความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง การสื่อสาร การเฝ้าระวังและการจัดการความเสี่ยงสุขภาพของผู้ป่วย และการตัดสินใจให้บริการที่เหมาะสม และการกำกับติดตามผลลัพธ์สุขภาพที่ได้

6.3 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

6.3.1 ในระยะสั้น

1.กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบาย ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีนักกายภาพบำบัดในการให้บริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนด้านการเงินแก่โรงพยาบาลต่างๆ ในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูเชิงรุกที่บ้านในชุมชน (Community home-based rehabilitation services) เนื่องจากเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลได้

2.กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยซึ่งปัจจุบันให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่บ้าน (Home health care) ร่วมกับโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านนี้อย่างก้าวหน้า และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่นองค์กรวิชาชีพ ควรร่วมกันพัฒนา

- a. กรอบความคิด ว่าด้วยระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ให้มีความชัดเจนจนสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่เป็นรูปธรรมให้ได้
- b. พัฒนามาตรฐาน (standard protocol) ขึ้นมาให้เป็นที่ยอมรับ มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ และระยะเวลาในการให้บริการ ตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละระดับ และให้สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทพร้อมมีการทบทวนเป็นระยะ
- c. พัฒนารูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูที่บ้านที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน ต้องพัฒนาให้ทีมบริการมีแรงจูงใจทั้งจากในเนื้องานและจากระบบ เพื่อกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ต้องเข้าโปรแกรมบริการระยะกลาง ภายใต้กรอบระยะเวลา พร้อมกับกำหนดแผนการให้บริการอย่างมีส่วนร่วมทั้งในทีมให้บริการและกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

3.กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูที่เป็นโมเดลนำร่องระดับจังหวัด คือ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งจังหวัด ประเด็นที่ต้องครอบคลุมในโมเดลนำร่อง คือ

- d. ระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทุกสถานพยาบาลและหน่วยงานอื่นด้านสังคมและท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการบูรณาการของบริการ
- e. ระบบสนับสนุนการจัดการความรู้และพัฒนาบุคลากร ซึ่งจะช่วยนำพาให้ระบบในพื้นที่มีการเรียนรู้และพัฒนาระบบด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
- f. ระบบการจัดบริการในสถานพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและผู้ป่วย ให้สามารถกลับไปทำการฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว ตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนด
- g. ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม
- h. ระบบบริการเชิงรุกในชุมชนที่มีคุณภาพ เชื่อมโยง บูรณาการ และต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน โรงพยาบาล สถานีนอมาัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร และจิตอาสา

4.กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมกันสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการความรู้ เพื่อนำผลไปใช้พัฒนาระบบให้บริการระยะกลางในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ และควรต้องขยายไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสังคม เนื่องจากบริการระยะกลางที่มีคุณภาพต้องครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์และสังคม

6.3.2 ในระยะกลางและระยะยาว

1.ด้านการคลังระบบบริการสาธารณสุข

- a. กระทรวงสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากรอบคิดเชิงระบบ ของระบบการเงินการคลังที่รองรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง เพื่อสร้างหลักประกันว่าระบบสุขภาพจะสามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพในกรณีที่มีความพิการ และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- b. รูปแบบการจ่ายค่าบริการสำหรับบริการระยะกลางควรเป็นไปในลักษณะของการจ่ายตามผลลัพธ์ เช่น การจ่ายตามรายป่วยตามมาตรฐานบริการและภายในระยะเวลาที่กำหนด

2.กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาบุคลากรเพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับการจัดระบบบริการระยะกลางและระยะยาวอย่างเหมาะสม

- c. สร้างระบบพัฒนาบุคลากรที่เป็นทางการอื่นๆ เช่น โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้าใจเรื่องบริการฟื้นฟูบริการระยะกลาง เพื่อเพิ่มมุมมองและการให้บริการเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์สมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ
- d. พัฒนาระบบแรงจูงใจเพื่อดึงบุคลากรด้านการฟื้นฟูเข้ามาประจำในพื้นที่ห่างไกล เช่น ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หรือ ระบบพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุน

3.กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรร่วมกันสนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่เป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิต การกลับเข้าสู่การใช้ชีวิตในสังคมได้ และการควบคุมความเสี่ยงที่จะไปไม่ถึงเป้าหมายด้านสุขภาพ หรือการเข้าไม่ถึงบริการตามความจำเป็น ทั้งนี้มีกลไกเชื่อมต่อกับระบบการคลังสุขภาพ และการพัฒนากำลังคน

4.กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัดและประเทศ ที่ต้องสะท้อนผลลัพธ์การให้บริการ ชุดข้อมูลพื้นฐานหลักต้องเหมือนกัน เพื่อเตรียมขยายผลสู่การใช้ชุดมาตรฐานข้อมูลเดียวกันในระดับประเทศ

บรรณานุกรม

1. London Borough of Barking and Dagenham. *A Short Guide to Intermediate Care in Barking and Dagenham*.
2. Roe, B. and Beech, R. . *Intermediate and Continuiing Care Policy and Practice*. London : Blackwell, 2005.
3. Department of Health. Intermediate Care . *Health Service Circular 2001/001/Local Authority Circular*. [ออนไลน์] 2001.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 1 การบริหารงบประมาณรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ม.ป.ท. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
5. Department of Health, Social Services and Public Safety. *Audit of Intermediate Care: Final Report-Vol1*. October 2008.
6. สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างวัด สำนักสงฆ์ กับหน่วยอื่น เพื่อดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ในส่วนที่เป็น intermediate care (เอกสารนำเสนอขั้นต้น ยังไม่มีรายงานฉบับสมบูรณ์). 2552.
7. Wade, D.T., Hower, R.L. *Functional Abilities after Stroke: Measurement, Natural History and Prognosis*. ม.ป.ท. : J Neuro Neurosurg Psychiatry, 1987.
8. Cochrane Library. *Therapy-based Rehabilitation Services for Stroke Patients at Home Vol 3*. 2003.
9. Gladman, J. Forster, A. and Young, J. *Hospital and Homebased Rehabilitation after Discharge from Hospital for Stroke Patients: Analysis of Two Trials*. ม.ป.ท. : Age and Ageing.
10. Hale, L.A. *Community-based or Home-based Stroke Rehabilitation: Confusion or Common Sense?* ม.ป.ท. : NZ Journal of Physiotherapy, November 2004.
11. Heart and Stroke Foundation. Heart and Stroke Foundation. [ออนไลน์] <http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=33&ArticleID>.
12. Armstrong, C.D. etl al. *Home-based Intermediate Care Program vs Hospitalization* . ม.ป.ท. : Canadian Family Physician.
13. Kucukyazici, B., Verter, V., Nadeau, L., Mayo, N.E. *Improving Post-stroke Health Outcome: Can Facilitated Care Help?* ม.ป.ท. : Health Policy, 2009.
14. เครือข่ายหมอเมือง เชียงใหม่ เครือข่ายหมอพื้นบ้าน อุบลราชธานี วัดหนองหญ้าาง อุทัยธานี และมูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชนเชียงใหม่. รายงานผลการดำเนินงานชุดโครงการจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพคนพิการ . ม.ป.ท. : แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550.

15. กัญญาลักษณ์ ณ รังสี. การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ม.ป.ท. : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
16. Director of Adult Social Care. *Intermediate Care: Report to Scrutiny Committee for Adult Social Care*. 25 November 2005.
17. Martine, G.P., Peet, S.M., Hewitt, G.J. and Parker, H. *Diversity in Intermediate Care*. ม.ป.ท. : Health & Social Care in the Community, 2004.
18. Federation of Medical Royal Colleges. *Medical Aspects of Intermediate Care: Report of a Working Party*. UK : Wiltshire, December 2002.
19. Cooper, Robin, Robert S. Kaplan.(1999) *The design of Cost Management Systems: Text, Case, and Readings*. Prentice-Hall, 1999.
20. Hilton RW, Maher MW and Selto FH (2003) *Costing Management Strategies for Business Decisions*. Second edition. Boston: McGraw-Hill Irwin.
21. King M, Lapsley I, Mitchell F and Moyes J (1994) *Activity Based Costing in Hospitals A Case Study Investigation*. London: Chartered Institute of Management Accountants.
22. Telyukov A, Stuer F and Krasovec K (2000) *Design and Application of a Costing Framework to Improve Planning and Management of HIV/AIDS Programs (With Case Study)*. Bethesda, Maryland: Abt Associates.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

การทบทวนวรรณกรรม : โรคหลอดเลือดสมอง

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินชุดที่1 การทบทวนเวชระเบียน สภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ภาคผนวก ค.

**แบบประเมินชุดที่ 2 การเข้าถึง/ใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ภาคผนวก ง.

แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินตรวจวัดสุขภาพผู้ป่วย

ภาคผนวก จ.

แบบสำรวจชุดที่ 4 การได้รับการบริการรักษาพยาบาลหรือ
กายภาพบำบัด ในรอบเดือนที่ผ่านมา

การทบทวนวรรณกรรม: โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง มีชื่อ ภาษาอังกฤษดังนี้ Cerebrovascular disease : CVD, CVA, STROKE, Brain Attack) โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง สมองไม่ทำงานและเกิดภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดกับเนื้อสมองทำให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ อาจเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร อาการสำคัญที่มักจะพบได้ทั่วไปคือ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง แขนขาไม่มีแรง หรือชา ซึ่ง อาการอาจเกิดแบบทันทีทันใด และค่อย ๆ เป็นมากขึ้นในช่วง 2-3 วัน หรือเป็น ๆ หาย ๆ เป็นมากขึ้นไม่เกิน 1-7 วัน ทำให้เกิดอาการ อัมพาตหรือ อัมพฤกษ์ เป็นผลที่ขึ้นภายหลัง อาจแยกตามสาเหตุได้ เป็น 2 กลุ่มกลุ่มก็คือ ⁽¹⁾

1. กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke) เกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดมีไขมันและหินปูนมาจับ พบได้ทั้งในหลอดเลือดสมองเอง และหลอดเลือดใหญ่ที่ทำให้เส้นเลือดมีการตีบแคบลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง มักพบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคไขมันในเลือดสูง หรือสูบบุหรี่ ซึ่งส่วนมากในคนไทยมักจะเป็นสาเหตุนี้กลุ่มแรกพบมากประมาณ 70% ของความผิดปกติทางสมองทั้งหมด

2. กลุ่มเลือดออกในสมอง (Hemorrhage Stroke) การแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้มีเลือดออกมามากและทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้น นอกจากนี้อาจกดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้สมองทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ เกิดอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต พบประมาณ 30%

ผลที่เกิดกับทั้งผู้ป่วยหรือครอบครัว

ประมาณ 30% ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นจะเสียชีวิต อีก 30% ต้องทุพพลภาพหรือทำงานไม่ได้ และมีเพียง 30% เท่านั้นที่หายจากโรคแต่ก็ต้องทานยาควบคุมไปตลอดชีวิต

สาเหตุที่ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการอุดตัน มี 3 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. เกิดจากเส้นเลือดมีการตีบแคบลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา ของหลอดเลือด ในสมองซึ่งส่วนมากในคนไทยมักจะเป็นสาเหตุนี้
2. มีก้อนเลือดแข็งตัวขนาดเล็กหลุดจากลิ้นหรือผนังหัวใจไปตามกระแสเลือด เกิดไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยที่หัวใจโตอยู่ก่อน
3. เกิดจากมีการตีบแคบลงเรื่อย ๆ ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณคอ ถ้าเป็นหลอดเลือดที่คอด้านหน้าตีบ อาการในระยะแรก โดยจะมาด้วยอาการแขนขาชา หรือมีอาการอ่อนแรงเป็นพัก ๆ หรือในบางรายมีอาการพูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัด แต่ถ้าเป็นหลอดเลือดที่คอด้านหลังตีบจะมาด้วยมีอาการมึนงงเป็น ๆ หาย ๆ ความจำไม่ดีหรือตามัวลง

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติแต่กำเนิด

อาการและความรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน และหลอดเลือดในสมองก็มีขนาดต่าง ๆ กัน อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับช่วงระยะเวลาการดำเนินของโรค ตำแหน่งที่หลอดเลือดเกิดการตีบตันในสมอง และขนาดของหลอดเลือดที่ตีบตันว่าเป็นหลอดเลือดใหญ่ หรือหลอดเลือดขนาดเล็ก อาการของโรคแบ่งความรุนแรงได้ 3 ระดับ คือ

อาการน้อย อาการจะเป็นไม่มาก อาจมีเพียงพูดไม่ชัด มุมปากตก แขนขาไม่มีแรง แต่พอที่จะเดินได้ มักไม่มีอาการปวดศีรษะ กลุ่มนี้ถ้าได้รับการรักษาในระยะแรก ๆ ภายใน 2-4 สัปดาห์ มักจะกลับคืนเกือบปกติ หรือหายเป็นปกติได้ในบางราย

อาการปานกลาง อาจจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด และอ่อนแรงมากขึ้นจนขยับแขนขาไม่ได้ หรือพูดไม่ได้เลย กลุ่มนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อสังเกตอาการ และรับให้การรักษาในโรงพยาบาล เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ภายใน 3-5 วัน หลังจากเริ่มมีอาการปรากฏ เช่น ชี้นิ้วจากภาวะสมองบวมหรือมีภาวะเลือดซึมในสมอง การฟื้นตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มเห็นชัดประมาณสัปดาห์ที่ 3 อาการหลังจากนี้มักจะไม่กลับมาเป็นปกติ อาจมีอาการเกร็งพูดไม่ชัด ซึ่งต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ไม่เท้า รถเข็น

อาการหนัก มักไม่รู้สึกรู้สีกตั้งแต่นั้น หรือมีอาการซึมลงอย่างรวดเร็วมากภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มนี้มักเกิดกับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบตัน ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโดยมากจะมีโรคประจำตัวหลายอย่างอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวานหรือเคยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตมาก่อน กลุ่มนี้มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ได้แก่ การติดเชื้อในปอดจากการสำลัก สมองบวม ผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือหออภิบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถจะหายใจได้เอง และบางรายต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดภาวะสมองบวม เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ระดับหนึ่งแต่ไม่มาก เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปมาก ส่วนใหญ่จะต้องใช้ชีวิตอยู่บนเตียงหรือรถเข็น มักจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา และต้องเข้าออกโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาบ่อยครั้งเพราะปัญหาการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ฯลฯ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองขาดเลือด

โรคสมองขาดเลือดมักเกิดในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมกันของทั้งโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มักพบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคไขมันในเลือดสูง หรือ สูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคนี้จึงแยกได้ 2 ประเภทได้แก่

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

โรคความดันโลหิตสูง 70% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคของระบบหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ เพราะจะทำให้ หลอดเลือดแข็งตัวได้ง่ายขึ้น ถ้าระดับไดแอสโตลิก 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยง

มากถึง 10-12 เท่า และเมื่อลดความดันโลหิตได้ 5-6 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณ 40%

โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน โดยมีได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งตัวทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองจะเกิดอัมพาตขึ้น อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้สูงกว่าปกติ 2-3 เท่า

โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2 - 5 เท่า ของคนปกติ และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเทรียลไฟบริลเลชัน (Atrial Fibrillation) มีโอกาสเสี่ยงสูงถึง 6 เท่า ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากมีลิ้มเลือดไหลไปอุดที่สมอง หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ

การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากขึ้น หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 30-40%

ปัจจัยเสี่ยงรอง

1. มีไขมันสูงในหลอดเลือด (Hyperlipidemia) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพ และมีการอุดตันตามมาในที่สุด
2. แอลกอฮอล์ อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ถ้าดื่มเป็นปริมาณมาก เพราะจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดตีบตามมา แต่ถ้าดื่มในปริมาณที่ไม่มากอาจจะมีฤทธิ์ป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบได้
3. ขาดการออกกำลังกาย การที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วน และเกิดภาวะเครียดซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดอัมพาต ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และเพิ่มไขมันที่เป็นประโยชน์ กล่าวคือทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัวอีกด้วย
4. ฮอรโมน ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ยกเว้นในผู้หญิงที่รับประทานฮอรโมนในขนาดที่สูงร่วมกับมีความดันโลหิตสูง หรือสูบบุหรี่

การตรวจสอบความเสี่ยงของโรค สามารถตรวจสอบความเสี่ยงของโรคได้หลายวิธี คือ

1. การตรวจเม็ดเลือดแดง เพื่อดูความเข้มข้นของเกล็ดเลือด
2. การตรวจการอักเสบของหลอดเลือด
3. การตรวจระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด
4. การตรวจวินิจฉัยรอยโรคด้วยอุปกรณ์ที่ทันสมัย และมีความแม่นยำสูง เช่น
 - 4.1. การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT SCAN) เป็นการตรวจดูความผิดปกติของหลอดเลือดสมองว่ามีการแตกหรือตีบตันหรือไม่

- 4.2. การตรวจสมองด้วยสแกนแม่เหล็ก (MRI) เป็นการถ่ายภาพเอ็กซเรย์สมองด้วยสแกนแม่เหล็กที่สามารถให้รายละเอียดของสมองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสามารถตรวจพบการตีบตันของหลอดเลือดสมองได้ ตั้งแต่ในระยะแรก จะมีข้อห้ามในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ หรือมีประวัติฝังโลหะไว้ในร่างกายใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) หรือเคยผ่าตัดใส่ครีปในสมอง (Aneurysmal Crippling)
- 4.3. การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยสแกนแม่เหล็ก (MRA) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณคอที่เป็นหลอดเลือดเลี้ยงสมอง และตรวจหาความผิดปกติกรณีหลอดเลือดสมองโป่งพอง
- 4.4. การทำคอมพิวเตอร์สแกนชนิดสามมิติ (Spiral CT Scan) เป็นเครื่องมือที่นำมาตรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างดีเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่นาน และต้องรีบให้การรักษา เพราะสามารถมองเห็นหลอดเลือดอุดตันภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที และสามารถทำในผู้ป่วยได้ทุกกรณี
- 4.5. การทำอัลตราซาวด์หลอดเลือดคอ (Carotid Duplex Ultrasound) เพื่อตรวจภาวะการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณคอ ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่สำคัญที่ไปเลี้ยงสมอง

การป้องกัน

ทุกคนสามารถป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก หรือ "อัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต" ได้ด้วยการเริ่มต้นดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองด้วยการหมั่นตรวจสุขภาพ และลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่
2. ดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร อย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไปจนเกินเกณฑ์มาตรฐาน
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
4. รักษาความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ถ้าเป็นเบาหวาน ควรรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด
7. ในผู้ป่วยหลอดเลือดที่คอตีบ และเคยมีอาการของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ การผ่าตัดหลอดเลือดที่คอเป็นการป้องกันการเกิดอัมพาตซ้ำได้

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

1. ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3 ชั่วโมง การรักษาในระยะเฉียบพลันโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) IV rtPA treatment ขนาด 0.9 mg/kg (max 90 mg) 10% bolus in 1 minute หรือ 90% infuse in 60 min หรือยาละลายลิ่มเลือด Aspirin / ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
2. การรักษาทั่วไป รับไว้ใน stroke unit ดูแลการหายใจ การให้สารน้ำ รักษาภาวะไข้ รักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พยายามไม่ลดความดันโลหิต (220/120 mmHg)

3.การทํากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก

1. การรักษาทางยา 2. การผ่าตัด

หลอดเลือดสมองแตกในช่องน้ำไขสันหลัง

1.การรักษาทางยา 2.Angiogram 3.การผ่าตัด

การให้ยาป้องกันการเกิดซ้ำ

1. Antiplatelets

- Aspirin 50-325 mg
- Ticlopidine
- Clopidogrel
- ASA+ Dipyridamole
- Cilostazol

2. Antihypertensives

- ACEI/ARB

3. Lipid lowering agents

- Statins

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ
2. การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่นสมองบวม เลือดออกซ้ำซ้อน
3. การทํากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

สถานการณ์การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลรัฐ

สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลของรัฐ ระหว่างปี 2547-2551จำแนกรายภาค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค โดยภาคกลาง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าภาคอื่น อยู่ระหว่างร้อยละ 37-40 รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน อยู่ระหว่างร้อยละ 23-26 ภาคใต้เพิ่มน้อยกว่าภาคอื่น อยู่ระหว่างร้อยละ 11-12 เท่านั้น และตารางที่ ก.1 ดังแผนภูมิที่ ก.2

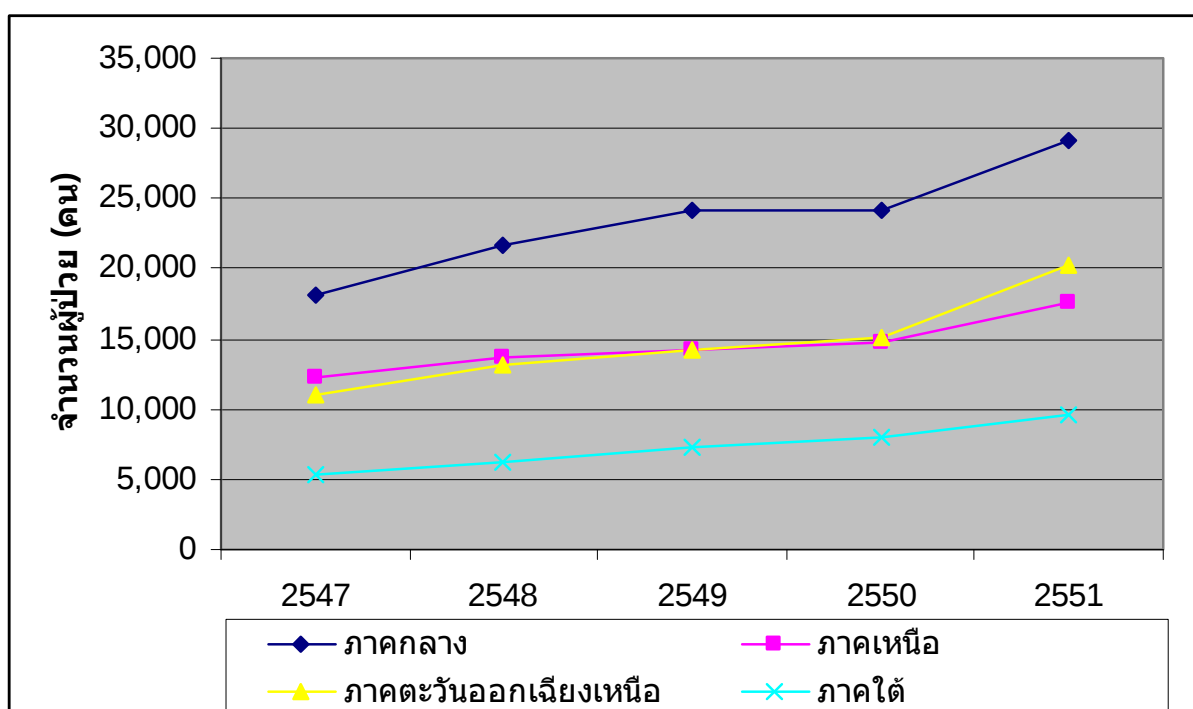
ตารางที่ ก.1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำแนกรายภาคระหว่าง ปี 2547-2551

ประเภทสิทธิ	2547	2548	2549	2550	2551
ภาคกลาง	18,090 (38.8%)	21,681 (39.6%)	24,086 (40.3%)	24,091 (38.9%)	29,067 (37.9%)
ภาคเหนือ	12,232 (26.2%)	13,743 (25.1%)	14,283 (23.8%)	14,818 (23.9%)	17,618 (23.0%)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,989 (23.6%)	13,066 (23.9%)	14,222 (23.7%)	15,086 (24.3%)	20,307 (26.5%)
ภาคใต้	5,298 (11.4%)	6,234 (11.4%)	7,327 (12.2%)	8,028 (12.9%)	9,631 (12.6%)
รวม	46,609 (100.0%)	54,724 (100.0%)	59,918 (100.0%)	62,023 (100.0%)	76,623 (100.0%)

ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วยในจาก สปสช., สกส. และ สปส.

แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามสิทธิ์ประกันสุขภาพ



จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามสิทธิ์หลักประกันสุขภาพปี 2547 - 2551 โดยสิทธิบัตรทอง มีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นทุกปี ในปี 2547 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.8 และในปี 2551 เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 สำหรับสิทธิ สวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม การเข้านอนรักษาโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2547 - 2551 มีแนวโน้มทรงตัวหรือลดลง ดังตารางที่ ก.2 และแผนภูมิที่ 2

ตารางที่ ก.2 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามสิทธิ์หลักประกันสุขภาพ

ปี 2547 – 2551

ประเภทสิทธิ์	2547	2548	2549	2550	2551
บัตรทอง (UC)	33,476 (71.8 %)	40,679 (74.4 %)	45,268 (75.5%)	49,097 (79.2%)	60,448 (78.9%)
ข้าราชการ (CS)	11,476 (24.6%)	12,120 (22.1%)	12,258 (20.5%)	12,926 (20.8%)	13,713 (17.9%)
ประกันสังคม (SS)	1,657 (3.6 %)	1,925 (3.5%)	2,392 (4.0%)	-	2,462 (3.2%)
รวม	46,609 (100.0%)	54,724 (100.0%)	59,918 (100.0%)	62,023 (100.0%)	76,623 (100.0%)

สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย 10 อันดับแรก²

สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 10 อันดับ ในเพศชายอันดับหนึ่ง เป็นการติดเชื้อ HIV/เอดส์ อันดับ 2 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับ 3 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับในเพศหญิง เสียชีวิตอันดับแรก สาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง อันดับ 2 เสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV/เอดส์ และอันดับ 3 เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดในตารางที่ ก.1 และ ก.2

ตารางที่ ก.3 สาเหตุการตายของชายไทย 10 อันดับแรก ปี 2542

(The top killers in Thailand 1999 Male)

Diseases	Deaths	%
1. HIV/AIDS	40,064	28
2. Traffic accidents	21,901	16
3. Stroke	18,286	13
4. Liver cancer	13,774	10
5. COPD	10,977	8
6. Ischemic heart disease	9,734	7
7. Homicide/Violence	6,786	5
8. Suicides	6,671	5
9. Lung cancer	6,461	5
10. Diabetes	6,223	4

² Burden of disease and injury in Thailand: Ministry of Public Health Nov 2002 <http://203.157.19.191/index-Burden.html>

ตารางที่ ก. 4 สาเหตุการตายของหญิงไทย 10 อันดับแรก ปี 2542

(Top 10 killers in Thailand 1999 Female)

Diseases	Deaths	%
1. Stroke	23,433	14
2. HIV/AIDS	16,443	10
3. Diabetes	12,235	7
4. Ischemic heart disease	8,089	5
5. Liver cancer (ต่อ)	7,938	3
6. Lower respiratory tract infection	5,521	3
7. Traffic accident	5,330	3
8. COPD	5,132	3
9. Tuberculosis	4,413	3
10. Nephritis & Nephrosis	4,123	2

สำหรับการสูญเสียปีสุขภาวะ ของเพศชาย อันดับแรก อันดับ 2 และ 3 จากโรคเอดส์ และ หลอดเลือดสมองตามลำดับ สำหรับเพศหญิง การสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับแรก อันดับ 2 และ 3 จาก โรคเอดส์ หลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ดังในตารางที่ก.3 และ ก.4 จะเห็นว่าโรค หลอดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตและสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหญิงและชาย

ตารางที่ ก.5 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เพศชาย ปี พ.ศ. 2542

โรค	DALYs	ร้อยละ
1. เอดส์	960,086	17
2. อุบัติเหตุจราจร	510,909	9
3. หลอดเลือดสมอง	271,009	5
4. มะเร็งตับ	248,083	4
5. เบาหวาน	168,594	3
6. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	159,188	3
7. ถุงลมปอดโป่งพอง	156,861	3
8. ถูกฆาตกรรม/ถูกทำร้าย	156,853	3
9. ฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง	147,988	3
10. ยาเสพติด	137,703	2

ตารางที่ ก.6โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs)

เพศหญิง ปี พ.ศ. 2542

โรค	DALYs	ร้อยละ
1. เอดส์	372,956	10
2. หลอดเลือดสมอง	282,509	7
3. เบาหวาน	267,155	7
4. โรคซึมเศร้า	145,336	4
5. มะเร็งตับ	118,384	3
6. ข้อเข่าเสื่อม	117,994	3
7. โลหิตจาง(ขาดธาตุเหล็ก)	112,990	3
8. อุบัติเหตุจราจร	108,449	3
9. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	102,863	3

ภาคผนวก ข

แบบประเมินชุดที่ 1 การทบทวนเวชระเบียน สภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Patient status before discharge)

(รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) (เลขที่ตัวอย่าง)

ระบุภูมิสำเนาของตัวอย่าง

อำเภอเมือง	☐ 1. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด ☐ 2.อยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด
รพช. มีนักรกายภาพบำบัด	☐ 3. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 4. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.
รพช. ไม่มีนักรกายภาพบำบัด	☐ 5. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 6. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.

1. โรงพยาบาลที่รักษา.....

2. เลขประจำตัว

ประชาชน.....HN.....AN.....

3. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี

4. หอผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

.....

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน

-เข้านอนโรงพยาบาล วันที่เดือน.....พ.ศ.....

-วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย

1.....

2.

3.

4.

7. อาการทางคลินิก รวมถึงบริการที่ได้ขณะนอน / ก่อนจำหน่ายออกจาก รพ.

คำชี้แจง : กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

กิจกรรม /รายการประเมิน	ผลการประเมิน		
	มี	ไม่มี	คำอธิบายประกอบ
(1) อาการทั่วไปก่อนจำหน่าย			
1.1. อุณหภูมิร่างกาย °c			(ค่าปกติ 37 – 37.5)
1.2. ชีพจรครั้ง/นาที			(ค่าปกติ 60 – 100 ครั้ง/นาที)
1.3. ความดันโลหิต...../.....ม.ม.ปรอท			(ค่าปกติ systolic 120 – 140 ม.ม.ปรอท / ค่า diastolic 70 - 90 ม.ม.ปรอท)
1.4. การหายใจครั้ง/นาที			(ค่าปกติ ผู้ใหญ่ 15 - 20 ครั้ง / นาที)
(2) ก่อนจำหน่ายมีการใช้เครื่องมือต่อไปนี้หรือไม่			
2.1 สายให้ oxygen			
2.2 สายให้อาหาร (gavages)			
2.3 สายสวนปัสสาวะ			
2.4 การใส่ท่อหายใจ (T-Tube)			
2.5 อื่นๆ			
(3) บริการสำคัญที่ได้รับขณะอยู่ รพ.			
3.1 การทำ CT scan			ถ้ามีระบุตำแหน่ง..... ขนาด.....ม.ม.
3.2 การผ่าตัดสมองเพื่อห้ามเลือด			
3.3 การได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชม.			(stroke fast track) เป็นโครงการที่ สปสช. สนับสนุน
3.4 การใส่สายสวนปัสสาวะ			
3.5 การฝึกกลืน พูดสื่อสาร			ถ้ามี ระบุผู้ฝึก.....
3.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพ			ปรึกษานักกายภาพบำบัดวันที่.....นับจากวันที่เข้า รพ. จำนวนครั้งที่ได้รับการก่อนจำหน่าย.....ครั้ง
3.7 คำแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนกลับบ้าน			หากได้ ระบุ.....
3.8 อุปกรณ์เครื่องช่วยที่ได้รับก่อนกลับบ้าน			หากได้ ระบุ.....
3.9 อื่นๆ ระบุ.....			

กิจกรรม /รายการประเมิน	ผลการประเมิน		
	มี	ไม่มี	คำอธิบายประกอบ
(4) สมรรถภาพของผู้ป่วย			
4.1 มีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL, ambulation) (ประเมินตามแบบ ADL)			ถ้ามีระบุคะแนนประเมิน.....คะแนน หรือระบุรายละเอียดการประเมิน
(5) มีแผนการดูแลต่อหลังการจำหน่าย			
5.1 นัดรับบริการ OPD			ถ้ามี ระบุ.....
5.2 การส่งต่อ รพ. ชุมชน			ชื่อ รพ. ระบุ.....
5.3 ไปให้บริการที่บ้าน (home health care)			ชื่อ รพ. ระบุ.....
5.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน			ถ้ามี ระบุ.....
5.5 อื่นๆ			
(6) สาเหตุที่จำหน่าย			[] 1. ดีขึ้น [] 2. ยังมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ [] 3. ขอไปรักษาทางเลือกอื่น [] 4. ไม่สมัครใจรักษา [] 5. อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการประเมิน นาย/นาง/นางสาว

โรงพยาบาล.....

แบบประเมินชุดที่ 2 การเข้าถึง/ใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้มีกองทุนย่อยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ในอัตรา 4 บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพิ่มเป็น 5 บาทต่อหัวในปีงบประมาณ 2552 ทั้งนี้ร้อยละ 70 ของกองทุนสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอีกร้อยละ 30 ใช้เพื่อการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสำหรับคนพิการ โดยผู้มีสิทธิได้รับการครอบคลุมต้องได้รับการประเมินและจดทะเบียนสิทธิเป็นคนพิการ อย่างไรก็ตามก็มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่เกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง หรือได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ซึ่งมีภาวะทุพพลภาพซึ่งอาจเป็นการชั่วคราวหรือถาวรซึ่งยังไม่ถูกขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แต่ต้องการบริการฟื้นฟูเป็นอย่างมาก งานบริการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคุ้มครองจากการจัดสรรงบประมาณแบบผู้ป่วยใน หรือ ผู้ป่วยนอก ตามปกติไม่ถูกครอบคลุมโดยกองทุนนี้ การใช้นโยบายบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณจะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ข้อดีของการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูก็ยังมีชัดเจน เช่น โรงพยาบาลในระดับอำเภอ แม้ไม่มีกรอบอัตรากำลังสำหรับนักกายภาพบำบัด แต่ก็มีมีการจ้างบุคลากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลหลายแห่งมีการพัฒนาบริการฟื้นฟูที่บ้าน

ผู้ป่วยกลุ่มที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลต้องการบริการฟื้นฟู ที่ intensive และมีคุณภาพ เพื่อให้เขาสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติไม่กลายเป็นผู้พิการถาวร ดังนั้นหากเราสามารถจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้ดีน่าจะป้องกันไม่ให้คนเหล่านี้เข้าสู่ความพิการถาวรและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การประเมินเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการบริการดังกล่าวจึงมีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา(1) การเข้าถึง/ใช้บริการฟื้นฟูที่เป็น intermediate care ของผู้ป่วยตั้งแต่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลจังหวัดกลับไปในชุมชนว่ามีสถานการณ์เป็นอย่างไร เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีการจัดบริการแตกต่างกัน (มีบริการเฉพาะในโรงพยาบาล มีบริการในชุมชน ไม่มีบริการ) (2) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการจัดบริการ (3) ต้นทุนของการจัดบริการฟื้นฟูในชุมชน

ทางทีมนักวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในชุมชนของไทยต่อไป และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ในความร่วมมือนี้อย่างสูง

(รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) เลขที่ตัวอย่าง

ระบุภูมิสำเนาของตัวอย่าง

อำเภอเมือง	☐ 1. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด ☐ 2.อยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด
รพช. มีนั้กายภาพบำบัด	☐ 3. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 4. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.
รพช. ไม่มีนั้กายภาพบำบัด	☐ 5. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 6. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.

วันที่เก็บข้อมูลเมื่อ วันที่เดือน.....พศ. 2552

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เลขที่บัตรประชาชน.....

อายุ.....ปี เพศ. () 1.ชาย () 2. หญิง

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

1. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว

() 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกครอบครัว () 3. อื่นๆ ระบุ.....

2. ระดับการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาอยู่

() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา () 4. ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

3.จำนวนสมาชิกที่อยู่จริงในครอบครัว.....คน

4. อาชีพหลักก่อนป่วย

() 1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() 2. นักธุรกิจระดับผู้บริหารหรือผู้จัดการ

() 3. พนักงานบริษัท

() 4. รับจ้างทั่วไป/กรรมกร

() 5. เกษตรกรรม (ทำสวน,ทำไร่,ทำนา,เลี้ยงสัตว์,ประมง)

() 6. ค้าขาย

() 7. นักเรียน/นักศึกษา

() 8. งานบ้าน

() 9. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() 10. อื่นๆ (ระบุ).....

5. รายได้หลักของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนป่วย

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน (รวมรายได้ที่ได้รับจากลูกหลานส่งมา)

เป็นรายได้ของผู้ป่วยจากอาชีพ.....บาท/เดือน

6. รายได้หลักของผู้ป่วยและครอบครัวหลังป่วย

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน (รวมรายได้ที่ได้รับจากลูกหลานส่งมา)

เป็นรายได้ของผู้ป่วยจากอาชีพ.....บาท/เดือน

7. สิทธิในการรักษาพยาบาลหลักที่ท่านใช้ในปัจจุบัน

[] 1. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

[] 2. บัตรประกันสังคม

[] 3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[] 4. อื่นๆ ระบุ.....

☐

ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (ที่ผู้ป่วย/ญาติทราบ)

8. อาการหรือโรคที่เป็นในการไปนอนรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล คืออะไร?

[] 1. เส้นเลือดในสมองตีบ [] 2. เส้นเลือดในสมองแตก [] 3. อื่นๆ ระบุ.....

☐

9. การป่วยของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ? ตามที่ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. ความดันโลหิตสูง [] 2. เบาหวาน [] 3. ไขมันในเลือดสูง

[] 4. โรคหัวใจ

[] 5. อื่นๆ ระบุ.....

☐ ☐ ☐ ☐

10. โรคประจำตัวที่ท่านมี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 0. ไม่มี

[] 1. โรคความดันโลหิตสูง

[] 2. โรคเบาหวาน

[] 3. โรคไขมันสูงในเลือด [] 4. โรคหัวใจ

[] 5. โรคถุงลมโป่งพอง

[] 6. โรคตับแข็ง

[] 7. โรคมะเร็ง

[] 8. อื่นๆ ระบุ.....

11. ข้อมูลการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยครั้งนั้น (อ้างอิงถึงครั้งของข้อมูลที่บ้านที่กจากเวชระเบียน)

ชื่อโรงพยาบาลที่พักรักษาตัวตามลำดับก่อนหลัง	จำนวนวันนอนแต่ละแห่ง (วัน)
โรงพยาบาลที่ 1.....	
โรงพยาบาลที่ 2.....	
โรงพยาบาลที่ 3.....	
โรงพยาบาลที่ 4.....	

12. การรักษาที่ได้รับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนั้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] 1. รักษาด้วยยา [] 2. รักษาด้วยการผ่าตัด [] 3. รักษาด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ☐
[] 4. อื่นๆ ระบุ.....

13. ค่ารักษาพยาบาลในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้นที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นเงิน.....บาท

14. ค่าใช้จ่ายอื่น (เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ค่าใช้จ่ายญาติขณะเฝ้าฯ) ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น รวมเป็นเงิน บาท

15. สภาพร่างกายด้านการเคลื่อนไหวของท่านขณะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในครั้งนั้นเป็นอย่างไร?

- [] 1. อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา [] 2. อัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย ☐
[] 3. อัมพาตทั้งตัว [] 4. อื่นๆ ระบุ.....

16. สภาพร่างกายด้านการเคี้ยว/ การกลืนอาหาร ของท่านขณะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งนั้นเป็นอย่างไร

16.1 การเคี้ยว / การกลืนอาหาร

- [] 1. ปกติ [] 2. เคี้ยว / กลืนลำบาก [] 3. อื่นๆ ระบุ..... ☐

16.2 การสำลัก

- [] 1. มี [] 2. ไม่มี [] 3. ผิดปกติอื่นๆ ระบุ..... ☐

17. สภาพการพูดเป็นอย่างไรขณะที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น

- [] 1. ปกติ [] 2. พูดไม่ชัด ☐
[] 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง [] 4. ฟังเข้าใจแต่พูดไม่เป็นคำ
[] 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง [] 6. ผิดปกติอื่นๆ ระบุ.....

18. ในขณะที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในครั้งนั้นท่านต้องมีการใช้อุปกรณ์พิเศษ อะไรบ้าง? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] 1. ใส่ท่อ/เจาะคอ [] 2. ให้อาหารทางสาย [] 3. ใส่สายสวนปัสสาวะ [] 4. อื่นๆ ระบุ ☐

19. การทำกิจวัตรประจำวันขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น (ใช้ถามเอา)

หัวข้อประเมิน	คะแนน
(1) ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง (transfer) 0 ทำไม่ได้ 1 ต้องมีคนช่วยส่วนใหญ่, นั่งได้ 2. มีคนช่วยส่วนน้อย 3. ทำได้เอง	
(2) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) 0 ทำไม่ได้ 1 ต้องมีคนช่วยส่วนใหญ่, นั่งได้ 2. มีคนช่วยส่วนน้อย 3. ทำได้เอง	
(3) การใช้ห้องส้วม (toilet use) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้บ้าง อาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2 ทำได้เอง	
(4) อาบน้ำ (bathing) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1. ทำได้ด้วยตนเอง	
(5) แต่งตัว (grooming) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเหลือ 1. ทำได้ด้วยตนเอง	
(6) ใส่เสื้อผ้า (dressing) 0 ทำไม่ได้ต้องมีคนช่วยตลอด 1.ทำได้บ้าง อาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2. ทำได้เอง	
(7) กินอาหาร (feeding) 0 ทำไม่ได้ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้บ้าง อาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2 ทำได้เอง	
(8) ขึ้นบันได (stairs) 0 ทำไม่ได้ 1 ทำได้แต่ต้องมีคนคอยช่วย 2 ทำได้เอง	
(9) ขับถ่ายปัสสาวะ (bladder) 0 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่สายสวน 1 กลั้นปัสสาวะได้บ้าง 2 ปัสสาวะได้ปกติ	
(10) ขับถ่ายอุจจาระ (bowel) 0 ขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องสวน 1 ขับถ่ายอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 ขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ	

ตอนที่ 3 ประวัติการได้รับบริการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น

20. เมื่อท่านออกจากโรงพยาบาลท่านได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลให้ดูแลต่อเนื่องอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] 1. มีการนัดให้กลับมารับบริการที่โรงพยาบาลที่จำหน่าย
- [] 2. ส่งตัวให้ไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
- [] 3. มีการส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการถึงบ้าน
- [] 4. ไม่มีการให้ข้อมูลใดๆ
- [] 5. อื่นๆระบุ.....

--	--	--	--	--	--

21. ตั้งแต่ท่านออกจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น ท่านรักษาโรคที่เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] 0. ไม่ได้รักษา [] 1. ซ้ำยากินเอง [] 2. รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน
- [] 3. รักษาด้วยแพทย์แผนไทย [] 4. รักษาด้วยพระ [] 5. รับการรักษาด้วยหมอไสยศาสตร์
- [] 6. อื่นๆระบุ.....

22. ตั้งแต่ท่านออกจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น ท่านได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 0. ไม่ได้รับกายภาพบำบัด

[] 1. ไปรับกายภาพบำบัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

[] 2. นักกายภาพบำบัดไปทำให้ที่บ้าน

[] 3. กายภาพบำบัดกับแพทย์แผนไทย

[] 4. ญาติเป็นผู้ทำกายภาพให้

[] 5. รับการบำบัดกับพระ

[] 6. รับการบำบัดกับหมอไสยศาสตร์

[] 7. อื่นๆ ระบุ.....

23. ในรอบเดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับกายภาพบำบัดจากใคร

[] 0. ไม่ได้รับ

[] 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุจำนวน.....ครั้ง

[] 2. พยาบาลวิชาชีพ ระบุจำนวน.....ครั้ง

[] 3. นักกายภาพบำบัด ระบุจำนวน.....ครั้ง ระบุชื่อผู้บำบัด.....

[] 4. อื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ครั้ง

--

(กรณีที่ไม่สามารถระบุได้ว่าได้รับจากใคร ให้ถามชื่อ และระบุลงในช่องตามที่ได้ข้อมูล ผู้สำรวจมาสอบถามกันในหมู่ผู้ปฏิบัติและเติมข้อมูลข้อนี้ให้สมบูรณ์)

24. คุณมีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น ไมเท้า รถเข็น อุปกรณ์ฝึกเดิน หรือไม่

ไมเท้า

[] 1. มี ได้รับจาก.....

[] 1.1 ใช้

[] 1.2 ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

[] 2. ไม่มี

ไม้ค้ำยัน

[] 1. มี ได้รับจาก.....

[] 1.1 ใช้

[] 1.2 ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

[] 2. ไม่มี

เครื่องช่วยเดิน 4 ขา

[] 1. มี ได้รับจาก.....

[] 1.1 ใช้

[] 1.2 ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

[] 2. ไม่มี

รถเข็นนั่ง

[] 1. มี ได้รับจาก.....

[] 1.1 ใช้

[] 1.2 ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

[] 2. ไม่มี

อุปกรณ์ทำเอง

[] 1. มี ได้รับจาก.....

[] 1.1 ใช้

[] 1.2 ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

ระบุชื่อ.....

[] 2. ไม่มี

อื่นๆ ระบุ.....

[] 1. ใช้

[] 2. ไม่ได้ใช้ ระบุเหตุผล.....

--	--

--

--	--

--

--	--

--

--	--

--

--	--

--

--	--

--

--

25. ในบ้านมีผู้ดูแลและช่วยเหลือสภาพความเป็นอยู่ทั่วไปแก่ท่าน คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 0. ไม่มี

☐

[] 1. มี ระบุ [] 1.1สามี /ภรรยา [] 1.2 บุตร / ธิดา [] 1.3 บุตรเขย / สะใภ้

--	--	--

[] 1.4 หลาน [] 1.5 ญาติ [] 1.6 อื่นๆ ระบุ.....

--	--	--

26. ในชุมชนหรือละแวกบ้านของท่าน มีใครมาให้ความช่วยเหลือหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 0. ไม่มี

☐

[] 1. มี ระบุ [] 1.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ [] 1.2 อาสาสมัครผู้พิการ

--	--	--	--

[] 1.3 ชมรมผู้สูงอายุ [] 1.4 จิตอาสา [] 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุข

--	--	--

[] 1.6 เจ้าหน้าที่ อบต. [] 1.7 อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการประเมิน นาย/นาง/นางสาว

โรงพยาบาล.....

แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินตรวจวัดสุขภาพผู้ป่วย

(รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) เลขที่ตัวอย่าง

ระบุภูมิฐานะของตัวอย่าง

อำเภอเมือง	☐ 1. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด ☐ 2.อยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด
รพช. มีนักรกายภาพบำบัด	☐ 3. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 4. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.
รพช. ไม่มีนักรกายภาพบำบัด	☐ 5. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. ☐ 6. อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.

ประเมินครั้งที่ ☐ 1 วันที่..... ☐ 2 วันที่..... ☐ 3 วันที่.....

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป

1. ตรวจดูลักษณะผิวหนัง

☐ 1.ปกติ ☐ 2. มีแผลกดทับ ระบุตำแหน่ง.....ขนาด.....ซม.☐ 3. อื่นๆ ระบุ.....

2. ประเมินการหดเกร็งของกล้ามเนื้อของแขนขา (muscle tone) ดังนี้

☐ 1. ไม่มีการหดเกร็ง ☐ 2. อ่อนปวกเปียก (flaccid) ระบุตำแหน่ง.....☐ 2. มีการหดเกร็ง ระบุตำแหน่ง.....ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ☐ 1. mild ☐ 2. moderate ☐ 3. severe

3. การประเมินการรับรู้ความรู้สึก ระบุวิธีการตรวจ.....

3.1 แขนขวา ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ลดลง ☐ 3. ไม่รู้สึก3.2 แขนซ้าย ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ลดลง ☐ 3. ไม่รู้สึก3.3 ขาขวา ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ลดลง ☐ 3. ไม่รู้สึก3.4 ขาซ้าย ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ลดลง ☐ 3. ไม่รู้สึก

4. ตรวจดูว่ามีข้อติดหรือไม่ ตรวจโดยการทำ passive พร้อมระบุตำแหน่ง (ปกติ หมายถึง ข้อขยับได้เต็มองศาของการเคลื่อนไหว/ ข้อติดปานกลาง หมายถึง ขยับได้มากกว่า 50% ขององศาการเคลื่อนไหวแต่ไม่เต็มร้อย/ ข้อติดหาย หมายถึง ขยับได้น้อยกว่า 50% ขององศาการเคลื่อนไหว)

4.1 แขนขวา ข้อ..... ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ข้อติดปานกลาง ☐ 3. ข้อติดมากข้อ..... ☐ 1. ปกติ ☐ 2. ข้อติดปานกลาง ☐ 3. ข้อติดมาก

ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 4.2 แขนซ้าย ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 4.3 ขาขวา ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 4.4 ขาซ้าย ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐
 ข้อ..... [] 1. ปกติ [] 2. ข้อติดปานกลาง [] 3. ข้อติดมาก ☐

5. การเคี้ยว / การกลืนน้ำ อาหาร

5.1 การเคี้ยว / การกลืน [] 1. ปกติ [] 2. กลืนลำบาก [] 3. ผิดปกติอื่นๆระบุ..... ☐
 5.2 การสำลัก [] 1. มี [] 2. ไม่มี [] 3. ผิดปกติอื่นๆระบุ..... ☐

6. การพูด/สื่อสาร

[] 1. ปกติ [] 2. พูดไม่ชัด [] 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง [] 4. ฟังเข้าใจ
 แต่พูดไม่เป็นคำ [] 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง [] 6. ผิดปกติอื่นๆระบุ..... ☐

7. การรักษาพิเศษอื่น ๆ

[] 1. ใส่ท่อเจาะคอ [] 2. ให้อาหารทางสายยาง [] 3. ใส่สายสวนปัสสาวะ
 [] 4. อื่นๆระบุ..... ☐

8. ความคาดหวังของผู้ป่วยว่าจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้นได้แค่ไหน

[] 1. ไม่คาดหวัง [] 2. คาดหวังว่าจะดีขึ้น [] 3. คาดว่าจะกลับมาปกติ ☐

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย

9. ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ได้หรือไม่ โดยต้องให้ผู้ป่วยทำให้อุจจริง

หัวข้อประเมิน	คะแนน
(1) ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง (transfer) 0 ทำไม่ได้ 1 ต้องมีคนช่วยส่วนใหญ่, นั่งได้ 2 มีคนช่วยส่วนน้อย 3 ทำได้เอง	
(2) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility)	

0 ทำไม่ได้ 1 ต้องมีคนช่วยส่วนใหญ่, นั่งได้ 2 มีคนช่วยส่วนน้อย 3 ทำได้เอง	
(3) การใช้ห้องส้วม (toilet use) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้บ้าง อาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2 ทำได้เอง	
(4) อาบน้ำ (bathing) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้ด้วยตนเอง	
(5) แต่งตัว (grooming) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเหลือ 1 ทำได้ด้วยตนเอง	
(6) ใส่เสื้อผ้า (dressing) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้บ้างอาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2 ทำได้เอง	
(7) กินอาหาร (feeding) 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วยตลอด 1 ทำได้บ้าง อาจมีคนคอยช่วยบางอย่าง 2 ทำได้เอง	
(8) ขึ้นบันได (stairs) 0 ทำไม่ได้ 1 ทำได้แต่ต้องมีคนคอยช่วย 2 ทำได้เอง	
(9) ขับถ่ายปัสสาวะ (bladder) 0 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่สายสวน 1 กลั้นปัสสาวะได้บ้าง 2 ปัสสาวะได้ปกติ	
(10) ขับถ่ายอุจจาระ (bowel) 0 ขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องสวน 1 ขับถ่ายอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 ขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ	

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการประเมิน นาย/นาง/นางสาว

โรงพยาบาล.....

แบบสำรวจชุดที่ 4 การได้รับบริการรักษาพยาบาล หรือกายภาพบำบัด ในรอบเดือนที่ผ่านมา

เลขที่ตัวอย่าง (รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) (1-20)

ระบุภูมิภาคของ

อำเภอเมือง	[] 1. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด [] 2.อยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบของ PCU รพ.จังหวัด
รพช. มีนักกายภาพบำบัด	[] 3. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. [] 4.อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.
รพช. ไม่มีนักกายภาพบำบัด	[] 5. อยู่ในตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช. [] 6.อยู่นอกตำบลรับผิดชอบของ PCU รพช.

ตัวอย่าง

การสอบถามครั้งที่ [] 1 วันที่..... [] 2 วันที่..... [] 3. วันที่.....

1.ครั้งที่	2.วัน/ เดือน/ ปีที่ รับบริ	3.โรค/ อาการที่ ป่วย	4.บริการที่ได้รับ	5.สถานที่ไปรับบริการ	6.ผู้ให้บริการ	7.สิทธิที่ใช้ในการ รับบริการ	8.หากไม่ใช่สิทธิ ที่มีเป็นเพราะ เหตุใด	9.ค่า รักษาพยาบาล /กาย ภาพบำ บัดที่จ่าย เอง (บาท)	10. ค่าใช้จ่าย อื่นๆ ที่จ่าย เอง เช่น ค่า เดินทาง จำนวน (บาท)
	การ		1) รับยารักษาโรคเรื้อรัง 2) รักษาโรคเฉียบพลัน 3) บริการพยาบาล (ทำแผล ฉีดยา) 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (กายภาพบำบัด) 5) อื่นๆ	1) สถานีอนามัย 2) โรงพยาบาลชุมชน 3) โรงพยาบาลจังหวัด 4) โรงเรียนแพทย์ 5) โรงพยาบาลเอกชน 6) คลินิกเอกชน 7) มาดูแลที่บ้าน 8) วัด	1)แพทย์ 2)พยาบาล 3)เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4)นักกายภาพบำบัด 5)แพทย์แผนไทย/ ทางเลือก 6)หมอนวดพื้นบ้าน 7)อื่นๆ	1) บัตรทอง 2) ประกันสังคม 3) ข้าราชการ 4) จ่ายเงินเอง 5) อื่นๆ ระบุ	1) ไม่ใช่ สถานพยาบาลที่ ระบุในบัตร 2) สิทธิประโยชน์ ไม่ครอบคลุม 3) จ่ายเองได้ 4) อื่นๆระบุ		