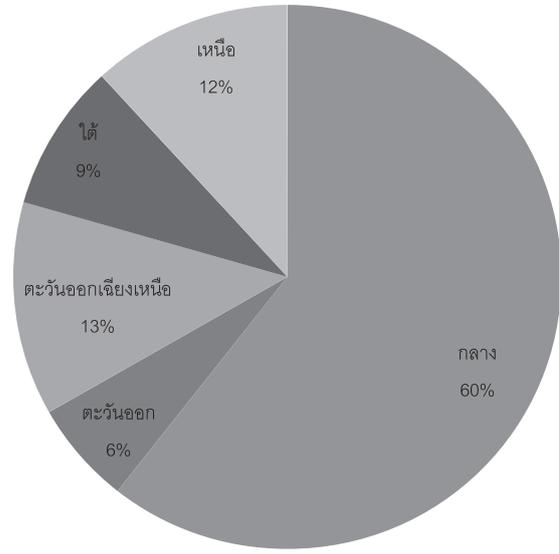


เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2558; 25(2): 39-40
 J Thai Rehabil Med 2015; 25(2): 39-40
 DOI: 10.14456/jtm.2015.7

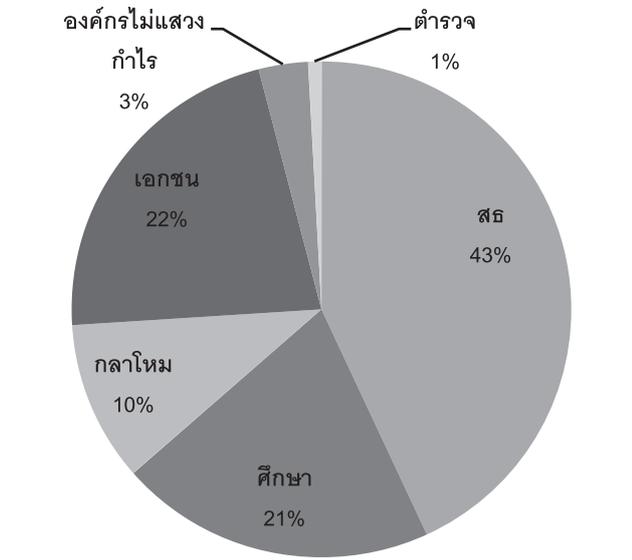
การพัฒนางานเวชกรรมฟื้นฟูในระบบสาธารณสุขไทย

พ.ญ.สุชจันทร์ พงษ์ประไพ
 แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

ตั้งแต่แพทย์สภาได้อนุมัติให้เริ่มมีการฝึกอบรมวุฒิบัตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปี พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2558 เรามีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบจากการฝึกอบรมในประเทศไทยทั้งสิ้น 497 คน คิดเป็นสัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อประชากรไทย 1: 130,000 (จากสถิติประชากรไทยที่ประกาศโดยอธิบดีกรมการปกครอง เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2558 มีจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรทั้งสิ้น 65,124,716 คน) จากการรวบรวมการกระจายการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โดย นายแพทย์ วิชระไชยแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ร้อยละ 43 ของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 21 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 22 อยู่ในภาคเอกชน อีกร้อยละ 10 สังกัดกระทรวงกลาโหม ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรฯ และองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร ด้านการกระจายแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูไปตามภาคต่าง ๆ พบว่า ร้อยละ 60 อยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 13 อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 12 อยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 9 อยู่ทางภาคใต้ และร้อยละ 6 อยู่ในภาคตะวันออก นอกจากนี้พบว่าจังหวัดที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้แก่ กำแพงฯ แม่ฮ่องสอน บึงกาฬ ชัยภูมิ นครพนม มุกดาหาร ยโสธร และอำนาจเจริญ



รูปที่ 2 สัดส่วนการกระจายแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตามภาคต่าง ๆ



รูปที่ 1 สัดส่วนการกระจายแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ

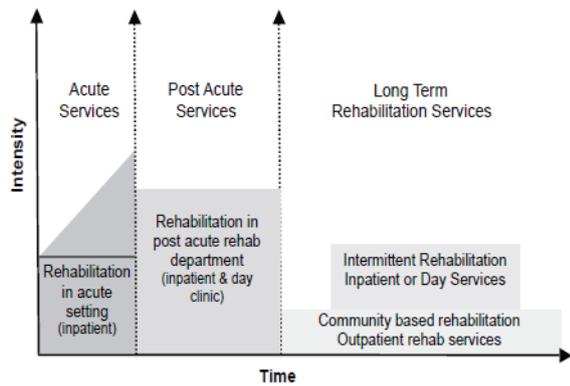
ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังไม่เป็นเอกลักษณ์โดดเด่นเท่าที่ควร ไม่ได้รับการพัฒนาหรือส่งเสริมอย่างชัดเจน ทั้ง ๆ ที่เป็นหนึ่งในระบบสุขภาพหลัก 4 ด้านคือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ สาเหตุหลักที่สำคัญคือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่บรรจุไปทำงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในระบบสาธารณสุขไทย อยู่ในโรงพยาบาลที่เรียกว่าเป็น Acute Hospital ไม่สามารถครองเตียงได้นานเพื่อการฟื้นฟูสภาพตามแผน เพียงแค่ได้ Acute

Rehabilitation ไม่เกิน 3-7 วัน ผู้ป่วยต้องถูกจำหน่ายกลับบ้านไป มีแค่ไม่ถึงร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลทั้งหมดที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหรือผู้ป่วยหรือเตียงผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่สามารถให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนได้ ฉะนั้นจะเห็นว่าจะยังมีช่องว่างเกิดขึ้นในการให้บริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพในหลาย ๆ โรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง เป็นต้น ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพตามระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้เกิดความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จนบางรายถึงกับอยู่ติดบ้านติดเตียงไปเลย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวนหนึ่ง (ไม่มีตัวเลขชัดเจน) หันไปปฏิบัติงานด้านฟื้นฟูในชุมชน แต่โดยรวมก็ทำงานตั้งรับในโรงพยาบาลซึ่งเน้นงานผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยเฉพาะทางด้าน Musculoskeletal Pain ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 70

แล้วงานเวชกรรมฟื้นฟูในประเทศไทยจะพัฒนาไปทางไหน คงต้องตอบคำถามว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ควรจะเข้าถึงการบริการทางด้านเวชกรรมฟื้นฟูได้แค่ไหน อย่างไร ทั้ง ๆ ที่สัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อประชากรไทยยังน้อยมาก และปัญหาหลักอีกเรื่องคือการกระจายตัวของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูยังไม่ทั่วถึงทั้งประเทศ ในภาพกว้างแนวทางการให้บริการทางเวชกรรมฟื้นฟูควรยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) ตามแผนภูมิข้างล่าง

โดยแบ่งการให้บริการฟื้นฟูเป็น 3 ระยะ คือ Acute Rehabilitation Services , Post Acute Rehabilitation Services , และ Long Term Rehabilitation Services

1. Acute Rehabilitation Services
- ระยะนี้โดยภาพรวม โรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้ให้



บริการฟื้นฟูสภาพในระยะเบื้องต้นอยู่แล้ว ทั้งที่มีหรือผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือไม่ก็ตาม กรณีไม่มีหรือผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู (เป็นส่วนใหญ่) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะรับปรึกษาและให้บริการฟื้นฟูสภาพไปตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่กี่วันผู้ป่วยก็จะถูกจำหน่ายกลับบ้านไป ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพจากที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้ถึงเป้าหมาย จะเสียโอกาสตรงนั้นไป อย่างไรก็ตามบางโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ซึ่งมีไม่มากนัก) ผู้ป่วยบางรายมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสภาพตามเป้าหมายได้ตามระยะ Post Acute Rehabilitation Services ถ้าผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้โรงพยาบาลก็อาจรับบริการแบบผู้ป่วยนอกก็ได้ในระยะนี้ หรือบางรายถูกส่งต่อไปยังศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สววงคินวาล สภาอากาศไทย ซึ่งก็มีโควตาผู้ป่วยได้จำกัด

2. Post Acute Rehabilitation Services

การให้บริการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้มีข้อจำกัดอย่างมาก เนื่องจากหน่วยบริการตงนี้ยังมีน้อยมาก ปัจจุบันมีเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ไม่กี่แห่งที่มีหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สววงคินวาล สภาอากาศไทย และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเท่านั้น ที่แยกไปกว่านั้นตามโรงพยาบาลดังกล่าวอาจถูกฝันให้รับผู้ป่วยประเภทติดเตียง (bed ridden) ทั้ง ๆ ที่ศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพแทบไม่มี การดูแลเป็นแบบประคับประคองเท่านั้น ซึ่งกรณีแบบนี้ควรไปอยู่ในสถานพักฟื้น บ้าน หรือ Long Term Care มากกว่า

การกำหนดเลือกผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพ เข้ามาอยู่ใน Post Acute Rehabilitation Services มีความสำคัญยิ่ง มีการกำหนดเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีตัวชี้วัดความก้าวหน้าในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันรวมถึงการเข้าสังคม (เช่น Barthel Index, FIMS, หรือ ICF) ซึ่งคงต้องตกลงให้ได้ว่า ทั้งประเทศในการทำระบบตงนี้จะใช้ตัวไหนมาวัด ขณะนี้ทาง WHO และ ISPRM พยายามผลักดันให้ใช้ ICF มาประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการเข้าสังคม

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 นี้เป็นต้นไป ทางสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟู และ ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ กำลังผลักดันหารูปแบบและแนวทางขับเคลื่อนให้เกิดงานบริการในระยะ Post Acute Rehabilitation Services โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียงหรือหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อาจต้องประสานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน รับผู้ป่วยเข้ามาฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย กำหนดวันนอนในโรงพยาบาลให้ชัดเจนไม่เกิน 1-3 เดือน ขึ้นกับโรคและปัญหาทางการฟื้นฟู หรือถ้าฟื้นฟูแล้วไม่มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ

เลยในระยะ 2 สัปดาห์ ก็พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย ไปเข้าสู่ระยะ Long Term Rehabilitation Services หรือ Community Based Rehabilitation โดยมีทีมฟื้นฟูจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งคงต้องมีแผนการปฏิบัติงานและสร้างระบบส่งต่อให้ชัดเจน ในระยะนี้ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาใกล้โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการฟื้นฟูแบบนี้ อาจไปฟื้นฟูแบบไปกลับก็ได้ โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ระบบที่กล่าวมานี้อาจไม่เข้มข้นเหมือนการมีหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่ก็ยังดีกว่าไม่ได้พัฒนาอะไรขึ้นมาเลย

โดยความเห็นส่วนตัวทางกระทรวงสาธารณสุขน่าจะเพิ่มโควตาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้น จะได้มีการประสานและทำงานร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลชุมชน โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ ได้อย่างเต็มรูปแบบมากขึ้นโดยเฉพาะงาน Post Acute Rehabilitation Services เชื่อมต่อไปยังงาน Long Term Rehabilitation Services และ Community Based Rehabilitation

3. Long Term Rehabilitation Services

ระยะนี้เน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นหลัก ไม่น่าจะมีการฟื้นฟูสภาพแล้ว การดูแลเน้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการซ้ำซ้อน ยกเว้นถ้ามีปัญหาฉุกเฉิน เช่น ติดเชื้อ สลัดอาหารเข้าปอด แผลกดทับ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลตามระบบเครือข่ายการดูแลระยะ Long Term Rehabilitation Services แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน่าจะเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่า ซึ่งปัจจุบันมี Family Care Team ดูแลอย่างเข้มแข็งอยู่แล้ว ยกเว้นที่ผู้ป่วยต้องการบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะเรื่อง เช่น การทำขาเทียม การแก้ไขภาวะเกร็ง ปวดเรื้อรัง เป็นต้นจึงค่อยปรึกษาเฉพาะเรื่องไป ส่วน Community Based Rehabilitation ควรกำหนดรูปแบบการทำงานและผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในอนาคตภายใน 10 ปีข้างหน้า รัฐควรลงทุนสร้างศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูระดับ Tertiary Rehabilitation ให้ครบภาคละแห่ง อย่างน้อย 4 แห่งคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก โดยจะเป็นการลงทุนเฉพาะภาครัฐหรือร่วมกับภาคเอกชน ทำหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูที่ซับซ้อน เป็นพี่เลี้ยงด้านการฟื้นฟูประจำภาคโดยเฉพาะการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูทั้งทางวิชาการและภาคปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์และชุมชน รวมถึงการทำวิจัยเชิงระบบ เพื่อตอบคำถามการให้บริการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ค่าใช้จ่าย และให้ชุมชนมีส่วนร่วม ขณะที่ยังไม่มีศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูระดับภาค โรงเรียนแพทย์ภูมิภาคควรเข้ามา มีบทบาทดังกล่าว ถึงแม้ว่างานหลักของโรงเรียนแพทย์จะเป็นการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านก็ตาม ต่อไปหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านอาจต้องปรับไปตามระบบที่จะมีการเปลี่ยนแปลง ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงและประสานสัมพันธ์งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น และสุดท้ายนี้ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องปรับเป็น Super Tertiary Rehabilitation Center มุ่งเน้นความเป็นเลิศทางด้านการศึกษาที่สลับซับซ้อน เป็นศูนย์กำหนดนโยบายด้านการฟื้นฟูระดับประเทศ เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูระดับประเทศและนานาชาติ โดยประสานกับโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งที่มีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าภายใน 10 ปีข้างหน้าไป งานเวชกรรมฟื้นฟูในประเทศไทยจะเป็นระบบ ครอบคลุม และกระจายการบริการได้ครบทุกระยะ ทุกภาค เพื่อรองรับปัญหาอันเกิดจากผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง สมกับคำกล่าวที่ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เพื่อคุณภาพชีวิต