

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพงานบริการเวชกรรมฟื้นฟูระหว่างสถาบัน

วิลัย คุปต์นิรัตัยกุล, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,¹ ภัทรา วัฒนพันธุ์, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,² อุบลวรรณ วัฒนาดิลกกุล, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,³ ขวัญฤพา สุขคนธมาน, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁴ ปราณี ลักษณะนาภิชนชัช, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁵ กัญญา อิงคะสุทธิ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁶ พรพิมล มาศสกุลพรรณ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁷ จักรกริช กล้าผจญ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁸ สุมาลี ชี้อธนาพรกุล, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,⁹ ปัญจมา ตันวัฒนพะงษ์, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,¹⁰ วิภาวี ลักษณะนากร, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,¹¹ ศิวพร วงศ์พิพัฒน์, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,¹² วิภาวรรณ ลีลาสำราญ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,¹³ วุฒิมกน กังโน, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู¹⁴

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,

²ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

³ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ,

⁴ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย,

⁵กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลราชบุรี,

⁶กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา,

⁷กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา,

⁸ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

⁹ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า,

¹⁰กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์,

¹¹ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู ศูนย์กาญจนภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล,

¹²ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

¹³หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,

¹⁴กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล รัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

ABSTRACT

A Multicenter Study of Efficiency for Rehabilitation Service:
A Comparison between Institutes

Kuptniratsaikul V¹, Wattanapan P², Wathanadilokul U³,
Sukonthamarn K⁴, Lukkanapichonchut P⁵, Ingkasuthi K⁶,
Massakulpan P⁷, Klaphajone J⁸, Suethanapornkul S⁹,
Tunwattanapong P¹⁰, Laksanakorn W¹¹, Vongpipatana S¹²,
Leelasamran W¹³, Wangno W¹⁴

¹Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine
Siriraj Hospital, Mahidol University. Bangkok, 10700,
Thailand.

Correspondence to: Dr. Vilai Kuptniratsaikul; Rehab Med Dept,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok,
10700, Thailand; E-mail: vilai.kup@mahidol.ac.th

²Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of
Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002,
Thailand.

³Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre
(SNMRC), Department of Medical Services, Ministry of
Public Health, Nonthaburi, 11000, Thailand.

⁴Thai Red Cross Rehabilitation Center, The Thai Red
Cross Society, Sumut Prakan, 10280, Thailand.

⁵Rehabilitation Medicine Department, Ratchaburi
Hospital, Ministry of Public Health, Ratchaburi, 70000,
Thailand.

⁶Rehabilitation Medicine Department, Maharat Nakhon
Ratchasima Hospital, Ministry of Public Health, Nakhon
Ratchasima, 30000, Thailand.

⁷Rehabilitation Medicine Department, Prasat Neurological

Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, 10400, Thailand.

⁸Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Chiang Mai, 50200, Thailand.

⁹Phramongkutklo Hospital and College of Medicine, Bangkok, 10400, Thailand.

¹⁰Rehabilitation Medicine Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Ministry of Public Health, Ubonratchatane, 34000, Thailand.

¹¹Golden Jubilee Medical Center, Mahidol University, Nakhon Pathom, 73170, Thailand.

¹²Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok, 10400, Thailand.

¹³Rehabilitation Medicine Division, Department of Orthopedic Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkla, 90110, Thailand.

¹⁴Rattaburi Hospital, Ministry of Public Health, Surin, 32130, Thailand.

Objectives: to investigate and to compare the efficiency of rehabilitation services among institutes

Study design: a cohort study

Setting: Rehabilitation wards at 6 university hospitals (A1-A6), 4 specialized centers (B1-B4), 3 general hospitals (C1-C3) and 1 community hospital (D1)

Subjects: All patients admitted in rehabilitation wards during January to December 2012

Methods: All patients received conventional rehabilitation program. Their demographic data were recorded as well as objectives of admission. Functional abilities were evaluated with the Barthel Index (BI) on admission and at discharge. Length of stay was recorded. The effectiveness and efficiency of services were calculated and compared according to level of hospital care.

Results: There were 2,081 patients. Mean age was 52.4 (SD 18.6) years, 63.9% were males and 54.5% were admitted for intensive rehabilitation. The average LOS for all patients was shorter than that of the intensive rehabilitation group (23.9 vs. 28.4 days), but lower efficiency score (0.16 vs. 0.23 score per day). Concerning the level of care, general hospital group had shortest LOS and highest efficiency.

Conclusions: Most patients receiving rehabilitation suffered from neurological diseases. Patients admitted for intensive rehabilitation goals had higher efficiency than all patients. Among various level of care, general hospital group had the highest efficiency.

Keywords: Service indicators, Rehabilitation, Effectiveness, Efficiency, Multicenter Study

J Thai Rehabil Med 2014; 24(3): 76-85

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริการเวชกรรมฟื้นฟู

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า

สถานที่ทำการวิจัย: หอผู้ป่วยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 6 แห่ง (A1-A6) ศูนย์ฟื้นฟู 4 แห่ง (B1-B4) โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง (C1-C3) และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (D1)

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยทุกโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2555

วิธีการศึกษา: ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูด้วยวิธีมาตรฐาน บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย บันทึกเป้าหมายการนอนโรงพยาบาล ประเมินคะแนนความสามารถบาร์เทิล ของผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูก่อนและหลังจำหน่าย บันทึกประจำวันนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูแยกตามระดับโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 2,081 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 63.9 อายุเฉลี่ย 52.4±18.6 ปี ผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูแบบเข้ม ร้อยละ 54.5 ระยะเวลานอนเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยทุกคนสั้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีเป้าหมายแบบเข้ม (23.9 และ 28.4 วัน) แต่ประสิทธิภาพน้อยกว่า (0.16 และ 0.23 คะแนนต่อวัน ตามลำดับ) หากพิจารณารายกลุ่ม พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปมีระยะเวลานอนน้อยที่สุด และมีประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสูงที่สุด

สรุป: กลุ่มโรคที่มารับการฟื้นฟูสภาพ เป็นโรคในระบบประสาทเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มมีประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสูงกว่าผู้ป่วยทุกเป้าหมาย โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสูงที่สุด

คำสำคัญ: ตัวชี้วัดงานบริการ เวชกรรมฟื้นฟู ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ การศึกษาสหสถาบัน

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2557; 24(3): 76-85

บทนำ

ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ปี 2556 พบว่าผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วในประเทศไทยมีจำนวนโดยประมาณ 1.4 ล้านคน⁽¹⁾ แต่ไม่มีข้อมูลผู้พิการที่มารับบริการฟื้นฟูในประเทศไทย อีกทั้งการบริการสาธารณสุขด้านการฟื้นฟูสภาพในประเทศไทยเรายังมีปัญหามาก โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ระดับจังหวัดหลายแห่งยังไม่มีหอผู้ป่วยสำหรับการฟื้นฟูโดยเฉพาะ จึงอาจเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการฟื้นฟู นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ จะถูกส่งกลับชุมชน เนื่องจากประเทศเราไม่

มีศูนย์ฟื้นฟูเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะรองเฉียบพลันในต่างจังหวัด อีกทั้งจำนวนเตียงสำหรับให้บริการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลศูนย์และศูนย์ฯ มีจำนวนน้อยมาก⁽²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพดีเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้น อีกทั้งสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือชุมชนได้ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี

การให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย/ผู้พิการนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยทั่วไปแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูนิยมใช้แบบวัดสมรรถภาพบาร์เทล (Barthel Index, BI)⁽²⁾ เพื่อบอกถึงระดับความสามารถด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการเคลื่อนไหวที่ติดตาม ซึ่งการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถของผู้ป่วยนั้น บ่งถึงประสิทธิผลของการรักษา (Δ BI, effectiveness) อย่างไรก็ตามในกระบวนการฟื้นฟูสภาพให้ถึงเป้าหมายนั้น จำต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง ซึ่งต้องไม่นานเกินไป เช่นตัวอย่างการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง ที่ศึกษาในโรงเรียนแพทย์ทั้ง 7 แห่งที่มีหอผู้ป่วยใน พบว่าใช้ระยะเวลาอนเฉลี่ย 27.3 วัน⁽³⁾ เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร ดังนั้นการนำมิติด้านของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องกับคะแนนระดับความสามารถที่ได้รับจากการฟื้นฟูนั้น จึงสามารถสื่อถึงประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟู (Δ BI/length of stay, efficiency) อย่างแท้จริง แต่ในประเทศไทยเรายังไม่เคยมีการศึกษาใดที่ทำเกี่ยวกับประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟู งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่รวบรวมประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูของประเทศไทย โดยเน้นการวิเคราะห์แยกตามสถาบันเป็นหลัก

มีรายงานประสิทธิภาพการฟื้นฟูจากประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2000 เทียบกับ ค.ศ. 2007-2010 โดยประมาณพบว่าแนวโน้มของระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง คะแนนความสามารถทางกายวัดโดยแบบวัด Functional Independence Measure (FIM) ในช่วงแรกรับและช่วงจำหน่ายลดลง ส่วนคะแนนความต่างระหว่างคะแนนช่วงจำหน่ายกับช่วงแรกรับก็ลดลงหรือคงที่ รวมทั้งร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านตนเองได้ก็ลดลงในทุกกลุ่มโรค ไม่ว่าจะเป็นโรคอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ บาดเจ็บไขสันหลัง⁽⁵⁾ บาดเจ็บที่ศีรษะ⁽⁶⁾ กระดูกสะโพกหัก⁽⁷⁾ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมขา⁽⁸⁾ ทั้งนี้คงเนื่องมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงในแต่ละวันที่นอนโรงพยาบาล จึงต้องหามาตรการเพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลซึ่งกระทบต่อความสามารถในช่วงจำหน่าย และสะท้อนถึงคุณภาพบริการอีกสิ่งหนึ่งคือจำนวนผู้ที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านลดลง นั่นหมายถึง ระดับความสามารถหลังผ่านกระบวนการ

การฟื้นฟูสภาพที่ถูกกำหนดโดยระยะวันนอนที่สั้นลงนั่นเอง

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพงานฟื้นฟู ณ โรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยในสำหรับการฟื้นฟู 14 แห่งของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของสถาบันต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานบริการต่อไป

วิธีการศึกษา

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดเลือก

- โรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยในเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีแพทย์ฟื้นฟูเป็นผู้กำหนดวันจำหน่ายผู้ป่วยได้เอง

กลุ่มประชากร

เกณฑ์คัดเลือก

- ผู้ป่วยทุกรายที่มานอนโรงพยาบาลในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม 2555
- ผู้ป่วยทุกเป้าหมายการนอนโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบเข้ม แบบไม่เข้ม เพื่อการสืบค้นเพิ่มเติม หรือเพื่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนก็ตาม

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

- แบบวัดความสามารถบาร์เทล (BI)
- แบบสอบถามงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลขนาดโรงพยาบาล จำนวนเตียง และจำนวนที่งานฟื้นฟู
- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค เป้าหมายการนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลที่นานเกิน 30 วัน

ขั้นตอนการวิจัย

- ผู้ร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกรอกรายละเอียดจำนวนเตียงและจำนวนที่งานฟื้นฟูเพื่อการเทียบเคียงได้ถูกต้อง
- นักวิจัยหัวหน้าโครงการ (ส่วนกลาง) นัดประชุมนักวิจัยหลักจากสถาบันที่เข้าร่วมประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดนิยามตัวชี้วัดที่สื่อถึงคุณภาพงานบริการฟื้นฟูที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่ ตัวชี้วัดประสิทธิผล คือ ผลต่างของคะแนนความสามารถบาร์เทลก่อนและหลังรับการฟื้นฟูสภาพ (Barthel Index, BI) ระยะวันนอนโรงพยาบาล
- ประชุมพัฒนาโครงร่างการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคนจากทุกสถาบัน และประชุมชี้แจงขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูล

- บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่มานอนโรงพยาบาลในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม 2555 ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูด้วยวิธีแบบมาตรฐาน โดยนักวิจัยกรอกรายละเอียดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยและตัวโรค/บาดเจ็บของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การวินิจฉัย เป้าหมายการนอนโรงพยาบาล ได้แก่ การฟื้นฟูแบบเข้ม แบบไม่เข้ม เพื่อการสืบค้นเพิ่มเติม หรือเพื่อการรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยเป้าหมายของการฟื้นฟูแบบเข้ม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความพร้อมรับโปรแกรมการฟื้นฟูได้นานมากกว่าวันละ 3 ชั่วโมง การฟื้นฟูแบบไม่เข้ม หมายถึง ผู้ป่วยรับโปรแกรมได้น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้ยังบันทึกระยะเวลาวันนอน พร้อมสาเหตุหากนอนโรงพยาบาลนานเกิน 30 วัน

- ประเมินความสามารถแรกรับและก่อนจำหน่ายด้วยแบบวัดความสามารถบาร์เทล (BI)⁽⁹⁾ แกรับและช่วงจำหน่าย หากมีคะแนนมากหมายถึงระดับความสามารถมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนน้อย หลังจากผู้ป่วยจำหน่าย นักวิจัยหลักของแต่ละสถาบันจะส่งแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายไตรมาสมาที่ส่วนกลาง

- นักวิจัยหัวหน้าโครงการ (ส่วนกลาง) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของแต่ละสถาบัน และส่งคำถามในข้อสงสัยเพื่อให้สถาบันดำเนินการแก้ไข (quality control, QC) พร้อมตอบกลับมาที่ส่วนกลางอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ

หลังจากแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องครั้งสุดท้าย นักสถิติจะบันทึกข้อมูลในระบบ SPSS version 18 เพื่อทำการวิเคราะห์และแปลผล ตัวชี้วัดที่นำไปวิเคราะห์ได้แก่ คะแนนความสามารถบาร์เทล ระยะวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟู วิเคราะห์แยกตามสถาบันทั้ง 14 แห่ง เพื่อการเทียบเคียง (benchmarking) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

- ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยจำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

ได้ทบทวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 20 โรง ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย มีโรงพยาบาลที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์ดังกล่าวสนใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 14 สถาบัน ดังนี้คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีราชา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภาอากาศไทย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ ศูนย์กาญจนภิเษก และสถาบันประสาทวิทยา แบ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย

6 แห่ง ศูนย์ฟื้นฟู 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแต่ละสถาบันจะได้รับรหัสประจำสถาบัน (site code) จากส่วนกลาง ซึ่งในตารางที่ 1 ได้แสดงขนาดโรงพยาบาล จำนวนเตียง และทีมงานฟื้นฟูของแต่ละสถาบัน เรียงตามระดับการดูแล คือ โรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย (A1-A6) ศูนย์ฟื้นฟู (B1-B4) โรงพยาบาลทั่วไป (C1-C3) และโรงพยาบาลชุมชน (D1)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด สัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่ได้รับการฟื้นฟู และสัดส่วนผู้ที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม วิเคราะห์แยกรายสถาบัน พบว่าแต่ละสถาบันมีสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภทแตกต่างกันไป โดยรวมสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และบาดเจ็บที่ศีรษะเท่ากับ ร้อยละ 41.8, 37.5 และ 5.6 ตามลำดับ และจำนวนผู้ที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม 1134 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่สถาบันมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูแบบเข้ม โดยสถาบัน A2 มีสัดส่วนผู้ที่มีเป้าหมายฟื้นฟูแบบเข้มสูงที่สุด (ร้อยละ 84) และสถาบัน A5 มีสัดส่วนผู้ที่มีเป้าหมายฟื้นฟูแบบเข้มขั้นน้อยที่สุด (ร้อยละ 19.2) ส่วนผลต่างของคะแนนความสามารถ หรือประสิทธิผล พบว่าสถาบันที่มีค่าประสิทธิผลสูงสุด 3 อันดับแรก คือ สถาบัน D1, A4 และ B4 โดยมีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนความสามารถบาร์เทลแรกรับเท่ากับ 7.3 (2.8), 3.8 (3.7) และ 8.3 (4.7) ตามลำดับ สถาบัน A5, C3 และ B1 เป็นสถาบันที่มีค่าคะแนนความสามารถบาร์เทลแรกรับสูงตั้งแต่ต้น คือ 13.3 (5.8), 12.3 (6.0) และ 11.4 (6.0) ตามลำดับ อันอาจเป็นเหตุให้ค่าประสิทธิผลหรือค่าความแตกต่างของคะแนนความสามารถต่ำ เนื่องจากคะแนนความสามารถบาร์เทลมี ceiling effect⁽¹⁰⁾

เมื่อวิเคราะห์เป็นกลุ่มระดับโรงพยาบาลทั้งสี่กลุ่ม ซึ่งแสดงในตาราง 3 เป็นค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลและประสิทธิภาพรวมผู้ป่วยทุกราย (N=2081) และในกลุ่มที่คิดเฉพาะผู้ที่มีเป้าหมายการฟื้นฟูแบบเข้ม (N=1134) แยกกลุ่มตามระดับโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่มีระยะวันนอนสั้นและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดคือ โรงพยาบาลกลุ่ม C และ D ทั้งในการวิเคราะห์แบบทุกคนและเฉพาะผู้ที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม ส่วนตาราง 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 30 วันพร้อมเหตุผล พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 2,081 รายนั้น มีผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 30 วัน จำนวน 616 ราย (คิดเป็นร้อยละ 29.6) โดยมีสาเหตุจากที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูมากที่สุด (311 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.5) รองลงมาเป็นเหตุผลทางการแพทย์ (159 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.8) เหตุผลส่วนตัว/ครอบครัว (106 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.2) และเหตุผลอื่น ๆ อีก 93 ราย (ร้อยละ 15.1) ไม่พบผู้ป่วยที่นอนนานจากสาเหตุการฟ้องร้อง

ตารางที่ 1 ขนาดโรงพยาบาล จำนวนเตียง และทีมงานฟื้นฟูของแต่ละสถาบัน

สถาบัน	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	D1
ขนาดรพ.	2100	980	1200	1400	1200	870	1480	48	40	300	855	1469	1300	120
เตียงสามัญ	20	5	25	25	28	10	52	36	-	20	20	12	8	-
เตียงพิเศษ	5	0	15	-	-	-	28	12	6	10	8	-	-	-
หมอฟื้นฟู [#]	19 (5)	6 (6)	8 (6)	7 (4)	7 (7)	4 (4)	19 (5)	11 (11)	4 (4)	6 (6)	2 (2)	4 (4)	4 (4)	1 (1)
แพทย์ประจำบ้าน [#]	18 (6)	9 (9)	15 (12)	15 (3)	15 (15)	3 (3)	18 (6)	-	-	-	-	-	-	-
นักกายภาพฯ	33	11	11	9	18	12	36	20	15	9	8	12	21	4
นักกิจกรรมฯ	12	4	5	6	4	4	14	17	4	5	4	4	3	-
นักอรรถบำบัด*	4	-	1	-	4	1	3	3	-	1	1	2	1	-
นักจิตวิทยา*	4	-	1	-	4	-	2	-	-	4	-	3	2	-
นักสังคมฯ	2	2	1	1	-	-	2	1	-	4	-	4	4	-
นักนันทนาการ*	2	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
นักกายอุปกรณ์	7	-	-	-	-	3	6	5	-	-	-	1	-	-
ช่างกายฯ	22	1	-	4	3	3	12	4	-	1	5	4	3	-

* อาจใช้พยาบาลหรือบุคลากรอื่นแทน

ตัวเลขในวงเล็บคือจำนวนแพทย์ที่ดูแลที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู บางสถาบันไม่สามารถแยกจำนวนเฉพาะได้

รูป 1 แสดงค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของสถาบันที่เข้าร่วม ทั้ง 14 แห่ง โดยคิดผู้ป่วยทุกเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟู (n=2,081) ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของทุกสถาบัน มีค่าเท่ากับ 23.9 วัน พบว่ามี 5 สถาบันที่มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับ คือ สถาบัน C3, A5, C2, D1, C1 โดยมีค่าเท่ากับ 4.5, 11.7, 12.8, 15.3, 18.9 วันตามลำดับ สถาบัน C3 มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลต่ำที่สุดคือ 4.5 วัน จะเห็นว่าโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีระยะวันนอนสั้นที่สุด

รูป 2 แสดงค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของสถาบันที่เข้าร่วม ทั้ง 14 แห่ง โดยคิดเฉพาะผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มเท่านั้น (n=1,134) ค่าเฉลี่ยของวันนอนโรงพยาบาลของทุกสถาบัน มีค่าเท่ากับ 28.4 วัน ซึ่งยาวกว่าผู้ป่วยทุกเป้าหมาย การฟื้นฟู พบว่าครึ่งหนึ่ง หรือ 7 สถาบันที่มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คือ สถาบัน C3, D1, C2, C1, A5, B3 และสถาบัน B4 โดยมีค่าเท่ากับ 6.4, 14.6, 16.0, 17.2, 19.7, 24.3, และ 25.7 วันตามลำดับ สถาบัน C3 มีค่าเฉลี่ยวัน

นอนโรงพยาบาลต่ำที่สุดคือ 6.4 วัน และยังพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีระยะวันนอนสั้นที่สุดเช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ป่วยทุกเป้าหมาย

รูป 3 แสดงประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสภาพ (Δ BI/LOS) ของสถาบันที่เข้าร่วมทั้ง 14 แห่ง โดยคิดผู้ป่วยทุกเป้าหมาย (n=2,081) ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพงานบริการของทุกสถาบัน มีค่าเท่ากับ 0.16 คะแนนต่อวัน พบเพียง 6 สถาบันที่มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพงานบริการสูงเกินค่าเฉลี่ย คือ สถาบัน D1, C2, C1, B3, B4 และ A4 โดยมีค่าเท่ากับ 0.59, 0.36, 0.36, 0.24, 0.23 และ 0.23 ตามลำดับ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป

รูป 4 แสดงประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสภาพ (Δ BI/LOS) ของสถาบันที่เข้าร่วมทั้ง 14 แห่ง โดยคิดเฉพาะผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มเท่านั้น (n=1,134) ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพงานบริการของทุกสถาบัน มีค่าเท่ากับ 0.23 คะแนนต่อวัน ซึ่งมีค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูของทั้ง 14 สถาบัน และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถก่อนและหลัง รวมทั้งผลต่างคะแนนความสามารถภายหลังฟื้นฟูสภาพ แยกตามสถาบัน

สถาบัน	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	D1	รวม	
จำนวนผู้ป่วย	240	25	101	131	380	14	241	248	40	140	229	211	73	8	2081	
เพศชาย*	119 (49.6)	15 (60.0)	66 (65.3)	101 (77.1)	242 (63.7)	11 (78.6)	151 (62.7)	165 (66.5)	20 (50.0)	72 (51.4)	136 (59.4)	167 (79.1)	56 (76.7)	8 (100.0)	1329 (63.9)	
อายุ †	61.0 (18.2)	54.2 (19.6)	51.4 (20.0)	47.5 (15.9)	46.1 (18.9)	31.2 (10.0)	56.7 (17.2)	50.5 (18.2)	71.9 (12.6)	59.3 (13.7)	56.8 (17.5)	47.1 (16.4)	40.3 (16.8)	49.3 (11.8)	52.4 (18.6)	
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง*	112 (46.7)	19 (76.0)	40 (39.6)	19 (14.5)	42 (11.1)	1 (7.1)	126 (52.3)	122 (49.2)	25 (62.5)	106 (75.7)	121 (52.8)	41 (19.4)	1 (1.4)	1 (1.4)	5 (62.5)	780 (37.5)
ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสัน หลัง*	54 (22.5)	1 (4.0)	29 (28.7)	103 (78.6)	265 (69.7)	9 (64.3)	52 (21.6)	87 (35.1)	2 (5.0)	18 (12.9)	32 (14.0)	149 (70.6)	68 (93.2)	1 (12.5)	870 (41.8)	
ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*	12 (5.0)	2 (8.0)	11 (10.9)	3 (2.3)	11 (2.9)	4 (28.6)	8 (3.3)	20 (8.1)	4 (10.0)	4 (2.9)	31 (13.5)	7 (3.3)	-	-	117 (5.6)	
ผู้ที่มีเป้าหมายฟื้นฟู เพิ่มขึ้น*	170 (70.8)	21 (84.0)	46 (45.5)	79 (60.3)	73 (19.2)	10 (71.4)	140 (58.1)	188 (75.8)	28 (70.0)	98 (70.0)	149 (65.1)	99 (46.9)	28 (38.4)	5 (62.5)	1134 (54.5)	
Bi admit	8.7 (5.0)	9.2 (5.4)	9.2 (6.1)	3.8 (3.7)	13.3 (5.8)	8.8 (6.1)	11.4 (6.0)	7.3 (5.5)	5.7 (4.3)	8.3 (4.7)	8.0 (5.8)	9.9 (5.8)	12.3 (6.0)	7.3 (2.8)	9.5 (6.1)	
Bi discharged	12.0 (5.3)	12.9 (5.8)	11.7 (5.8)	9.4 (5.7)	14.2 (5.4)	10.4 (5.5)	14.1 (5.7)	9.7 (5.8)	8.6 (5.3)	13.5 (4.7)	11.7 (5.7)	13.1 (5.0)	12.4 (6.0)	15.3 (2.6)	12.3 (5.7)	
Δ BI (DC – AD)†	3.4 (3.3)	3.7 (3.4)	2.5 (2.8)	5.7 (4.6)	1.0 (2.4)	1.6 (1.8)	2.8 (3.3)	2.4 (2.7)	2.9 (3.2)	5.2 (3.5)	3.7 (3.7)	3.2 (3.0)	0.1 (0.5)	8.0 (3.7)	2.9 (3.4)	

หมายเหตุ: * คน (ร้อยละ), † ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 3 วันนอนโรงพยาบาลและประสิทธิภาพรวมผู้ป่วยทุกราย (N=2081) และในกลุ่มที่คิดเฉพาะผู้ที่มีเป้าหมายการฟื้นฟูแบบเข้ม (N=1134) แยกกลุ่มตามระดับโรงพยาบาล

ระดับโรงพยาบาล	วันนอนรวมทุกราย (N=2081)	วันนอนเฉพาะการฟื้นฟูแบบเข้ม (N=1134)	ประสิทธิภาพรวมทุกราย (N=2081)	ประสิทธิภาพเฉพาะการฟื้นฟูแบบเข้ม (N=1134)
กลุ่ม A	22.1 (18.8)	28.4 (14.4)	0.11 (0.18)	0.19 (0.18)
กลุ่ม B	33.7 (20.1)	36.4 (19.9)	0.11 (0.21)	0.14 (0.24)
กลุ่ม C	14.3 (15.9)	15.7 (12.6)	0.31 (0.46)	0.42 (0.48)
กลุ่ม D	15.3 (6.1)	14.6 (5.2)	0.59 (0.44)	0.68 (0.55)

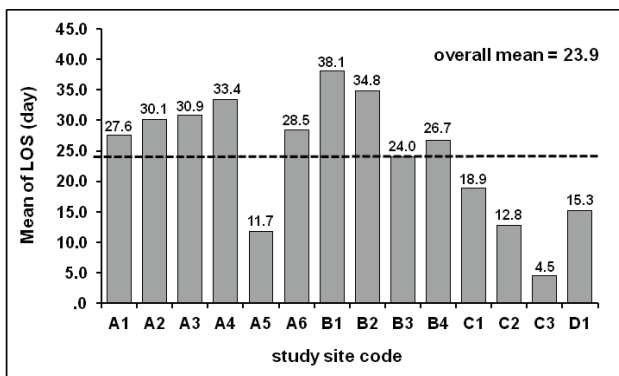
หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 30 วันพร้อมเหตุผล (n=616)

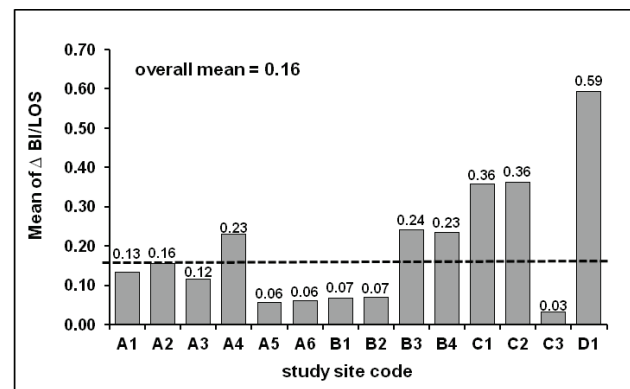
ลำดับ	สาเหตุการนอนนาน	จำนวนผู้ป่วย
1	ยังไม่บรรลุน้ำหนักเป้าหมายของการฟื้นฟู	311 (50.5)
2	เหตุผลทางการแพทย์	159 (25.8)
3	เหตุผลส่วนตัว / ครอบครัว	106 (17.2)
4	เหตุผลอื่นๆ	93 (15.10)

หมายเหตุ: ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีมากกว่า 1 เหตุผล. จำนวน คน (ร้อยละ)

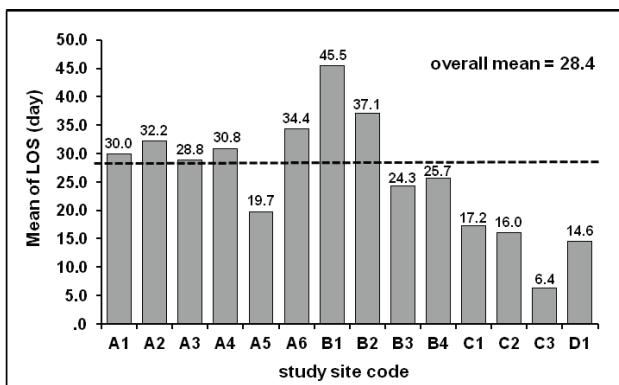
และพบเพียง 6 สถาบันที่มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพงานบริการสูงเกินค่าเฉลี่ย คือ สถาบัน D1, C1, C2, B3, A4 และ B4 โดยมีค่าเท่ากับ 0.68, 0.47, 0.46, 0.31, 0.30 และ 0.27 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับการดูแลพบว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยและศูนย์ฟื้นฟู



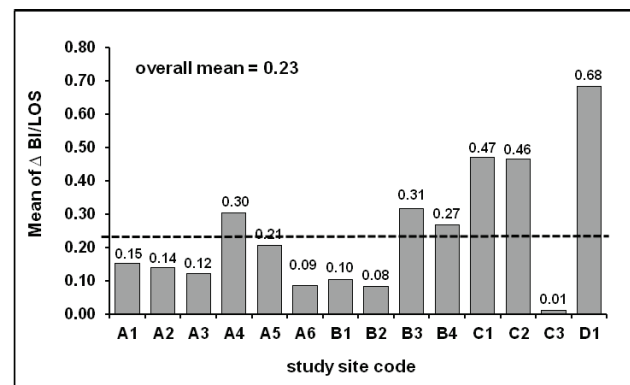
รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละสถาบัน โดยคิดผู้ป่วยทุกคนทุกเป้าหมาย (n=2081)



รูปที่ 3 ประสิทธิภาพงานบริการ (Δ BI/LOS) ของแต่ละสถาบัน คิดผู้ป่วยทุกเป้าหมาย (n=2081)



รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละสถาบัน โดยคิดเฉพาะผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม (n=1134)



รูปที่ 4 ประสิทธิภาพงานบริการ (Δ BI/LOS) ของแต่ละสถาบัน โดยคิดเฉพาะผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม (n=1134)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ามีความจำเป็นเพียงผู้ป่วยในสำหรับการฟื้นฟู ทั้งสิ้น 339 เตียง จาก 13,362 เตียง ของ 14 โรงพยาบาล คิด เป็นร้อยละ 2.54 ซึ่งสามารถให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในได้ จำนวนทั้งสิ้น 2,145 ราย ใน 1 ปี ซึ่งรองรับผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำนวน 6.5 แสนคน⁽¹¹⁾ จากประชากรจำนวน 64.6 ล้านคน⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล แต่ตัวเลขผู้ที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูเต็มรูปแบบนั้นน้อยมากเมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้พิการไทย อีกทั้งจำนวนบุคลากรที่ทำงานฟื้นฟู จากงานวิจัยพบว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัดส่วนใหญ่ของประเทศ ยังไม่มีหอผู้ป่วยฟื้นฟู แม้จะมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอยู่ก็ตาม อีกทั้งแพทย์ฟื้นฟูก็มีจำนวนน้อย (567 คน ข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557)⁽¹³⁾ สัดส่วนของแพทย์ฟื้นฟูต่อแพทย์ทั่วประเทศที่มีจำนวน 43,374 คน คือ 1:76⁽¹⁴⁾ นอกจากแพทย์แล้ว จำนวนบุคลากรในทีมฟื้นฟูยังเป็น ปัญหาเช่นกันแม้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็ตาม ซึ่งแสดงถึงการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพทางการฟื้นฟูของประเทศไทย⁽²⁾ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ควรใส่ใจ สถานการณ์เช่นนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการฟื้นฟูรวมถึงคุณภาพการบริการ ซึ่งงานฟื้นฟูเป็นหนึ่งในสี่ของการบริการทางการแพทย์ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) ซึ่งผู้บริหารระดับสูงของประเทศควรให้ความใส่ใจ

การศึกษานี้พยายามหาสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล นานเกิน และกำหนดว่าผู้ป่วยที่นอนเกิน 30 วัน ถือว่าเป็นผู้ที่นอนนาน ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองจาก 9 สถาบันในประเทศไทย⁽²⁾ พบว่ามีจำนวน 616 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30.5) ที่นอนโรงพยาบาลเกิน 30 วัน โดยครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนโยบายของการฟื้นฟู แสดงว่าระยะเวลาเพียง 30 วัน อาจไม่เพียงพอสำหรับการบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษาฟื้นฟู หรืออาจเป็นจากขั้นตอนหรือกระบวนการฟื้นฟู ยังไม่มีประสิทธิภาพดีพอ สถาบันคงต้องวิเคราะห์ในรายละเอียด เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและนำไปสู่การแก้ไข นอกจากนี้ มีรายงานจากประเทศสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 2010⁽¹⁵⁾ ศึกษาสาเหตุการจำหน่ายผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 487 ราย โดยมีการกำหนดวันจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังจากที่ฟื้นฟูทุกคนได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว ผลการศึกษาพบว่ามีการจำหน่ายช้ากว่ากำหนด 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.6 สาเหตุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 เป็นจากตัวผู้ดูแล และอีกร้อยละ 17.4 เป็นจากระบบโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายช้า 4 สาเหตุ คือ 1) ต้องจัดหาผู้ดูแลต่างชาติมาประจำ

ที่บ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย 2) รอการจำหน่ายไปยังสถานพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถต่ำในช่วงแรก 4) ปัญหาเรื่องกระบวนการวางแผนจำหน่าย อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีงานวิจัยใดในประเทศไทยที่ศึกษาถึงสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู

การที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน ย่อมมีผลต่อค่าใช้จ่าย เนื่องจากระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในของประเทศไทยในปัจจุบันนั้น เป็นระบบ DRG ซึ่งหากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลก็จะเพิ่มขึ้นตาม ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พ.ศ. 2554 ระบุมาตรฐานวันนอนสำหรับการฟื้นฟูโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อไว้ที่ 23.54 วัน และหากนอนเกิน 46 วัน ถือว่าเป็นจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์⁽¹⁶⁾ แม้ว่าการวิจัยของเรามีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลทุกเป้าหมายอยู่ที่ 23.9 วัน และส่วนที่วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มฟื้นฟูแบบเข้มข้นที่มีจำนวนวันนอนนานกว่าคือ 28.4 วัน ก็ยังคงอยู่ในเกณฑ์ของสปสช. แต่หากพิจารณาพิสัยวันนอนโรงพยาบาล จะพบว่าบางสถาบันมีพิสัยเกินเกณฑ์ที่กำหนด จึงควรพิจารณาหาสาเหตุที่อาจแก้ไขได้ เพื่อให้บริการฟื้นฟูกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่เข้ารับการฟื้นฟู พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากพอ ๆ กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไชสันหลัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยสองกลุ่มหลักที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมาก ต้องการการฟื้นฟู และเป็นกลุ่มที่มีรายงานยืนยันถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการฟื้นฟู^(17,18) ในเรื่องสัดส่วนผู้ที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟู วิเคราะห์แยกรายสถาบันพบว่า 9 ใน 14 สถาบันที่มีสัดส่วนผู้ป่วยมารับการฟื้นฟูแบบเข้มข้นร้อยละ 60 ของผู้ป่วย โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มข้น คือร้อยละ 54.5 และมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 2.6) ที่มาเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อน แต่ถ้าจะให้เกิดผลดียิ่งขึ้นหรือเพิ่มประสิทธิภาพ ควรเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่พร้อมรับโปรแกรมการฟื้นฟู หรือมีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) ให้มากขึ้น

ระยะวันนอนโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งทุกโรงพยาบาลต้องมีการติดตามใกล้ชิด จากงานวิจัยชิ้นนี้ หากพิจารณาระยะวันนอนรวมสำหรับการฟื้นฟูในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทุกเป้าหมาย พบว่ามีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 23.9 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Luk และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายวมทุกโรค จำนวน 778 ราย จากฮ่องกงซึ่งมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 20.7±0.5 วัน แต่หากพิจารณาเฉพาะระยะวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูโดยเฉพาะ งานวิจัยนี้พบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของสถาบันที่เข้าร่วมทั้ง 14 แห่ง มีค่าเท่ากับ 28.4 วัน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในเรื่องระยะวันนอนในผู้ป่วยทุกกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มข้น สถาบัน จะพบว่าสถาบันที่มีระยะวันนอนสั้น 5 อันดับแรก ยังคงเป็นกลุ่มเดิม คือ สถาบัน C3, C2, C1, D1 และ A5 เพียงแต่สลับลำดับกัน เช่นเดียวกันประสิทธิภาพงานบริการที่พบว่ากลุ่มสถาบันที่มีคะแนนประสิทธิภาพสูงไม่ว่าจะวิเคราะห์แบบใดก็ตาม ยังคงเป็นกลุ่มสถาบัน C2, D1, C1, B4, B3 และ A4 เพียงแต่สลับลำดับเช่นกัน และจากการพิจารณาสถาบันที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ย ร่วมกับมีระยะวันนอนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จะพบว่า มีเพียง 3 สถาบันเท่านั้นที่มีตัวชี้วัดทั้งสองตัวที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือสถาบัน D1, C1 และ C2 ส่วนสถาบัน B3, A4 และ B4 หากลดระยะวันนอนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้มากขึ้น ส่วนสถาบัน A5 และ C3 แม้มีระยะวันนอนสั้น แต่มีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีศักยภาพจำนวนน้อยกว่าสถาบันอื่นจึงควรเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูให้เพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้ความแตกต่างของคะแนนความสามารถหรือประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเช่นกัน จะเห็นว่าเราไม่อาจพิจารณาเฉพาะระยะวันนอนโรงพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากบางสถาบันแม้จะมีระยะวันนอนโรงพยาบาลสั้น จากผู้ป่วยอยากกลับบ้านโดยยังไม่ได้ฝึกระดับความสามารถใด ๆ ก็เป็นไปได้

ในเรื่องประสิทธิภาพการฟื้นฟูในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทุกเป้าหมาย พบว่ามีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้ม (0.16 คะแนนต่อวัน เทียบกับ 0.23 คะแนนต่อวัน) ทั้งนี้คงเนื่องมาจากกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มข้นนั้นมีความพร้อมในการฝึกโปรแกรม ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถต่อวันเพิ่มขึ้นแม้วันนอนโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นก็ตาม และหากวิเคราะห์ประสิทธิภาพเฉพาะกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มแยกตามสถาบัน พบว่าสถาบัน D1 มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูสูงที่สุด (0.68±0.55) รองลงมาเป็นสถาบัน C1 (0.47±0.47) และสถาบัน C2 (0.46±0.50) อย่างไรก็ตามสถาบัน D1 เป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงที่มีแพทย์ฟื้นฟูเพียง 1 คน และมีนักกายภาพบำบัดจำนวน 4 คน แต่พบว่า มีประสิทธิภาพสูงสุด อาจเป็นจากผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้คงเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายดีพอควร เพราะหากเป็นผู้ป่วยอาการหนักคงไม่สามารถรับไว้ฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนได้ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้นมีจำนวนเพียง 8 รายเท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากรทั้งหมดได้ ดังนั้นหากพิจารณาระดับการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ไม่พิจารณาสถาบัน D1 จะพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีระยะวันนอนสั้น และมีประสิทธิภาพสูงกว่าโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยและศูนย์ฟื้นฟู เนื่อง

จากโรงพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยมีการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน ทำให้มีระยะวันนอนโรงพยาบาลยาวกว่าโรงพยาบาลทั่วไป เช่นเดียวกับกับศูนย์ฟื้นฟูที่มีลักษณะเฉพาะคือให้โอกาสผู้ป่วยในการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ จึงทำให้ระยะวันนอนยาวกว่าโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ (11 ใน 14 โรงพยาบาล) ของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูแบบเข้มข้นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดี

สำหรับข้อจำกัดของงานวิจัยนี้มีหลายประการ ได้แก่ 1) งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาถึงตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริการ โดยอิงค่าคะแนนความสามารถ Barthel Index และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละสถาบัน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในโรงพยาบาลที่มีขนาดและศักยภาพใกล้เคียงกันได้ แต่ไม่ได้ลงลึกถึงปัจจัยต่าง ๆ อันนำมาซึ่งประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละสถาบันมีบริบทในเชิงลึกที่แตกต่างกัน ฉะนั้นต้องลงรายละเอียดภายในตัวสถาบันเอง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยมุ่งหวังว่างานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์แก่สถาบันในการค้นหาโอกาสพัฒนางานให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป เพื่อยกระดับมาตรฐานงานบริการฟื้นฟู และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟู 2) งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บรายละเอียดของตัวแปรบางตัว เช่น จำนวนชั่วโมงการให้บริการ จำนวนนักบำบัดต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาล เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลที่มีระดับความสามารถต่างกันได้ 3) ไม่มีการเก็บตัวชี้วัดทางด้านจิตใจทั้งภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมถึงสถานที่จำหน่ายผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งไม่ได้หาจุดตัดของคะแนนประสิทธิภาพต่อวันที่สามารถบอกถึงระดับประสิทธิภาพสูงหรือประสิทธิภาพต่ำ 4) การกำหนดระยะวันนอนที่ถือว่านอนนานในงานวิจัยนี้ ใช้ค่าที่ได้จากงานวิจัยก่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้มากที่สุด⁽²⁾ ที่ผู้วิจัยคิดว่ามีความเหมาะสมในบริบทของประเทศไทยที่สุด ซึ่งอาจไม่ตรงกับข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี พ.ศ. 2554

สรุปงานวิจัยนี้ได้รายงานถึงตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูที่สำคัญ คือระยะวันนอนโรงพยาบาล คะแนนความสามารถบาร์เทล รวมทั้งได้วิเคราะห์ค่าประสิทธิผล และค่าประสิทธิภาพของคะแนนความสามารถต่อวันในกลุ่มผู้ป่วยทุกประเภท และผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูแบบเข้มแยกตามแต่ละสถาบัน เพื่อเป็นค่าเปรียบเทียบของแต่ละสถาบัน และพบว่าสิ่งสำคัญและน่าจะส่งผลต่อประสิทธิภาพงานบริการฟื้นฟูอยู่ที่การคัดเลือกผู้ป่วยที่พร้อมรับโปรแกรมฟื้นฟูแบบเข้ม

เอกสารอ้างอิง

1. ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ website: www.nep.go.th
2. Kovindha A, Kuptniratsaikul V, Dajpratham P, Massakulpan P, Piravej K, Archongka Y, et al. Thai Stroke Rehabilitation Registry (TSRR). J Thai Rehabil Med 2007; 17: 31-6.
3. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Dajpratham P, Piravej K. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. J Rehabil Med 2009;41(1):54-8.
4. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with stroke discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil 2009; 88: 961-72.
5. Granger CV, Karmarkar AM, Graham JE, Deutsch A, Niewczyk P, Divita MA, et al. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with traumatic spinal cord injury discharged from rehabilitation programs in 2002-2010. Am J Phys Med Rehabil 2012; 91: 289-99.
6. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Reistetter TA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with traumatic brain injury discharged from rehabilitation programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil 2010; 89: 265-78.
7. Granger CV, Reistetter TA, Graham JE, Deutsch A, Markello SJ, Niewczyk P, et al. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation: report of patients with hip fracture discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil 2011; 90: 177-89.
8. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Reistetter TA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with lower limb joint replacement discharged from rehabilitation programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil 2010; 89: 781-94.
9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.
10. Balu S. Differences in psychometric properties, cut-off scores, and outcomes between the Barthel Index and Modified Rankin Scale in pharmacotherapy-based stroke trials: systematic literature review. Curr Med Res Opin 2009; 25(6): 1329-41.
11. สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ.2545 และ 2550 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข 2556.
12. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2556 website: www.ipsr.mahidol.ac.th
13. Website Royal College of Psychiatrist of Thailand.
14. Website the Medical Council of Thailand. <http://www.tmc.or.th/statistics.php>.
15. Tan WS, Chong WF, Chua KS, Heng BH, Chan KF. Factors associated with delayed discharges after inpatient stroke rehabilitation in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2010; 39: 435-41.
16. การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 พ.ศ. 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
17. Macdonell RA, Dewey HM. Neurological disability and neurological rehabilitation. Med J Aust 2001; 174: 653-8.
18. Karges J, Smallfield S. A description of the outcomes, frequency, duration, and intensity of occupational, physical, and speech therapy in inpatient stroke rehabilitation. J Allied Health 2009; 38(1): E1-10.
19. Luk JK, Chiu PK, Chu LW. Rehabilitation of older Chinese patients with different cognitive functions: how do they differ in outcome? Arch Phys Med Rehabil 2008; 89: 1714-9.