

คู่มือการปฏิบัติงาน นักกายภาพบำบัดชุมชน

จัดทำโดย

คณะทำงานจัดทำชุดความรู้กายภาพบำบัดชุมชน

โดยการสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
สภากายภาพบำบัด

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยความร่วมมือกับสภากายภาพบำบัดและสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย ได้สนับสนุนให้มีการจ้างงานนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนต่างๆทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีโอกาสได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยใช้หลักการทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม อย่างไรก็ตามปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือนักกายภาพบำบัดที่ทำงานอยู่ในระบบปฐมภูมิส่วนใหญ่ในปัจจุบัน รวมถึงนักกายภาพบำบัดที่จบใหม่และกำลังเริ่มทำงานในระบบปฐมภูมียังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการทำงาน ดังนั้น สภากายภาพบำบัด และสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนักกายภาพบำบัดชุมชนขึ้น เพื่อเผยแพร่ให้นักกายภาพบำบัดที่เริ่มทำงานในระบบปฐมภูมิใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานทั้งในด้านงานบริหาร งานบริการกายภาพบำบัดทางคลินิก และงานกายภาพบำบัดในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สาระสำคัญของคู่มือการปฏิบัติงานนักกายภาพบำบัดชุมชนเล่มนี้จะเน้นถึงแนวทางในการทำงานสำหรับนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งทางด้านการบริหารงาน และด้านการบริการทั้งใน

คลินิกบริการและในชุมชน ที่ครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงงานคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง และใช้งานร่วมกับ CD ที่รวบรวมตัวอย่างเอกสารและข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการทำงาน ภายภาพบำบัดชุมชน

ทั้งนี้ คณะทำงานฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในระบบปฐมภูมิ และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคู่มือนี้ต่อไป

คณะทำงานจัดทำชุดความรู้กายภาพบำบัดชุมชน
มิถุนายน 2555

สารบัญ

	หน้า
ลักษณะงานกายภาพบำบัดชุมชน	1
ก้าวแรกที่เข้าสู่โรงพยาบาลชุมชน	8
ศัพท์ที่น่ารู้ชุมชน	37
เยี่ยมบ้านอย่างไรให้กลมกล่อม	43
การขยายระบบบริการ	47
งานคุณภาพปฐมบท	53
การบริหารความเสี่ยง	63
ทักษะการสื่อสาร (Communication Skills)	71
เกร็ดเคล็ดลับ ประสบการณ์งานกายภาพบำบัดชุมชน	74
เก็บตก บทเรียนกายภาพบำบัดชุมชน	81
สายด่วนสุขภาพ	83
คำย่อ	84
รายนามคณะทำงานจัดทำชุดความรู้กายภาพบำบัดชุมชน	85

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบการให้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลกับการให้บริการในชุมชน	4
2	อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547	16
3	ตัวอย่างรหัส ICD9 และค่าบริการทางกายภาพบำบัดรพ.เชียงใหม่	17
4	ตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีการสร้างระบบจัดเก็บ	27
5	เปรียบเทียบ เป้าหมาย วิธีการ สิ่งที่พึงเลี้ยง และผู้ร่วมในการบำบัดระหว่างจิตบำบัดชนิดต่างๆ	42
6	ตัวอย่างการเขียนแผนปฏิบัติการ	48
7	ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis matrix)	65

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แนวทางปฏิบัติงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลชุมชน	7
2	ขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยนอกเมื่อเข้ารับ บริการที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด	23
3	ตัวอย่างระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์	24
4	ตัวอย่างกระบวนการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ รพ.เชียงใหม่	32
5	วิธีการรายงานผ่านเว็บ	33
6	ตัวอย่างโครงการคลินิกเท้าเบาหวาน	35
7	ตัวอย่างโครงการทดสอบสมรรถภาพการทำกิจวัตร ประจำวันในผู้สูงอายุ	36

ลักษณะงานกายภาพบำบัดชุมชน

กภ. สมคิด เพื่อหรั้มย์

กายภาพบำบัดชุมชน (Community physical therapy) เป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชนแบบองค์รวม ต่อเนื่อง โดยมีการผสมผสานวิชากายท่างกายภาพบำบัดกับความรู้ด้านสังคม จิตวิทยา และศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสมาชิกที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชน อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีสุขภาวะที่ดี

รูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพดังกล่าว จะต้องใกล้เคียงชุมชน ดังนั้นการจัดบริการจึงต้องครอบคลุม ทั่วถึง และอยู่ในชุมชน นอกจากนั้นต้องดึงศักยภาพและทรัพยากรในชุมชนเข้ามาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด กายภาพบำบัดชุมชนจึงมีจุดเด่น คือ

1. นักกายภาพบำบัดจะเข้าไปดูแลถึงที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการง่าย สะดวก ลดขั้นตอนการรับบริการ เกิดความคุ้นเคย และเป็นกันเอง ระหว่างนักกายภาพบำบัดกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มากกว่าการให้บริการตั้งรับที่โรงพยาบาล
2. มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิต นักกายภาพบำบัดชุมชนจะเห็นและเข้าใจโอกาสและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพความเป็นจริง ไม่ใช่แค่ข้อมูลในเอกสารหรือการสัมภาษณ์ ทำให้สามารถจัดและออกแบบการให้บริการได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้อง

กับผู้ป่วย โดยใช้ทรัพยากร และอุปกรณ์เครื่องมือที่มีภายในบ้านมา
ประยุกต์ใช้

3. นักกายภาพบำบัดชุมชน จะมีเครือข่ายและทีมงานในการดูแลสุขภาพ
ที่หลากหลาย เช่น ครอบครัวผู้ป่วย อสม. กลุ่มจิตอาสา หน่วยงาน
ท้องถิ่น ผู้สูงอายุ พระ ชุมรมต่าง ๆ ฯลฯ ทำให้เราได้เรียนรู้และพัฒนา
ตัวเอง มากกว่าการทำงานในโรงพยาบาล

ขอบเขตงานกายภาพบำบัดชุมชน

นอกจากบทบาทหลักในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน
ในชุมชนแล้ว นักกายภาพบำบัดชุมชนยังบทบาทอื่นๆ ที่สำคัญ ดังนี้

1. **Early Detection** ช่วยค้นหาปัญหาสุขภาพและปัญหาทาง
กายภาพบำบัดให้กับบุคคล และครอบครัว ในระยะเริ่มแรก และ
สามารถคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาต่อได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสม
2. **Health Promotion and Prevention** ให้การส่งเสริมและป้องกัน
สุขภาพให้กับประชาชน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย ใน
กลุ่มแม่บ้าน การแนะนำการยืดกล้ามเนื้อในกลุ่มชาวนา การ
แนะนำการปรับสภาพบ้าน
3. **Family/community Consultation** เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว
และชุมชน ในเรื่องสุขภาพและกายภาพบำบัด เช่น การคุมกำเนิด
การเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัด การตรวจและสังเกตพัฒนาการของ
ลูก การลดน้ำหนัก การซื้อเครื่องออกกำลังกาย การนัดอย่าง
ปลอดภัย เป็นต้น

4. **Encourage Community Involvement** ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ครอบครัวรู้จักการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) เช่น ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation; CBR)

จำนวนบุคลากรในทีมกายภาพบำบัดชุมชน

แต่ละทีมควรมีขนาดเล็ก เพื่อความคล่องตัวในการทำงาน ประมาณ 2 -3 คนต่อหน่วย ประกอบด้วยนักกายภาพบำบัดชุมชน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด และคนในพื้นที่หรือชุมชน มีลักษณะอเนกประสงค์ (Multi-purpose) และปฏิบัติงานเป็นทีม โดยในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีหลายทีมที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ย่อย

ปริมาณประชากรที่รับผิดชอบ

เพื่อไม่ให้ปริมาณงานมากเกินไป และปฏิบัติงานได้ใกล้ชิดกับคนในชุมชน ดังนั้นในทีมงาน 1 ทีม ควรรับผิดชอบดูแลประชากรประมาณ 3,000 – 5,000 คน ซึ่งถ้าเป็นชุมชนในชนบทควรดูแลประมาณ 3,000 คนต่อหนึ่งทีมงาน และในชุมชนเมืองควรดูแล 5,000 คนต่อหนึ่งทีมงาน

การให้บริการกายภาพบำบัดชุมชนแตกต่างจากการให้บริการในโรงพยาบาล ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการให้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลกับการให้บริการในชุมชน

โรงพยาบาล	งานกายภาพบำบัดชุมชน
รู้จักกันเฉพาะในแผนก	รู้จักกันทั้งในแผนกและในชุมชน
รักษาโรคเป็นหลัก	รักษาคนเป็นหลัก
ไม่มีขอบเขตจำนวนประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน	มีจำนวนและขอบเขตของประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน
หอผู้ป่วยคือ Ward ในโรงพยาบาล	หอผู้ป่วยคือ บ้านในชุมชน
ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย	ประชาชนมีส่วนร่วมมาก

การให้บริการในชุมชน

เป็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน จะทำการตรวจเยี่ยมในกรณีต่างๆ เช่น

1. กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อประเมินว่าต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือไม่
2. กรณีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จำเป็นต้องทำกายภาพบำบัด เช่น คนพิการ สูงอายุ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพ
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาล ไปเยี่ยมติดตามเพื่อช่วยเหลือและแนะนำแก่ญาติ

4. การติดตามผู้ป่วยขาดนัด ที่มักจะไปหาผู้ป่วย เพื่อหาสาเหตุการขาดนัดเพื่อประเมินการดูแลต่อเนื่อง

กายภาพบำบัดชุมชนกับมุมมองกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ

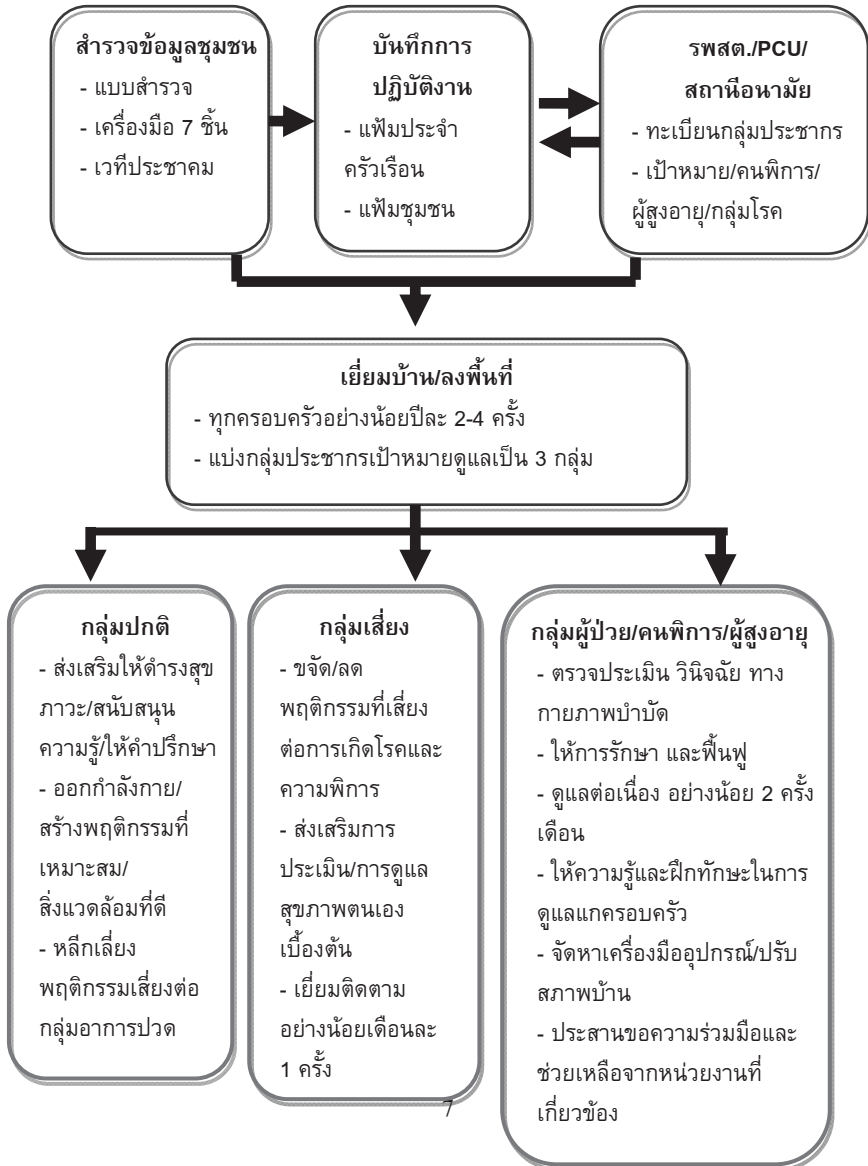
1. ควรจะเพิ่มมุมมองจากการเน้นเฉพาะปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปวด อ่อนแรง (biomedical approach) เรื่องสุขภาพเสีย (ill-health) หรือ โรค (disease) มาเป็นเรื่องการดูแลคน การฟื้นฟูชีวิต (bio-psycho-social approach) พัฒนาคุณภาพชีวิต เรื่องสุขภาพะ (well-being) ที่ครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนทัศน์ข้อนี้เน้นว่าเป็นหัวใจสำคัญที่สุด และเป็นตัวกำหนดข้ออื่นๆ ต่อไป
2. ควรเพิ่มมุมมองจากการเน้นเรื่องรักษาโรคหรือการซ่อมสุขภาพ มาเป็นเรื่องการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค โดยดึงศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพตนเองมากที่สุด (good health)
3. ควรเพิ่มมุมมองจากการให้บริการกายภาพบำบัดแบบตั้งรับโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based) เปลี่ยนมาเป็นการใช้ครอบครัว/ชุมชนเป็นฐานในการดูแล (family/community-based) โดยจะต้องเสริมสร้าง สถานบริการสุขภาพระดับพื้นที่หรือปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อบริการที่ยั่งยืน

โดยมีข้อเสนอแนวคิดที่สำคัญสำหรับนักกายภาพบำบัดชุมชนดังนี้

- ควรจะมีพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน

- ควรมีข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน สำหรับการวางแผนและประเมินผล
 - ควรมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพื้นที่และชุมชน
 - ควรมีการกระตุ้นและสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหา (self-care)
 - ควรสร้างระบบการเชื่อมต่อจากพื้นที่หรือชุมชนกับโรงพยาบาล (referral system)
 - ต้องยึดหลักการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (integrate) และเป็นองค์รวม (holistic) ประสานงานแนวร่วมเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง(continuity) และครอบคลุม
4. ควรเพิ่มมุมมองจากการเน้นเราหรือผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มาเป็นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงวิถีชีวิต ทัศนคติชุมชน ไม่ใช่ตารางการทำงานแผนก
 5. เปลี่ยนและลดบทบาทจากผู้กำหนด ผู้ให้บริการ (provider) มาเป็นผู้สนับสนุน (supporter) ผู้กระตุ้นหรือพี่เลี้ยง (acilitator) โดยส่งเสริมบทบาทของทีมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

แผนภูมิที่ 1 แสดงตัวอย่างกรอบแนวทางปฏิบัติงาน กายภาพบำบัดโรงพยาบาลชุมชน



ก้าวแรกที่เข้าสู่โรงพยาบาลชุมชน

กภ. กิตติ สมบรรดา

ปัจจุบันงานกายภาพบำบัดชุมชนกำลังได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายของประเทศ และมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของไทย ทำให้หลายหน่วยงานมีการจ้างงานนักกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการบริการทางกายภาพบำบัด แต่เนื่องจากการวางระบบงานต่างๆของหน่วยบริการยังคงมีความสับสน และยังไม่มียูนิฟอร์มที่ชัดเจน ดังนั้น สารสำคัญในบทนี้จึงเน้นการทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นอันเป็นพื้นฐานของการจัดตั้งหน่วยกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนและการสร้างระบบงานด้านต่างๆ คือ จะเริ่มต้นอย่างไร เพื่ออะไร และทำอย่างไร

ความหมายของกายภาพบำบัดชุมชน

กายภาพบำบัดชุมชน หมายถึง การทำงานด้านกายภาพบำบัดแบบบูรณาการและสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของแต่ละชุมชน ตามพื้นที่ความรับผิดชอบของแต่ละสถานพยาบาล เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเอง

การทำตัวให้เป็นที่รู้จัก

ก้าวแรกที่เข้าสู่โรงพยาบาลชุมชน สิ่งที่ต้องกระทำคือการทำความรู้จักเกี่ยวกับสถานที่ทำงาน บุคลากรหรือเพื่อนร่วมงาน หน่วยงานและบทบาทของหน่วยงานต่างๆ โครงสร้างขององค์กร การลำดับการบังคับ

บัญชาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในด้านการนำองค์กรและทิศทางการดำเนินงานต่าง ๆ ทำให้สามารถติดต่อประสานงาน การขอความช่วยเหลือหรือประสานบริการได้อย่างถูกต้อง จากนั้นจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ตนเอง เกี่ยวกับบทบาท ขอบเขตบริการและความสามารถของนักกายภาพบำบัด ให้แก่ผู้บังคับบัญชา ทีมนำของโรงพยาบาล สหวิชาชีพอื่น ๆ หน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในเขตพื้นที่ให้เป็นที่รู้จัก ซึ่งอาจอาศัยหลายเทคนิครวมกัน เช่น

- แฝงพับประชาสัมพันธ์หน่วยงาน การดูแลและปฏิบัติตัวทางกายภาพบำบัดในกลุ่มอาการ/โรคต่างๆ อาจวางไว้ตามที่ต่างๆที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ หน้าห้องหรือแผนกของตนเอง

- บอร์ดประชาสัมพันธ์ เช่น แนะนำว่านักกายภาพบำบัดคือใคร การดูแลตนเองทางกายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดโรค เป็นต้น

- การจัดตารางวันให้สูขศึกษา OPD, IPD หรือคลินิกเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัด เพื่อให้บุคลากรอื่นๆ หรือผู้ป่วยที่มารับบริการได้ทราบว่ามีการให้บริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลแล้ว

- การจัดเสียงตามสาย อาจจะใช้เวลาก่อนเริ่มงานของภาคเช้าหรือบ่าย สำหรับความถี่ในการจัดรายการขึ้นอยู่กับเวลาและภาระงานอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบ

- การจัดทำคู่มือชี้แจงกลุ่มอาการ/โรค สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย เนื่องจากบุคคลดังกล่าวจะได้ทราบว่ากลุ่มโรคใดที่สามารถส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดได้บ้าง

- การจัดรายการวิทยุชุมชน เพื่อให้ประชาชนที่มีสุขภาพดีได้มีโอกาสรับทราบข้อมูลข่าวสารหรือเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น

เราอาจจำเป็นต้องมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคลากรอื่นๆ ในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงหรือแก้ไขความเข้าใจเกี่ยวกับกายภาพบำบัดให้ถูกต้อง การประชาสัมพันธ์งานควรทำทุกครั้งเมื่อมีโอกาส เช่น วาระการประชุมประจำเดือน โต๊ะรับประทานอาหาร การนำเสนอแผนยุทธศาสตร์ จุดลงเวลามาทำงาน บนเตียงผู้ป่วยเป็นต้น การเผยแพร่บทบาทของนักกายภาพบำบัดให้เป็นที่รู้จักอาจไม่สำเร็จในครั้งแรกหรือทำเพียงครั้งเดียว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนรูปแบบตามบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม

การจัดหาพื้นที่ทำงาน

นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องมีสถานที่ทำงานหรือไม่ คำตอบคือจำเป็น นักกายภาพบำบัดควรมีการจัดหาสถานที่ทำงานประจำ ซึ่งเปรียบเสมือนบ้านที่ใช้คอยต้อนรับแขกหรือผู้มาเยือน การติดต่อประสานงานจากหน่วยงานอื่นๆ และสำหรับการทำงานด้านบริหารและด้านการให้บริการผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัด การจัดหาอาจมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไป บางแห่งมีการจัดเตรียมไว้แล้ว บางแห่งมีเพียงโต๊ะทำงานแต่ไม่มีห้องให้การรักษา ซึ่งนักกายภาพบำบัดที่มาเปิดแผนกใหม่จะต้องมีการสอบถามเรื่องดังกล่าวจากผู้อำนวยการ หรือผู้บังคับบัญชาของตนเอง โดยสถานที่ ที่จะสามารถใช้เป็นห้องทำงานของนักกายภาพบำบัดระยะชั่วคราวอาจใช้ ห้องพิเศษของผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับแพทย์แผนไทย

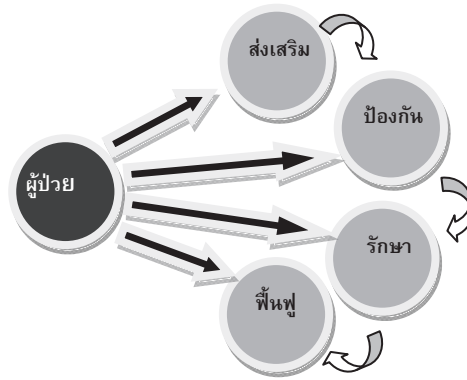
หรืออาจใช้เตียงที่วอร์ด เป็นที่ให้บริการชั่วคราว ซึ่งจะพบว่าการทำงานในช่วงเริ่มต้นจะมีปัญหาและอุปสรรคค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการขาดเครื่องมือ สถานที่ทำงาน ระบบงานขัดข้องโดยเฉพาะการประสานบริการกับทีมหรือหน่วยงานอื่นๆ

การแก้ปัญหาที่อาจทำได้คือการคิดและวางระบบงานต่างๆให้เกิดขึ้นภายในสถานพยาบาลนั้นๆ มีการชี้แจงและทำความเข้าใจเพื่อให้รับทราบระบบงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และอาจปรับวิธีการให้บริการผู้ป่วยโดยอาจเน้นให้บริการผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยในตึกหรือวอร์ด กลุ่มผู้พิการโดยการจัดตารางออกหน่วยให้บริการในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยปวดหลัง กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการประชาสัมพันธ์งานที่ดีจะทำให้มีผู้มาขอรับบริการในลักษณะผู้ป่วยนอกหรือมีการส่งปรึกษาจากแพทย์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นนักกายภาพบำบัดควรมีการจัดทำตารางปฏิบัติงานโดยอาจจะเริ่มทำเป็นรายสัปดาห์ว่าในแต่ละวันเราจะทำงานอะไรบ้างหรือมีหน่วยงานหรือเรื่องใดที่เราต้องไปศึกษาหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เราสามารถทำงานตามที่ได้วางแผนเอาไว้ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ระบบงานที่ต้องสร้าง

นักกายภาพบำบัดควรดำเนินการวางระบบงานให้ครอบคลุมบทบาทของวิชาชีพทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังภาพที่ 1 ไม่ควรดำเนินงานเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งแต่เพียงด้านเดียว ซึ่งจะทำให้ระบบงานด้านอื่นหยุดชะงัก

หรือไม่ได้รับการพัฒนา และทำให้การดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ครอบคลุมทุกด้าน



ภาพที่ 1 บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วย

ระบบงานด้านคลินิกบริการ

การสร้างระบบงานด้านคลินิกบริการ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ เพื่อตั้งรับผู้ป่วยและจัดระบบการรับส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด โดยสรุปรายละเอียดดังต่อไปนี้

การจัดทำทะเบียนแรกรับ

การจัดทำทะเบียนแรกรับควรมีการกำหนดข้อหัวที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์สำหรับการเก็บสถิติ การสืบค้นประวัติที่รวดเร็ว และครอบคลุมมาตรฐานตามที่สภากายภาพบำบัดกำหนด โดยภายในทะเบียนแรกรับควรประกอบด้วย

- การซักประวัติ (Subjective examination)

- ข้อห้ามและข้อความระวัง
- การตรวจร่างกาย (Objective examination)
- การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาหลักของผู้ป่วย
- การกำหนดเป้าหมายของการรักษา
- การรักษา
- การติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
- การสรุปผลการรักษา
- การลงลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด

การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล

แผนกกายภาพบำบัดที่จัดตั้งใหม่จำเป็นต้องมีการกำหนดรหัสหัตถการหรือ ICD-9CM = International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification คือ บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 9 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โดยประเทศไทยใช้เฉพาะ Volume 3 ซึ่งเป็นรหัสผ่าตัดและหัตถการ เพื่อจับคู่กับหัตถการทางกายภาพบำบัดที่มีอยู่ให้สามารถป้อนเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย และจำเป็นต้องมีการประกาศอัตราค่าบริการให้เป็นที่รับทราบโดยทั่วกันด้วย ซึ่งการกำหนดรหัสดังกล่าวควรให้ฝ่ายไอทีของโรงพยาบาลเป็นผู้ป้อนรหัสเข้าสู่ระบบการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยสภากายภาพบำบัดได้มีการกำหนดอัตราค่าบริการขึ้นในปี 2547 (ตารางที่ 2) และในปี 2549 โดยมีข้อจำกัดในการใช้ดังต่อไปนี้

- อัตราค่าบริการทางกายภาพบำบัด ปี 2547 มีจำนวนรายการหัตถการน้อยและไม่ครอบคลุมเทคนิคการให้บริการทางกายภาพบำบัด แต่ได้รับการยินยอมให้ใช้จากกรมบัญชีกลาง

- อัตราค่าบริการทางกายภาพบำบัด ปี 2549 ซึ่งเป็นการปรับปรุงจากรายการเดิม มีความครอบคลุมเทคนิคการให้บริการทางกายภาพบำบัดมากขึ้น แต่ยังไม่ได้รับการยินยอมให้ใช้จากกรมบัญชีกลาง

ดังนั้นในปัจจุบันงานกายภาพบำบัดทุกโรงพยาบาลจึงอนุโลมให้ใช้อัตราบริการกายภาพบำบัด ปี 2547 โดยสามารถเพิ่มรายละเอียดหรือจำนวนของหัตถการได้ตามที่มีระบุในคู่มือ ICD9 แต่การกำหนดอัตราค่าบริการให้กำหนดได้ในลักษณะของช่วงราคาที่ไม่เกินจากที่อัตราค่าบริการ ปี 2547 ประกาศให้ใช้ ดังตัวอย่างอัตราค่าบริการทางกายภาพบำบัด รพ.เชียงใหม่ (ตารางที่ 3)

การจัดซื้อเครื่องมือทางกายภาพบำบัด

โดยปกติ โรงพยาบาลจะมีหน่วยงานหลักซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ส่วนการจัดซื้อครุภัณฑ์อื่น ๆที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์จะรับผิดชอบโดยงานพัสดุ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปของโรงพยาบาลนั้นๆ นักกายภาพบำบัดควรเรียนรู้เกี่ยวกับระบบและระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งนักกายภาพบำบัดอาจได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการสอบราคาด้วยหรือไม่ก็ได้ บทบาทของนักกายภาพบำบัดในระบบงานนี้คือ การระบุสเปคของเครื่องมือ และ/หรือคณะกรรมการสอบราคา และ/หรือคณะกรรมการตรวจรับ

การสรรหาเครื่องมือหรือครุภัณฑ์ทางกายภาพบำบัด และหน่วยงานอื่นๆจำเป็นต้องมีการเขียนเป็นแผนการจัดซื้อประจำปีโดยพร้อมเพรียงกันทุกหน่วยงาน เพื่อที่จะให้ผู้บริหารและกรรมการบริหารพิจารณาความจำเป็นและอนุมัติการจัดซื้อ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการเสนอแผนยุทธศาสตร์ (แผนงานการทำงานหรือโครงการต่างๆ) ในช่วงต้นเดือนตุลาคมของทุกปี เนื่องจากถือว่าเดือนตุลาคมเป็นต้นปีของการเริ่มปีงบประมาณใหม่ กรณีที่เป็นการจัดตั้งแผนกใหม่หรือมีความจำเป็นต้องการเครื่องมือเร่งด่วน มักใช้รูปแบบการเขียนเป็นบันทึกข้อความในการจัดซื้อจัดจ้าง (สำหรับตัวอย่างการเขียน ดูภาคผนวกใน CD)

การขออัตรากำลังสนับสนุน

ผู้ช่วยงานกายภาพบำบัดอาจมาจากวิชาชีพอื่นหรือการรับสมัครงานใหม่ สำหรับผู้ที่วุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (ม.6) เพื่อช่วยเหลืองานด้านคลินิกบริการเป็นหลักและงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายและภายใต้การควบคุมดูแลของนักกายภาพบำบัด อาจจะฝึกสอนด้วยตัวเองหรือส่งฝึกที่ รพ.ที่มีความพร้อมแล้ว การได้มาซึ่งผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดเกิดจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลด้านการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการผู้ป่วย ดังนั้นการนำเสนอผลงานต่อผู้บริหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะปริมาณงาน ข้อมูลทางสถิติต่างๆ และการฝึกฝนความมีศิลปะในการพูด

**ตารางที่ 2 อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547**

รหัส	หัตถการกายภาพบำบัด	ราคา (บาท)
56001	Hot pack/Cold pack	60
56002	ES (IF, ES, TENS, Diadynamic stimulation)	100
56003	Ultrasound	110
56004	SWD	120
56005	Laser therapy	100
56007	Acupressure and Massage	80
56008	Tapping	100
56009	Exercise	100
56010	Whirl pool	100
56011	Bicycle and Treadmill exercise	100
56020	Home/ ward program	100
56101	CP training	100
56110	Tilt table	100
56111	Ambulation training	100
56120	Cervical traction	130
56121	Pelvic traction	120
56301	Chest physical therapy	150
56701	Passive movement	80
56702	Manipulation and Mobilization	80
57999	Other	100

ตารางที่ 3 ตัวอย่างรหัส ICD9 และค่าบริการทางกายภาพบำบัด
รพ.เชียงใหม่

รหัสกรม บัญชีกลาง	รหัส ICD-9	รายการ หัตถการ	คำอธิบาย	ราคา (บาท)
ไม่มี	897	PT assessment	การตรวจประเมินทาง กายภาพบำบัด	0
56002	3720	Electrical stimulation	การกระตุ้นด้วย กระแสไฟฟ้าความถี่ต่ำ	60
56002	3720	Interferential current	การกระตุ้นด้วย กระแสไฟฟ้าอินเตอร์ เฟอ์เรนเชียล	60
56002	3720	TENSs	การกระตุ้นด้วย กระแสไฟฟ้าทีอีเอ็นเอส	60
	931	Physical therapy exercise	หมวดการออกกำลังกาย เพื่อการบำบัด	
56009	9311	Assisting exercise	การออกกำลังกายแบบมี แรงช่วย	80
56009	9312	Endurance exercise	การออกกำลังกายเพื่อ ความทนทาน	80
56009	9312	Strengthening exercise	การออกกำลังกายเพื่อ ความแข็งแรง	80
56009	9313	Resistive exercise	การออกกำลังกายแบบมี แรงต้าน	80

รหัสกรม บัญชีกลาง	รหัส ICD-9	รายการหัตถการ	คำอธิบาย	ราคา (บาท)
56009	9314	ROM exercise	การออกกำลังกายเพื่อ องศาการเคลื่อนไหว	80
56702	9315	Vertebral mobilization	การขยับเคลื่อนข้อต่อ กระดูกสันหลัง	80
56702	9316	Peripheral mobilization	การขยับเคลื่อนข้อต่อส่วน ปลาย	80
56701	9317	Passive movement	การเคลื่อนไหวแบบทำให้	80
56301	9318	Breathing exercise	การออกกำลังกายด้วย การหายใจ	100
56301	9319	Pleurisy exercise	การออกกำลังกายเพื่อขับ น้ำในปอด	100
56301	9319	Pulmonary exercise	การออกกำลังกายปอด	100
56009	9319	Coordination exercise	การออกกำลังกาย ประสานสัมพันธ์	80
	932	Musculoskeletal manipulations	หมวดการจัด ตั้ง ดึง กระดูกและกล้ามเนื้อ	
56120	9321	Cervical traction	การดึงคอ	70
56121	9321	Pelvic traction	การดึงหลัง	70

รหัสกรม บัญชีกลาง	รหัส ICD-9	รายการหัตถการ	คำอธิบาย	ราคา (บาท)
56111	9322	Ambulation training	การฝึกเคลื่อนย้ายตัว	80
57999	9322	Gait training	การฝึกเดิน	80
57999	9325	Upper limb training	การฝึกทรงแขนส่วนบน	80
57999	9325	Lower limb training	การฝึกทรงแขนส่วนล่าง	80
56701	9327	Passive stretching	การยืดแบบทำให้	80
57999	9328	Stretching of fascia	การยืดพังพืด	80
57999	9329	Forcible correction of deformity	การแก้ไขความพิการ ผิดรูป	80
	933	Therapeutic procedures	หมวดการรักษา	
56003	9334	Ultrasound diathermy	การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง	60
56004	9334	Short wave diathermy	การรักษาด้วยคลื่นสั้น	70

รหัสกรม บัญชีกลาง	รหัส ICD-9	รายการหัตถการ	คำอธิบาย	ราคา (บาท)
56001	9335	Hot pack	การรักษาด้วยแผ่นประคบ ร้อน	60
56006	9335	Paraffin bath	การรักษาด้วยขี้ผึ้ง	80
57999	9336	Cardiac retraining	การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ	80
57999	9337	Prenatal training	การฝึกคุณแม่ก่อนคลอด	80
	935	Appliance	หมวดการประยุกต์	
57999	9356	Bandage	การพันผ้ายืด	100
56008	9359	Tapping	การพันเทปเหนียว	100
	938	Rehabilitation therapy	หมวดการฟื้นฟูสภาพ	
56101	9381	Cerebral palsy training	การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สมองพิการ	100
56020	9382	Home/Ward program	การแนะนำโปรแกรมที่ บ้าน/วอร์ด	100
57999	9383	ADL training	การฝึกกิจวัตรประจำวัน	80
57999	9389	Balance training	การฝึกการทรงตัว	80
56009	9389	Amputation training	การฝึกผู้ป่วยตัดรยางค์	80
57999	9389	Positioning	การจัดท่าทาง	80
56110	9389	Tilt table	การยืนเตียงปรับระดับ	80

รหัสกรม บัญชีกลาง	รหัส ICD-9	รายการหัตถการ	คำอธิบาย	ราคา (บาท)
	939	Respiratory therapy	หมวดการบำบัดระบบ หายใจ	
56301	9399	Postural drainage	การจัดท่าระบายเสมหะ	100
56301	9399	Percussion	การเคาะปอด	100
56301	9399	Vibration	การสั่นปอด	100
56301	9399	Shaking	การเขย่าปอด	100
56301	9399	Suction bagging	การดูดเสมหะ	100
56301	9399	Chest mobilization	การขยับเคลื่อนทรวงอก	100
56301	9399	Cough training	การฝึกไอ	80
56301	9399	Huffing training	การฝึกถอนหายใจ	80
	943	Individual psychotherapy	หมวดบำบัดทางจิต	
57999	9433	Relaxation training	การฝึกผ่อนคลาย	80
56007	9995	Massage	การนวด	80

หมายเหตุ: รหัสหัตถการและอัตราค่าบริการที่กำหนดอาจแตกต่างกันได้
แต่ช่วงราคาไม่ควรเกินที่กำหนดไว้ตามประกาศ ปี 2547

การรับและส่งปรึกษาผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดรับปรึกษาจากแพทย์ที่เกี่ยวข้องและสามารถรับ
ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอกได้ด้วยตนเอง (แผนภูมิที่ 2) โดยอ้างอิงตาม

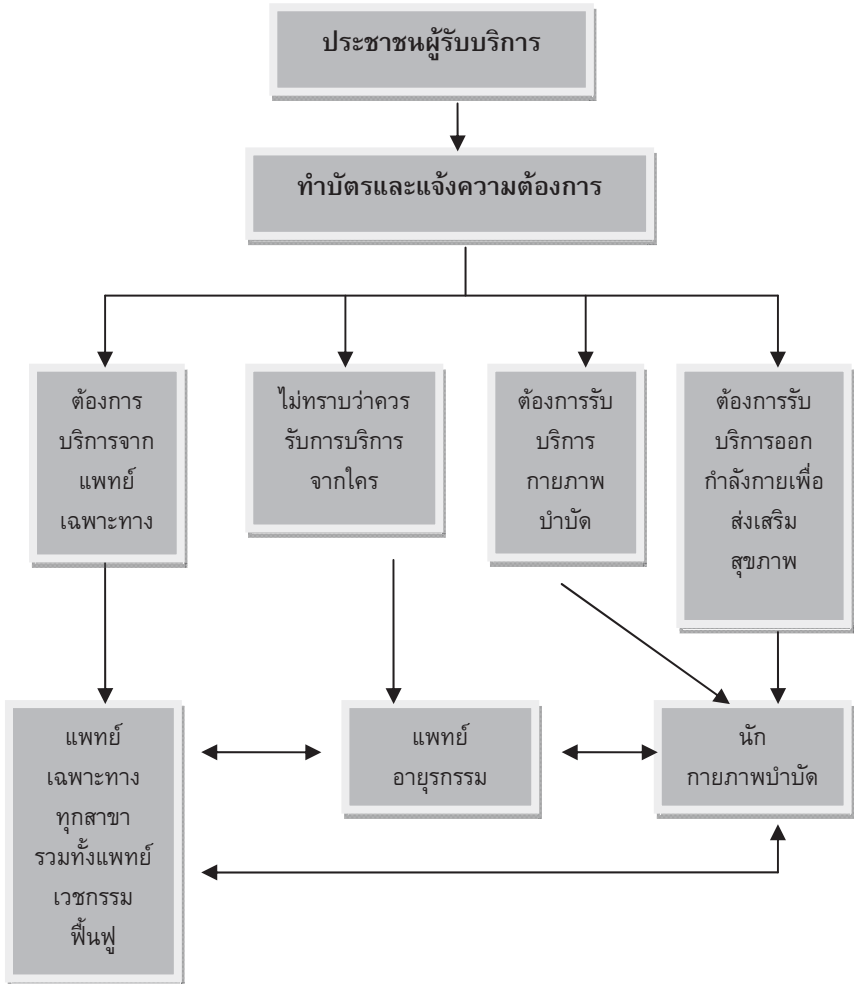
พรบ.วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547 ว่าด้วย “กายภาพบำบัด คือ วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ กายภาพบำบัด” เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และเพื่อให้ผู้มาใช้บริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจพิเศษหรือจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอื่นเพิ่มเติม ให้ส่งปรึกษาในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเบิกจ่ายกายอุปกรณ์

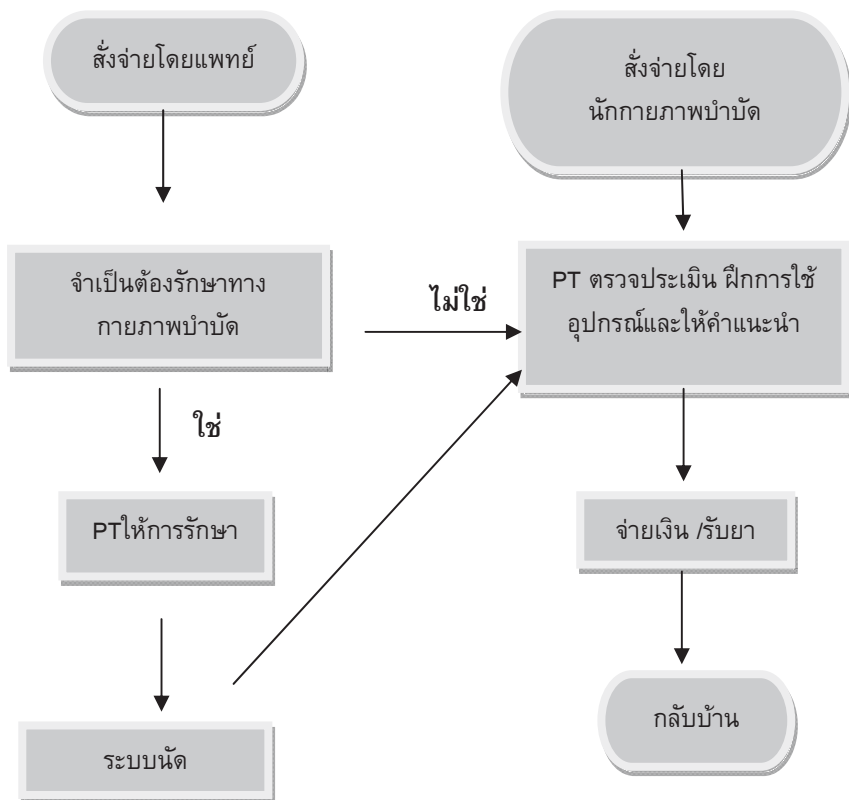
ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการฝึกการใช้หรือดัดแปลงอุปกรณ์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งานและสภาพปัญหาหนัก เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการได้ ดังนั้นการวางระบบเบิกจ่ายกายอุปกรณ์หรืออาจเรียกว่า อุปกรณ์และอวัยวะเทียมเพื่อการบำบัดโรคทางกายภาพบำบัด จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่นักกายภาพบำบัดควรเข้าไปมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบในกระบวนการทำงานนี้ ซึ่งแสดงตัวอย่างระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ดังแผนภูมิที่ 3

นักกายภาพบำบัดควรศึกษาความแตกต่างของชนิดของอุปกรณ์เพื่อการบำบัดโรค และกายอุปกรณ์เฉพาะผู้พิการ เนื่องจากระบบการรายงานและส่งเบิกค่าชดเชยต่างกัน

แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยนอก
เมื่อเข้ารับบริการกายภาพบำบัด



แผนภูมิที่ 3 แสดงตัวอย่างระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์



การเบิกอุปกรณ์เพื่อการบำบัดโรค

การเบิกอุปกรณ์เพื่อการบำบัดโรคสามารถเบิกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องการใช้ได้ทุกกรณี โดยรายการอุปกรณ์ที่มีไว้ให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในพื้นที่ หรือความสามารถในการจัดสรรของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยสามารถเบิกจ่ายให้แก่สิทธิ UC ทั่วไป ยกเว้นผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะไม่สามารถเบิกจ่ายให้ได้ ส่วนผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจรให้เบิกจ่ายในสิทธิ พรบ. หากวงเงินค่ารักษาเกินสิทธิ พรบ. (15,000 บาท) จึงจะสามารถเบิกจ่ายในสิทธิปกติของตนได้ การส่งเบิกค่าชดเชยจะผ่านทางระบบ E-claim โดยงานประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ และควรมีระบบติดตามผลการเบิกค่าชดเชยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดซื้อและเป็นผลงานเพื่อนำเสนอผู้บริหารต่อไป เช่น ขอให้งานประกันสุขภาพสรุปรายงานทุกๆ 3 เดือน เป็นต้น

การเบิกกายอุปกรณ์เฉพาะผู้พิการ

การเบิกกายอุปกรณ์เฉพาะผู้พิการสามารถเบิกจ่ายเฉพาะรายการที่กำหนดว่าเป็นกายอุปกรณ์เฉพาะผู้พิการเท่านั้น โดยผู้ป่วยต้องใช้สิทธิหรือรับสิทธิเป็นผู้พิการแล้ว (ท.74) ซึ่งจะต้องรายงานการเบิกจ่ายผ่านทางเวปของสปสช. แต่ถ้าผู้พิการต้องการอุปกรณ์เพื่อการบำบัดโรคก็สามารถเบิกจ่ายให้ได้และรายงานเข้าสู่ระบบ E-claim ต่อไปได้เนื่องจากสิทธิผู้พิการจัดเป็น sub-set ของสิทธิ UC และในกรณีที่มีการปรับสภาพบ้านให้แก่ผู้พิการให้มีการรายงานสปสช.ในรูปแบบของ Excel โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคำนวณราคาจ่ายจริง และระบุเป็นกลุ่มเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (วมย.) สำหรับระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลว่าใช้ระบบใดในการคีย์ข้อมูลผู้ป่วย เช่น JSCIS,

Hos. XP, HI เป็นต้น เพื่อให้สามารถลงรายการค่าบริการและเป็นหลักฐานการเบิกจ่ายให้แก่ผู้รับบริการ

การจำหน่ายผู้ป่วย

การจำหน่ายผู้ป่วยอาจกระทำเมื่อการให้บริการทางกายภาพบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งยังไม่มีเกณฑ์กำหนดว่าผู้ป่วยควรยุติการรักษาเมื่อใด ผู้ป่วยรายใดควรยุติการรักษา แต่อาศัยดุลพินิจของนักกายภาพบำบัด เช่น อาการหรือปัญหาหลักของผู้ป่วย หาย หรือดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจ คงเดิม แยกหลังได้รับการรักษาเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่สามารถมารับการรักษาได้ หรือจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาด้วยวิธีการอื่น

การเก็บข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลทางกายภาพบำบัดที่ควรเก็บนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการในการนำไปใช้ประโยชน์ โดยทั่วไปแล้วมักจะประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กันเสมอ ตารางที่ 4 เป็นตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีการสร้างระบบจัดเก็บ นอกจากนี้ข้อมูลอาจใช้เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานต่าง ๆ ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูลทางสถิติ ควรมีการประสานกับทางฝ่ายไอทีหรือผู้ดูแลระบบโปรแกรมการประมวลผลของโรงพยาบาล ว่าสามารถเรียกดูข้อมูลทางกายภาพบำบัดได้บ้าง และ/หรือสามารถสร้างโปรแกรมเพื่อเก็บและประมวลผลของทางกายภาพบำบัดโดยเฉพาะได้หรือไม่ เพื่อเป็นการประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อน แต่ถ้าหากไม่มีระบบหรือโปรแกรมในการช่วยประมวลผล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเก็บแบบ Manual เนื่องจากข้อมูลทางสถิติจะมีความจำเป็นอย่างมากในการอ้างอิงผลการทำงานและหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 4 ตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีการสร้างระบบจัดเก็บ

ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด -แยกรายกลุ่มโรค -แยกตามช่วงอายุ -แยกตามแหล่งที่ส่งปรึกษา -แยกรายตำบล -แยกตามเพศ -แยกตามประเภทสิทธิการรักษา 2.จำนวนครั้งการให้บริการทั้งหมด -แยกรายกลุ่มโรค -แยกตามเทคนิคหัตถการ แยกตามการใช้เครื่องมือ 3.จำนวนการส่งปรึกษาทั้งหมด -ประเภทผู้ป่วยใหม่ -ประเภทผู้ใหม่เก่า -ประเภทผู้ป่วย re-admit 4.จำนวนการเบิกอุปกรณ์ 5.จำนวนการให้ Home program	1.อันดับโรคทางกายภาพบำบัด 2.สรุปผลการรักษา 3.สาเหตุการจำหน่าย 4.ผลการรักษาปัญหาหลักดีขึ้น 5.ปัญหาหลักของผู้ป่วย 6.การได้รับข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยหรือญาติ 7.การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม 8.ความเสี่ยงทางคลินิก 9.ความรวดเร็วของการให้บริการ 10.การรักษาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วย 11.ความพึงพอใจ ฯลฯ

ระบบงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ

นักกายภาพบำบัดชุมชนส่วนใหญ่มีบทบาทรับผิดชอบการดูแลผู้พิการในชุมชน การเริ่มงานดังกล่าวอาจเริ่มต้นโดยการทราบภาพกว้างๆ ของคนหรือปัญหาในพื้นที่ เช่น จำนวนผู้พิการทั้งหมด ร้อยละของประเภทผู้พิการ ปัญหาทางการแพทย์ ความต้องการช่วยเหลือ โดยการได้มาซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจมาจากการสำรวจด้วยตนเอง (Primary data) การขอศึกษาจากข้อมูลที่มีการเก็บไว้แล้ว (Secondary data) เช่น สสอ. พมจ. สอ. งานทะเบียนของโรงพยาบาล หากทำการสำรวจด้วยตนเองอาจใช้วิธีการส่งแบบสำรวจไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือลงพื้นที่สำรวจด้วยตนเอง เมื่อมีการสำรวจเกิดขึ้นสิ่งที่ต้องสร้างคือแบบฟอร์มที่ใช้ในการสำรวจ โดยอาจกำหนดขึ้นมาเอง หรืออาศัยตัวอย่างจากแหล่งอื่น แต่ต้องสามารถทราบข้อมูลต่างๆที่เราต้องการได้

การติดต่อหรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจติดต่อโดยอาศัยหนังสือทางราชการเชิงขอความร่วมมือ การชี้แจงในที่ประชุมของหน่วยงานอื่นโดยกำหนดวาระให้สอดคล้องและเหมาะสม หรือการติดต่อทางโทรศัพท์

เนื่องจากเราไม่สามารถทำงานเพียงลำพังให้สำเร็จได้เมื่อเทียบกับปริมาณประชากรที่ต้องรับผิดชอบมีปริมาณมาก บุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น จนท.สอ. อสม. อบท. และอื่นๆ อาจเชิญบุคลากรดังกล่าวเข้าร่วมการออกเยี่ยมผู้ป่วย หรือการจัดอบรมสร้าง อสม. เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการทำงาน

หากต้องการเน้นการสำรวจในช่วงแรก อาจให้มีการรวมผู้พิการ ณ จุดนัดหมาย ยกเว้นรายที่ไม่สามารถมาได้จึงต้องออกเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย แต่เมื่อช่วงของการสำรวจเสร็จสิ้นลง นักกายภาพบำบัดชุมชนควรมีการจัดกลุ่มความรุนแรงหรือความเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้พิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ แผนภูมิที่ 4 เป็นตัวอย่างกระบวนการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รพ.เชิงอิน ซึ่งอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้

การตรวจประเมินความพิการขั้นพื้นฐาน

ความพิการเชิงประจักษ์สามารถขึ้นทะเบียนรับรองความพิการได้ เช่น ขาขาด แขนขาด ไม่มีลูกตา เป็นต้น สำหรับการตรวจประเมินความพิการนั้นมียาละเอียดค่อนข้างมาก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้หรือศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ซึ่งจะสามารถออกไปรับรองความพิการโดยแพทย์ และออกสมุดหรือบัตรผู้พิการโดย พมจ. เท่านั้น โดยผู้ป่วยจะต้องสิ้นสุดการรักษาแล้ว (6 เดือน) หรือแพทย์พยากรณ์โรคแล้วว่ามีความพิการอย่างถาวร

การพิทักษ์สิทธิผู้พิการ

ในบรรดาสหสิทธิการรับการรักษาพยาบาลพบว่า จะมีสวัสดิการแตกต่างกันโดยสิทธิข้าราชการหรือสิทธิเบิกได้ จ่ายตรง จะได้รับสวัสดิการดีที่สุด รองลงมาคือสิทธิผู้พิการ (ท.74) ซึ่งผู้พิการจะสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใดก็ได้ทั่วประเทศโดยไม่จำเป็นต้องใช้ใบส่งตัว และมีสิทธิในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้พิการและอื่น ๆ ดังนั้นหากพบว่าผู้พิการใช้สิทธิข้าราชการแล้วจะไม่เปลี่ยนเป็นสิทธิผู้พิการ

หากผู้พิการไม่มีสิทธิข้าราชการควรแนะนำให้ผู้พิการดำเนินการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิผู้พิการโดยประสานงานกับหน่วยงานประกันสุขภาพ นอกจากนี้ อาจประสานกับ อบต. ให้เป็นศูนย์กลางในการดูแลเรื่องสิทธิของผู้พิการ การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ การต่ออายุสมุดหรือบัตรผู้พิการ เป็นต้น

การเก็บข้อมูลและการรายงาน

ข้อมูลผู้พิการที่ควรเก็บสถิติควรประกอบด้วย

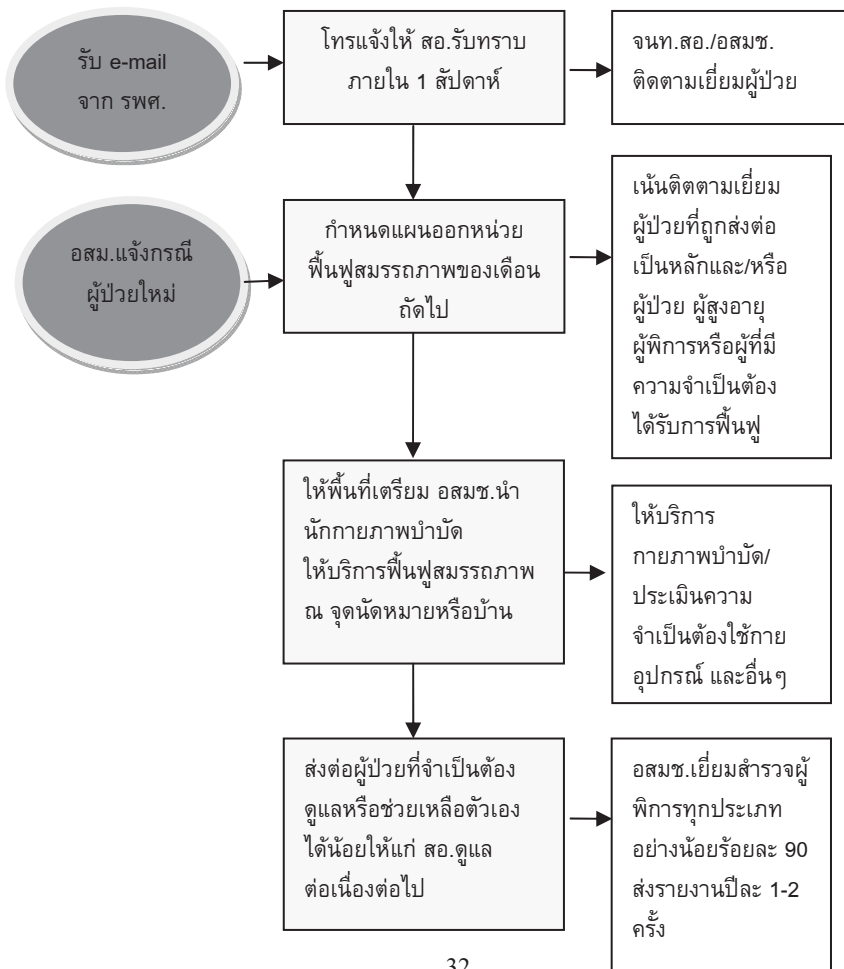
1. ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิบัตร เบี้ยยังชีพ
2. ภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น ประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย/พิการ การรักษาที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อน ความต้องการความช่วยเหลือ อุปกรณ์คนพิการที่ต้องการ อุปกรณ์คนพิการที่เคยได้รับ วันที่รับอุปกรณ์คนพิการ
3. ข้อมูลผู้ดูแล เช่น ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่
4. อื่นๆ เช่น ปัญหาที่พบ บริการที่ให้ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ความพึงพอใจ ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง วัน/เดือน/ปีที่ให้บริการ ลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด

การรายงานการให้บริการมี 2 ประเภทคือ การเบิกจ่ายกายอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งนักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องรายงานผ่านระบบสารสนเทศผ่านเว็บของ สปสช. (www.nhso.go.th) โดยมีขั้นตอนดังแสดงในแผนภูมิที่ 5 ซึ่งนักกายภาพบำบัดต้องมีรหัสเพื่อใช้ในการล็อกอินผู้ให้บริการ โดยสามารถขอรหัสผู้ให้บริการดังกล่าวจาก

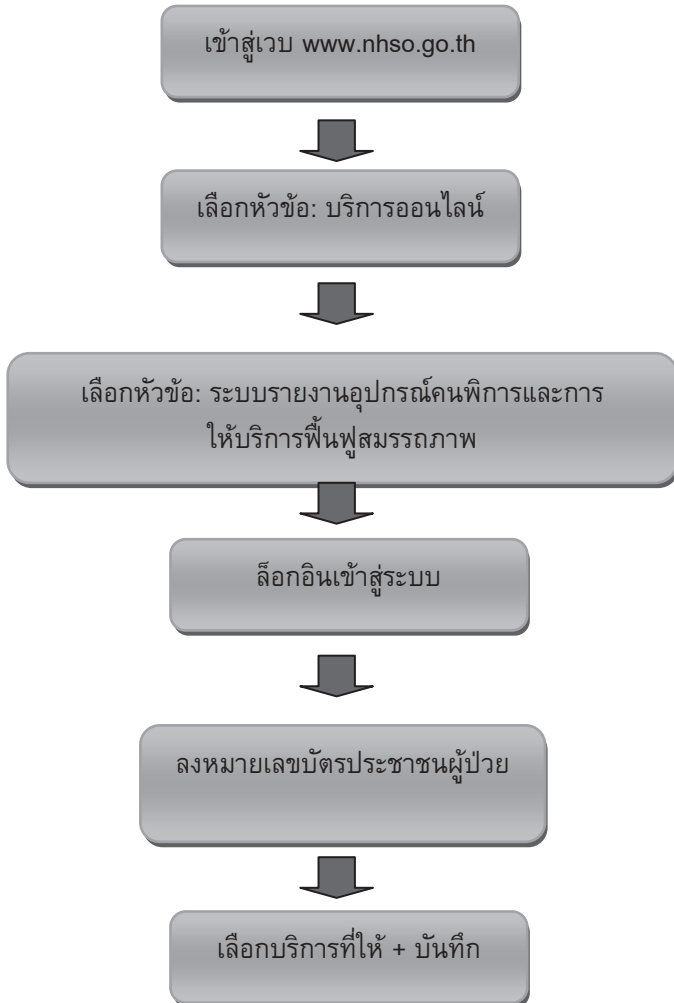
ผู้รับผิดชอบงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ใน สปสช. เขตที่ท่านสังกัด โดยอาจใช้วิธีโทรศัพท์สอบถามรายละเอียดการขอรหัส ซึ่งส่วนใหญ่จะต้องใช้สำเนาบัตรประชาชนเพื่อแนบเป็นหลักฐานและใช้ค้นหาจากฐานข้อมูลว่าเป็นบุคคลกรในกระทรวงสาธารณสุขจริงหรือไม่ และนักกายภาพบำบัดจะได้รับรหัสทาง e-mail ในภายหลัง ซึ่งพบว่าบาง รพ. มอบหมายให้งานกายภาพบำบัดเป็นผู้บันทึกการรายงานเอง ในขณะที่บาง รพ. มอบหมายให้งานประกันสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเป็นผู้บันทึกรายงานการให้บริการ หากเป็นกรณีที่สองนักกายภาพบำบัดไม่ควรให้รหัสของตัวเองในการล็อกอินเพื่อลงกรอกข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการลงข้อมูลโดยผู้อื่น นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลการรายงานว่าระบบสามารถตอบรับการบันทึกข้อมูลได้จริงหรือไม่

แผนภูมิที่ 4 ตัวอย่างกระบวนการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์ รพ.เชียงใหม่

กระบวนการดำเนินงานผู้พิการ



แผนภูมิที่ 5 วิธีการรายงานผ่านเว็บ

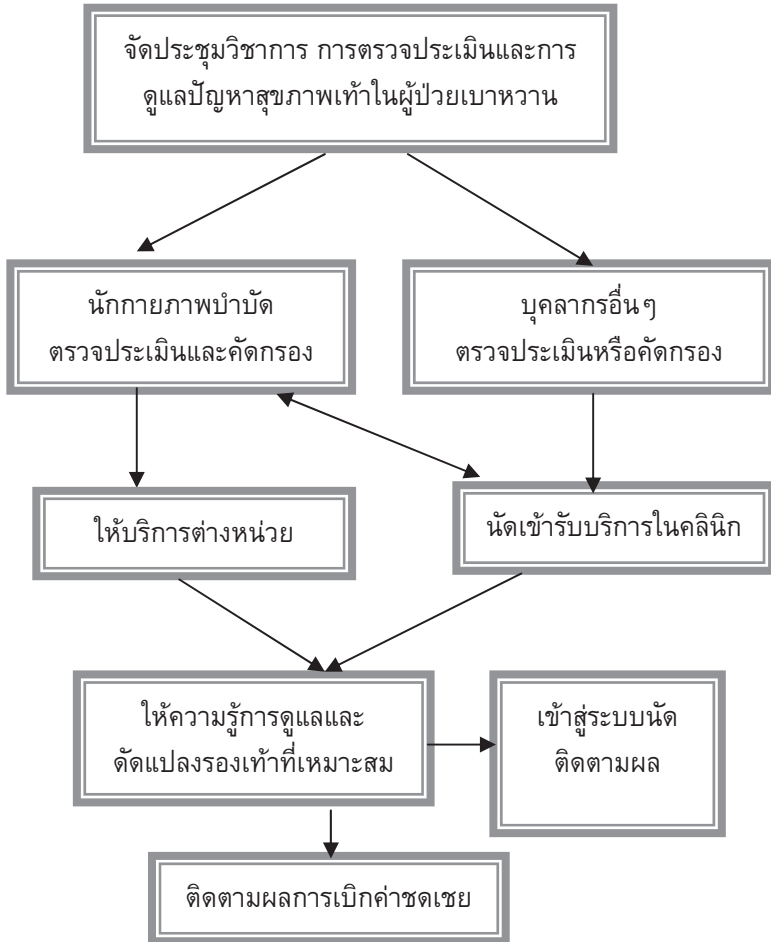


ระบบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

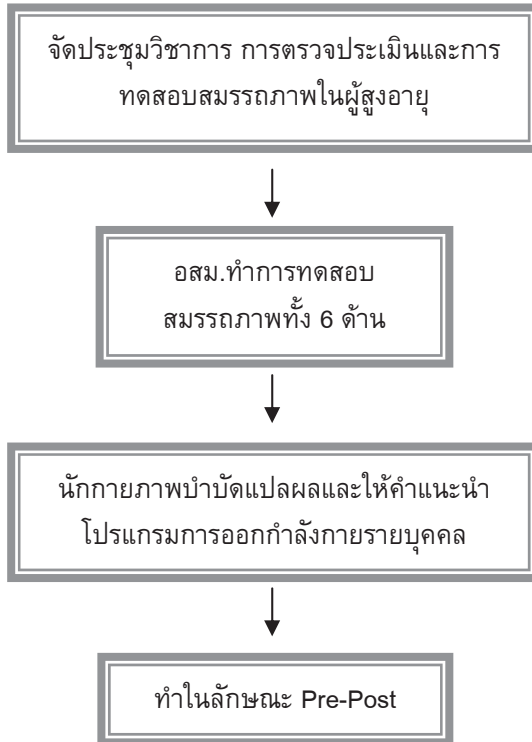
การส่งเสริมสุขภาพอาจจะจัดเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถดำเนินการได้ตลอดทั้งปี เช่น การสอนการออกกำลังกายในกลุ่มคุณแม่ก่อน-หลังคลอด การให้ความรู้และการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคปอด โครงการคลินิกเท้าเบาหวาน โครงการทดสอบสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ โครงการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียน เป็นต้น

สำหรับการส่งเสริมและการป้องกันโรคที่จัดเป็นกิจกรรมมักจะใช้ระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้และการนำออกกำลังกายหน้า OPD วอร์ด คลินิกพิเศษ ก่อนหรือภายหลังจากการรักษาผู้ป่วย หรือวาระอื่นๆที่เหมาะสมในแต่ละราย กลุ่มผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป เพื่อความชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจยิ่งขึ้นจึงขอยกตัวอย่างการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังตัวอย่างแสดงเป็นแผนภูมิที่ 6, 7 ดังนี้

แผนภูมิที่ 6 ตัวอย่างโครงการคลินิกเท้าเบาหวาน



แผนภูมิที่ 7 ตัวอย่างโครงการทดสอบสมรรถภาพ
การทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ



ศัพท์นำรัฐคู่ชุมชน

กภ.สมคิด เพื่อนรัมย์

คำศัพท์ที่นักกายภาพบำบัดต้องรู้และเข้าใจความหมายเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำงานมีดังนี้

1. คนพิการ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็นหรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) ได้กล่าวถึง คนพิการ หมายความว่า บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา หรือทางประสาทสัมผัส ในระยะยาว ซึ่งเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับอุปสรรคนานัปการ จะกีดขวางการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิผลบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ออกตามความในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ได้แบ่งเป็น 6 ประเภทได้แก่

1. ความพิการทางการมองเห็น
2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก
5. ความพิการทางสติปัญญา
6. ความพิการทางการเรียนรู้

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทาง การแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552

ข้อที่ 1. การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการ ให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการได้ปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นทั้งในหน่วยบริการ และที่บ้าน

ข้อที่ 2. ให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในเรื่องต่าง ๆ
รวม 26 เรื่อง สำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของเจ้าหน้าที่ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่จัดบริการให้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน(sub-acute) ได้แก่ กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การประคบ/แก้ไขการปวด, จิตบำบัด, พฤติกรรมบำบัด, การฟื้นฟูการได้ยิน, การฟื้นฟูการมองเห็น, Early Intervention, Phenol block หน่วย

บริการสามารถศึกษาข้อมูลเชิงงบประมาณค่าบริการฯจากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้พิการรวมทุกสิทธิเป้าหมาย หมายถึง ผู้พิการที่มีสมุด/บัตร
ประจำตัวคนพิการ ผู้พิการที่มีบัตรทอง ท.74 (สิทธิตามหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ) ผู้พิการที่ใช้สิทธิข้าราชการ และผู้พิการที่มีสิทธิ
ประกันสังคม ทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน
การแพทย์

ผู้สูงอายุเป้าหมาย หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี
ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวทุกคน ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ด้านการแพทย์

ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง (sub-acute) เป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่
มีอาการ Stoke, Head injury, Fracture ตามหลัก ใส่เฝือก, Spine injury
Deformity ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง (sub-acute) 1 คน
มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน การแพทย์ซ้ำหลายครั้งจะนับเป็น 1 คน
เท่านั้น(ไม่นับซ้ำ)

คนพิการ 1 คน ต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จักษุแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์หู-คอ-จมูก พยาบาลเฉพาะทาง (ด้านการฟื้นฟู,ด้านจิตเวช) นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสาร นักให้คำปรึกษา นักกิจกรรมบำบัด

อาสาสมัครผู้พิการ หมายถึง ญาติ/ผู้ดูแล อสม. ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครผู้พิการทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพขั้นพื้นฐานแก่ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามรหัสการเบิกค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. ดังนี้

1. กายภาพบำบัด หมายถึง การกระหัดต่อมนุษย์ โดยวิธีทางกายภาพบำบัดเพื่อแก้ไขฟื้นฟูความ เสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย อันเนื่องมาจากภาวะของโรค และการเคลื่อนไหวที่ไม่ ปกติ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายในการดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

2. กิจกรรมบำบัด หมายถึง การใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายกับบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดจากการบาดเจ็บหรือ เจ็บป่วยทางกาย ความบกพร่องทางจิตสังคม ความบกพร่องทางการพัฒนาการ หรือการ เรียนรู้จากกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย เพื่อให้มีอิสระพึ่งตนเองได้มากที่สุด บริการเฉพาะทาง กิจกรรมบำบัดได้แก่ การสอนทักษะทางกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาการทักษะทางการ เคลื่อนไหว และการรับรู้และการทำหน้าที่ของกระบวนการผสมผสานความรู้สึก การพัฒนาทักษะการเล่น และ

ความสามารถทางการเตรียมความพร้อมในการประกอบอาชีพ และความสามารถในกิจกรรมยามว่าง การออกแบบประดิษฐ์หรือเลือกใช้อุปกรณ์ดัดแปลง เครื่องช่วยคนพิการ

3. การประเมินการแก้ไขการพูด หมายถึง การตรวจวินิจฉัยชนิดประเภทความรุนแรงพยาธิสภาพ สาเหตุโดยการใช้เครื่องมือและแบบทดสอบพิเศษ และการป้องกัน แก้ไข พื้นฟูสมรรถภาพด้าน ภาษา และการพูดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการสื่อความหมายทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ได้แก่ผู้ป่วยประเภทพูดซ้ำ พูดไม่ชัด พูดติดอ่างพูดไม่คล่อง พูดนึกคำลำบาก พูดเสียงแหบ พูดเสียงห้วน เป็นต้น

4. Early intervention หมายถึง การกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการในเด็กที่มีการพัฒนาการ เช่น การฝึกนั่ง, ยืน, เดิน, เคลื่อนที่ เป็นต้น

5. Phenol block หมายถึง การฉีดยา Phenol ไปที่กล้ามเนื้อเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ

6. จิตบำบัด มี 3 แบบ ได้แก่ จิตบำบัดเฉพาะตัวบุคคล จิตบำบัดแบบกลุ่ม จิตบำบัดครอบครัว

6.1 การทำจิตบำบัดเฉพาะตัวบุคคล มีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม หรืออาการป่วย การบำบัดจึงพึงเล็งไปที่ความขัดแย้ง ความคิดและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถแก้ไขความขัดแย้งภายในจิตใจและมีวิธีปรับตัวที่เหมาะสม (ตารางที่ 5)

6.2 จิตบำบัดแบบกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงทักษะทางสังคมของผู้ป่วย วิธีหลักคือ ช่วยให้ผู้บำบัดมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอื่นๆในกลุ่ม

6.3 จิตบำบัดครอบครัว เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในบริบทของเขา ไม่ใช่ดึงผู้ป่วยออกมาจากบริบทและบำบัดผู้ป่วยตามลำพัง การทำเช่นนั้นเป็นการบำบัดในสถานการณ์สมมุติ เพราะในชีวิตจริงผู้ป่วยไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวแต่อยู่ในบริบทที่สำคัญที่สุดก็คือครอบครัว ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงอยู่ที่ครอบครัว ผู้บำบัดจะวิเคราะห์ว่าในครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์ใดบ้างที่ไม่เหมาะสม และจะให้การแทรกแซงด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น โดยถือว่าเมื่อครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น อาการป่วยก็จะดีขึ้นด้วย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ เป้าหมาย วิธีการ สิ่งที่พึงเล็ง และผู้ร่วมในการบำบัดระหว่างจิตบำบัดชนิดต่าง ๆ

ชนิด	เป้าหมาย	วิธีการ	สิ่งที่พึงเล็ง	ผู้ร่วมในการบำบัด
เฉพาะบุคคล	ผู้ป่วยมีการปรับตัวและอาการดีขึ้น	ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปรับตัวดีขึ้น	ความขัดแย้งในจิตใจความต้องการของตน	ผู้ป่วย 1 คน ผู้บำบัด 1 คน
กลุ่ม	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น	ช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม	การเข้ากลุ่มและให้กลุ่มประเมินพฤติกรรม	ผู้ป่วย 6-8 คน ผู้บำบัด 1-2 คน
ครอบครัว	ครอบครัวทำหน้าที่ดีขึ้น	แก้ไขวิธีสื่อสารวิธีจัดการกับความขัดแย้ง	ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว บทบาท ขอบเขต	สมาชิกในครอบครัว/ เครือข่าย ผู้บำบัด 1 คน

เยี่ยมบ้านอย่างไรให้กลมกล่อม

กก.จิตติพร ชัยชนะวงศา



คำว่าเยี่ยมบ้านอย่างไรให้กลมกล่อม อ่านแล้วอาจจะฟังดูเหมือนโฆษณากาแฟ แต่พี่ว่าคำว่า “กลมกล่อม”เหมาะที่จะนำมาถ่ายทอดถึงการเยี่ยมบ้านของนักร่างกายบำบัดชุมชนมาก “เยี่ยมบ้านให้กลมกล่อม” คือการเยี่ยมบ้านที่ทำให้เกิดความอึดอัดใจ ความสุข ของทุกๆคน ทั้ง ผู้ถูกเยี่ยม ญาติหรือคนดูแล ทีมที่ร่วมในการเยี่ยมบ้าน และตัวนักร่างกายบำบัด ซึ่งฟังๆ ดูแล้วเหมือนจะยาก แต่ที่จริงไม่ยากเลย ทุกอย่างอยู่ที่ใจ ซึ่งเชื่อว่านักร่างกายบำบัดทำได้

ความสุขของนักร่างกายบำบัด การเยี่ยมบ้านจะประสบความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ อย่าง เริ่มจากตัวนักร่างกายบำบัดเองก่อน การเตรียมตัว และเตรียมใจ เป็นสิ่งที่สำคัญ ต้อง

เตรียมร่างกายให้แข็งแรงเพราะเส้นทางในการเดินทางอาจไม่สวยงาม ดังนั้นนักกายภาพบำบัดต้องพร้อมลุยเสมอ ส่วนเตรียมใจ หมายถึง การเปิดใจเพื่อรับฟังความทุกข์และปัญหา ไม่โอนเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง ก่อนที่จะรับฟังเรื่องราวทั้งหมด เพราะสิ่งที่เห็นหรือได้ยินอาจสวนทางกับความเป็นจริง ง่ายๆคือคิดบวกไว้ก่อน และที่สำคัญต้องไม่นำปัญหานั้นกลับมาคิดจนเป็นทุกข์เอง เมื่อนักกายภาพบำบัดเตรียมร่างกาย และจิตใจพร้อมแล้ว ก็เดินหน้าได้เลย

ความสุขของทีม ขั้นตอนต่อมาคือการประสานงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ และเข้าใจในการทำงานของนักกายภาพบำบัด โดยเฉพาะหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ (รพ.สต.หรือสถานีนามัย) ตกลง เวลา นัดหมายให้ชัดเจน เพราะคนในพื้นที่เป็นบุคคลสำคัญในการพานักกายภาพบำบัดไปยังเป้าหมาย เมื่อลงพื้นที่ นักกายภาพบำบัด ควรขอคำปรึกษา และรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ และความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เรายังไม่รู้ และนำมาปรับใช้ในสิ่งที่เห็นว่าควร และอีกอย่างที่สำคัญคือคนในพื้นที่จะรู้จัก และเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย เพราะผู้ป่วยจะคุ้นเคย และเชื่อใจ สุดท้าย คือ เรื่องมารยาท และการวางตัว นักกายภาพบำบัดจะได้ร่วมงานกับหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข



ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนั้นควรวางตัวให้เหมาะสม เพื่อการทำงานที่ราบรื่น และการทำงานเป็นทีมต่อไป



ความสุขของผู้ถูกเยี่ยมและญาติ เมื่อนัดหมายเรียบร้อยแล้ว การเข้าหาผู้ป่วยนักกายภาพบำบัด ควรมองปัญหาของผู้ป่วยทั้งสองด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ แล้วชั่งน้ำหนักว่าตอนนี้ผู้ป่วยทุกข์หนักที่อะไร ปัญหาบางอย่างอาจจะต้องใช้เวลานานในการแก้ไข และที่สำคัญต้องอาศัยการพูดคุย ดังนั้นการเยี่ยมบ้านจะไม่จบเพียงวันเดียว จะต้องมีการติดตามผล การพูดคุยนั้น นักกายภาพบำบัด ต้องรับฟังทั้งผู้ป่วย และญาติ และต้องเข้าใจความทุกข์ของตัวผู้ป่วยและญาติด้วย ไม่ควรจะตำหนิ ควรชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติทำได้แล้ว ให้คำปรึกษา และแนะนำในสิ่งที่ขาด บอกถึงข้อดีและข้อเสียในการไม่ปฏิบัติตาม ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจร่วมกัน ทำแบบนี้จะทำให้ตัวผู้ป่วยเองและญาติเข้าใจปัญหา และร่วมมือในการแก้ปัญหามากขึ้น

การเยี่ยมบ้านก็เหมือนการตีempa หากนักกายภาพบำบัดไม่ใส่ใจในการชงกาแพ แล้วกาแพจะกลมกล่อมและอบอวนด้วยกลิ่นหอมได้อย่างไร ถ้านักกายภาพบำบัด เข้าใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เปิดใจรับฟัง ยอมรับ เท่านั้นนักกายภาพบำบัด จะได้ใจของทีม ผู้ป่วยและญาติ และแล้วการเยี่ยมบ้านของนักกายภาพบำบัด ก็จะมีทั้งกลิ่นหอมอบอวน และรสชาติที่กลมกล่อม อย่างที่อยากให้เป็น เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดทุกคน ประสบความสำเร็จในการทำงานชุมชน และให้กลิ่นหอมของความสำเร็จอบอวลจนทุกวิชาชีพ และคนอื่นๆหันมามองเรา นักกายภาพบำบัดชุมชน



การขยายระบบบริการ

กภ.พรสมัย พิทธิจมนตรี

มาถึงบทนี้ คงพอจะทราบแนวทางในการทำงานคลินิกและงานชุมชนมาพอสมควร บทนี้จึงเน้นการทำความเข้าใจในเรื่องของการทำแผนยุทธศาสตร์ การเขียนโครงการ และแหล่งงบประมาณ คร่าวๆเป็นแนวทางไม่ได้ใส่รายละเอียดให้ทั้งหมด เพราะเป็นเนื้อหาที่มาก

การทำแผนยุทธศาสตร์

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์จะทำให้หน่วยงานทำงานอย่างมีเป้าหมายและทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ของงานกายภาพบำบัด ต้องลัดตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของโรงพยาบาล ส่วนรูปแบบการเขียนแผนยุทธศาสตร์ไม่มีรูปแบบที่กำหนดตายตัว แล้วแต่ละโรงพยาบาล การทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆจะทำในช่วงปลายปีงบประมาณประมาณเดือนสิงหาคมกันยายน เพื่อให้ทันปีงบประมาณหน้าเลย หรือบางโรงพยาบาลก็จะทำในช่วงต้นปีงบประมาณใหม่คือเดือนตุลาคมของทุกปี เมื่อได้แผนยุทธศาสตร์แล้ว หน่วยงานกายภาพบำบัดและหน่วยงานอื่นๆต้องทำแผนปฏิบัติการ เช่น หน่วยงานกายภาพบำบัดต้องระดมความคิดว่าปีงบประมาณหน้าจะพัฒนาเรื่องอะไรในหน่วยงาน หรือต้องการแก้ปัญหาในหน่วยงานและในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัด เช่น 5 อันดับโรคแรกทางกายภาพบำบัด หรือ ในชุมชนมีอะไรบ้าง จำนวนคนพิการต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่ เพื่อจะทำแผนการแก้ปัญหา อย่างไร ต้องทำโครงการอะไรบ้างก็โครงการ โครงการนั้นใช้ระยะเวลากี่ไตรมาส ต้องใช้

งบประมาณเท่าไร มาจากส่วนไหนบ้าง ส่วนวิธีการเขียนแผนปฏิบัติการ
ทุกโรงพยาบาลจะมีกรอบการเขียนให้อยู่แล้ว แต่ไม่ได้เหมือนกันทุกที่
ยกตัวอย่างดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตัวอย่างการเขียนแผนปฏิบัติการ

หัวข้อ	รายละเอียด
เป้าหมายระดับหน่วยงาน	1. มีบริการกายภาพบำบัดฟื้นฟูคนพิการในชุมชน ทุกพื้นที่ 2.
ตัวชี้วัด	1. คนพิการที่จำเป็น ต้องได้รับการฟื้นฟู ได้รับการ ฟื้นฟูอย่างน้อยร้อยละ 80 2.
กลยุทธ์/กิจกรรมหลัก	พัฒนาระบบการกายภาพบำบัดเชิงรุก
กิจกรรม/โครงการ	1. มีการประชุมคณะกรรมการผู้ดำเนินงานคนพิการ เพื่อวางแผนทางการฟื้นฟูคนพิการในชุมชน 2.
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทั้ง 7 ประเภท ที่จะเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู
พื้นที่ดำเนินการ	เขตรับผิดชอบ อำเภอ.....
แหล่งงบประมาณ	สปสช.
งบประมาณ (ที่ใช้)	ใส่รายละเอียดงบประมาณกิจกรรม
ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานกายภาพบำบัดร่วมกับรพสต.ทุกพื้นที่

หลังจากได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ต้องนำเสนอแผนกับคณะกรรมการ
บริหารโรงพยาบาล เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการที่ดีที่สุด จากนั้นก็เริ่ม
ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยต้องมีการติดตามผลตามตัวชี้วัด เป็น

ระยะยาวว่าแผนเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าได้ตามแผนก็เยี่ยมยอด ถ้าได้น้อยกว่า ก็ควรปรับและแก้ไขการทำงาน

การเขียนโครงการ

การเขียนโครงการเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการทำงาน ภายภาพบำบัด เพราะ ทำให้ทำงานได้อย่างมีกรอบและแบบแผน มีงบประมาณสนับสนุน โครงการที่เกี่ยวกับงานกายภาพบำบัด ควรจะเป็นโครงการที่เกี่ยวกับงานกายภาพบำบัดที่ทำอยู่เป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นงานคลินิกหรืองานเชิงรุก แต่การเขียนโครงการส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของงานเชิงรุกมากกว่า เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการฟื้นฟูโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูคนพิการ คนด้อยโอกาส

หลักการเขียนและรูปแบบการเขียนมีหลากหลายรูปแบบไม่ได้กำหนดตายตัวประเด็นสำคัญคือ เขียนเพื่อขอกับหน่วยงานใด ขอกับโรงพยาบาล อบต. สปสช. ก็จะมีระเบียบ วิธีการขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นนักกายภาพบำบัดจึงควรศึกษาระเบียบ ขั้นตอนก่อนการเขียนโครงการให้ดี โดยมีข้อเสนอแนะ ในการเขียนโครงการ นักกายภาพบำบัดมักจะติดปัญหาในส่วนของงบประมาณ เพราะต้องเขียนรายละเอียดแต่ละรายการ นักกายภาพบำบัดจะต้องทราบว่า โครงการนี้จะต้องมีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ต้องไล่เรียงออกมาให้หมด จะต้องศึกษาว่าอัตราที่ต้องจ่ายมีระเบียบที่เกี่ยวข้องให้จ่ายได้เท่าใด เช่นค่าวิทยากร/ชม./คน หรือ ค่าอาหาร/มื้อ ได้สูงสุดไม่เกินเท่าใดนักกายภาพควรศึกษาหมวดนี้ให้ดี เพราะไม่อย่างนั้นจะเกิดความยุ่งยากในภายหลังได้

แหล่งงบประมาณ

หน่วยงานกายภาพบำบัด สามารถใช้งบประมาณจากหลายแหล่ง เริ่มตั้งแต่ เงินบำรุงโรงพยาบาล สปสช. สสส

เงินบำรุงโรงพยาบาลเป็นแหล่งงบประมาณที่ใกล้ที่สุดที่เราสามารถเขียนขอโครงการ หรือพัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในหน่วยงานได้ นักกายภาพบำบัดสามารถ เขียน ขอโดยผ่านทางฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล ขึ้นไปถึงผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการจะเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจจะอนุมัติโครงการ หรือสิ่งที่เราเขียนขอหรือไม่ นักกายภาพบำบัดควรเตรียมคำตอบ เพื่อตอบคำถามกับผู้บริหารว่า ทำไมต้องทำโครงการนี้ หรืออะไรที่เราขอไว้เพื่ออธิบายเหตุผล เพราะบางทีผู้บริหารอาจไม่เข้าใจและไม่อนุมัติได้ แต่ส่วนใหญ่เงินบำรุงโรงพยาบาล จะเป็นโครงการที่ใช้งบประมาณไม่มากนัก ซึ่งน้องสามารถดูตัวอย่างการเขียนรายละเอียดงบประมาณได้ใน ภาคผนวกใน CD

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทุก ๆ ปี จะเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลในเขตเขียนของงบประมาณ ทุกปี ซึ่งแต่ละปี สปสช. จะจัดทำคู่มือการใช้งบประมาณกองทุน ทุก ๆ กองทุน ในส่วนของงานกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2554 กรอบแนวคิดแต่ละปีก็ต่างกันไป ปีนี้ก็ให้กรอบแนวคิดที่ว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างทั่วถึง” ซึ่งสปสช. ให้ความสำคัญประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายในแต่ละปีอย่างชัดเจน เช่น กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้เข้ารับบริการภายใต้งบประมาณฟื้นฟู 54

ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มคนพิการ ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท.74)
2. กลุ่มผู้ป่วย ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รายละเอียดของ เงื่อนไขของ สปสช. สามารถดูได้ที่เว็บไซต์ ของ สปสช. www.nhso.go.th แล้วเข้าไปที่ สปสช.เขต ที่ตนทำงานอยู่ ทุกพื้นที่ ในประเทศไทยมีทั้งหมด 13 เขต (ดูตัวอย่างการเขียนโครงการใน ภาคผนวกใน CD)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็น หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และ พัฒนาขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของ ประชาชนไทย โดยจะสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็น สุขภาพที่ สสส. ให้ความสำคัญ และเป็นโครงการที่มีความคิดสร้างสรรค์ ที่ ต้องการทดสอบต้นแบบ หรือใช้กลวิธีใหม่ๆ โดยใช้ฐานความรู้และหลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีโอกาสยั่งยืนเมื่อทุน สสส. หหมดลง และหวังผล ระยะยาวที่มุ่งเน้นข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

- เพิ่มความรู้ ทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตสู่ สุขภาพดีของกลุ่มเป้าหมาย

- สร้างกฎ กติกา ข้อตกลง หรือ นโยบาย ด้านสร้างเสริมสุขภาพ ที่ชุมชนหรือองค์กรร่วมกันกำหนดและมี การปฏิบัติตามจริงจัง

- เป็นโครงการนำร่องและสามารถใช้เป็นต้นแบบหรือแบบอย่าง สำหรับชุมชนอื่นๆ ได้

ประเด็นสุขภาพสำคัญ ที่ สสส. ให้การสนับสนุน

- ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
- ลดอุบัติเหตุ และสร้างเสริมความปลอดภัย
- สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และปลอดภัย
- การผลิตและบริโภคอาหารที่ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ
- สร้างเสริมสุขภาพจิต
- สุขภาวะทางเพศ เพศสัมพันธ์ปลอดภัย
- ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพจากโรคที่เป็นภัยเงียบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพจากโรคอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก

กลุ่มเป้าหมายหลักที่รับประโยชน์จากโครงการ

- เด็กและเยาวชน
- กลุ่มที่ขาดโอกาสและมีปัญหาสุขภาพ
- กลุ่มผู้สูงอายุในชนบทบุคคล

นักกายภาพบำบัดสามารถเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนจาก สสส. จึงควรรศึกษารายละเอียดและเงื่อนไขให้รอบครอบ ก่อนการเขียนโครงการ สามารถดูรายละเอียดได้ที่เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

งานคุณภาพปฐมบท

กภ.วราห์ภรณ์ อึ้งหวล

นักกายภาพบำบัดทุกท่านที่เข้าทำงานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เปิดแผนกใหม่ และเป็นนักกายภาพบำบัดใหม่ มาเรียนรู้งานคุณภาพที่ใหม่ นอกเหนือจากงานวิชาชีพ งานนี้อาจทำให้เราเป็นกังวลและเกิดข้อสงสัยว่า เราจะทำได้หรือไม่ ทำไม่ได้แล้วจะถามใคร ทำอย่างไร ฯลฯ กับคำถามที่เกิดคู่ขนานกับงานประจำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบลัดและประหยัดเวลา พี่จึงอยากแนะนำให้นักกายภาพบำบัดใส่ใจกับการทำงานคุณภาพ เพราะงานคุณภาพคือการพัฒนางานทุกอย่างที่เราทำ แต่สำหรับโรงพยาบาลนอกจากการพัฒนาแล้วจะต้องมีการประเมิน และรับรองคุณภาพ ขึ้นกับว่าโรงพยาบาลนั้นๆ จะใช้เกณฑ์อะไรบ้าง

เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลต่างๆ เลือกเพื่อนำมาประเมินโรงพยาบาลและรับรองคุณภาพได้แก่ HA, HNQA, TQA, HPH ถ้าโรงพยาบาลเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ขึ้นกับนโยบายของผู้บริหาร (ผู้บริหาร คือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ที่มี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน) หรือจะพัฒนาโดยเลือกทำพร้อมกันเลยก็ได้

HA (Hospital Accreditation) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานที่พัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (มาตรฐานนี้เน้นกระบวนการที่นำไปสู่การบริการที่ดี)

HNQA (Hospital Network Quality Audit) เป็นระบบการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลที่สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้คิดริเริ่มขึ้น เน้นผลลัพธ์การบริการโดยการสนับสนุนของนายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ ผู้อำนวยการสำนัก มีที่ปรึกษาคือ อาจารย์ชูชาติ วิเรศธรณี (มาตรฐานนี้ เน้นการตรวจประเมินเป็นเครือข่าย โดยสร้างมาตรฐานร่วมกันระหว่างเครือข่าย)

TQA (Thailand Quality Award) (รางวัลคุณภาพแห่งชาติ) จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นเครื่องหมายแห่งความเป็นเลิศในการบริหารจัดการในทุกด้าน ตลอดจนผลประกอบการที่ดีขององค์กร มาตรฐานเป็นที่ยอมรับกันว่าเทียบเท่ากับองค์กรที่มีคุณภาพสูงสุดในโลก (มาตรฐานนี้มีคะแนนให้ว่าพัฒนาโรงพยาบาลแล้ว รพ.อยู่ในระดับคะแนนเท่าไร)

HPH (Health Promotion Hospital) คือ การปรับระบบบริการให้มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ โดยเน้นการจัดกระบวนการสร้างสุขภาพกับทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้น อีกมาตรฐานหนึ่งที่สำคัญ สำหรับนักกายภาพบำบัดทุกโรงพยาบาล คือ **มาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด** ซึ่งปัจจุบันเรามีมาตรฐานวิชาชีพแล้ว โดยมีเกณฑ์อธิบายอย่างชัดเจนเพื่อให้ นักกายภาพบำบัดพัฒนางานตามทิศทางที่มาตรฐานกำหนดไว้ มาตรฐานวิชาชีพนี้ เราควรเขียนเพื่อประเมินตนเองว่าเราผ่านมาตรฐานข้อไหน ไม่ผ่านข้อไหน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุง รายละเอียดอยู่ที่ website ของสภากายภาพบำบัด

โดยทั่วไป ก่อนที่โรงพยาบาลจะมีการดำเนินงานด้านคุณภาพตามมาตรฐานต่างๆ ผู้อำนวยการจะมีการแจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบ และส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมตามมาตรฐานคุณภาพที่จะได้รับการประเมิน เพราะฉะนั้นนักกายภาพบำบัดควรไปสอบถามบุคลากรงานคุณภาพในโรงพยาบาล ซึ่งหน้าที่นี้จะมียังน้อยโรงพยาบาลละ 1 คน ขอให้ไปขอเอกสารมาศึกษาเรียนรู้เพื่อจะได้ทราบทิศทางของโรงพยาบาล

เมื่อเราได้ทำความรู้จักกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานคุณภาพโรงพยาบาล หรือบางที่โรงพยาบาลอาจแต่งตั้งนักกายภาพบำบัด เป็นผู้รับผิดชอบงานคุณภาพโรงพยาบาลเลยก็ได้ สำหรับในหน้าที่หัวหน้างานกายภาพบำบัดนั้นต้องศึกษาและรู้จักแหล่งค้นหาข้อมูลจากเอกสาร หรือ web site และควรรู้จักคำย่อต่างๆ เพื่อช่วยให้เราเข้าใจงานมากขึ้น ดังนี้

สสจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (มีทุกจังหวัด)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบ่งเป็นเขตทั้งหมด 13 เขต

คปสอ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน

รพ.สต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ เดิมคือสถานีอนามัย

สรพ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการแต่งตั้ง ในการบริหารงานมีอำนาจในการเลื่อนขั้นเงินเดือนบุคคลกรในโรงพยาบาล บางที่เรียกย่อว่า กบ. หรือ กทบ.

หัวหน้าฝ่ายการ คือพยาบาลที่เป็นหัวหน้ามีอำนาจมากที่สุด

พ่อบ้าน / แม่บ้าน เป็นชื่อเรียกของผู้บริหารในตำแหน่งนักจัดการ ทั่วไป มีอำนาจหน้าที่ดูแลเรื่องบริหารบุคคล งานพัสดุ การเงิน ซ่อมบำรุง ที่มหน้าต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่

GOV หรือ กบ. / กทบ.

HRD ที่มหน้าบริหารงานบุคคลและอัตรากำลังคน

RM ที่มหน้าการจัดการความเสี่ยง

IC ที่มควบคุมการติดเชื้อ

ENV ที่มหน้าด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

MRS / IM ที่มหน้าด้านการจัดการกับเวชระเบียน

PCT ที่มหน้าด้านคลินิก

วิสัยทัศน์ (Vision) คือ ตำแหน่งหรือภาพขององค์กรในอนาคต

พันธกิจ (Mission) คือ ขอบเขตหรือหน้าที่ที่ต้องทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ บทบาทที่จะต้องทำในระยะเวลาที่กำหนด

บริบท / ขอบเขตบริการ คือ พื้นที่บริการที่รับผิดชอบ ขนาดเตียง หรือ จำนวนผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ คือ ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่ต้องการในอนาคต ข้อความที่ระบุ ผลประโยชน์ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ คือ แผนงานหรือทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์และพันธกิจ หรือ วิธีการ หรือ ขั้นตอนที่จะปฏิบัติ

ตัวชี้วัด (Key performance indicator: KPI) คือ ตัวชี้วัดผลงานหลักที่แสดงให้เห็นว่าเป้าหมายของภารกิจนั้นๆประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

CQI (Continuous Quality Improvement)

CQI เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (บางท่านอาจใช้คำว่า process improvement หรือ performance improvement)

CQI มักจะใช้แนวคิด PDSA (Plan- Do- Study-Act) ซึ่งเป็นขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่

Plan คือ การวางแผนว่าจะทดสอบความคิดอะไรเพื่อแก้ไขปัญหาในการวางแผนนี้มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นเพื่อให้กำหนดความคิดที่จะแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหา: ว่าปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร กับใคร อย่างไร มีกระบวนการอะไรที่เกี่ยวข้อง
2. การวิเคราะห์ระดับของปัญหา: สามารถวัดข้อมูลที่สะท้อนระดับของปัญหาได้ด้วยวิธีใด
3. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา: อะไรคือสาเหตุหลักๆ ของการเกิดปัญหา สามารถวิเคราะห์ไปถึงสาเหตุรากเหง้าได้หรือไม่ มีข้อมูลประกอบหรือไม่ว่าสาเหตุใดเป็นสาเหตุสำคัญ
4. การวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา: เป็นการนำสาเหตุรากเหง้าที่สำคัญมาวิเคราะห์ว่าจะลดหรือขจัดออกไปได้อย่างไร โดยอาศัยแนวคิดเชิงกลยุทธ์และความคิดสร้างสรรค์ประกอบกัน ทางเลือกในการแก้ปัญหาอาจจะมีหลายทางเลือก อาจจะใช้ร่วมกัน หรืออาจจะต้องวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อได้ทางเลือกแล้ว

ยังต้องวิเคราะห์แรงหนุนแรงต้านของผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนลดแรงต้าน และใช้แรงหนุนให้เป็นประโยชน์

Do คือ การนำความคิดตั้งกล่าวไปทดสอบ

Study คือ การวัดผลการทดสอบว่าความคิดตั้งกล่าวสามารถใช้แก้ปัญหาได้หรือไม่

Act คือ การนำผลการทดสอบไปสู่การปฏิบัติในการทำงานประจำอย่างสม่ำเสมอ

จากแนวคิดรูปแบบ CQI ที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่เน้นรูปแบบที่เรียบง่ายและเร่งการพัฒนา เน้นการทดสอบขนาดเล็ก ทดสอบต่อเนื่อง ทดสอบหลายเรื่องพร้อมกัน จึงทำให้การทำกิจกรรมคุณภาพเป็นไปได้ง่าย รวดเร็ว ทันใจ ซึ่งต่างกับกระบวนการในแนวคิด R2R

R2R ชื่อเต็ม คือ **“Routine to Research”** คือ “การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย” ผลลัพธ์ของ R2R ไม่ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R2R ไปใช้พัฒนางานประจำนั้นๆ ด้วย

1. พัฒนางานประจำที่ทำทุกวัน ให้เป็นผลงานวิจัย
2. เปลี่ยนปัญหาหน้างาน ให้เป็นผลงานวิจัย

R2R จึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานขับเคลื่อนองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

SPA (Standard Practice Assessment) เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ประเมินตนเองตามมาตรฐานของ HA ซึ่งมีรูปแบบเจาะ ประกอบด้วย

เกณฑ์ 4 หมวดใหญ่ๆ มีรายละเอียดสามารถดูได้ตาม website (www.ha.or.th) ของ สรพ.

SA (Self Assessment) คือ การตรวจประเมินองค์กร(องค์กรในที่นี้คือ โรงพยาบาล) ด้วยตนเองปัจจุบันคงจะมีหลายองค์กรที่คุ้นเคยกับคำนี้แล้ว เนื่องจากเป็นเครื่องมือหนึ่งที่กำลังเป็นที่นิยมใช้ในการตรวจสอบความแข็งแกร่งของระบบบริหารจัดการขององค์กรโดยเทียบกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) เพื่อให้องค์กรได้ทราบถึงจุดแข็ง (Strength) และโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) นำไปสู่การวางแผนในการพัฒนาปรับปรุงองค์กรให้มีระบบมาตรฐานทัดเทียมกับองค์กรชั้นนำทั้งในประเทศและต่างประเทศได้

จากที่กล่าวมา เราเริ่มจะคุ้นกับคำว่า ประเมินตนเอง หรือพื่อยากให้เราเข้าใจง่ายๆ เทียบกับการส่องกระจกดูตนเอง แต่เราจะส่องกระจกดูตนเองได้นั้น เราจะต้องมีเกณฑ์ให้เราเปรียบเทียบ นั่นอาจจะเป็น เกณฑ์ของ SPA, SA, TQA, HNQA หรือมาตรฐานบริการกายภาพบำบัดจากสภากายภาพ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกันได้ไม่ผิด โดยการประเมินตนเองถ้าโรงพยาบาลใดก็ตามมีนโยบายพัฒนาคุณภาพแบบ HA โรงพยาบาลนั้นต้องกำหนดให้ทุกหน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบฟอร์มที่เรียกว่า Service profile (ดูภาคผนวกใน CD) หรือแบบฟอร์มที่เป็นขอบเขตการบริการของหน่วยงานนั้นๆ Service profile นี้ไม่มีคำถามใดๆ จะมีแต่ข้อความให้เติม ยึดหลักการคือ ไม่ต้องกังวลเรื่องผิดถูก เขียนตามความเข้าใจของเรา เราจะได้ทราบว่า มีกิจกรรมใดบ้างใน Service profile ที่เรายังไม่ได้ทำ ถ้านักกายภาพบำบัด เริ่มทำก่อนอันดับแรก จุดนี้จะเป็น

การเริ่มต้นชีวิตทางการพัฒนางานของนักกายภาพบำบัดได้ เพราะจะเป็น
เนื้องานทุกอย่างที่เราทำโดยแท้ (จะลอกโรงพยาบาลอื่นไม่ได้เลย)
จำเป็นต้องทำด้วยตนเองหรือร่วมกับทีมงานของเรา

Service Profile ใน service profile ควรมีข้อมูลดังต่อไปนี้

1. **กระบวนการทำงาน** ประเด็นนี้ ขอให้นักกายภาพบำบัด จัดทำ
เป็นแผนภูมิ และวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดจากขั้นตอนการทำงานนั้น หา
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดเติมลงไปในช่วงว่าง

2. **ความเสี่ยงของหน่วยงาน** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับ
ความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ หรือ งานหรือกิจกรรมที่ทำให้เราไม่
สบายใจ หรือคนอื่นไม่สบายใจ

3. **การทบทวน 12 กิจกรรม** เป็นการทบทวนกิจกรรมที่เราควร
เลือกทบทวนเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับหน่วยงานกายภาพบำบัด และควร
กำหนดหลักเกณฑ์หรือกำหนดแผนการทบทวนกิจกรรม เช่น กิจกรรมนี้จะ
ทบทวนเมื่อไหร่ เวลาใด โดย 12 กิจกรรมหลัก มีดังนี้

การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

- 1) การทบทวนความคิดเห็น / คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
- 2) การทบทวนการส่งต่อ / ขอย้าย / ปฏิเสธการรักษา
- 3) การทบทวนการตรวจโดยผู้ชำนาญกว่า
- 4) การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- 5) การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 6) การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
- 7) การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
- 8) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

- 9) การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
- 10) การทบทวนการใช้ทรัพยากร
- 11) การทบทวนและติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

จากกิจกรรมการทบทวนข้างต้น ทางกายภาพบำบัดจะทำการทบทวนเพียง 11 กิจกรรมหลักเท่านั้น การทบทวนการใช้ยานั้นเรายังไม่ทำการทบทวน หัวใจสำคัญของกิจกรรมทบทวน คือ การที่หัวหน้าหน่วยงานจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ (Facilitator) มิใช่ทำหน้าที่ผู้บังคับบัญชา หลักการทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือก็คือ การทำความเข้าใจกับสมาชิกทุกคนว่า เป้าหมายของกิจกรรมทบทวนเรื่องนี้ทำอะไร เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมเต็มที่และเท่าเทียมกัน แล้วผู้ช่วยเหลือทำหน้าที่สรุปความเห็นของสมาชิก เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง และมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน

การเตรียมพร้อมสำหรับรับการเยี่ยมสำรวจ

เมื่อเรารับทราบว่าจะมีคณะมาเยี่ยมสำรวจเรา โดยทั่วไปก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจจากหน่วยงานภายนอกนั้น โรงพยาบาลจะจัดทีมเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลก่อน ซึ่งอาจเป็นคณะกรรมการบริหารหรือทีมคุณภาพของโรงพยาบาลก็ได้ เป็นเหมือนซ้อมใหญ่เพื่อรับการเยี่ยมสำรวจจากทีมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมสำรวจจากหน่วยงานภายในหรือภายนอก เราจำเป็นต้องเตรียมตัวให้พร้อม โดยผู้มาเยี่ยมจะแจ้งในสิ่งที่เขาต้องการทราบจากเรา เพราะการมาเยี่ยมในแต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่นาน ดังนั้นทีมงานผู้เยี่ยมสำรวจจะแจ้งประเด็นที่งานเราควรเตรียมไว้นำเสนอให้พร้อม

ด้านเอกสารที่ควรมีในหน่วยงาน มีดังนี้

1. Service profile (ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวกใน CD)
2. แผนกลยุทธ์ และแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน (ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวกใน CD)
3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เช่น ผลของการทบทวน 12 กิจกรรม (ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวกใน CD)
4. ผลงานที่ภาคภูมิใจ และ/ หรือ CQI และ/หรือ R2R

ด้านโครงสร้างทางกายภาพหรือความเข้าใจในคุณภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เช่น กิจกรรม 5ส และรายงานการประชุม เมื่อเราเตรียมสิ่งสำคัญหลักๆ ที่กล่าวข้างต้นแล้ว เราก็พร้อมที่จะรับการเยี่ยมสำรวจจากทุกองค์กร ไม่ว่าจะจากสถาบันใด ซึ่งเร็วๆ นี้ทางสภาวิชาชีพกายภาพบำบัดเริ่มมีการตรวจประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัดแล้ว หน่วยงานกายภาพบำบัดจำเป็นต้องเตรียมประเมินตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพเราด้วย ตามที่แนบไว้ในภาคผนวกใน CD

การบริหารความเสี่ยง

กภ.วราห์ภรณ์ ฮุงหวล

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีของทุกหน่วยงานถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ที่จะแนะนำให้้องเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแบบคร่าวๆ เกี่ยวกับความหมายและการวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อเป็นพื้นฐานในการนำไปประยุกต์กับหน่วยงานที่น้องกำลังทำงานอยู่ ดังนี้

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการ บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการโดยมีมิติแห่งคุณภาพ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ (Competency)
2. บริการเป็นที่ยอมรับ ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ (Acceptability)
3. บริการมีความเหมาะสมได้มาตรฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (Appropriateness)
4. บริการมีประสิทธิภาพ ได้ผลการบริการหรือผลการรักษาที่ดี (Effectiveness)
5. บริการมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)
6. บริการมีความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อน (Safety)

7. สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีให้บริการเมื่อจำเป็น (Accessibility)
8. ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ (Equity)
9. ความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือดูแลรักษาพยาบาล (Continuity)

ขอบเขตการทำงาน

ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ
2. ความเสี่ยงที่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง
3. ความเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียรายได้
4. ความเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน
5. ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน
6. ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการทำลายต่อสิ่งแวดล้อม
7. ความเสี่ยงที่มีการชดใช้ค่าเสียหาย

การวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน

วิธีการวิเคราะห์ความเสี่ยง

1. ให้แทนค่าคะแนนของโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์หรือความถี่ และความรุนแรงเหตุการณ์หรือผลที่จะเกิดตามมา โดยเปรียบเทียบจากสถิติที่กำหนดตามตัวแปรต่าง ๆ
2. นำค่าคะแนน 2 ค่ามาคูณกันในตารางที่ 7

3. นำผลคูณของค่าคะแนนที่ได้เทียบตามตาราง ว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใด เช่น ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง หรือ ความเสี่ยงสูง

หน่วยงานประเมินและวิเคราะห์ ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานโดยนำความเสี่ยงที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง จัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง และรวบรวมบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน

ตารางที่ 7 ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis matrix)

โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ / ความถี่		ผลกระทบ / ความรุนแรงของเหตุการณ์ / ผลที่เกิดขึ้นตามมา			
		เล็กน้อย Minor	ปานกลาง Moderate	รุนแรง Major	รุนแรงมาก Catastrophic
	ต่ำ คะแนน	1	2	3	4
Likely	4	Low (4)	Moderate (8)	High (12)	High (16)
Moderate	3	Low (3)	Low (6)	Moderate (9)	High (12)
Unlikely	2	Low (2)	Low (4)	Moderate (6)	High (8)
Rare	1	Low (1)	Low (2)	Moderate (3)	High (4)

ความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์

Likely	โอกาสเกิดขึ้นบ่อยมาก เกิดมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน หรือ เกิดมากกว่า 10 ครั้ง ใน 1 ปี
Moderate	โอกาสเกิดขึ้นบ่อยหรือเกิด 1 ครั้งใน 3 เดือน หรือ เกิดมากกว่า 2-10 ครั้ง ใน 1-2 ปี
Unlikely	โอกาสเกิดขึ้นน้อย หรือ เกิด 1 ครั้ง ใน 2-5 ปี
Rare	โอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก หรือ เกิด 1 ครั้ง ใน 5-30 ปี

ความรุนแรงของเหตุการณ์ / หรือผลที่จะเกิดตามมา

เล็กน้อย (Minor)	ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่บาดเจ็บชั่วคราวและ หรือใช้เวลารักษาไม่เกิน 1 เดือน และ/หรือมีผลทำให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้น 1-7 วัน ค่าเสียหายน้อยกว่า 10,000 บาท และ/หรือไฟไหม้เล็กน้อยควบคุมได้เอง โดย จนท.หน่วยงานที่พบเหตุการณ์
ปานกลาง (Moderate)	ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ บาดเจ็บชั่วคราว และหรือใช้เวลารักษาไม่เกิน 1 ปี และ/หรือทำให้ผู้ป่วยนอนรพ. นานขึ้น 8 – 15 วัน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ และหรือค่าเสียหาย 10,000 – 49,999 บาท และ/หรือไฟไหม้เล็กน้อย - ไม่ลุกลามมาก ควบคุมได้เองโดยเจ้าหน้าที่ของรพ.
รุนแรง (Major)	ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บถาวรหรือพิการและหรือทำให้ผู้ป่วยนอนรพ. นานขึ้นมากกว่า 15 วัน สิ่งตกค้างในผู้ป่วยผ่าตัดจนต้องเปิดผ่าตัดใหม่ และ/หรือ ค่าเสียหาย 50,000 บาท - 99,999 บาท และหรือไฟไหม้ลุกลามแต่ควบคุมได้
รุนแรงมาก (Catastrophic)	ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ฆ่าตัวตาย ถูกข่มขืน ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด (major hemolytic transfusion reaction) ส่งมอบทารกผิดคน ทารกถูกขโมย และ/หรือ ไฟไหม้ลุกลามควบคุมไม่ได้ และ/หรือค่าเสียหายเกิน 100,000 บาท

การจัดกลุ่มความเสี่ยง

ความเสี่ยงต่ำ	(Low risk) หรือ L
ความเสี่ยงปานกลาง	(Moderate risk) หรือ M
ความเสี่ยงสูง	(High risk) หรือ H

การใช้ประโยชน์ Risk analysis matrix

1. ใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงแต่ละหน่วยงาน
2. ช่วยในการตัดสินใจทำ Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) ในกรณี ค่าคะแนน Risk matrix analysis ≥ 8

ช่องทางการค้นหาความเสี่ยง มีดังนี้

1. การทบทวนข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ(จากข้อร้องเรียนทุกช่องทาง)
2. รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)
3. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
4. การทบทวน การรับและส่งต่อผู้ป่วย, การปฏิเสธการรักษา
5. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า
6. การทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ
7. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน
8. การทบทวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
9. การทบทวนการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
10. การนิเทศกำกับขณะปฏิบัติงาน
11. การตรวจเยี่ยมของผู้บริหาร

12. การเยี่ยมสำรวจจากภายใน / ภายนอก

การบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้วจะแบ่งชนิดความเสี่ยงเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความเสี่ยงทางคลินิก
2. ความเสี่ยงด้านอื่น ๆ

และมีการแบ่งระดับของความเสี่ยงตามชนิดของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลที่เกิดขึ้นที่ตามมาจากเหตุการณ์นั้น ๆ เปรียบเทียบกับระดับต่าง ๆ ตามชนิดของความเสี่ยง

1. การแบ่งระดับความเสี่ยงคลินิก แบ่งเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A – I ตามรายละเอียด ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงมีโอกาสเกิดหรือเกิดแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย

ระดับ A หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง

ระดับ B หมายถึง เกิดความเสี่ยงขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่

ระดับ C หมายถึง ความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่แล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่

ระดับ D หมายถึง ความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่แล้ว และไม่เป็นอันตราย แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวังเพื่อให้เห็นใจว่าจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่

1.2 ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วและเป็นอันตราย

ระดับ E หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ที่เป็นอันตรายชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว จะต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

1.3 เกิดความเสี่ยงและเป็นอันตรายอาจถึงแก่ชีวิต

ระดับ G หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่

ระดับ H หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ ทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต (ใส่ Tube clear airway)

ระดับ I หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

2. การแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงด้านอื่น ๆ

แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความรุนแรงระดับต่ำ หมายถึง

- มีโอกาสก่อให้เกิดความเสี่ยง หรือ เกิดขึ้นแต่ไม่ทำให้องค์กร, หน่วยงาน เสียหาย หรือเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับอันตราย
- มูลค่าทรัพย์สินไม่เกิน 1 หมื่น

2.2 ความรุนแรงระดับปานกลาง หมายถึง

- มีผลกระทบทำให้การปฏิบัติงานให้บริการขัดข้อง ต้องใช้เวลาในการแก้ไขเหตุการณ์มากกว่า 1 วัน
- มูลค่าทรัพย์สิน 1 หมื่น ถึง 49,999 บาท

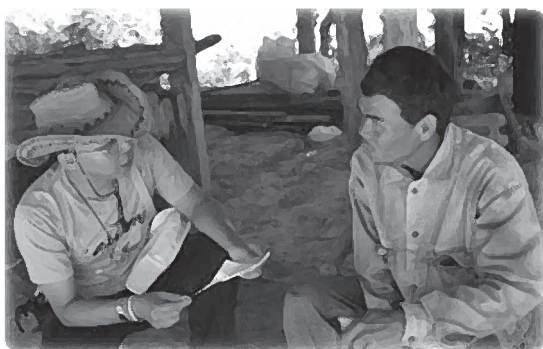
2.3 ความรุนแรงระดับสูง หมายถึง

- ทำให้งานเกิดความเสียหาย / เสื่อมเสียชื่อเสียงตั้งแต่ลงสื่อ เสียทรัพย์สิน ตั้งแต่ 5 หมื่นบาทขึ้นไป

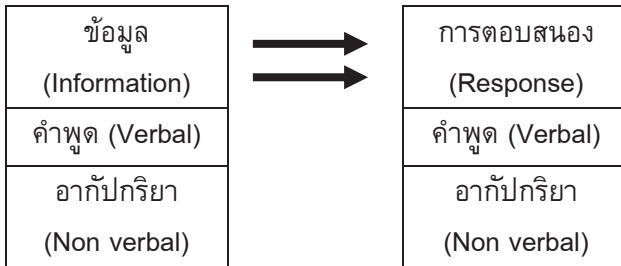
ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)

กก. สมคิด เพื่อนรัมย์

ผู้ป่วยที่พบในชุมชนมีหลายรูปแบบ เช่น ชอบพูด ไม่ชอบพูด
อยากฟังความจริง ไม่อยากรับรู้อะไร บางคนชอบเลือกเอง กำหนดเอง แต่
บางคนก็ แล้วแต่นักกายภาพบำบัด การสื่อสาร จึงต้องปรับให้เข้ากับคนแต่
ละคน ทักษะการสื่อสาร จึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการทำงานชุมชน เพราะ
บุคคลที่เกี่ยวข้อง นั้นมีความแตกต่างและ หลากหลาย ทั้งระดับความ
ต้องการ ความรู้ รวมถึง ประสบการณ์ ด้านสุขภาพ นักกายภาพบำบัดจึง
จำเป็นต้องละเอียดอ่อนต่อจุดนี้ รวมถึงให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดย
ควรเริ่มจากการปรับทัศนคติของเราก่อน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารเป็น
อย่างมาก สิ่งแรกคือ เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย สิ่ง
ที่สองคือ มีความเมตตาและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และสุดท้ายคือ มองจาก
มุมมองคนใน (ใจเขา)

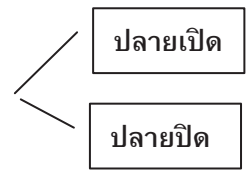


ดังนั้นเวลานักกายภาพบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย ต้องมีสติเสมอ รู้ว่า
 ขณะที่เราพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยเป้าหมายที่พูดคุยคืออะไร ระหว่างคุย
 เกิดปฏิกิริยาอะไรขึ้น เรารู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร



นักกายภาพบำบัดต้องไวต่อสัญญาณของผู้ป่วยและตอบสนองอย่าง
 เหมาะสม การขัดจังหวะของการพูดคุย ชักถาม จะทำให้ ผู้ป่วยและ
 ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีส่วนร่วม รู้สึกว่าเราไม่เข้าใจ ไม่สนใจกับปัญหา
 ของเขาจริงๆ

ฟังให้เป็น (Active listening)

- เลือกใช้คำถามให้เหมาะสม 
 - ปลายเปิด
 - ปลายปิด
- ตั้งใจฟังสารที่เป็นคำพูด และอากัปกิริยา
- แปลความทั้ง fact & feeling
- ตอบสนองด้วยคำพูด และอากัปกิริยาอย่างเหมาะสม

หากนักกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยหรือญาติมีความเครียด ความวิตกกังวล พี่ขอแนะนำให้ใช้ BATHE TECHNIQUE เพราะเป็นเทคนิคในการสอบถามข้อมูลต่างๆรวมถึงสามารถลดความเครียด วิตกกังวลได้เป็นอย่างดี เป็นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความในใจไปในตัว ได้ผลดีโดยมีตัวอย่างง่ายๆดังนี้

B ackground	เกิดอะไรขึ้นครับ/ป้า
A ffect	แล้วรู้สึกอย่างไรครับ
T rouble	ตอนนี้อะไรเป็นปัญหาที่หนักที่สุด
H andling	ลุง/ป้ามีวิธีรับมืออย่างไร
E mpathy	แสดงความเห็นใจ

นักกายภาพบำบัดต้องตั้งใจฟัง สบตา มือสัมผัส พยักหน้ารับรู้ เข้าใจผู้ป่วยมากที่สุดในขณะที่นั้น

เกร็ดเคล็ดลับ ประสบการณ์งานกายภาพบำบัดชุมชน

กก. สมคิด เพื่อนรัมย์

Q วางแผนในการออกเยี่ยมอย่างไร

A: เริ่มจากการสำรวจ ค้นหา คัดกรอง ประเมินผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ควรไปดูผู้ป่วยทุกรายนะครับเพื่อให้เห็นสภาพจริง ๆ อย่างลึ้มถ้ารูปไว้ด้วยนะ จากนั้นเราก็ควร แยกผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟู ออกเป็น ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม แล้วเราเลือกดูว่าจะดูระดับไหนก่อน ระดับไหนหลัง กลุ่มไหนควรทำในแผนก กลุ่มไหนควรทำในชุมชน กลุ่มไหนต้องทำส่งเสริม กลุ่มไหนต้องฟื้นฟู กลุ่มไหนต้องมารักษาในคลินิก พอชัดแล้วก็กำหนดเลย ว่าจำนวนผู้พิการเท่านี้ กลุ่มเป้าหมายเท่านี้จะออกกี่วัน เช่น ถ้ามีมากเราก็ออกชุมชนสามวัน อีกสองวันจะอยู่ที่แผนก แต่ถ้าน้อยก็ออกสองวัน สามวันอยู่ที่แผนกอะไรประมาณนี้ จากนั้นก็ต้องวางแผนว่าแต่ละวันจะดูได้กี่เคส ต้องใช้ทรัพยากร ไร้รถ ไร้อะไรบ้าง ต้องคุยรายละเอียดซ้ด ๆ

Q: เราจะขยายเครือข่ายอย่างไรดี

A: เวลาลงพื้นที่ ต้องมองให้เห็นศักยภาพของชุมชนให้ได้ ดูว่าตำบลนี้พื้นที่นี้ หมู่บ้านนี้ มีใครบ้างมีกลุ่ม/ชมรมใดบ้าง มีองค์กรอะไรบ้าง ที่จะช่วยเหลือเราได้ มี อบต. มีวัด ผู้ใหญ่บ้าน มองหาต้นทุนเดิม อย่างเช่น อบต. ต้องการฐานเสียง แถมเงื่อนไขการใช้งบประมาณ (ส่งเสริมสุขภาพ) ต้องใช้ร่วมกับสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดสามารถเข้าไปประสานความร่วมมือได้ง่ายเลย คำก็จะอยากร่วมมือกับเรา เราก็หารือร่วมเลยว่าจะลงพื้นที่วัน

ไหนด เช่นจะเริ่มต้นที่ตำบล A มี 16 หมู่ จะออกหมู่ไหนดวันไหน ควรกำหนดเป็นตารางวันเวลาเลยนะครับ ยิ่งถ้าตรงกับคลินิกเบาหวานยิ่งดี จัด group exercises ไปเลย อย่าลืมเอาตารางไปแจ้งหน่วยงานอื่นๆ ด้วยนะ ในโรงพยาบาล เริ่มต้นแรกๆ ทำสักหนึ่งถึงสองพื้นที่ก่อน ทำให้ดี ให้ทุกส่วนยอมรับ ทำให้กลมกล่อม สรุบบทเรียนและความก้าวหน้าส่งกรรมการบริหารกับ ผอ. ด้วยนะว่าที่ทำแล้วได้ผลอย่างไร หาโอกาสนำเสนอให้ได้ ให้เห็นความคุ้มค่า ขอคนเพิ่มเลยถ้ามีโอกาส แลกกับเพิ่มพื้นที่การให้บริการ

Q: ประชาสัมพันธ์งานและนำเสนอผลงานควรทำที่ไหน และเริ่มต้นอย่างไร

A: เวทีในการนำเสนอผลงานคือวาระการประชุมในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยเริ่มจากเราคุย concept ให้ ผอ. ฟังก่อนขยอไอเดีย ถ้าท่าน โอเค ต้องทำเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษรเลยนะ แล้วแจ้งไปฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะได้ไม่เกิดปัญหาและความยุ่งยากที่หลัง เช่นส่ง consult ในวันที่เราออกพื้นที่

นักกายภาพบำบัดต้องเตรียมข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลอยู่ในมือด้วยนะ เช่น ประชากรในพื้นที่ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย หาข้อมูลเพิ่มเติมจากพื้นที่ คุยกับพื้นที่ คุยกับผู้เกี่ยวข้อง ในส่วนของโรงพยาบาล ควรจะแจ้งให้ทุกฝ่ายเข้าใจว่าเราจะทำยังไง เป้าหมายที่ต้องการคืออะไร เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ ? กำหนดจำนวนครั้งที่เยี่ยมขั้นต่ำในหนึ่งปี ดูกลุ่มเป้าหมายว่าเค้าดีขึ้นหรือไม่ จะดูจากอะไรบ้าง คุยให้ชัดเจน เข้าใจเหมือนกัน แล้ววางแผนร่วมด้วยช่วยกัน

ไหนด เช่นจะเริ่มต้นที่ตำบล A มี 16 หมู่ จะออกหมู่ไหนดวันไหน ควรกำหนดเป็นตารางวันเวลาเลยนะครับ ยิ่งถ้าตรงกับคลินิกเบาหวานยิ่งดี จัด group exercises ไปเลย อย่าลืมเอาตารางไปแจ้งหน่วยงานอื่นๆ ด้วยนะ ในโรงพยาบาล เริ่มต้นแรกๆ ทำสักหนึ่งถึงสองพื้นที่ก่อน ทำให้ดี ให้ทุกส่วนยอมรับ ทำให้กลมกล่อม สรุปรบทเรียนและความก้าวหน้าส่งกรรมการบริหารกับ ผอ. ด้วยนะว่าที่ทำแล้วได้ผลอย่างไร หาโอกาสนำเสนอให้ได้ ให้เห็นความคุ้มค่า ขอคนเพิ่มเลยถ้ามีโอกาส แลกกับเพิ่มพื้นที่การให้บริการ

Q: ประชาสัมพันธ์งานและนำเสนอผลงานควรทำที่ไหน และเริ่มต้นอย่างไร

A: เวทีในการนำเสนอผลงานคือวาระการประชุมในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยเริ่มจากเราคุย concept ให้ ผอ. ฟังก่อนขยอไอเดีย ถ้าท่าน โอเค ต้องทำเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษรเลยนะ แล้วแจ้งไปฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะได้ไม่เกิดปัญหาและความยุ่งยากทีหลัง เช่นส่ง consult ในวันที่เราออกพื้นที่

นักกายภาพบำบัดต้องเตรียมข้อมูล ต้องมีฐานข้อมูลอยู่ในมือด้วยนะ เช่น ประชากรในพื้นที่ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย หาข้อมูลเพิ่มเติมจากพื้นที่ คุยกับพื้นที่ คุยกับผู้เกี่ยวข้อง ในส่วนของโรงพยาบาล ควรจะแจ้งให้ทุกฝ่ายเข้าใจว่าเราจะทำยังไง เป้าหมายที่ต้องการคืออะไร เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ ? กำหนดจำนวนครั้งที่เยี่ยมขั้นต่ำในหนึ่งปี ดูกลุ่มเป้าหมายว่าเค้าดีขึ้นหรือไม่ จะดูจากอะไรบ้าง คุยให้ชัดเจน เข้าใจเหมือนกัน แล้ววางแผนร่วมด้วยช่วยกัน

1. คนพิการที่มี ท 74
2. ผู้สูงอายุ
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ

เราไปเยี่ยมใคร ก็คือจะคีย์ได้ 150 บาทต่อ case/visit

กายภาพบำบัดชุมชนสามารถเพิ่มรายได้สองวิธี คือหนึ่งตั้งรับใน setting สองออกชุมชน ไปเยี่ยมบ้าน ไปคัดกรอง ไปดู caregiver ไปดูคนที่บ้านเลย จะได้หมด แถมยังสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อชาวบ้านด้วยนะ

ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ถ้าเราเอารายได้เป็นตัวตั้งมากเกินไป คีย์ออนไลน์จริง เช่น นักกายภาพบำบัด 1 คนให้บริการรวมได้ 30 case ต่อวัน บางแห่งผู้ป่วยคนเดียว ลงเยี่ยมสองครั้ง พี่ไม่แนะนำนะแบบนี้ เราควรทำตามจริง และควรเก็บข้อมูล ถ่ายรูป และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นหลักฐานสำคัญ ย៉านะ เราต้องทำตามจริง

ตอนนี้ส่วนใหญ่โรงพยาบาลมีนโยบายเน้นเชิงรุก ต้องดูแลคนไข้ต่อเนื่อง ถ้าคนไข้ 1 คน รับการเยี่ยม 4 ครั้งต่อปี ลองประมาณการดูเราต้องมีภาระงานหรือต้องวางแผนการทำงานอย่างไร รายได้โดยประมาณที่เราทำให้โรงพยาบาล ยิ่งตอนนี้ถ้าเราดูแลผู้ป่วย stroke ได้ 100 % โรงพยาบาลจะได้เงิน top up อีก

Q: ถ้าให้บริการและ key ได้เงินไม่ถึง 200,000 จะทำอย่างไร

A: ทาง สปสช. จะจ่ายตามจริง ตามผลงานนะ พี่อยากเสนอแนะให้ทำและคีย์ตามจริง ทำตามความสามารถ เน้นผู้รับบริการ เน้นคุณภาพ ถ้าเรามีคนเดียวก็ทำให้เต็มที่

ลองคิดเล่นๆ ดูว่า ถ้าเราเยี่ยม 1,000 case ได้ 150,000 เยี่ยม ให้ได้ 200,000 บาท เราก็ลองคิดดู ว่ากี่คน สมมติว่า 1,400 case เดือนหนึ่งๆ ต้องเยี่ยมกี่ราย วันหนึ่งๆ ต้องเยี่ยมกี่ case

นอกจากการเยี่ยมบ้านแล้ว ยังสามารถบวกค่าบริการและอุปกรณ์อื่นๆ ได้อีก เช่นค่าปรับสภาพบ้าน จ่ายกายอุปกรณ์ ลงใน high cost หมวดอื่นๆ ถ้าอย่างนั้นมันก็น่าจะ cover โดยไม่ต้องไป make อะไรเพิ่มเติมให้มันถึง 200,000 นะครับ อย่างไรก็ตาม ระบบมันอาจจะเปลี่ยนอีกเพราะที่ผ่านมามีเปลี่ยนเกือบทุกปี ดังนั้นควรติดตาม อย่างใกล้ชิด เพื่อประโยชน์ในการทำงาน

สรุป ภายภาพบำบัดชุมชน จำเป็นจะต้องมีข้อมูล

Q: งานฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกายภาพบำบัดชุมชนควรรู้อะไรบ้าง

A: ถ้ามายกจ้ง แต่พี่ขอแลกเปลี่ยนว่าเราสามารถ เรียนรู้ได้จากการปฏิบัติ และลงพื้นที่ จากงานเก็บเป็นประสบการณ์ ส่วนความรู้อื่นๆ ที่ควรรู้อื่น เช่น นิยามของความพิการ คนพิการ หมายถึงอะไร ปีนี้(2553) นิยามความพิการถูกขยายเพิ่มเติม คือรวมผู้ที่มีปัญหาการมีส่วนร่วมในสังคมด้วย เช่น คนปกติโดนน้ำกรดสาด, ท้าวแสนปม มีอุปสรรคต่อการเข้าสังคม ก็สามารถขึ้นทะเบียนคนพิการได้ (ประเภทที่ 3)

นอกจากนี้ การรับรองความพิการไม่ต้องให้แพทย์รับรองทุกรายแล้วนะ ถ้าใครที่มีความพิการเชิงประจักษ์ เช่นขาขาดแขนขาด ลูกตาไม่มี รูหูไม่มี เจ้าหน้าที่ก็ประเมินได้

กระบวนการเหล่านี้ นักกายภาพบำบัดต้องรู้ จะเห็นว่าตอนนี้เป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาวิชาชีพ เพราะ สปสช. และสภากายภาพบำบัดให้ความสำคัญ ก็เป็นโอกาสให้เรารีบทำตรงนี้ บทบาทเรามีเยอะแยะ แต่

ตอนนี้สังคมคาดหวังกับเราอยู่เรื่องฟื้นฟู และยังมีหน่วยงานการปกครอง ส่วนท้องถิ่น อบต. ที่เค้ามีภารกิจต้องเข้ามาทำเรื่องนี้ เพราะสปสช. มองว่าเค้าสามารถบริหารเงินเสร็จสรรพในตัวเองได้ ตั้งงบไว้จัดให้เป็น เครือข่าย ตอนนี้นำร่องที่หนองบัวลำภู ใช้งบไป 2,000,000 บาท ให้ทำ ฟื้นฟู อยากให้รู้ว่ามีเครือข่าย ถ้าเราเชื่อว่ามีคนช่วย เราก็ไปทำงานกับ เค้ามากขึ้น ต้องลงไปในพื้นที่เค้า ไปคุยกับเค้า เนื่องจากเราคนน้อยจะไป ทำทั้งพื้นที่อาจจะไม่ไหว อาจจะใช้ทำเป็น role model ให้สำเร็จ เรียกว่า เป็นพื้นที่นำร่อง โดยการประสานงานคนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชน โดยนักร่างกายภาพบำบัดก็ต้องไปสำรวจค้นหา ไปเห็นเอง ทั้งรายเก่ารายใหม่ ช่วยเหลือ ประสานงาน ส่งต่อ ก็ว่าไป นี่คือบทบาทคร่าวๆ ทั้งนี้พอเราลง ไปชุมชนแล้ว ควรไปตั้งคณะกรรมการทำงานในชุมชนขึ้นมา ทั้งนายก อบต. หลวงพ่อ ตัวแทนคนพิการต่างๆ ในท้องถิ่น รวมทั้งเราด้วย ตั้งเป็น กรรมการจะได้ตอบโจทย์ CBR ได้ ถ้าเราทำคนเดียวมันจะเหนื่อย การ ทำงานเราจะได้ตอบโจทย์ของชุมชนได้และเค้ามีส่วนร่วมด้วย จะได้มอง อย่างองค์รวม ไม่ใช่มองแต่ทางด้านสุขภาพ องค์กรรวมหมายถึง 4 ด้าน คือ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ สังคม เช่น การแพทย์นักร่างกายภาพบำบัด ไปทำ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยง ให้บริการทาง กายภาพบำบัด ความเหมาะสม สภาพแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาความรู้ ทักษะ ของคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขให้ดูแลเค้าได้อะไรจะ ให้ เค้าฝึกเค้าปรับก็ให้เค้าไปทำ นี่เป็นบทบาทหนึ่ง เพื่อให้การดูแลเป็นไปได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง หรือเลือกวัสดุอุปกรณ์ให้เค้าเป็น เครื่องมือง่ายๆ กะลา ราวไม้ไผ่ รอก ก็ไปดู นี่คือบทบาทด้านการแพทย์ ใน ส่วนของการศึกษา นักร่างกายภาพบำบัดควรเป็นผู้ประสานงานกับศูนย์ การศึกษาพิเศษ สงเคราะห์ ถ้าเค้าอยากศึกษายากก็มีความรู้เพิ่มขึ้น เรามี

ที่ส่งต่อใหม่ คำมีสิทธิ์ที่จะได้รับการศึกษา แล้วเป็นแบบนี้ควรส่งต่อศึกษาเรื่องอะไร ในส่วนของอาชีพ นักกายภาพบำบัดก็ประสานงานอาชีพให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน หรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อจัด ฝึก หรือหาครูมาสอนในชุมชน หรืออื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถของเค้า ความพิการของเค้า เช่นเลี้ยงไก่ เลี้ยงเป็ด เลี้ยงปลา หวานอาหารมือเด็ยาก็ได้ใน stroke ทำดอกไม้จัน เย็บผ้า ช่างเสริมสวยตัดผมนักเรียนห้าบาท เสาร์อาทิตย์ หรืออาทิตย์ละครั้งหรือส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมคนพิการส่งเสริมอาชีพ ใช้งบ อบต. มีการกั๊ยมไม่คิดดอก หรือใครยากจนก็ให้กั๊ยม พม. ก็ช่วยประสาน ถ่ายรูป นี่คือบทบาทด้านอาชีพ การศึกษา สุดท้ายคือเรื่องของสังคม คือสร้างโอกาสให้คนในชุมชนดึงเค้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น งานกฐิน งานสอยดาว เอามาช่วยเก็บเงินได้มียให้เค้ามีส่วนร่วม ให้เค้าไปพูด ให้เด็กนักเรียนฟังว่าแต่ก่อนดี ๆ แต่กินเหล้า แล้วขับรถ เลยพิการ ขออาทิตย์ละครั้งให้ไปพูดในโรงเรียน ให้ได้กล้าแสดงออก ให้รู้สึกที่ตัวเองมีค่าไม่ใช่แค่นั่งปากเบี้ยวอยู่ที่บ้าน ให้ชุมชนได้เรียกเค้า สวัสดิ์คุณครูพิการ ให้ได้มีบทบาทในสังคม ให้สังคมมอบบทบาทให้เค้าด้วย เช่นทำวันคนพิการ ทำวันตลาดนัดคลองถม ให้ที่ฟรีแก่ผู้พิการมาขาย มันจะทำให้เรามองได้ครบ แต่ใครจะทำแบบไหน ให้ไปคิดเอา แต่นี่คือคอนเซปต์กว้างๆ ว่าเราลงชุมชน ต้องมอง 4 ด้าน ถ้าจะบอกว่าคนพิการดีขึ้นต้องครบ 4 ด้าน

เก็บตก บทเรียนกายภาพบำบัดชุมชน

กก. สมคิด เพื่อนรัมย์

หัวข้อนี้พี่ขอสรุปบทเรียนการทำงานกายภาพบำบัดชุมชน ที่ได้จากผู้เกี่ยวข้องอาทิเช่น สปสช. สวรส. สวสส.หน่วยงานต่างๆ ที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. การจัดการทรัพยากรที่ดีจะต้องครอบคลุม การบริหารจัดการการเงินทั้ง งบบำรุง งบ สปสช. งบสนับสนุนจากท้องถิ่นด้วย
2. การทำงานกายภาพบำบัดชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ควรมีการจัดเก็บข้อมูล รูปภาพ วิดีโอ ก่อนและหลังการเข้าไปดูแลเสมอ
3. กายภาพบำบัดชุมชน และ รพสต. ควรร่วมมือประสานงานกัน อย่างใกล้ชิด และวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกัน
4. ควรลงข้อมูลใน family folder ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ และนำมาใช้ประโยชน์ ได้มากที่สุด
5. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแล จะช่วยให้การดูแลกายภาพบำบัดชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น
6. สร้าง Good/Role model ในพื้นที่ เพื่อเป็นแบบอย่างแก่คนในชุมชน จะทำให้งานกายภาพบำบัดชุมชนทำงานง่ายขึ้น

7. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงาน ในพื้นที่/โรงพยาบาล/ CUP และเครือข่าย จะเพิ่มองค์ความรู้กับผู้เกี่ยวข้องรวมถึงส่งผลต่อการทำงานให้ต่อเนื่อง
8. ควรการดึงหน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนในการดำเนินกายภาพบำบัดชุมชน เช่น วัด โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก กษาดชมรม สถานีวิทยุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ
9. ควรขยายขอบเขตงานกายภาพบำบัดชุมชนให้ครอบคลุมมิติ ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ควรเน้นด้านหนึ่งด้านใดเพียงด้านเดียว จะทำให้งานกายภาพบำบัดขยายตัวเร็ว
10. ควรหาเวทีนำเสนอผลการดำเนินงาน ผลงาน ผลความก้าวหน้านวัตกรรม แก่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/ CUP /จังหวัด/สปสช. หรือ อื่นๆที่มีโอกาส
ลองนำไปใช้ดูนะครับ พี่ๆหลายโรงพยาบาลนำไปใช้แล้ว ได้ผลดี
มากๆเลยในการทำงานชุมชน

สายด่วนสุขภาพ

เพื่อการติดต่อเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น นักกายภาพบำบัดควรแจ้งเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ เหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ เช่น

เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาล	อย่างน้อย 2 หมายเลข
เบอร์แผนกกายภาพบำบัด (ถ้าเป็นเบอร์ของนักกายภาพบำบัด เองก็จะดี)	
ศูนย์ฝึกอาชีพ และศูนย์การศึกษาพิเศษในเขตพื้นที่ของนักกายภาพบำบัด	
สายด่วนเรียกรถปฐมพยาบาล	1669
สายด่วนเลิกบุหรี่	1600
บริการฮอตไลน์แก้ปัญหาสุขภาพจิต	1165
คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)	1166
กระทรวงสาธารณสุข สายด่วนผู้บริโภค (อย.)	1556
สายด่วนสุขภาพจิต	1667
ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา	14133
Health line สายด่วนเพื่อสุขภาพ	0-2714-333
เครือข่ายจิตอาสา	0-2319-5017
ศูนย์ส่งเสริมการให้และการอาสาช่วยเหลือสังคม	0-2306-8951
มูลนิธิเพื่อนหญิง	0-2513-1001
มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว	0-2954-2346-7
มูลนิธิธรรงค์เพื่อไม่การสูบบุหรี่	0-2278-1828-9
สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า	0-2948-3300
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	0-2298-0500

สารบัญย่อ

คำย่อ	ความหมาย
OPD	ผู้ป่วยนอก
IPD	ผู้ป่วยใน
กบ. หรือ กกบ.	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สอ.	สถานีอนามัย
จนท.	เจ้าหน้าที่
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อปท.	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
รพ.	โรงพยาบาล
รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการยกระดับจากสถานี อนามัยเดิม
สรพ.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อสมช.	อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
อบต.	องค์การบริหารส่วนตำบล
HA	Hospital accreditation
HNQA	Hospital Network Quality Audit
TQA	Thailand Quality Award
HPH	Health Promotion Hospital
คปสอ.	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอมีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นประธาน
สปสช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้จัดทำ

คณะกรรมการจัดทำชุดความรู้กายภาพบำบัดชุมชน

นายสมคิด เพื่อนรัมย์	นักกายภาพบำบัด รพ.ท่าคันโท จ.กาฬสินธุ์
นางสาววราห์ภรณ์ ฮุ่ยหวล	นักกายภาพบำบัด รพ.สมเด็จพระยุพราชสว่างแดน ดิน จ.สกลนคร
นายกิตติ สมบรรดา	นักกายภาพบำบัด รพ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี
นางสาวณัฐภรณ์ คุณณา	นักกายภาพบำบัด รพ.นาจะหลวย จ.อุบลราชธานี
นางสาวพรสมัย พินิจมนตรี	นักกายภาพบำบัด รพ.ศรีธาตุ จ.อุดรธานี
นางสาวจิตติพร ชัยชนะวงศา	นักกายภาพบำบัด รพ.ศรีธาตุ จ.อุดรธานี
นางสาวจีรวรรณ ดนัยตั้งตระกูล	นักกายภาพบำบัด รพ.ศูนย์ขอนแก่น จ.ขอนแก่น
รศ.ดร.ปนดา เตชทรัพย์อมร	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.น้อมจิตต์ นวลเนตร์	สายวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ	สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.พัชรี คุณคำชู	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์วรุณนภา ศรีโสภาพ	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

