

ระบบการส่งต่อที่พึงปรารถนาของผู้รับบริการที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ
กรณีศึกษา : อำเภอคลองไทรลาด

ชัยณรงค์ ทัดนา
อัมพวัน พุทธประเสริฐ
รพ.กบไทรลาด จ.สุโขทัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการในกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการการส่งต่อผู้ป่วยผ่านมุมมองประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยมีคำถามงานวิจัยที่สำคัญ คือ ประสบการณ์ความทุกข์ยากของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการไปรับบริการระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร ความปรารถนาของผู้ป่วยและญาติที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับการส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไร ปัญหาและอุปสรรคการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเกิดจากสาเหตุใด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่มีประสบการณ์การมารับบริการทั้งโรงพยาบาลและหน่วยงานปฐมภูมิอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป โดยคัดเลือกตัวแทนแต่ละสถานบริการจำนวน 8 แห่ง แห่งละ 1 ราย ใช้ระยะเวลาเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2553

ผลการวิจัยพบว่า ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรับบริการที่หน่วยปฐมภูมินั้น สิ่งที่สร้างปัญหาหรือเป็นอุปสรรคให้กับระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิไกล่บ้าน คือ ความไม่เรียบเนียนของระบบการส่งต่อผู้ป่วยและบริการไกล่บ้านไกล่ใจที่ยังไปไม่ถึงฝั่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้คุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิต่ำลง

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขาดความเรียบเนียนของระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้นเป็นการนำพาความทุกข์ยากมาสู่ผู้ป่วยและญาติอย่างแยบยล

บทนำ

การให้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยนั้น มีการจัดการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care Level) ระดับทุติยภูมิ (secondary Care Level) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care Level) (สุวิทย์ 2548 : 239) ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งปรัชญาและรากฐานวิธีคิดในการดูแลสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ ด้วยความแตกต่างและความซับซ้อนของการแพทย์เฉพาะทาง สิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องจัดให้มี “ระบบการส่งต่อ” ผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมการบริการในระบบบริการสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความต่อเนื่อง มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด (สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน 2548 : 3) และทั่วถึงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยรากฐานวิธีคิดของระบบการส่งต่อ คือ การจัดให้สถานบริการระดับต่าง ๆ มีการคัดกรองผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด และยังทำให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาต่อแหล่งให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ในสถานบริการนั้น ตลอดจนสามารถลดความแออัดของผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ได้ในระดับหนึ่ง (อัญชลี 2544)

แม้ว่าระบบการส่งต่อจะมีความทำงานที่เป็นระบบชัดเจน แต่มีการศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในระบบการส่งต่อ คือ ความไม่สอดคล้องของข้อมูลฝ่ายส่งและฝ่ายรับ ความแตกต่างในด้านระบบข้อมูลและการรายงานของโรงพยาบาลต่างกัน (วิโรจน์ และคณะ 2548 : 185 – 186) ปัญหาการใช้บริการที่ข้ามขั้นตอน (by pass) โดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ (อดิเรก และคณะ 2546 : 1-2) รวมทั้งภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความยุ่งยากในการใช้บริการ เป็นต้น (จิรพงษ์ 2547) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเหล่านี้ล้วนเป็นการศึกษาเชิงระบบ รวมทั้งขาดมุมมองของผู้รับบริการในบริบทของท้องถิ่นและเสียงสะท้อนจากประชาชน

การศึกษาความทุกข์จากการกลับไปใช้บริการในหน่วยงานปฐมภูมิ อำเภอองไกรลาศครั้งนี้ จึงมุ่งหวังสะท้อนเสียงของประชาชนในท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหาระบบการส่งต่อเพื่อนำผลการศึกษามาประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินคุณภาพบริการการส่งต่อผู้ป่วยผ่านประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาค

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการไปรับบริการระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาค
2. เพื่อศึกษาความปรารถนาของผู้ป่วยและญาติที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่พึงประสงค์ในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาค
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของระบบการส่งต่อของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาค

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยและญาติมีประสบการณ์อย่างไรกับไปรับบริการในโรงพยาบาลองไกรลาคและสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ประสบการณ์เหล่านั้นในแต่ละแหล่งก่อให้เกิดความประทับใจหรือทุกข์ใจหรือไม่อย่างไร
2. บริการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาคนั้นเพียงพอหรือไม่
3. ความคาดหวังกับบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติต้องการให้เกิดขึ้นกับสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมินั้นตรงกับสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ อย่างไร
4. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยและญาติหรือไม่ อะไรคือความต้องการเมื่อผู้ป่วยถูกส่งต่อมารักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอองไกรลาค
5. เมื่อผู้ป่วยและญาติมาใช้บริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ละคนมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่อย่างไร ปัญหาเหล่านั้นเกิดจากอะไร ก่อให้เกิดความทุกข์อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและญาติมีวิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไร มีใคร/หน่วยงานใดเข้ามาช่วยเหลือหรือไม่และช่วยเหลือด้วยวิธีการใด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เนื่องจากในการศึกษาระบบการส่งต่อที่พึงปรารถนาของผู้รับบริการที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัยเป็นการศึกษาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึก ความทุกข์ยาก ความปรารถนาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เกิดขึ้นมาจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ จากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้เข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งขึ้น อันจะนำไปสู่การประมวลเป็นองค์ความคิดที่เป็นหมวดหมู่ชัดเจนยิ่งขึ้น¹

พื้นที่วิจัยและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่เคยผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น จะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจเข้าสู่วิจัย และมีคุณสมบัติตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความปรารถนา ความทุกข์ยากของผู้ป่วยและญาติจากความเจ็บป่วยผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยหน่วยบริการปฐมภูมิในมุมมองของตนเอง โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไปในการดำรงชีวิต และข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญปัญหา ก่อนและหลังผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 8 ราย จากทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลองไกรลาศ

วิธีการเก็บข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลหลายวิธีประกอบกัน ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย ได้แก่

1. ศึกษาบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติ ครอบครัวและชุมชน ในการเก็บข้อมูล โดยการสำรวจหมู่บ้าน การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยอาศัยเครื่องมือที่เรียกว่า “เครื่องมือวิถีชุมชน” โดยเน้นเครื่องมือชิ้นที่ 7 อันได้แก่ “เครื่องมือประวัติชีวิต”

2. ศึกษาตามประเด็นการวิจัย ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ใช้การเก็บข้อมูล

- การสังเกต และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมในบริบทของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น บ้านผู้ป่วย สถานที่ในหมู่บ้าน ตามแต่สถานการณ์ที่สามารถเก็บข้อมูล

¹ ชื่อทุกชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยฉบับนี้ ล้วนเป็นนามสมมติ

- การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นการสนทนากับผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนโดยการกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ และคำถามของการวิจัย อันได้แก่ ประวัติชีวิต ความทุกข์ยาก ความปรารถนา ประสบการณ์ความเจ็บป่วย การเผชิญกับปัญหาที่ผ่านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นต้น โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จะยืดหยุ่นตามสถานการณ์และเวลาที่เหมาะสมเพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผู้วิจัยจะนัดหมายการสัมภาษณ์กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมคือ ว่างพร้อมกันระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ในแต่ละสัปดาห์

- การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป จะใช้ในการประกอบกับการเก็บข้อมูลอื่น ๆ โดยในการจดบันทึกหรือการบันทึกเทป ผู้วิจัยจะแสดงความจำนงต่อการจดบันทึก และการบันทึกเทปให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้ง หากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์ให้มีการจดบันทึก และการบันทึกเทป ผู้วิจัยจะปรับเป็นการกลับมาบันทึกที่สำนักงานแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลถึงเจตจำนงของการศึกษาวิจัยว่า ต้องการทราบว่าข้อมูลดังกล่าวที่ให้มาจะเป็นความลับ และถูกนำเสนอในเชิงวิชาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดบริการผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรวมถึงแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า จะมีการเก็บข้อมูลที่อาจจะละเมิดความเป็นส่วนตัว ซึ่งหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะไม่เก็บข้อมูลในส่วนนั้น

ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลกโกรลาคและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการพัฒนาหน่วยบริการต่าง ๆ ได้แก่ วางแผนให้สถานอนามัยเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หน่วยบริการแต่ละระดับจะมีการให้บริการรักษาพยาบาล ฟันฟูสภาพ กับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในสัดส่วนที่ลดหลั่นกันไป สถานอนามัยยังคงเน้นที่บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเน้นไปที่การรักษาพยาบาล และดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคพื้นฐาน รวมทั้งพยายามจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งส่งขึ้นและลง เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับการดูแลด้วยมาตรฐานเดียวกันอย่างทั่วถึง

สำหรับการพัฒนาให้บริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ควรแยกแยะบทบาทของโรงพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น ทั้งในส่วนที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิโดยตรง ที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพประชาชนที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาระงาน และการพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมมือสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อันได้แก่ สถานอนามัยมากขึ้น ตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) (สถาบันวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพชุมชน 2548)

ระบบบริการสาธารณสุขอำเภอกโกรลาค จังหวัดสุโขทัย ได้ดำเนินการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพภาคประชาชนตามนโยบาย ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งมีฐาน

คิดในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนและเชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นฐานการมองปัญหาทางด้านสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพในระดับอำเภอ ตลอดจนมีผลเกี่ยวข้องกับการออกแบบมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ชนบท โดยเน้นการบูรณาการหน่วยบริการทุกแบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เพื่อร่วมกันจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ประชาชนในขอบเขตของพื้นที่อย่างชัดเจน

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสุขภาพที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุ (สุพัตรา 2550) อีกนัยหนึ่ง บริการปฐมภูมิก็คือบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงง่าย และที่สำคัญหน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเสมือนหมอประจำหมู่บ้าน หรือหมอประจำชุมชนที่ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษากับประชาชนในทุกด้านที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสุขภาพ ลักษณะเด่นของบริการปฐมภูมิ คือ บริการทั้งคน ไม่แยกส่วนเป็นโรค

กลไกที่สำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมต่อการบริการสุขภาพประชาชนในระดับอำเภอหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิและสถานบริการระดับปฐมภูมิ คือระบบการส่งต่อ เป็นตัวเชื่อมประสานข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสาธารณสุขสองแห่งที่มีขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทั้งที่มีขีดความสามารถต่ำไปหาที่มีขีดความสามารถสูงหรือจากที่มีขีดความสามารถสูงไปหาต่ำ (สุวิทย์ 2548) และเป็นการเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกัน ให้เกิดความต่อเนื่อง และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น (สุวิทย์ 2550 : 395)

การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการใกล้บ้านตั้งแต่ พ.ศ.2547 พบว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เริ่มมีการจัดทีมดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลลงไกรลาศร่วมดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิในหน่วยที่มีคลินิกพิเศษผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ทีมดูแลสุขภาพประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ดำเนินงานไปได้ระยะหนึ่งจำเป็นต้องยุติลงเนื่องจากไม่มีแพทย์ไปตรวจรักษาผู้ป่วยยังหน่วยบริการปฐมภูมิบ่อยครั้ง โดยให้เหตุผลว่าประสบปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มารักษา ณ โรงพยาบาลงไกรลาศ

การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยพยาบาลใกล้บ้าน ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่แออัดในโรงพยาบาลได้มาก ผู้ป่วยเริ่มหันมารับบริการจากหน่วยบริการใกล้บ้าน เห็นได้จากคำสัมภาษณ์ของแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร จากสำนักข่าวประชาไทยวันอังคารที่ 17 เมษายน 2550 ในหัวข้อเรื่อง “หน่วยพยาบาลใกล้บ้าน จุดเปลี่ยนของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน” ได้กล่าวถึงข้อมูลบางตอนว่า การย้ายผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการจากหน่วยพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก แสดงถึงผลสำเร็จของการกระจายผู้ป่วยสู่หน่วยพยาบาลใกล้บ้านตั้งแต่ พ.ศ.2547-2549 โดยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคเบาหวานลดลง จากที่เคยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยร้อยละ 9.6 ขณะนี้ลดลงเหลือร้อยละ 5.5 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 0.8 ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 0.04 นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาล ลดภาระการทำงานของโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชนต่าง ๆ พบว่าการรักษาผู้ป่วยเบาหวานสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนของการเดินทางได้ ถึง 140,000 บาท/ตำบล/ปี (สุพัตรา 2550) เห็นได้ว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยรูปแบบนี้ช่วยลดภาระการเดินทางไปโรงพยาบาล ทั้งเรื่องความยากลำบากในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งยังได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากหน่วยบริการใกล้บ้าน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น การเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยลงและลดอัตราการเสียชีวิตลงไปด้วย นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังสามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จึงทำให้อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานลดน้อยลง

ต่อมา พ.ศ. 2550 ได้มีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในที่มดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิใหม่ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่จบเวชปฏิบัติทั่วไป เกสัชกร ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อย่างไรก็ตาม ที่มดูแลสุขภาพเช่นนี้มีข้อจำกัดเรื่องไม่มีแพทย์ร่วมตรวจรักษาผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกินกว่าศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่จบเวชปฏิบัติทั่วไป จึงใช้วิธีการโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์หรือใช้วิธีการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผ่านทางระบบ Internet (Skye) กับแพทย์เจ้าของพื้นที่ และให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย/รักษาต่อไป ถ้าพบผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทุกสถานบริการสามารถส่งต่อและส่งกลับมายังโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยงาน พร้อมทั้งทีมงานได้วางแผนการควบคุมคุณภาพงาน เช่น การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน เพื่อทบทวนคุณภาพตามระบบงานให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และลดความเสี่ยงจากการดูแลผู้รับบริการอีกด้วย

ปัจจุบันโรงพยาบาลกกรลาสได้มีการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเชื่อมโยงกับเครือข่ายของสถานบริการในหน่วยงานปฐมภูมิเบื้องต้นจำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วย PCU. เขต รพ.กกรลาส, PCU. น้ำเรือง, PCU. บ้านใหม่สุขเกษม, PCU.หนองตูม, PCU.ไกรโน, PCU.ไกรกลาง, PCU. ไกรนอก และ PCU. ดงเดือย มีการจัดวางระบบร่วมกันดังนี้ เช่นมีคำสั่งแต่งตั้ง

คณะทำงานซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน นอกจากนั้นยังได้กำหนดเงื่อนไขในการส่งต่อ (กลับ) ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงไปรักษาต่อเนื่องที่หน่วยงานปฐมภูมิ (เครือข่าย PCU) ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีหลักเกณฑ์ดังนี้ 1.ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 160 mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเนื่องกัน 2.ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ไต หัวใจและ CVA) 3.สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ในรายที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยควบคุมความดันโลหิตได้ $\leq 130/80$ mmHg อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเนื่องกัน ส่วนเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานปฐมภูมิ (เครือข่าย PCU.) มีดังนี้ 1. นัดติดตามผลการรักษาทุก 2 เดือน ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในช่วง 70-130 mg/dl นัดทุก 1 เดือน ถ้า ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 130-200 mg/dl ร่วมกับพิจารณาปรึกษาแพทย์ในรายที่ได้รับคำแนะนำการควบคุมอาหารแล้ว แต่ไม่ดีขึ้น 2.ถ้าพบ ระดับน้ำตาลในเลือด >200 หรือ <70 mg/dl ปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์ 3. ระดับน้ำตาลในเลือด >200 mg/dl 2 ครั้งติดต่อกันพิจารณาส่งต่อ รพ.งกไกรลาส

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีหลักเกณฑ์ดังนี้ 1. ระดับความดันโลหิตผู้ป่วย $\leq 140/90$ mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเนื่องกัน 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ไต หัวใจและ CVA)และเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยงานปฐมภูมิ (เครือข่ายPCU.)มีดังนี้ 1. นัดติดตามผลการรักษาทุก 2 เดือน ถ้าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ $\leq 140/90$ mmHg นัดทุก 1 เดือน 2. ถ้าความดันโลหิต $\geq 160/90$ mmHg ร่วมกับพิจารณาปรึกษาแพทย์ในรายที่ได้รับคำแนะนำการนอนพักผ่อนแล้ว ถ้าไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์หรือทาง Skype ก่อน 3.ถ้าปรึกษาแพทย์แล้วและความดันโลหิตมากกว่า 2 ครั้งติดต่อกันพิจารณาส่งต่อ โรงพยาบาลงกไกรลาสต่อไป

อำเภอองไกรลาส มีโรงพยาบาลงกไกรลาสเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอขนาด 30 เตียง แบ่งการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 109 หมู่บ้าน จำนวน 18,488 หลังคาเรือน มีประชากร 65,514 คน และมีประชาชนกลุ่มเจ็บป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 6,070 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,377 คน โรคความดันโลหิตสูง 4,108 คน ทั้งเบาหวานและความดัน 585 คน (ข้อมูลปี พ.ศ.2552)

ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลงกไกรลาสซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการใกล้บ้านตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา แม้จะเห็นประโยชน์ที่มีต่อประชาชนที่ไปรับบริการยังหน่วยพยาบาลใกล้บ้านหลายประการ แต่โรงพยาบาลงกไกรลาสยังไม่มีการศึกษาที่สามารถสะท้อนเสียงของประชาชนที่ใช้บริการการส่งต่อเพื่อนำผลการศึกษามาประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อไป

ผลการศึกษาและข้อค้นพบ

ผลการศึกษานี้พบประเด็นปัญหาการให้บริการของหน่วยพยาบาลใกล้บ้านที่เรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน” ที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า ประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคในระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อกลับไปรับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน เป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้ป่วยและญาติที่ถูกส่งตัวมารับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านโดยไม่จำเป็น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. บริการที่มีให้ใช้ : ประสพการณ์ส่งต่อเพื่อกลับไปรับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน

การมุ่งเน้นความสำคัญกับการบริการสุขภาพตามแนวคิดโรงพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เร่งดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายที่รัฐกำหนดขึ้น จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลต่างพยายามกระจายหรือส่งตัวผู้ป่วย เพื่อกลับไปรับบริการใกล้บ้านของตนเอง เป็นการลดความแออัดให้กับประชาชนที่มาใช้บริการตามโรงพยาบาล อีกทั้งยังมุ่งหวังให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น และเป็นการลดภาระจากการไปรักษาตามระบบส่งต่อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการ การขาดรายได้ ความยุ่งยากในการใช้บริการ (จิรพงษ์ 2547) แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวกลายเป็นการสร้างปัญหาให้กับผู้มารับบริการ ดังจะเห็นได้จากกรณีของยายมณีและลูกสาว

ในเช้าวันศุกร์ที่ 19 กุมภาพันธ์ 2553 เวลาประมาณสามโมงเช้า ณ หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง วันนั้นเป็นวันคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง มีชาวบ้านนับร้อยมาใช้บริการจนศูนย์สุขภาพแห่งนั้นเต็มแน่นไปด้วยผู้คนที่มาใช้บริการ พื้นที่เคยเป็นทางเดินของเจ้าหน้าที่และคนไข้กลับกลายเป็นพื้นที่สำหรับคนไข้นั่งรอรับบริการ บวกกับเสียงพูดคุยของคนไข้ที่ดังเหมือนเสียงฝูงแมลงหวี่นับพันมารวมตัวกัน เป็นภาพที่ดูแสนจะวุ่นวาย ในความวุ่นวายนั้นผมแลไปเห็นชายหญิงชราคู่หนึ่งนั่งรอการตรวจรักษาด้วยสีหน้าเคร่งเครียดกับเสียงพูดว่า “เมื่อไรหมอจะตรวจเสร็จสักที แล้วจะได้กินข้าวเมื่อไร เมียตาเป็นโรคเบาหวานเจาะเลือดแล้วยังไม่ได้กินข้าวเลย” ด้วยความสงสัยผมถามคนที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จนทราบบ้านที่อยู่ของชายหญิงชราคู่ นั้น คือ ยายมณีและตาไสว

ผมและผู้ร่วมวิจัยเดินทางไปยังบ้านยายมณีและตาไสว เวลาประมาณ 12.00 น. ภาพที่ผมเห็น สองสามีภรรยาวัยชรา นั่งอยู่ในหน้าบ้านด้วยอาการเหน็ดเหนื่อยเหมือนคนเพิ่งผ่านทำงานหนัก เมื่อได้พูดคุยจึงได้ความว่า ทั้งคู่เพิ่งกลับจากการไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ยายมณีป่วยด้วยโรคเบาหวานถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนให้กลับมารักษาและรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบ ด้วยเหตุผลที่ว่ายายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ดีแล้ว

เกณฑ์ที่จะใช้พิจารณาส่งตัวยายมณีและผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น ๆ เพื่อกลับไปรับยาโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านนั้น คือ ผู้ป่วยต้องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือระดับความดันโลหิตให้ได้ปกติเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน ต้องไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคหัวใจ ต้องไม่ได้รับยาที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ เช่น ยาโรคหัวใจหรือยาอันตรายที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ รวมทั้งผู้ป่วยมีความสนใจที่จะไปรับบริการยังสถานบริการแห่งนั้นที่ส่งตัวไป โดยผู้ทำการส่งต่อหรือแพทย์ผู้ทำการรักษา เป็นผู้มีหน้าที่พิจารณาการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ในกรณีของยายมณี เมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดติดต่อกันได้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แพทย์จึงพิจารณาส่งยายมณีกลับไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิในตำบลที่อาศัยอยู่ แต่สำหรับตาไสว ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามข้อกำหนดของการส่งต่อ ยังคงต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลงไกรลาศอยู่เช่นเดิม เท่ากับว่าตาไสวต้องเดินทางไปทั้งโรงพยาบาลงไกรลาศ เพื่อไปรับการตรวจรักษาโรคเบาหวานของตนเอง และต้องไปรับส่งยายมณีทุกครั้งไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุดอย่างแท้จริง

ในทุกครั้งที่มณีไปรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่เรียกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นวันที่มีคลินิกเบาหวาน-ความดัน ยายมณีและตาไสวรู้ดีว่าวันนี้คนไข้จะเยอะมาก บวกกับศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้มีเจ้าหน้าที่น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ ยิ่งเพิ่มความวุ่นวายและความล่าช้าเป็นพิเศษ ยายมณีและตาไสวจึงต้องตื่นตี 5 มาหุงหาอาหารและออกเดินทางภายในเวลา 6 โมงเช้า เพื่อไปจับบัตรคิวเจาะเลือดก่อนใคร ถ้าไปช้าจะได้เจาะเลือดช้า และได้กินข้าวช้า อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องงดรับประทานอาหารตั้งแต่หลังเที่ยงคืนเพื่อมาเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลไว้เป็นข้อมูลสำหรับการรักษาต่อไป ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคดังกล่าวเจาะเลือดเสร็จก็ควรได้รับประทานอาหารและยาต่อไปเพื่อควบคุมอาการของโรคเบาหวาน แต่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีร้านอาหารหรือร้านขายของแม้แต่ร้านเดียว หากวันไหนลืมหรือเตรียมอาหารมาไม่ทันวันนั้นยายมณีก็จะมีอาการกำเริบเพราะภาวะโรคที่เป็นอยู่ ด้วยเหตุจำเป็นเหล่านี้ยายมณีและตาไสวจึงต้องเตรียมอาหารมาทุกครั้ง ภาระในการตื่นนอนแต่เช้ามืดเพื่อมาหุงหาอาหาร จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ตาไสวบอกว่าชอบไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลงไกรลาศมากกว่า เพราะไม่ต้องตื่นตั้งแต่เช้ามืด เพื่อเตรียมอาหาร ไปหาซื้อกินได้ ไม่ต้องอดข้าวรอให้ตรวจเสร็จก่อน

ในกรณีนี้หากทั้งฝ่ายส่งและฝ่ายรับผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับข้อมูลของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลใน Family Folder หรือ “แฟ้มสุขภาพครอบครัว” ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลครอบครัวที่แสดงเป็นผังเครือญาติ ข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ข้อมูลสรุปสถานะสุขภาพ ประวัติการรักษาของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา สามารถตรวจสอบและเรียกดูข้อมูลได้โดยสะดวกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในสถานการณ์เช่นนี้หากฝ่ายส่งและฝ่ายรับการส่งต่อพิจารณาข้อมูลจาก Family

Folder มีการประสานงานระหว่างกัน รวมทั้งสอบถามความสมัครใจของยายมณี การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อกลับไปปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านก็อาจจะลื่นไหลไม่ก่อให้เกิดความภาระให้กับผู้ป่วยและญาติ

เรื่องราวของยายมณีและตาไสว สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ในการรับบริการปฐมภูมิ (ใกล้บ้าน) นอกจากจะไม่ได้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการ การขาดรายได้ แล้วยังสร้างภาระให้กับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมอาหารและการเดินทางไปหน่วยบริการ เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยและญาติโดยไม่จำเป็น การจัดบริการใกล้บ้านจึงกลายเป็น การมีสถานบริการสุขภาพให้ใช้ (Availability) ตามขอบข่ายและเงื่อนไขที่กำหนด เช่น เกณฑ์ในการส่งกลับสถานบริการในเขตรับผิดชอบ ยาและเวชภัณฑ์ ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ฯลฯ โดยละเลยการสอบถามถึงความสมัครใจที่จะไปปรับบริการยังสถานบริการของผู้ป่วยและญาติ

2. บริการใกล้บ้านใกล้ใจที่ยังไปไม่ถึงฝัน : ความคาดหวังของผู้รับบริการ

การศึกษาของงานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่า ปัญหาเรื่องการจัดการยาและเวชภัณฑ์ระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังคงเป็นประเด็นปัญหาในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องผิดหวังกับการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังเรื่องราวของยายละออ

ยายละออ หญิงชราวัย 62 ปี เดินหลังงอ คอพอก ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังมาเกือบ 10 ปี เพราะคิดว่าบ้านตนเองยากจนไม่มีเงินที่จะขึ้นรถประจำทางไปโรงพยาบาล จึงต้องประหยัดเงินไว้ส่งเสียเลี้ยงดูหลานสาวที่อยู่ในวัยกำลังเรียน ทุกครั้งที่ครบกำหนดตรวจตามนัด ยายละออจึงต้องเดินทางด้วยเท้าเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เมื่อมีนโยบายให้ส่งผู้ป่วยที่มีอาการดีหรือสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้กลับมารับยาที่สถานอนามัยใกล้บ้านได้ ยายละออได้รับการส่งตัวมารับบริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน เมื่อยายละออรู้ว่าตนเองสามารถมารับยาที่สถานอนามัยใกล้บ้านก็ดีใจมาก คิดว่าตนเอง จะไม่ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลซึ่งมีระยะทางไป-กลับ รวม 20 กิโลเมตร แต่เมื่อยายละออไปรับยาที่สถานอนามัยแห่งนั้น กลับต้องพบกับความผิดหวังและไม่สามารถต่อรองกับเจ้าหน้าที่ได้ เมื่อตนเองได้รับยาไม่ครบตามที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล ทำให้ยายละออต้องกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลไกลไกลอีกรอบ เท่ากับต้องเดินทางเพื่อไปรับยาถึง 2 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลและสถานอนามัย ต้องเหนื่อยกับการเดินทางด้วยเท้าถึง 2 รอบ จาก 20 กิโลเมตร เพิ่มเป็น 26 กิโลเมตร จากเสียเวลาไปรับยาเพียงวันเดียว ก็เพิ่มเป็น 2 วัน

ยายละออกล่าวว่า “การไปรับยาที่สถานอนามัยที่หมอโรงพยาบาลส่งมา เขาก็บริการดีนะ แต่หมอก็อนามัยเขาไม่ค่อยถามอะไรฉัน ดูใบส่งตัวก็จัดยาให้ฉันเลย พอรับยาฉันก็ได้ยาไม่ครบ ฉันถามเขา เขาก็บอกฉันว่ายาที่นี้หมดไม่มี ให้ไปรับที่โรงพยาบาล ฉันก็ต้องเดินไปรับที่โรงพยาบาลอีกรอบหนึ่ง ฉันแก่แล้วฉันก็เหนื่อย สู้หมอให้รักษาคณะที่โรงพยาบาลเลยเสียดีกว่า

ฉันจะได้เห็น้อยแค่ที่เดียว ถ้าให้ฉันเลือกได้ว่าจะไปใช้บริการที่ไหนฉันตอบได้เลยว่า ขอไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ฉันจะได้เห็น้อยที่เดียว”

จากการสังเกตและสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยในกรณีของยายละออ พบว่ายายที่ยายไม่ได้รับโดยปกติแล้วมีให้อยู่ในสถานบริการทั้งสองแห่ง ซึ่งเป็นการบริหารงานในระดับอำเภอ การใช้ยาหรือเวชภัณฑ์จะเป็นบัญชีเดียวกัน บริษัทเดียวกันทุกชนิดทั่วทั้งอำเภอ สถานีนอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอแต่ละแห่งจะได้ยาและเวชภัณฑ์ที่ลดหลั่นกันตามศักยภาพของสถานีนอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะสามารถถือครองยาและเวชภัณฑ์เหล่านั้นได้ สถานีนอนามัยแห่งนี้จะเป็นผู้เบิกยาหรือเวชภัณฑ์มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเป็นผู้จัดหาและเวชภัณฑ์ไว้ให้ แต่สาเหตุที่ยายละออได้รับยาไม่ครบ เป็นเพราะรายการนั้นถูกจ่ายออกจากสถานีนอนามัยไปหมดแล้ว โดยไม่มียาสำรอง รวมทั้งไม่มีจีต่าเงินการเบิกมาสำรองไว้ให้กับผู้ป่วย ในกรณีนี้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น ขอยืมยาจากหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้เคียง นำยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับในวันนั้นไปส่งที่บ้านผู้ป่วยเมื่อสามารถจัดหายามาได้ ทำบัตรค้างยาและกำหนดวันให้กับผู้ป่วยเพื่อมารับยา ฯลฯ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการแบบใกล้ชิดบ้านใกล้ชิดใจตามที่คาดหวัง

เรื่องราวดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความไม่เรียบเนียนของระบบการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีทางเลือกอื่น (Alternative) นอกจากการรับยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งตัวกลับไปรับการรักษา และโรงพยาบาลกองโกรลาตเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิส่งต่อไปรับยาเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิขาดการจัดการกับยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ และขาดการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ขาดการทำหน้าที่ประสานบริการหรือ Coordination of care (โกมาตร และประชาธิปไตย 2551) เพื่อเอื้อให้กระบวนการส่งต่อระหว่างระดับบริการเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ

3.การเข้าถึงบริการ : ปัญหาและอุปสรรคของระบบการส่งต่อ

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคของระบบส่งต่อผู้ป่วย ที่ผ่านมามีพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุการใช้บริการที่ข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านระบบส่ง ขั้นตอนการส่งต่อที่ล่าช้า ความซับซ้อนของขั้นตอนการส่งต่อ ความไม่สะดวกในการไปรับบริการ ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ (อติเรก และคณะ 2546) และปัญหาที่สำคัญคือการสื่อสารข้อมูล จากสรุปรายงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนพบว่าการใช้ข้อมูลการส่งต่อยังมีปัญหาเรื่องความไม่สอดคล้องของข้อมูลฝ่ายส่งและฝ่ายรับ ความแตกต่างในด้านระบบข้อมูลและการรายงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ (วิโรจน์ และคณะ 2548 : 185-186) อติเรก (2546) ได้เสนอว่าระบบส่งต่อต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้าพร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2545 : 4) มี การศึกษาถึงคุณภาพและมาตรฐานในระบบการส่งต่อ โดยอดีตแรก เร่งมานะวงศ์ และคณะ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วย แต่แพทย์บางคนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการส่ง ต่อผู้ป่วย มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ควรรักษาได้เอง แต่กรณีโรคที่เกินศักยภาพของ สถานพยาบาลกลับให้การรักษาเอง จนผู้ป่วยมีอาการหนัก จึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับ ทุติยภูมิ เห็นได้ว่าระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง “ผู้ป่วย” และ “ข้อมูล” ปัญหาด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างสถานพยาบาลแต่ ละระดับ โดยเป็นการส่งต่อในสองทิศทาง (ส่งไป-ส่งกลับ) เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้การส่งต่อ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อข้อมูลและประสานงานระหว่างกัน เพื่อให้สถานพยาบาลที่รับ ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและพิจารณาความพร้อม ความเหมาะสมของสถานพยาบาลในการรับ การรักษาต่อ รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการให้บริการเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาล โดย วิธีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระบบส่งต่อ คือ การแจ้งทางโทรศัพท์หรือวิทยุ การส่งโทรสาร การ บันทึกรูปแบบฟอร์มการส่งต่อ (อโณทัย 2550 : 13-14) โดยสรุปการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านสามารถทำให้ช่วยลด จำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ลดภาระการทำงานของโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดความ ยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วย

สำหรับการศึกษานี้ พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารับบริการในหน่วยบริการใกล้บ้าน ยังมีพบข้อจำกัดเรื่อง การเข้าถึง (Accessibility) บริการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี ผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วย

ฟีลีเป็นหญิงร่างกายพิการอายุ 49 ปี สาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จนเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้ร่างกายพิการเป็นอัม พฤษ์ไปครึ่งซีก และเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ฟีลีมีรูปร่างไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป เดินไม่ ค่อยตรง แขนงอ ปากเบี้ยวนิดหน่อย เวลาเดินเอียงไปเอียงมา ใบหน้าดูเศร้าหมอง เหมือนคน ไม่มีความสุข สิ้นหวังแล้วในทุกสิ่ง ฟีลีมีปัญหาชีวิตมากมาย ไม่ว่าจะเป็นฐานะที่ยากจน สามี ชอบดื่มสุราและเมาเป็นประจำ ลูก ๆ ไม่ค่อยสนใจฟีลี ลูกชายคนเล็กเรียนไม่จบ ชีวิตมีแต่เรื่อง วุ่นวายไม่เว้นแต่ละวัน ญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้กับฟีลี ก็มักจะทะเลาะวิวาท จนบางครั้งไม่ยอมพูดจา กัน

ฟีลีให้เล่าว่า “ตั้งแต่พิการมาชีวิตมีแต่ความทุกข์กับทุกข์และเพิ่มมากกว่าเดิมอีกเป็น ทวีคูณ จนบางครั้งนึกอยากฆ่าตัวตายให้รู้แล้วรูดไปจบสิ้นกันเสียที่ ชีวิตไม่มีความสุขเลย เวลาไปหาหมอก็ต้องจางเขาไปเป็นเพื่อน เงินทองก็ไม่มี ถ้าวันไหนไม่มีเงินก็ไปหาหมอไม่ได้ ทั้ง ที่โรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้านเพียง 3 กม. ก็ไม่สามารถไปหาหมอเองได้ ถึงตอนนี้หมอจะให้ไปรับยา ที่โรงพยาบาลเก่า (หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งในอดีตเคยเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง) ที่ เดินทางสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่าก็ยังไปหาหมอเองไม่ได้อยู่ดี หมอ

ที่โรงพยาบาลเก่าและโรงพยาบาลใหม่ให้บริการดี แต่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเก่าเร็วและสะดวกกว่า”

จากการให้ข้อมูลของพี่ลีสะท้อนให้ว่า ถึงแม้การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการใกล้บ้านก็ไม่ได้หมายความว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหรือบริการทางด้านสาธารณสุขได้ทุกราย ในกรณีของพี่ลีก็เป็นอีกรายหนึ่งบอกถึงความยากลำบากในการเข้าไปใช้บริการทางด้านสุขภาพในแต่ละครั้ง เนื่องจากพี่ลีมีร่างกายพิการที่เป็นผลมาจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เมื่อผนวกกับครอบครัวพี่ลีมีฐานะยากจน บุคคลในครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจในตัวพี่ลี จากการสังเกตและคำสัมภาษณ์ของพี่ลี ครอบครัวของพี่ลีเป็นครอบครัวที่มีปัญหา ในการไปหาหมอแต่ละครั้งของพี่ลีต้องอาศัยเงินและความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านมาพาตัวพี่ลีไปหาหมอด้วยทุกครั้ง ถ้าวันไหนขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไป วันนั้นพี่ลีก็ไม่สามารถไปหาหมอเพื่อรับบริการเพื่อตรวจรักษาได้ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความยากลำบากของผู้ป่วยที่มีร่างกายพิการ ในการเข้าไปใช้บริการทางด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าสถานบริการทางด้านสาธารณสุขเหล่านั้นจะอยู่ใกล้บ้านก็ตาม

นอกจากพี่ลีแล้ว ยังมีพี่ถาวร ที่ป่วยและมีร่างกายพิการ รวมทั้งมีปัญหาคอเคล็ดคล้ายกับพี่ลี แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่รู้สึกรู้หาเรื่องของการไปใช้บริการหรือการเข้าถึงบริการ พี่ถาวรเป็นชายวัยกลางคน อายุ 48 ปี รูปร่างผอมสูง สูงประมาณ 170 เซนติเมตร ผิวเนื้อดำแดง เป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีก คือซีกซ้าย ลักษณะท่าทางการเดิน เดินได้ไม่สะดวก ฐานะยากจน มีรายได้จากภรรยา และลูกที่รับจ้างทำงาน ในร้านอาหารใกล้บ้าน วันละประมาณ 150 บาท ซึ่งไม่เพียงพอกับรายจ่ายภายในครอบครัวในแต่ละวัน แต่บริการที่พี่ถาวรได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้พี่ถาวรรู้สึกดีขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของพี่ถาวรที่ว่า “เมื่อบอกผมว่าจะทิ้งผมไป หางานทำที่กรุงเทพฯ ถ้าอยู่อย่างนี้อดตายแน่ ไหนจะลูกอีก 4 คน จะเอาเงินทองที่ไหนใช้ ดีหน่อยที่ตอนนี้หมออนามัยเป็นคนนำยามาให้ผมถึงบ้าน ผมไม่ต้องไปหาเอง เพราะผมไปเองลำบาก เขาบริการผมดีครับ ผมประทับใจมาก ท้องฟ้าที่มีดมิดยังมีแสงสว่างให้ผมบ้างครับ”

จากข้อมูลของพี่มาลีและพี่ถาวร ทำให้เห็นความแตกต่างในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิสองหน่วยที่มีความแตกต่างกัน หน่วยแรกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านซึ่งให้บริการ “เชิงรับ” ในคลินิกพิเศษของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการตั้งรับผู้ป่วยอยู่ที่สถานบริการเท่านั้นทำให้ไม่ทราบข้อจำกัดของผู้ป่วยในการมาใช้บริการ และไม่เข้าใจเข้าถึงความยากลำบากของผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างแท้จริง หน่วยที่สองเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้านของพี่ถาวร ให้บริการทั้ง “เชิงรุก” และ “เชิงรับ” โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละรายว่ามีความสามารถที่จะมารับบริการได้ในลักษณะใดเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากที่สุด ในศักยภาพที่จะสามารถกระทำได้ ถึงแม้จะเป็นการให้บริการในรูปของคลินิกพิเศษของผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ตาม

ข้อสังเกตที่ได้จากกรณีของพี่มาลีและพี่ถาวร คือ งานเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน อาจบ่งบอกถึงความไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วยได้อีกประการหนึ่ง ในมาตรฐานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล

กองโรคติดต่อ ได้กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เยี่ยมตามสภาพปัญหา เช่น แผลเรื้อรัง หลังผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลหรือความดันโลหิตติดต่อกัน 2 เดือน ขาดนัด 3 เดือนขึ้นไป การทำงาน ณ จุดนี้อาจขาดตกบกพร่องไปหมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวไม่ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หรืออาจออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดบางรายอาจไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านเลยก็ได้ เช่น ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัยบ่อย ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ไม่มีที่อยู่ไม่แน่นอน หรือเจ้าหน้าที่บางรายอาจมีภาระงานที่มากจนไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ความใกล้ชิดในตัวผู้ป่วยที่น้อยทำให้มองไม่เห็นปัญหาของผู้ป่วยตามไปด้วย จึงเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นได้

โดยปกติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของอำเภอกองโรคติดต่อจะมีลักษณะการเยี่ยมบ้าน คือ 1. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย ได้แก่ กรณีฉุกเฉิน โรคฉับพลัน โรคเรื้อรัง 2.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต 3.การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย 4.การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล ลักษณะการเยี่ยมบ้านดังกล่าวจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในชุมชนได้เข้าใจประชาชนในเขตรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น สามารถมองเห็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการสานสัมพันธ์อันดีกับบุคคลในชุมชน เพื่อให้เกิดการร่วมมืออันดีในอนาคตได้ ตรงกันข้ามถ้างานตรงจุดนี้หากอ่อนกำลังลงความเข้าใจในชุมชนของเราก็อาจจะลดน้อยลงตามไปด้วย งานเยี่ยมบ้านจึงถือเป็นหัวใจที่สำคัญอีกประการหนึ่งของงานบริการปฐมภูมิ

จากทั้งสองกรณีจะเห็นว่า ข้อจำกัดทางด้านร่างกายไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ แต่รูปแบบการทำงานของหน่วยบริการกลับเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะปัญหาและอุปสรรคของฟลี ซึ่งไม่ได้เกิดจากการให้บริการที่ข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านระบบส่ง การส่งต่อที่ล่าช้า ความซับซ้อนของขั้นตอนการส่งต่อ ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ ฯลฯ แต่เกิดจากความไม่สามารถเข้าถึงแบบ “ตั้งรับ” ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

หากเราประเมินระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการปฐมภูมิจากปัจจัยของการมาใช้บริการทั้ง 5 เรื่อง (โกมาตร และคณะ 2551) พบว่า ระบบส่งต่อมีจุดแข็งเนื่องจากสามารถแก้ปัญหาเรื่องการมีสถานบริการสุขภาพให้ใช้ (Availability) ประชาชนมีความสามารถในการจ่าย (Accountability) แต่ยังพบจุดอ่อนในเรื่อง การยอมรับได้ (Acceptable) ไม่มีทางเลือกอื่น (Alternative) รวมทั้งการเข้าถึง (Accessibility) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรับบริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขาดความเรียบเนียน นอกจากจะไม่เป็นไปตามความคาดหวังของประชาชนแล้วกลายเป็นการสร้างควมยากลำบากแก่ผู้ป่วยและญาติโดยไม่จำเป็น

ในกรณีนี้จะเห็นว่า การพยายามผลักดันประชาชนให้ไปรับบริการที่สถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน ตามแนวคิดในการจัดบริการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการมีและการใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการด่านแรก สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการการส่งต่อ จากการไม่ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์และการไม่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ในการส่งต่ออย่างจริงจัง นอกจากเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยและญาติมากยิ่งขึ้นแล้วยังสร้างความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ ซึ่งขัดแย้งกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาการบริการสุขภาพ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยให้ความสำคัญกับการจัดบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นบริการที่ดูแลเป็นชุมชน เป็นคนทั้งคนไม่แยกส่วนเป็นโรค และดูแลต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยสุขภาพและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2550) และมิใช่การย้ายสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านอย่างเดียว แต่ใกล้ใจหมายถึง ความสนใจเอาใจใส่ ความห่วงใยมีใจอยู่ที่ประชาชน (สถาบันวิจัยสุขภาพและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2548) เพื่อเป็นจุดแรกของบริการสุขภาพแก่ประชาชน ประชาชนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานกับสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านที่ตนขึ้นทะเบียนไว้ลำดับแรกก่อนเสมอ

ดังนั้นจากข้อมูลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ระบบการส่งต่อที่พึงปรารถนาของผู้รับบริการที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเรียบเนียนแบบไร้ต่ออันประกอบไปด้วยความเรียบเนียนในระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งหน่วยบริการผู้ทำการส่งต่อและรับการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีระบบบริการที่มีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทั้งบุคลากรและสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีความจำเป็นในการให้บริการอย่างเพียงพอ มีกระบวนการติดต่อสื่อสารและประสานงานเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สามารถสร้างความสุขให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ มีรูปแบบการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมในทุกชนชั้น เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน มีความเข้าใจและใส่ใจต่อผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย และนี่คือระบบส่งต่อผู้ป่วยที่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านของตน

ข้อเสนอแนะ

จากศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อกลับไปรับบริการยังหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้านนั้น **จุดเด่น** คือ การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กลับไปรับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่วน **จุดด้อย** คือ การส่งต่อยังค้างค้ำจนถึงขอบเขตการให้บริการ หน่วยบริการปฐมภูมิบาง

แห่งยังขาดทางเลือกและการเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่เพียงพอ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและนโยบายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างปัญหาและอุปสรรคให้แก่ผู้ป่วยในการไปรับบริการ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำคัญคือ การทลายเส้นแบ่งของขอบเขตการให้บริการหน่วยงานปฐมภูมิ ดังนี้

ประการแรก การลงทะเบียให้บริการ จัดให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเลือกลงทะเบียนเพื่อรับบริการส่งกลับไปรักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้านด้วยความสมัครใจ โดยไม่ยึดติดกับขอบเขตและกฎเกณฑ์การให้บริการ เช่น ผู้รับบริการที่อยู่ต่างตำบล สามารถรับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิอีกตำบลหนึ่งซึ่งอยู่ใกล้บ้านมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในตำบลที่ตนเองอาศัยอยู่ รวมทั้งต้องคำนึงถึงข้อมูลจากแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากกว่ากฎเกณฑ์ของโรค เช่น ในหนึ่งครอบครัวอาจจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่สมาชิกคนอื่นได้รับการส่งกลับไปรักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิ ในกรณีนี้จึงจำเป็นต้องสอบถามความสมัครใจและให้ผู้ป่วยเลือกสถานบริการด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ/สมัครใจเพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง และเป็นการเพิ่มอำนาจต่อรองในการรับบริการให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดย

ประการที่สอง การจัดการระบบสำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยมีทะเบียนผู้ป่วยที่เลือกสถานบริการสุขภาพได้แล้วจึงจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการใกล้เคียงเพื่อขอยืมยาและเวชภัณฑ์ในคราวจำเป็น อาจรวมไปถึงความร่วมมือในการให้บริการร่วมกัน เช่น ในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาก อาจขอความร่วมมือจากหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้เคียงเพื่อมาให้บริการร่วมกัน

ประการสุดท้าย การสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการให้แก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยพิการ ยากจน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ฯลฯ โดยยึดหลักของการบริการใกล้บ้านใกล้ใจอย่างแท้จริง ซึ่งอาจจะผนวกรวมไปกับงานเยี่ยมบ้านเดิมหรือการขอความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. อบต. หรือกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ ในการติดต่อประสานงานหรือการจ่ายยาและเวชภัณฑ์

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ) (2551) . *วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่สาม (ฉบับปรับปรุง) . นนทบุรี : สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. (2551) . *สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิ : จากปรัชญาสู่การสุขภาพมิติใหม่*. พิมพ์ครั้งที่สอง. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- จิรพงษ์ อุทัยศิลป์ และคณะ. (2547) . *โครงการวิจัยและพัฒนาระบบส่งต่อในเขตพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก*. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. (2548) . *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545-2546*. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน . (2548). *พัฒนาการ แนวคิด สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
- สุพัตรา ศรีวิชชากร (2550) *งานสุขภาพชุมชน "จุดคำนึงคุณภาพระบบบริการสุขภาพ" ในตกลีอกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิสู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน*. เอกสารงานประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548) . *การสาธารณสุขไทย 2544-2547*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550) . *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ. (2546) . *ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อัญชลี ถิ่นเมืองทอง. (2544) *การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อการตรวจ รักษาต่อของโรงพยาบาลปทุมธานี*. *วารสารวิชาการศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป* เขต 1. 3 (2); 120-128.
- อโณทัย จันแก้ว (2550) *การพัฒนาแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วยมาตรฐาน HL7*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8. (2545) . *เรื่องมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เล่ม 119 ตอนพิเศษ 860 ราชกิจจานุเบกษา 13 กันยายน 2545. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.ams.cmu.ac.th/pub/law/hospital41./PDF/announce/Transfer2545.pdf>. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552.*

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2550) .หน่วยพยาบาลใกล้บ้านจุดเปลี่ยนของการดูแลผู้ป่วย
เบาหวาน.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.ryt9.com/s/prg/112371>. สืบค้นเมื่อวันที่
12 กุมภาพันธ์ 2552.