PUBLIC POLICY FLASH

ทำไมพยาบาลจิตเวช ถึงไม่มีเวลาทำงานจิตเวช?

สรัช สินธุประมา

HIGHLIGHTS

- ไทยมีพยาบาลจิตเวช 6.14 คนต่อประชากรแสนคน เป็นสัดส่วนมากที่สุดในบรรดาบุคลากรจิตเวช ทำหน้าที่คัดกรองและบำบัดเบื้องต้นในพื้นที่ขาดแคลนจิตแพทย์

- แต่พยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ ต้องรับภาระงานพยาบาลทั่วไปด้วย ไม่ได้ทำงานจิตเวชเต็มเวลา อาจเปิดคลินิกสุขภาพจิตได้เพียง 1 วันต่อสัปดาห์

- งานจิตเวชมีความท้าทาย แต่ขาดระบบสนับสนุน และยังถูกกดดันจาก 'ตัวชี้วัด' ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การดูแลที่ดีอาจไม่ถูกนับเป็นผลงาน ในขณะที่ตัวเลขที่ดีก็อาจไม่ดีอย่างที่เห็น

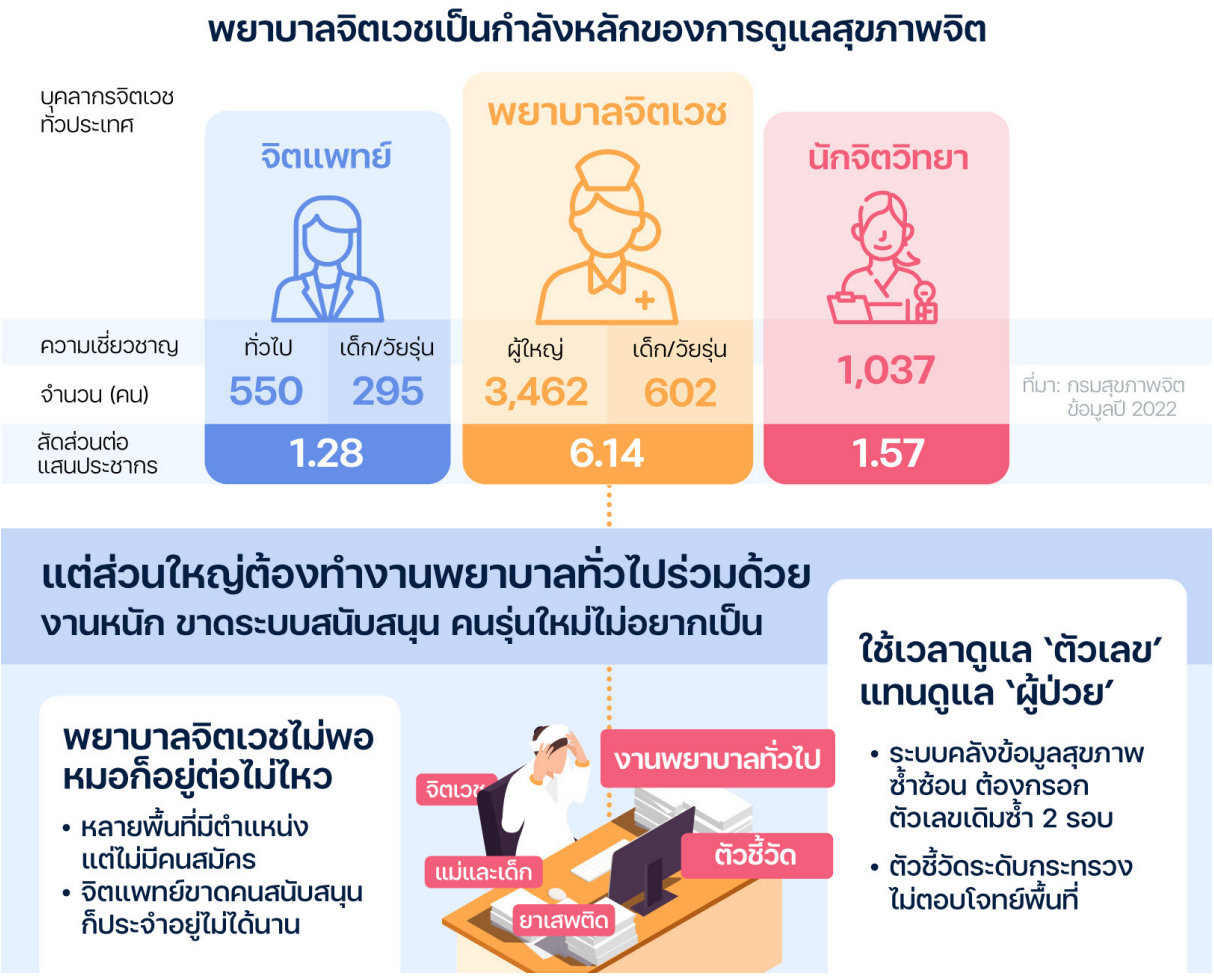
- พยาบาลรุ่นใหม่ไม่อยากทำงานจิตเวช หลายพื้นที่มีตำแหน่งแต่ไม่มีคนสมัคร กระทบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทั้งระบบ เพราะเมื่อทีมมีพยาบาลไม่เพียงพอ จิตแพทย์ก็ทำงานในพื้นที่ขาดแคลนได้ไม่นาน

มกราคม 2023

ที่มา: Unsplash

พยาบาลจิตเวชเป็นกำลังสำคัญในด่านหน้าของงานดูแลสุขภาพใจ ทว่ากลับไม่ค่อยถูกพูดถึงมากเท่าจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ในพื้นที่ขาดแคลนจิตแพทย์ พยาบาลยังเป็นผู้ให้การบำบัดในขอบเขตอาการที่รับมือได้ก่อนจะถึงมือหมอด้วย ปัจจุบันไทยมีพยาบาลจิตเวช 4,064 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลจิตเวชเด็กและเยาวชน 602 คน[1] แต่ด้วยอัตรากำลังในโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอ พยาบาลจิตเวชจึงต้องทำงานพยาบาลทั่วไป และยังต้องแบ่งเวลาไปดูแล 'ตัวชี้วัด' แทนดูแล 'คนไข้' น้อยคนจะได้ทำงานด้านจิตเวชเต็มที่ ในขณะที่การเจ็บป่วยทางจิตใจเกิดขึ้นทุกวัน ทุกเวลา การเปิดคลินิกจิตเวชได้เพียงหนึ่งวันต่อสัปดาห์จึงย่อมไม่เพียงพอและไม่ทันการ

คิด for คิดส์ โดยความร่วมมือระหว่าง 101 PUB กับ สสส. ชวนฟังเสียงของคนทำงานจิตเวชด่านหน้าที่ต้องแบกรับภาระงานรอบด้านภายใต้แรงกดดันของ 'ตัวชี้วัด' ในบริบทพื้นที่ห่างไกล ซึ่งย้อนกลับมาสร้างปัญหาให้กับการกระจายบุคลากรด้านจิตเวชที่ขาดแคลนอยู่แล้ว



ระบบที่ใส่ใจ 'ตัวเลขที่ดี' มากกว่า 'การดูแลที่ดี'

วิมล (47) เป็นพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดทางภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ ขณะที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ต้องใช้เวลาเดินทางเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง คนไข้ที่อยู่ไกลที่สุดของเธอต้องใช้เวลาเดินทาง 8 ชั่วโมง ด้วยมอเตอร์ไซค์จากหมู่บ้านมายังโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางที่เธอประจำอยู่

แม้จะผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวชมาแล้ว แต่ด้วยอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ เธอจึงต้องรับภาระงานพยาบาลทั่วไปด้วย การคัดกรองโรคจิตเวชในเด็กต้องทำเสริมเข้าไปในเวลาคลินิกแม่และเด็ก มีนักพฤติกรรมบำบัดเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยราว 20-30 คนในช่วงเช้าวันพฤหัสบดี และเปิดคลินิกจิตเวชในวันศุกร์ได้เพียงวันเดียว

"เราอยากให้เวลากับเด็กกลุ่มเสี่ยง แยกออกมาเพื่อดูแลเขาให้ได้จริงๆ แต่เราทำไม่ได้" ภายใต้เงื่อนไขเช่นนี้ การคัดกรองพัฒนาการเด็กในพื้นที่ของเธอจึงถูกปรับจาก 5 ครั้งตาม 'ตัวชี้วัด'

ของกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มเป็น 7 ครั้ง เพื่อเพิ่มโอกาสในการพบปัญหาจิตเวชอันเนื่องมาจากการมีพัฒนาการล่าช้าได้ทันท่วงที โดยเลือกเอาตามช่วงวัยที่เด็กต้องมาฉีดวัคซีนอยู่แล้ว

แม้วิมลจะทำงานที่เพิ่มมานี้ด้วยความยินดีและเอาใจใส่เด็กในพื้นที่ ทว่างานส่วนนี้กลับไม่ถูกแปลงให้เป็น 'ตัวเลข' กลับเข้าไปในระบบตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากระดับกระทรวง ในขณะเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลก็ยังต้องแบกรับการทำตัวเลขตอบตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ไม่ได้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ เช่น การเดินทางออกไปตามหมู่บ้านซึ่งจะเข้าถึงผู้ป่วยได้คราวละ 10-20 คน ขณะที่โรงพยาบาลในพื้นที่เมืองอาจให้บริการได้มากกว่า 50 คนโดยใช้เวลาเท่ากัน

'การดูแลที่ดี' จึงอาจไม่ถูกนับ และในทางกลับกัน 'ตัวเลขที่ดี' ก็อาจไม่ได้ดีอย่างที่ปรากฏ ตัวอย่างเช่น อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้า (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่สูงถึงร้อยละ 85.67 ในระดับประเทศ หากพิจารณาดูรายจังหวัดจะพบว่ามีถึง 34 จังหวัดที่มีอัตราเข้าถึงบริการเกิน 100% อย่างไรก็ตาม ปีศาจของตัวชี้วัดดังกล่าวนั้นก็อยู่ในรายละเอียด เพราะตัวเลขนี้ได้มาจากการคำนวณแปลกประหลาด โดยนำอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหารด้วยประมาณการความชุกของโรค อัตราการเข้าถึงบริการที่สูงจนน่าทึ่งจึงน่าจะเป็นผลจากการประมาณความชุกของโรค หรือ 'ตัวหาร' ที่ต่ำเกินจริง เพราะกรมสุขภาพจิตเองเคยแถลงว่าสัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงการรักษาอาจอยู่ที่ราวร้อยละ 28 เท่านั้น[2]

พยาบาลรุ่นใหม่เมินงานจิตเวช กระทบถึงจิตแพทย์

งานจิตเวชเป็นงานยาก เรื้อรัง ทั้งยังอาจเกี่ยวโยงกับปัญหาซับซ้อนอย่างเรื่องครอบครัวและยาเสพติด พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงไม่ได้ดูแลแค่เด็ก พยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ก็ต้องช่วยงานพยาบาลทั่วไป การใช้อัตรากำลังร่วมกันในพื้นที่ห่างไกลลักษณะนี้ยิ่งซ้ำเติมปัญหาขาดแคลนบุคลากรเข้าไปอีกต่อหนึ่ง จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นท่านหนึ่งชี้ว่า "การมีทีมสหวิชาชีพที่เพียงพอ เป็นเงื่อนไขสำคัญมากที่จิตแพทย์จะไปประจำอยู่ในจังหวัดที่ขาดแคลนแล้วอยู่ได้ยาว แต่พยาบาลรุ่นใหม่ไม่อยากทำงานจิตเวช ในหลายพื้นที่เดี๋ยวนี้ กลายเป็นว่ามีตำแหน่งแต่ไม่มีคนอยากรับงาน"

ท่ามกลางภาระงานท่วมตัว พยาบาลยังต้องเผชิญกับแรงกดดันภายใต้การทำงานตอบ 'ตัวชี้วัด' ซึ่งแย่งชิงกำลังและเวลาของพยาบาลจิตเวชไปจากการดูแลสุขภาพจิตที่มีน้อยนิดอยู่แล้ว

สถิติด้านจิตเวชเป็นเพียงส่วนหนึ่งของข้อมูล 43 แฟ้มที่พยาบาลทั่วประเทศต้องกรอกเข้าสู่ระบบในแต่ละวัน สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวเลขเหล่านี้ไม่เพียงสะท้อนประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังเป็นค่าตอบแทนตามระบบ 'งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน' (Quality and Outcome Framework) หรือ QOF ที่ไทยนำระบบจากสหราชอาณาจักรมาใช้ตั้งแต่ปี 2014[3] ในด้านหนึ่ง ระบบนี้ช่วยให้การตัดสินใจวางนโยบายอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งยังสนับสนุนการทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ตัวเลขเหล่านี้ก็แลกมาด้วยการเพิ่มภาระงานแก่บุคลากรสาธารณสุข กระทั่งเคยเกิดเป็นข้อเรียกร้อง "เอาหมอหน้าจอคืนไป เอาหมออนามัยคืนมา"[4] เพราะภาระในการกรอกข้อมูลทำให้บุคลากรต้องใช้เวลาอยู่หน้าจอมากกว่าลงพื้นที่ดูแลประชาชน

ที่โรงพยาบาลของวิมล การเบิกจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะต้องทำผ่านระบบออนไลน์ซึ่งยังคงมีความซ้ำซ้อนกับคลังข้อมูลสุขภาพ ทำให้ต้องกรอกตัวเลขเดียวกันซ้ำ 2 รอบ "เงินก็ต้องเอา ตัวชี้วัดก็ต้องดี" เธอว่า "เดิมเราดูแลคนไข้ได้ 60-80% ของเวลางาน ตอนนี้กลายเป็นว่าเราดูแลเค้าได้แค่ 50% กรอกข้อมูลพวกนี้บางทีทำงานเลยเวลาถึง 2 ทุ่ม แต่ก็ไม่ได้เบิก OT นะ เราก็ต้องช่วยโรงพยาบาลด้วย โรงพยาบาลเราก็ไม่ได้มีเงินมาก ถือว่าช่วยๆ กันไป"

ระบบสาธารณสุขที่อิงตัวชี้วัดนี้ยังคงเดินหน้าต่อไปได้ก็ด้วยความทุ่มเทของคนแบบวิมล ทว่าสำหรับพยาบาลรุ่นใหม่ เรื่องนี้เป็นปัญหาที่ยอมรับไม่ได้ เธอว่า "เด็กรุ่นใหม่ก็จะมีวิธีคิดที่แตกต่างไป เค้าจะคิดถึง work life balance ถึงเวลาเลิกงานก็ควรเลิก"

ที่มา: Unsplash

ภาระงานด้านข้อมูล ต้องสมดุล เพิ่มระบบสนับสนุนคนทำงาน

งานพยาบาลจิตเวชเป็นงานท้าทาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจึงจะให้การดูแลที่ดีกับประชาชนได้ เสียงจากบุคลากรในพื้นที่ห่างไกลพูดตรงกันว่าการสนับสนุนในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ ตั้งแต่ในด้านของความมั่นคงในตำแหน่งงาน ระบบช่วยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเคสผู้ป่วย ไปจนถึงปัจจัยพื้นฐานอย่างการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต การติดตามตัวชี้วัดจึงควรต้องพิจารณาด้วยว่า บุคลากรในพื้นที่ต่างๆ ได้รับการสนับสนุนมากพอที่จะมีกำลังปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดได้จริงหรือไม่

ในภาพใหญ่ ตัวเลขในระบบคลังข้อมูลสุขภาพได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประโยชน์และยกระดับการให้บริการสาธารณสุขได้จริง แต่ในขณะเดียวกันจะต้องสร้างสมดุลของภาระงานทำให้ตัวเลขเหล่านี้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ และเป็นเครื่องมือสนับสนุนคนทำงานมากกว่าที่จะเป็นภาระ เร่งพัฒนาระบบที่ลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน ทำให้การลงข้อมูลคราวเดียวสามารถดึงไปใช้ได้กับทุกระบบ คืนเวลาที่จะต้องใช้ ‘ดูแลตัวเลข’ ให้พยาบาลเอาไปใช้ ‘ดูแลสุขภาพใจ’ ของประชาชนได้อย่างเต็มที่

ผู้วิจัยหลัก

สรัช สินธุประมา

ติดต่อ

taoverymuch@gmail.com

contact.101pub@gmail.com

นักวิจัยนโยบายสาธารณะ 101 PUB อยากทำให้ตัวเลขเชิงนโยบายมีความหมายกับชีวิตของผู้คน

เชิงอรรถ

1. ข้อมูลปี 2565 จากกรมสุขภาพจิต

2. กรมสุขภาพจิต. “เปิดสถิติ โรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่”, 2565. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459.

3. HITAP. “การดำเนินการ QOF ในประเทศไทย”. *HITAP: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*, 2560. https://www.hitap.net/168577.

4. Hfocus. “‘สำเริง จงกล’ หมออนามัยที่ดีต้องยึดประโยชน์ประชาชนเป็นหลัก | Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ”. Hfocus.org, 2557. http://www.hfocus.org/content/2014/07/7738.

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์)

ศูนย์วิจัยและสื่อสารความรู้เพื่อตอบโจทย์อนาคต มุ่งวิเคราะห์ ออกแบบ เผยแพร่ความรู้ และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว และการเรียนรู้ เพื่อเป็นฐานสนับสนุนทางวิชาการให้กับสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว สสส. และภาคีเครือข่าย

www.kidforkids.org

คิด for คิดส์

@101_PUB

@101_pub

contact.101pub@gmail.com