



การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Track

สมศักดิ์ เทียมเก่า

สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงที่ดีที่สุด คือ การให้ยา rt-PA ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 270 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งได้รับการให้ยา rt-PA (onset of needle time) และมีการให้ยาดังกล่าว เฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นหรือโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ผู้ป่วยซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลข้างต้น จึงมีโอกาสได้รับการรักษาต่ำมาก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น ประกอบกับการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในต่างจังหวัด ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทประมาณ 425 ท่าน โดยปฏิบัติงานในกรุงเทพถึง 299 ท่าน ที่เหลืออยู่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีแพทย์ด้านประสาทวิทยาเพียง 22 ท่าน ดูแลประชาชนกว่า 22 ล้านคน

ดังนั้น การที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายการให้บริการให้มากที่สุด เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงหน่วยบริการที่มีศักยภาพ จะได้ลดอัตราการตาย ความพิการและการเป็นภาระของผู้ป่วย เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการดำเนินงาน

แบ่งเป็น 4 ระยะ

1. ระยะที่ 1 พุดคุยแบบไม่เป็นทางการกับอายุรแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาในโรงพยาบาลมหาสารคาม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น และร้อยเอ็ด หลังจากนั้นได้แนะนำให้มีการเตรียมทีมในแต่ละโรงพยาบาลประกอบด้วยแพทย์และ case

manager

2. ระยะที่ 2 แนะนำให้ทางทีมแต่ละโรงพยาบาลได้ปรึกษากับหัวหน้ากลุ่มงานมีแนวคิดกับการเปิดให้บริการ stroke fast track อย่างไร ถ้าทางหัวหน้างานอายุรกรรม ผู้บริหารโรงพยาบาลและแผนกเห็นด้วยกับแนวคิดเปิดบริการ stroke fast track ทางทีมงานโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จะจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับระบบการให้บริการ stroke fast track ในระยะที่ 3

3. ระยะที่ 3 ทีมงานโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับระบบการให้บริการ stroke fast track ในแต่ละโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลจังหวัดเป็นแม่ข่ายเชิญโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด แพทย์แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุรแพทย์โรงพยาบาลจังหวัด รังสีแพทย์ (ถ้ามี) เข้าร่วมอบรมโดยหัวใจในการอบรมประกอบด้วย 3 ส่วน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

3.2 กระตุ้นและสร้างความมั่นใจให้กับทีมบริการในแต่ละโรงพยาบาล มีความมั่นใจในระบบบริการดังกล่าว ไม่ยากอย่างที่คิด และให้ผลการรักษาที่ดี โดยมี Slogan “Stroke Fast Track : Make It Easy” และ “Stroke Fast Track : Make The Difference” รวมทั้งชี้ให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องใกล้ตัวเป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.3 เล่าให้ผู้รับการอบรมทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของการให้บริการรวมทั้งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ stroke fast track

4. ระยะที่ 4 การตรวจเยี่ยมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีมโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลที่เปิดบริการใหม่ โดยเน้นการสร้างขวัญ กำลังใจ แก่ปัญหาหาต่างๆ ให้ เพื่อให้ทีมบริการมีความมั่นใจใน

การให้บริการ และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

แนวทางการสนับสนุนเครือข่าย

สิ่งที่แม่ข่ายมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการต่อเนื่อง หลังจากลูกข่ายเปิดให้บริการ stroke fast track ได้แล้ว คือ การเป็นพี่เลี้ยงที่ดีในการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในด้านการรักษาพยาบาล การบันทึกเอกสาร การลงข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และต้องคอยสนับสนุนระบบให้มีความมั่นคงและยั่งยืน โดยแสดงความจริงใจในการทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือกรณีมีปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลูกข่าย รวมทั้งการหางบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น นอกจากนี้ ต้องส่งเสริมความก้าวหน้าของลูกข่าย สนับสนุนการศึกษาวิจัยและคู่มือต่างๆ

ที่ผ่านมากลุ่มเครือข่ายการให้บริการ stroke fast track เขต 7 ได้ร่วมมือกันมาอย่างดี โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและนโยบายที่ดีจาก สปสช เขต 7 กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แนวทางการพัฒนาเครือข่าย

ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2553, 2554, 2555 และปัจจุบัน พ.ศ. 2556 การพัฒนาเครือข่ายที่ดำเนินการจะเน้นหนักไปที่การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงและต้องดำเนินการไปพร้อมกัน คือ การขยายเครือข่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนต้องเน้นหนักเรื่อง การให้ความรู้ต่อชุมชน การส่งต่อและรับกลับที่มีประสิทธิภาพ เราต้องทราบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีศักยภาพอะไรบ้าง ต้องส่งเสริมและพัฒนาให้ตรงกับขีดความสามารถของสถานพยาบาลและทีมสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลชุมแพ มีศักยภาพด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ (เครื่อง CT-Scan) และทีมบริการที่มีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการให้บริการอย่างสูง เราจึงสามารถให้โรงพยาบาลชุมแพเป็นลูกข่ายที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และวางกลยุทธ์ให้เป็นโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชัยภูมิ เลย อุดรธานี เพชรบูรณ์และบริเวณใกล้เคียงได้อีกด้วย และเป็นการลด

ภาระงานของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมแพและโรงพยาบาลข้างเคียงก็สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ได้รับการบริการที่ดีและมีมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจังหวัดเกือบทั่วภาคอีสาน สามารถเปิดบริการการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เป็นส่วนใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนในหลายพื้นที่ที่มีทีมอายุรแพทย์ที่มีความสนใจและมีเครื่อง CT scan ก็สามารถเปิดบริการได้ เช่น โรงพยาบาลชุมแพ ท่าบ่อกุมภวาปี กุฉินารายณ์ สว่างแดนดิน เป็นต้น

อีกตัวอย่างหนึ่ง คือ โรงพยาบาลชุมชน โกสุมพิสัย เกษตรสมบูรณ์ มีระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครบวงจรอยู่แล้ว ถึงแม้จะไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่มีระบบการส่งเสริม ป้องกัน การดูแลผู้ป่วย acute stroke ในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การส่งกลับสู่ชุมชนทางโรงพยาบาลแม่ข่ายก็ต้องส่งเสริมศักยภาพดังกล่าวอย่างเต็มที่ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อเป็นการพัฒนาไปอย่างเท่าเทียมและพร้อมกัน มีการประเมินตัวชี้วัดด้านการส่งต่อที่รวดเร็ว door to refer

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นอีกจุดหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการ stroke fast track อาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดก็ว่าได้ เพราะถ้าประชาชนในชุมชนไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ประชาชนก็ไม่ได้เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ อย่าลืมนะว่าประชาชนในชุมชน คือ กลุ่มใหญ่ที่สุดของประชาชน ดังนั้น เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. จะเป็นบุคคลที่สำคัญในทีมการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การแนะนำให้เข้าถึงระบบ stroke fast track ที่รวดเร็ว รวมทั้งการส่งกลับฟื้นฟูในชุมชน การอบรมเพื่อการพัฒนาบุคลากรใน รพ.สต. จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ขาดไม่ได้

ปัญหาที่พบบ่อยในการสร้างเครือข่าย

จากประสบการณ์การส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลเปิดบริการ stroke fast track พบปัญหาต่างๆ แบ่งได้เป็น 3 ด้านได้แก่

1. ด้านความเข้าใจในระบบ

1.1 Stroke fast track จะเปิดให้บริการได้ต้องมี stroke unit ก่อน ซึ่งความเข้าใจผิดนี้เป็นสิ่งที่พบบ่อย จริงแล้วการจะเปิดบริการ stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ rt-PA



ทางหลอดเลือดดำได้หรือไม่ นั่น ความจำเป็นพื้นฐานที่ต้อง มี คือ CT-scan, อายุรแพทย์และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเป็น ประกอบด้วย CBC, Platelet count, prothrombin time, INR, blood sugar, BUN, Cr กรณีที่ไม่มีเครื่อง CT-scan ในโรงพยาบาล แต่ถ้ามีระบบประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์ CT-scan ของเอกชนก็สามารถเปิดบริการได้

ส่วน stroke unit นั้น ไม่มีความจำเป็นต้องมีในระยะ เริ่มต้น แต่ต้องมีการจัดระบบว่าจะให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA นอนรักษาที่ตำแหน่งใดในหอผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น และ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลแพทย์ผู้ให้บริการ รักษาพยาบาล ส่วนการพัฒนาเป็น stroke unit นั้นเป็นระยะ ต่อมา

การให้บริการผู้ป่วย stroke fast track ที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ ในช่วง 3 ปีแรก ได้กำหนดให้เตียงผู้ป่วยจำนวน 4 เตียง ของหอผู้ป่วยที่ชัดเจนว่าถ้ามีผู้ป่วยให้ยา rt-PA ถึงแม้เตียง จะเต็มก็จะไม่มีการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่มี คำว่าเตียงเต็มสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับยา rt-PA เพราะจะ ได้ให้ยาผู้ป่วยได้ทันเวลา 270 นาที และมีระยะเวลา onset to needle และ door to needle สั้นที่สุด ปัจจุบันโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ได้เปิดบริการ stroke unit ตั้งแต่ 18 กรกฎาคม 2556 ที่ผ่านมา

1.2 การให้บริการ stroke fast track ต้องมีอายุรแพทย์ ด้านระบบประสาท ศัลยแพทย์ระบบประสาท ความเข้าใจ ดังกล่าวถูกต้องแน่นอน ถ้าโรงพยาบาลแห่งใดมีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญก็ดี แต่ความจำเป็นที่ต่องานนั้น อายุรแพทย์ที่ ผ่านการอบรม เคยเห็นระหว่างการศึกษาอบรมก็สามารถให้บริการ stroke fast track และสามารถตัดสินใจให้ยา rt-PA ได้ ดังนั้น แพทย์ที่ต้องรับผิดชอบระบบ stroke fast track ประกอบด้วย อายุรแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือ อายุรแพทย์ ด้านระบบประสาทก็ได้ ขึ้นอยู่กับระบบของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีที่ปรึกษา คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลแม่ข่าย

สำหรับรังสีแพทย์ ถ้าไม่มีก็สามารถให้บริการ stroke fast track ได้ เพราะอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมก็สามารถดู CT-scan ใน acute cerebral infarction ได้ นอกจากนี้ อาจใช้ ระบบการส่ง file ภาพปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้สำหรับ โรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครื่อง CT-scan ของเอกชนไม่มี ปัญหาการอ่านผล เพราะทางบริษัทเอกชนจะมีรังสีแพทย์ อ่านผลทันทีจากส่วนกลาง ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลชุมแพ

และหลายๆโรงพยาบาลในภาคอีสานก็ใช้ระบบนี้

1.3 การให้บริการ stroke fast track เป็นสิ่งที่ยากมาก ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นถึงจะเปิดให้บริการได้ ความเข้าใจผิดนี้เป็นสิ่งที่พบบ่อยและเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด จริงแล้วการให้บริการ stroke fast track นั้น มีการจัดระบบ ขั้นตอนและวิธีในแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด เช่น แบบ ประเมินสำหรับคัดกรอง FAST ก็ง่ายมีความแม่นยำสูง การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็มีไม่มาก ซึ่งโรงพยาบาลจังหวัด ทุกโรงพยาบาลก็สามารถทำได้ รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน บางโรงพยาบาลก็ทำได้ การประเมิน NIHSS ก็มีการแปล เป็นภาษาไทย พร้อมตำแหน่งวิธีการประเมินโดยละเอียด การส่งตรวจ CT-scan brain พร้อมการอ่านผลถ้าบริหารระบบ ที่ดีหรือมีการอบรมให้อายุรแพทย์ก็สามารถอ่านผลได้ ระบบการส่งตัวหรือ fast track โรงพยาบาลเครือข่ายก็มี ประสิทธิภาพต่างจากการบริการ ST elevate MI การให้ยา streptokinase การให้คำแนะนำและยินยอมในการรักษา ก็มีแบบฟอร์มที่จัดทำเป็นมาตรฐาน ดังนั้น โดยระบบ และวิธีการต่างๆ ไม่ยากและไม่ซับซ้อน เพียงแต่ว่าระบบการ รักษาเป็นสิ่งที่แพทย์อาจไม่เคยเรียนในขณะที่เป็น นักศึกษาแพทย์หรือขณะฝึกอบรมอายุรแพทย์ แต่สำหรับแพทย์ รุ่นใหม่ ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2553 เป็นต้นมา ก็จะมีประสบการณ์ ตรงเกือบทั้งสิ้น จึงสรุปได้ว่า ระบบการให้บริการ stroke fast track จึงไม่ยากอย่างที่คิด

1.4 เข้าใจว่าภาระงานจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดย ธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยง มักมีอาการช่วงหลังตื่นนอน รวมกับความรู้ ความเข้าใจของ ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อยมาก การดูแลรักษาเมื่อเกิดอาการมักจะสังเกตอาการ ไม่รีบมา พบแพทย์ทันที เหมือนอาการของหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง จากประสบการณ์ที่ให้การรักษาดูด้วยการฉีด rt-PA ในผู้ป่วยมา 5 ปี จำนวนมากกว่า 400 ราย มีเพียง 3 รายเท่านั้นที่มาพบ แพทย์หลัง 24 นาฬิกา (เวรตึก) ส่วนใหญ่จะมารับการ รักษาช่วง เวลา 10.00-22.00 นาฬิกาและประเด็นที่กังวลใจว่าภาระงาน การดูแลผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นนั้น ก็ไม่เป็นความจริงตามที่คิด เพราะผู้ป่วย stroke ก็มีเท่าเดิม เพียงแต่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เร็วขึ้น ได้รับการรักษาที่ดี มีโอกาสหายมากขึ้น ดังนั้นงาน ในระยะยาวและภาพรวมจะลดลง มีผู้ป่วยที่ต้องทำกายภาพ บำบัดหรือพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ลดลง

ผู้ป่วยมาใช้บริการแต่ละวันก็น้อยเฉลี่ย 5 ราย

ต่อสัปดาห์เท่านั้น ที่ได้ activate ระบบ stroke fast track ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้ป่วย acute stroke ส่วนใหญ่ที่มาถึงโรงพยาบาลมักจะเลยช่วง 270 นาทีทองไปแล้ว

1.5 กังวลใจว่าระยะเวลา door to needle จะทำไม่ทันภายในเวลาที่กำหนด 56 นาที ความเป็นจริงในการเปิดให้บริการในระยะแรก ระยะเวลา door to needle ก็มักจะเลย 56 นาที ส่วนใหญ่คือ 90-100 นาที เนื่องจากยังไม่คุ้นเคยกับระบบ ในระยะต่อมา ระยะเวลา ก็จะค่อยๆ ลดสั้นลงตามประสบการณ์ที่มีมากขึ้น

ดังนั้น ระยะเวลา door to needle ที่นานมากกว่า 56 นาที ก็ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเปิดบริการ stroke fast track เพียงแต่เราจะต้องกำหนดระยะเวลาในการ activate ระบบให้ดี โดยต้องทราบระยะเวลา door to needle , onset to hospital เพื่อเป็นการกำหนดเวลาในระบบบริการว่า เมื่อไหร่จึงต้อง activate ระบบ เช่น ระบบ door to needle 100 นาที ระบบจะถูก activate ต่อ เมื่อระยะเวลา onset to hospital ภายในเวลา 170 นาที เป็นต้น

2. ด้านการบริหารจัดการระบบ

การบริหารระบบ stroke fast track นั้น ไม่ซับซ้อนและไม่ยุ่งยาก เพราะทางสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย ได้จัดตั้งระบบตั้งแต่ ขั้นตอนการรักษาก็ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติสิ่งที่สำคัญของการบริหารระบบ คือ

2.1 ความเห็นชอบหรือนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย งานบริการพยาบาล ถ้ามีการประสานงานระหว่างหน่วยงานดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การประสานงานภายในแต่ละหน่วยงาน เช่น กลุ่มงานอายุรกรรม ควรปรึกษาหารือและสรุปแนวทางการทำงานให้ชัดเจนว่า อายุรแพทย์ผู้รับผิดชอบคือใครบ้าง ถ้าดีควรเป็นการร่วมมือของอายุรแพทย์ส่วนใหญ่จะได้ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แพทย์ท่านใดท่านหนึ่ง ถ้ามีอายุรแพทย์ด้านระบบประสาทในแผนกอายุรกรรม ก็ควรกำหนดให้เป็นที่ปรึกษา แต่มีข้อมอบหมายให้เป็น first call ในการ activate ระบบและรับผิดชอบทั้งระบบ เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระงานต่อแพทย์ท่านใดท่านหนึ่งมากเกินไป ยกเว้นว่าแพทย์ท่านนั้นยินดีเสนอตัวขอรับผิดชอบ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลชุมแพ อายุรแพทย์ 2 ท่านร่วมดูแล โรงพยาบาลมหาสารคาม อายุรแพทย์ทุกท่านร่วมดูแล และมีแพทย์ประสาทวิทยาเป็นผู้ร่วมดูแลหลัก และเป็นที่ปรึกษาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลนครพนมให้บริการโดย

อายุรแพทย์

2.2 ผู้ร่วมทีมจะต้องประกอบด้วยบุคลากรทุกฝ่าย ตั้งแต่ที่รักษาพยาบาล พนักงานแปล และประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาล รวมทั้ง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงแรก พนักงานแปลไม่ได้อยู่ในทีม เพราะเราคิดว่า การเซ็นเตียงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะการขอคิวเตียงเปลในช่วงที่มีผู้ป่วยใช้บริการจำนวนมาก บางครั้งต้องขอเตียงเปลมากกว่า 10 นาที เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ หรือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย กับที่ต้องทราบว่าผู้ป่วยมีอาการแบบใดที่ต้องแนะนำให้ผู้ป่วย และญาติเข้ารับการรักษาที่ถูกต้อง

2.3 การเริ่มเปิดให้บริการ stroke fast track ในระยะแรก ที่ยังไม่มีประสบการณ์หรือกังวลกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เพราะบุคลากรไม่เพียงพอ ก็สามารถปรับระบบการเปิดให้บริการเฉพาะในช่วงวัน เวลา ที่สะดวกก่อนก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเปิดบริการตลอดเวลาและยังไม่ต้องประชาสัมพันธ์ ในวงกว้างจนกว่าทีมบริการจะมั่นใจในระบบและมีความพร้อมเต็มที่

3. การฟ้องร้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

การฟ้องร้องเป็นสิ่งที่แพทย์กังวลใจมากที่สุด เพราะการให้ยา rt-PA มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน intracerebral hemorrhage ร้อยละ 5 จากประสบการณ์ตรงที่ให้ยา rt-PA มา 400 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนหนึ่ง ยังไม่เคยถูกฟ้องร้องและมั่นใจว่าการฟ้องร้องจะไม่เกิดขึ้น เพราะการรักษาผู้ป่วยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ การอธิบายถึงอาการ ขั้นตอนและการรักษา วิธีการรักษาและการตัดสินใจว่าจะให้ยาหรือไม่ให้ยา ซึ่งทุกขั้นตอนมีการพูดคุย สื่อสาร ระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยตลอดเวลา ประกอบกับการให้บริการที่มุ่งมั่น รวดเร็วและจริงใจ ย่อมที่จะเป็นการลดโอกาสการฟ้องร้อง

แนวคิดการสร้างเครือข่ายให้มีความยั่งยืน

การพัฒนาการให้บริการ stroke fast track ต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้ใหม่ โดยการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย stroke ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งทางเครือข่ายการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สปสช.เขต 7 ได้ตระหนักถึงการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน จึงได้จัดตั้งกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวทางในการ



พัฒนา ขยายเครือข่ายการให้บริการ stroke fast track ให้ครอบคลุมทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งในปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันเลือดมากกว่า 1,000 คน และมีผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาท การสร้างเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง เขต 7 มีแนวทางการดำเนินการที่ทำอย่างต่อเนื่องกันมาตลอดระยะเวลา 4 ปี คือ

1. การร่วมมือกันทำงานอย่างจริงจัง และจริงจังต่อกัน โดยใช้หลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือ ต้องพยายามหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากระบบการให้บริการมากที่สุด

2. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ ตามทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือที่มีอยู่ การลงมือทำงานทันที โดยมีได้คำนึงถึงว่าต้องมียาประมาณสนับสนุนหรือไม่ โดยใช้ใจเป็นตัวตั้งและลงมือทำงานเมื่อได้ผลงานก็นำเสนอต่อผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายในภายหลัง

3. แม่ข่ายกับลูกข่ายมีความสัมพันธ์กันแบบเพื่อนร่วมงานที่ดี คอยช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มิได้ทำงานแบบหัวหน้าที่คอยสั่งงานและรอรับผลงาน แต่เราทุกคนร่วมมือกันทำงานบนพื้นฐานของการทำงานแบบกัลยาณมิตร คอยช่วยเหลือและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

4. แม่ข่ายต้องเป็นที่พึ่งได้ตลอดเวลาเมื่อลูกข่ายมีความต้องการการช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษาการรักษาผู้ป่วย ได้ตลอดเวลาและสามารถรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาได้ทุกรูปแบบและทุกสถานการณ์

5. แม่ข่ายต้องหาแนวทางพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมให้ลูกข่ายมีความสามารถสูงขึ้นและเป็นหัวหอกที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งต้องสร้างความมั่นใจให้ประชาชนผู้รับบริการมีความมั่นใจว่าโรงพยาบาลใกล้บ้านนั้นมีศักยภาพและระบบการบริการไม่แตกต่างกัน และเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

หลักการการทำงานของเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร เขต 7 สรุปดังตัวอย่างต่อไปนี้ NETWORK

N : Necessary and Nurture การสร้างเครือข่ายมีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึง

ระบบบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยการช่วยเหลือการอย่างดีในระบบเครือข่าย มีการสนับสนุนจากแม่ข่ายในทุกรูปแบบ

E : Effectiveness and Evaluation การสร้างเครือข่ายเป็นการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและมีระบบการประเมินผลและตรวจสอบได้

T : Targeted and teamwork การสร้างเครือข่ายแบบมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าแต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่และเป้าหมายอย่างไรโดยทุกคนทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกัน มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน

W : Wisdom การพัฒนาระบบการให้บริการหรือนวัตกรรมต่างๆ ต้องเกิดจากการใช้ภูมิปัญญาของเราทุกคนร่วมกัน

O : Organization การทำงานต้องร่วมมือกันอย่างดีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมกันพัฒนางานและทีม

R : Responsibility ทุกคนต้องมีความรับผิดชอบในการพัฒนางาน การให้บริการที่ดีต่อผู้รับบริการ

K : Knowledge management ต้องมีการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มานั้น มาเรียนรู้ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การให้บริการที่ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาฐานวิจัยเพื่อการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

จากแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานของเราดำเนินไปด้วยดี และมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยในเขตบริการ สปสช 7 ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันเลือดสูงถึงร้อยละ 4.7 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ และมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track ที่สูงขึ้น ใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นการสร้างเครือข่ายจึงเป็นแนวทางที่ควรต้องดำเนินการต่อให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

สรุป

การสร้างเครือข่ายบริการ stroke fast track เป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการให้บริการ stroke fast track เพราะระยะเวลา 270 นาทีทอง สำหรับผู้ป่วยนั้นสั้นมาก การสร้างเครือข่ายจึงเป็นการสร้างโอกาสต่อผู้ป่วย ความจริงใจของแม่ข่ายกับลูกข่าย ร่วมกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการให้บริการที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการว่ามีมาตรฐานเดียวกัน