

Development of the stroke service system in the 7th Health Zone (Roi Et, Khon Kaen, Maha Sarakham and Kalasin province)

Somsak Tiamkao, MD*

**Division of Neurology, Department of Medicine*

Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002 Thailand

Abstract

Development of the stroke service system in the 7th Health Zone at Roi Et, Khon Kaen, Maha Sarakham and Kalasin began with a shortage of medical specialists, healthcare team and lack of people knowledge. The health team in 7th Health Zone has collaborated to create the 7th Health Care Stroke Network by designing a service system that allows patients in all areas can access the stroke fast track service. In order to receive the same standard treatment throughout the health zone with fast and efficient service, the development of the stroke fast system included creation of people awareness, alert of stroke signs and symptoms and how to access the stroke fast track in the community, along with the development of the stroke fast track service system within the hospital. It also covers referral network. Home visiting after stroke is very necessary. As a result, stroke patients in the 7th health service area were able to access the stroke fast track service. Thrombolytic treatment rate was higher than the national average, and also can reduce the death rate.

Keywords: development of service system, stroke, stroke fast track, stroke network (J Thai Stroke Soc. 2019;18(1):25–41)

Corresponding author: Somsak Tiamkao, MD (E-mail: somtia@kku.ac.th)

Received 8 July 2018 Revised 3 February 2019 Accepted 3 February 2019

ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์)

รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า*

*สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002 ประเทศไทย

*กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ประธาน Service plan โรคหลอดเลือดสมองเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์)

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) เริ่มจากการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสุขภาพและความรู้ที่ถูกต้องของประชาชน ดังนั้นทีมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 จึงได้ร่วมมือกันด้วยการสร้างเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 โดยการออกแบบระบบบริการให้ผู้ป่วยในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งเขตสุขภาพ โดยพัฒนาระบบนั้นครอบคลุมตั้งแต่ การสร้าง awareness, alert และ activate ระบบ stroke fast track ในชุมชน ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track ภายในโรงพยาบาล เพื่อที่จะทำให้การบริการนั้นเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังครอบคลุมการส่งต่อและส่งกลับ การเยี่ยมบ้านที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 7 นั้นสามารถเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ได้เป็นอัตราส่วนที่สูงขึ้น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดก็สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วทั้งประเทศ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ด้วย

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, โรคหลอดเลือดสมอง, เครือข่ายบริการ, stroke fast track (J Thai Stroke Soc. 2019;18(1):25-41)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) โรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ใช้สิทธิการรักษาโดยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 แสดงดังรูปที่ 1

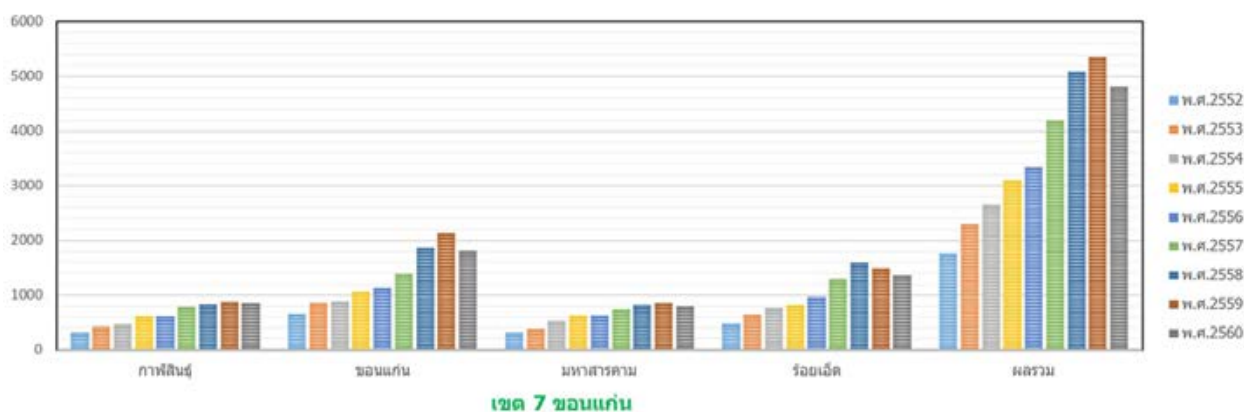
ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 แต่มีการรักษาเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล

เอกชนขนาดใหญ่ในกรุงเทพเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วย acute ischemic stroke ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 0.01 หรือ 1 หมื่นคนที่เป็น acute ischemic stroke ได้รับการรักษาเพียง 1 คนเท่านั้น ทางสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. โดยการพัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศให้สามารถให้ยา thrombolytic agent ได้ และผู้ป่วยสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเลย โดยทาง สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาลที่ให้การรักษาแทนผู้ป่วย และมีงบประมาณบางส่วนเพื่อการพัฒนา

บริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke fast track โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งในเขตพื้นที่บริการสุขภาพเขต 7 ได้เริ่มที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นแห่งแรก แต่ก่อนหน้านี้นี้ในปี พ.ศ. 2551 ทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีได้เปิดบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke unit เป็นแห่งแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และงานบริการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้เปิดบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และ stroke corner

จำนวน 4 เตียงเพื่อให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวันที่ 1 พฤษภาคมพ.ศ.2551 โดยมีคณะกรรมการ 3 ด้านที่สำคัญ คือ 1. ด้านการรักษาพยาบาล 2. ด้านการฟื้นฟู และ 3. ด้านการส่งเสริมป้องกัน โดยมีท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นประธานคณะกรรมการ พบว่าในรอบ 1 ปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเพียง 4 รายเท่านั้น จึงได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้มีผู้ป่วยมารับการรักษาไม่มาก และมาเข้าเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2552 จึงเริ่มมีการสร้างเครือข่ายการรักษาในจังหวัดขอนแก่น



รูปที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้สิทธิการรักษาโดยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ปีพ.ศ. 2552-2560

การศึกษาและแก้ปัญหา¹

ภายหลังจากการเปิดบริการได้ 1 ปี เราจึงได้ระดมสมองและวิเคราะห์ต้นตอของปัญหาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองพบว่าปัญหาที่พบนั้นประกอบด้วย

1. บุคลากรทุกฝ่าย ตั้งแต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาที่มีความก้าวหน้าด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประชาชนยังมีความเชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงไม่รีบมาพบแพทย์
3. โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษามีน้อยมาก เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์

4. ความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมผู้ให้บริการทุกฝ่าย

ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง¹

การขาดแคลนที่สำคัญที่สุด คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาท เพราะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเองมีอายุรแพทย์ระบบประสาทเพียง 21 คนในปี พ.ศ. 2551 และการกระจายตัวก็มีอยู่ใน 11 จังหวัดจาก 20 จังหวัดเท่านั้น ในจังหวัดขอนแก่นในเวลานั้นอายุรแพทย์ระบบประสาทมีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 3 คน โรงพยาบาลขอนแก่น 3 คนเช่นเดียวกัน แต่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ไม่มีประสบการณ์ด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือดเลย เพราะในช่วงที่ฝึกอบรมนั้นยังไม่มี การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จึงต้องเริ่มจากการ

ศึกษาด้วยตนเอง สอบถามจากผู้รู้ การเข้าร่วมประชุม วิชาการเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ที่สำคัญคือการสร้างความเชื่อมั่นให้กับทีมผู้ให้การรักษาด้วย เนื่องจากแพทย์ต้องเป็นหัวหน้าทีม ซึ่งเราก็พบว่าการศึกษาเพิ่มเติมนั้นทำได้ไม่ยาก ประกอบกับในประเทศไทยเองก็มีผู้เชี่ยวชาญที่จะให้ความรู้ มีประสบการณ์มากพอในการแนะนำให้คำปรึกษาแก่ทีมของเราได้ แต่ที่สำคัญก็คือเกณฑ์การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ต้องเป็นแพทย์ด้านประสาทวิทยา และต้องมีแพทย์ด้านประสาทศัลยศาสตร์ด้วยในโรงพยาบาลนั้น ๆ ที่จะเปิดระบบการให้บริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและการให้ยาละลายลิ่มเลือด สิ่งที่เราคิดเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาด้านขาดแคลนบุคลากร คือ การสร้างทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงเรียนแพทย์ ต้องมีการฝึกอบรมแพทย์ด้วยทั้งอายุรแพทย์ทั่วไปและอายุรแพทย์ต่อยอดด้านระบบประสาท แพทย์ด้านประสาทวิทยาและสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับเราคิดว่าต้องการเพิ่มโอกาสการได้รับการรักษาที่ดีให้กับประชาชนในจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ด้านประสาทวิทยาด้วย ดังนั้นเราจึงมีแนวทางที่วางไว้อย่างชัดเจนว่าเราจะต้องทำให้อายุรแพทย์ทั่วไปมีความสามารถในระดับที่สามารถให้การรักษผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากในขณะนั้นเราพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดทุกโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีอายุรแพทย์ปฏิบัติงาน และมีเครื่อง CT scan ด้วย ถ้าเราสามารถฝึกอบรมและสร้างระบบให้อายุรแพทย์เหล่านั้นมีความรู้ประสบการณ์ที่มากพอ ก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยในทุกจังหวัดให้ได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติได้

แนวทางที่เราได้ดำเนินการเพื่อให้อายุรแพทย์มีความสามารถและเชื่อมั่นว่าจะให้การรักษผู้ป่วยได้ คือ การจัดกิจกรรมด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอทั้งที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมทั้งการเดินทางออกไปจัดกิจกรรมให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่มีศิษย์เก่าที่จบการฝึกอบรมอายุรแพทย์จากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์การเดินทาง

คือ การให้ความรู้และขยายแนวคิดว่าย อายุรแพทย์ก็ทำได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน และการเพิ่มโอกาสให้คนอื่นสถานที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจำนวนมากแต่ขาดโอกาส ซึ่งการจัดกิจกรรมวิชาการดังกล่าวนั้นก็ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากทุกๆ โรงพยาบาลที่ไปจัดกิจกรรม จึงเกิดการสร้างทีมและเครือข่ายการให้ยาละลายลิ่มเลือดไปพร้อมๆ กัน

ในส่วนของพยาบาลก็ใช้แนวทางเดียวกัน คือ การเดินสายไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ก็มีการให้ความรู้ด้านการบริการของพยาบาลควบคู่ไปด้วย และมีการพูดคุยกับทางทีมพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล เพราะการที่จะเกิดระบบการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองที่ครบวงจรได้นั้น จะต้องต้องมีแพทย์ พยาบาลที่เป็น case manager เพื่อการประสานงานต่างๆ อย่างรอบทิศ ดังนั้นการสร้างทีมพยาบาลก็มีความสำคัญอย่างมาก

ความรู้ของประชาชน'

ความรู้ของประชาชนและผู้ป่วยพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะคนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นกิจกรรมการสร้างความรู้ที่ถูกต้องต่อประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจพิการ การเต้นของหัวใจผิดปกติ เป็นต้น รวมทั้งผู้สูงอายุ

กิจกรรมการสร้างความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมนั้นทำได้หลายรูปแบบ แต่ต้องใช้พลังและงบประมาณในการทำกิจกรรมค่อนข้างมาก จึงต้องมีการปรับรูปแบบและกลยุทธ์ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ คนไทยทุกคนต้องรู้จักโรคหลอดเลือดสมองและทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) เราต้องหาวิธีที่สามารถทำกิจกรรมในสภาวะที่จำกัดด้านงบประมาณและกำลังคน ดังต่อไปนี้

1. การจัดกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ความรู้ในหลายๆ รูปแบบ เช่น การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยรอตรวจหน้าห้องโดยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ รวมทั้งการจัดทำสื่อความรู้ต่างๆ เช่น

- แผ่นพับ วีดีโอ คลิป หนังสือ หนังสือโฆษณา การ์ตูน
2. การให้ความรู้ผ่านสื่อในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ วีดีโอ คลิป หนังสือ หนังสือโฆษณา การ์ตูน เพลงรณรงค์ให้ความรู้ทั้งเพลงไทยสากลและหมอลำ เพื่อนำไปใช้ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและวิธีการนำเสนอ
3. การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้เกิดกิจกรรมการให้ความรู้ทั่วถึง ต่อเนื่องไปถึงกลุ่มประชาชนในชุมชนอย่างรวดเร็ว เพราะทั้งเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอสม.นั้นเป็นคนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนก็ไว้วางใจด้วย เพราะเป็นคนที่อยู่ในชุมชนตลอดเวลา
4. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ต่อผู้สูงอายุในวันที่ผู้สูงอายุมารับเบี้ยผู้สูงอายุในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นการจัดกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งที่ยั่งยืน ไม่มีค่าใช้จ่าย และสามารถทำได้บ่อยๆ
5. การจัดทำปฏิทินให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ชนิดแขวนและตั้งโต๊ะ โดยภาพในปฏิทินเป็นภาพในหลวงและพระราชวงศ์ อีกส่วนหนึ่งก็เป็นการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เหตุที่เลือกทำปฏิทิน เพราะเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องใช้เป็นประจำ และทุกบ้านต้องมี ส่วนที่มีภาพในหลวงและพระราชวงศ์ก็เพราะเป็นภาพที่ทุกบ้านต้องมี จากการทำปฏิทินมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าเป็นที่ต้องการของประชาชน และมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากการทดสอบก่อนหลังนำปฏิทินมาใช้ 3 เดือน
6. การจัดกิจกรรม “สุขภาพดีเริ่มที่โรงเรียน” โดยสนับสนุนจากสำนักงานเขตการศึกษาและผู้บริหารโรงเรียน จัดกิจกรรมให้ความรู้ต่อครู ผู้บริหารโรงเรียน ผู้ปกครอง จัดกิจกรรมประกวดบอร์ดนิทรรศการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองโดยให้นักเรียนเป็นผู้จัดบอร์ดนิทรรศการ ให้ผู้ปกครองมาดูบอร์ดนิทรรศการที่ลูกเป็นผู้จัดบอร์ด มีการรณรงค์ในชุมชนร่วมด้วย เมื่อจบกิจกรรมมีมอบรางวัลให้โรงเรียนที่จัดบอร์ดนิทรรศการและกิจกรรมโดดเด่นในการประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองประจำปี ที่คณะแพทย์

7. การจัดทำหลักสูตรการเรียนวิชาสุขศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5, 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีการสอนในทุกโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น
8. การบรรยายโรคหลอดเลือดสมองที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อให้พระมีความรู้และสามารถนำไปเทศน์หรือบอกต่อผู้ที่ไปทำบุญที่วัด
9. การจัดทำสื่อออนไลน์ เช่น Facebook page หมอสมศักดิ์ และทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง, infographic การเขียนบทความลง blog ในเว็บไซต์ “หาหมอ.คอม”
10. การจัดทำ application “Fast Track หรือ เรียก รพพยาบาล” เพื่อให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น

ความพร้อมของโรงพยาบาล'

เนื่องจากโรงพยาบาลจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอายุรแพทยระบบประสาทไม่ครบ มีเพียง 11 จังหวัดจาก 20 จังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีเครื่อง CT scan ก็ไม่มีอายุรแพทยระบบประสาทเลย จึงต้องใช้วิธีการสอนและฝึกอบรมให้อายุรแพทย์มีความรู้และสามารถให้การรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke และพิจารณาการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

สิ่งแรกที่ต้องทำความเข้าใจกับทุกโรงพยาบาล คือ ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็วเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น onset to hospital ต้องสั้น และเมื่อมีเครื่อง CT scan ก็พร้อมที่จะให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลนั้นได้เลย

การจัดทำสื่อต่างๆ และแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เขตบริการ เพื่อให้การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาเดียวกัน ก็เป็นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลไปในตัว

ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหาร'

การพัฒนากระบวนการบริการโรคหลอดเลือดสมองให้เกิดขึ้นในแต่ละโรงพยาบาลนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะแต่ละโรงพยาบาลต้องเห็นความสำคัญ จึงจะมีนโยบายดังกล่าว และต้องทุ่มเทพยายามบุคคลและงบประมาณไม่มากนักน้อย ดังนั้นการพูดคุยกับผู้บริหารโรงพยาบาล สปสช. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็เป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมให้กับโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งการพูดคุยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เกษศกร นักกายภาพบำบัด และงานแม่บ้าน สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการทำกิจกรรมด้านอื่นๆ

การพัฒนาเครือข่ายการบริการ'

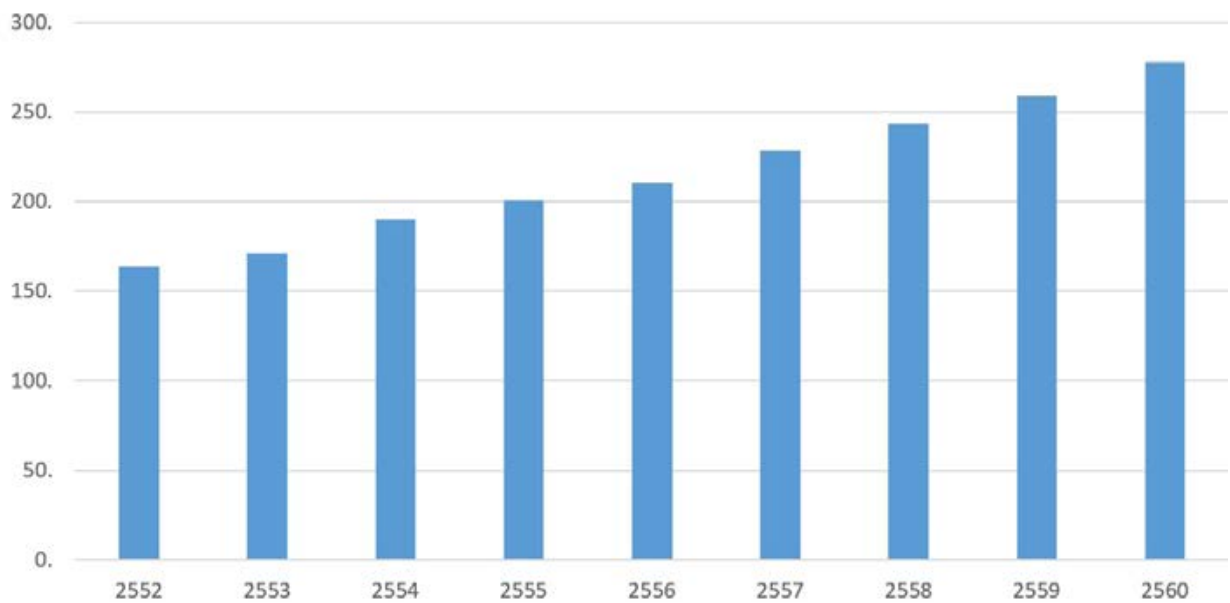
การสร้างเครือข่ายระบบบริการนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นมีข้อจำกัดที่สำคัญที่สุด คือ ระยะเวลาที่จำกัดต้องทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วที่สุด เพราะยิ่งเร็วยิ่งได้ผลการรักษาที่ดี จากข้อมูลพบว่าทุก ๆ 1 นาทีที่ผ่านไปเซลล์สมองจะสูญเสียไปจำนวน 2 ล้านเซลล์ หรือเทียบเท่ากับ 2 วันของชีวิตคน ดังนั้นทุกเวลาที่ผ่านไปจึงมีความสำคัญมาก ประกอบกับเราคงไม่สามารถทำให้ทุกสถานบริการมีแพทย์เฉพาะทางพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้ จึงต้องใช้วิธีการสร้างเครือข่ายคือ ทำให้ทุกสถานพยาบาลมีระบบการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ ภายใต้การพัฒนาและควบคุมคุณภาพให้ได้มาตรฐานเดียวกัน

จากปัญหาที่พบในเขตบริการสุขภาพที่ 7 และทุกๆ เขตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ความพร้อมในด้านทีมสุขภาพ เครื่องมือ และความรู้ของประชาชนผู้ป่วย ประกอบกับระยะเวลาที่ต้องรีบเร่งแข่งกับเวลาอย่างมาก ดังนั้นการสร้างเครือข่ายการให้บริการจึงน่าจะเป็นทางออกที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ไขปัญหาทั้งหมด และทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ดีที่สุด หลักการสร้างเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในเขต 7 คือ

1. การทราบสถานการณ์และปัญหาจริง ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้การแก้ไขหรือสนับสนุนได้ถูกต้อง

2. การให้ความรู้กับทีมที่มีอยู่ในแต่ละโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชนนั้นๆ
3. การพูดคุยกับทีมผู้บริหาร เพื่อให้เกิดเป็นนโยบายและให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
4. การใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครือข่าย เช่น สื่อให้ความรู้ ตัวอย่างของระบบต่างๆ จากส่วนกลางแล้วนำไปปรับให้เข้ากับแต่ละโรงพยาบาล
5. การใช้มาตรฐานระดับชาติเป็นเกณฑ์ในการพัฒนาและควบคุมคุณภาพด้านการบริการ
6. การสร้างระบบการให้คำปรึกษาที่ทำได้จริงตลอดเวลา 24 ชม. และถ้าเครือข่ายมีปัญหาด้านการดูแลรักษา หรือปัญหาอื่นๆ ทางแม่ข่ายก็ยินดีในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การรับผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือโรงพยาบาลขอนแก่น
7. การออกเยี่ยมเครือข่าย เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในทุกแง่มุม ยังเป็นการได้เห็นสถานที่จริง การทำงานจริง พูดคุยกับทีมงาน และผู้ป่วยด้วยถ้ามีโอกาส
8. การจัดกิจกรรมประชุมเพื่อพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
9. การติดตามตัวชี้วัดด้านให้บริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการแก้ไขปัญหาที่พบให้ลุล่วง และการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีขึ้น
10. การทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายการให้บริการ และ service plan ของเขตสุขภาพ

รูปแบบการทำงานในเครือข่ายนั้นจะทำงานกันด้วยความจริงใจและมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันทำงานเหมือนพี่น้อง เพื่อน ไม่ใช่ลักษณะหัวหน้ากับลูกน้อง จากการสร้างเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองในเขต 7 ก็ได้มีการขยายแนวคิดไปในเขตบริการสุขภาพต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ เขต 8, 9, 10 เมื่อดูผลการให้บริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมีอุบัติการณ์ที่พบสูงขึ้นมาตลอด 8 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2560 ดังรูปที่ 2



ผู้ป่วยต่อแสนประชากร	163.55	171.32	190.02	200.53	210.29	228.23	243.39	258.78	277.67
จำนวนผู้ป่วย	68,599	72,847	82,361	88,625	92,960	101,159	108,029	115,598	124,239

รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย acute stroke อายุตั้งแต่ 15 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ข้อมูลจาก ฐานข้อมูลด้านการบริการโรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2548-2560)

พบว่าผู้ป่วย acute stroke และ acute ischemic stroke ที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นเกือบ 2 เท่า เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าเมื่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เตียงที่รองรับผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่มขึ้น และยังมีการรักษาที่ต้องให้บริการอย่างรวดเร็ว คือ stroke fast track การให้ยา thrombolytic treatment ด้วยนั้น ทางผู้ให้บริการมีการปรับตัวและเตรียมระบบอย่างไรเพื่อให้เกิดความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วย จึงขอเสนอการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองและข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการระหว่างปี พ.ศ. 2552-2560

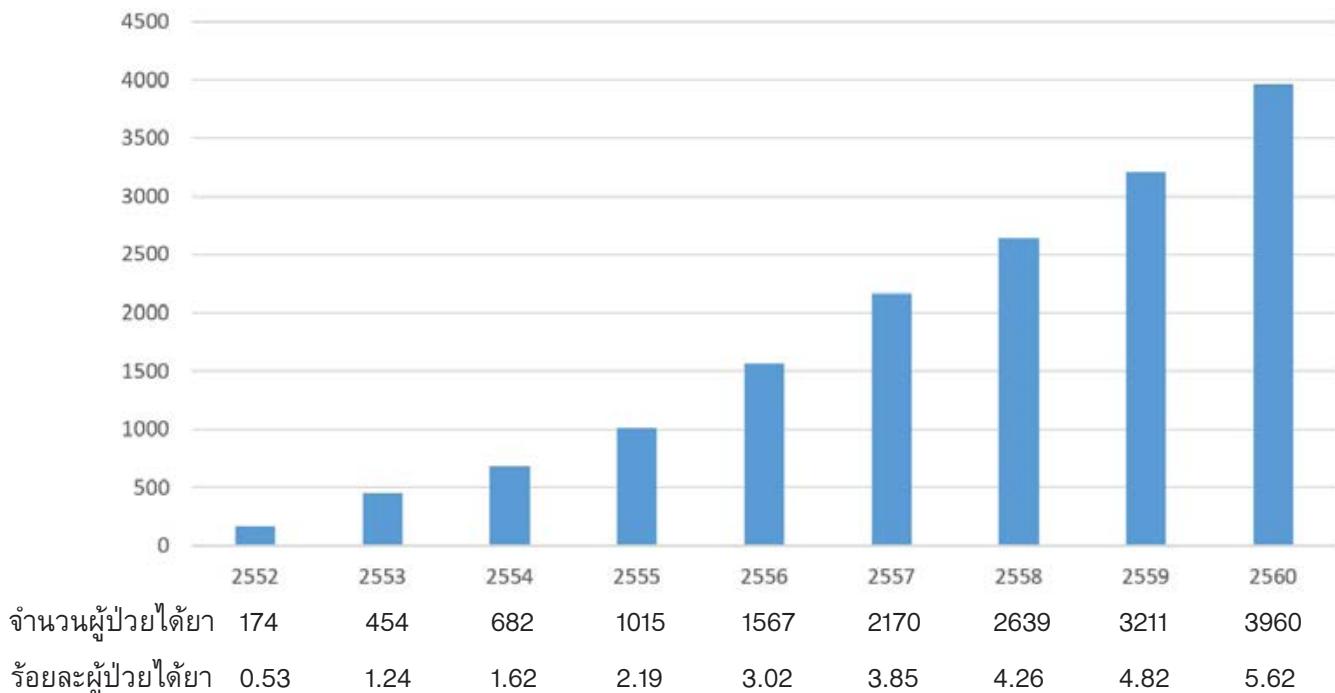
1. จำนวนผู้ป่วย acute stroke จากรูปที่ 2 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 68,599 คน เพิ่มเป็น 124,239 คน หรือเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวและถ้าคิดเป็นอุบัติการณ์ต่อประชากร 1 แสนคน จากปี พ.ศ. 2552 พบอุบัติการณ์ 163.55 เพิ่มขึ้นเป็น 277.67 ต่อแสนประชากร

ปี พ.ศ. 2560 ทางผู้ให้บริการได้มีการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว โดยการสร้างแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่มีเครื่องตรวจ CT scan เพื่อได้รับการประเมินการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ทั้งผู้ป่วยที่เข้าหรือไม่เข้า stroke fast track และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย ถ้ามี stroke unit ก็รับไว้ใน stroke unit ถ้าไม่มีก็รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยปกติ ให้การดูแลโดยใช้ care map เดียวกัน ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีจำนวนมากขึ้น แต่ก็ได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานทุกราย

2. จำนวนผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA จากปี พ.ศ. 2552 เพียง 174 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 3,960 ราย ในปี พ.ศ. 2560 หรือเพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 0.53 เป็นร้อยละ 5.62 ดังรูปที่ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการกำหนดนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน การสร้างเครือข่ายการบริการโรคหลอดเลือดสมอง และการกำหนดเป็น service plan ของกระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนและกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่ม stroke

awareness, stroke alert และการ activate stroke fast track ได้เพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยมาทัน stroke fast track ประมาณร้อยละ 25 - 40 โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่หายาละลายลิ่มเลือดได้นั้น ผู้ป่วยจะมาทัน stroke fast track ในอัตราที่สูงมากกว่าโรงพยาบาลจังหวัด



รูปที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

3. ทุกเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบ stroke fast track มาอย่างต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้จากอัตราการได้รับ

ยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

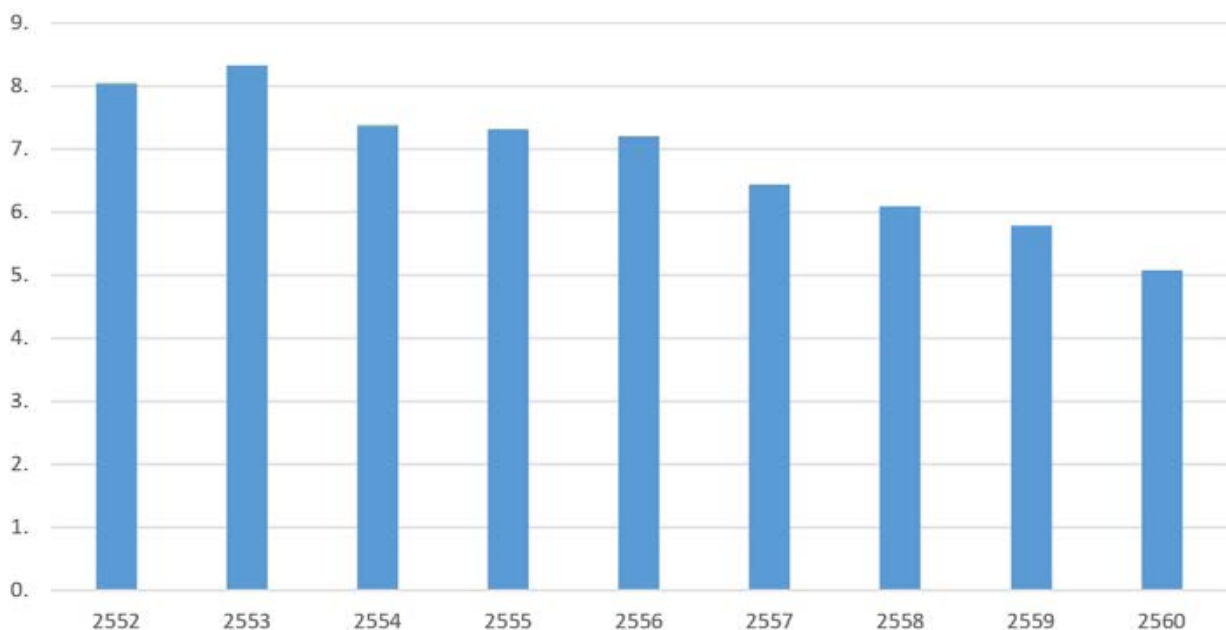
ตารางที่ 4 แสดงร้อยละผู้ป่วย acute ischemic stroke ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดตามเขตสุขภาพที่ 1-13

	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
เขต 1	0.27	1.61	3.08	3.24	5.04	5.47	5.15	6.39	7.65
เขต 2	0	0.21	1.54	2.31	4.41	7.73	6.79	6.88	7.21
เขต 3	0.05	0	0.07	0.3	1.05	2.91	3.78	3.19	4.72
เขต 4	2.43	2	5.19	5.44	5.23	5.82	5.26	5.46	4.78
เขต 5	0.04	0	0	0.43	0.98	1.97	2.01	3.54	4.6
เขต 6	0.69	5.17	1.51	1.65	2.15	2.83	3.47	3.3	4.22
เขต 7	0.41	1.94	2.77	4.18	4.3	4.79	5.98	5.98	7.95
เขต 8	0	0	0.49	2.82	5.3	5.04	6.55	5.41	5.43
เขต 9	0.47	0.25	1.04	1.86	2.14	2.27	2.71	3.73	4.2
เขต 10	0.05	0.49	0.5	0.17	0.41	2.12	3.29	4.64	7.76
เขต 11	0.38	1.13	1.7	2.49	2.4	3.5	3.55	4.27	3.65
เขต 12	0.46	0.35	0.95	1.5	3.2	3.51	4.33	5.25	6.06
เขต 13	1.04	1.17	1.62	1.9	2.62	3.15	3.51	5.28	6.16

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่าทุกเขตสุขภาพ มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานระดับนานาชาติ อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงทั้งประเทศ

4. ตั้งแต่การพัฒนาระบบ stroke fast track มาอย่างต่อเนื่องพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย acute ischemic stroke ในโรงพยาบาลลดลงอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2560 ลดลงร้อยละ 37 ดังรูปที่ 5 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากร้อยละ 8.05 ลดลงเหลือร้อยละ 5.07 น่าจะเป็นจากที่แต่ละโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาศักยภาพในการรักษา และให้การรักษาตาม care map ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาระดับนานาชาติ ส่งผลให้ผู้ป่วย acute ischemic stroke ได้รับการดูแลที่ดี ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง



ร้อยละการเสียชีวิต 8.05 8.33 7.37 7.31 7.19 6.44 6.09 5.78 5.07

รูปที่ 5 แสดงร้อยละของผู้ป่วย acute ischemic stroke เสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งประเทศ (ข้อมูลจาก ฐานข้อมูลด้านการบริการโรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2548-2560)

การร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วยในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน ถูกจัดอยู่นอกเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในระบบบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉินไม่มากนัก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประสานงาน และพัฒนาระบบการให้บริการร่วมกัน โดยการปรึกษาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ให้บริการหลักในจังหวัดขอนแก่น โดยต้องอธิบายให้ผู้กำหนดนโยบายการส่งต่อข้ามเขตบริการทราบว่าโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 4.5 ชม. นั้นเป็นภาวะฉุกเฉิน การเดินทางของผู้ป่วยถ้าใกล้โรงพยาบาลไหนก็สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นได้โดยไม่ต้องกังวลใจเรื่องการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลข้ามเขต

การสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยิ่งต้องทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศรีนครินทร์กับโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้เกิดการประสานและส่งเสริมความเข้มแข็ง หรือจุดเด่นของทั้ง 2 โรงพยาบาล กล่าวคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีความพร้อมด้าน

วิชาการ เครื่องมือ และความพร้อมของทีมสุขภาพ แต่ไม่มีโรงพยาบาลเครือข่ายขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่นนั้นมีโรงพยาบาลเครือข่าย การประสานงานกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระบบการส่งต่อที่ดี แต่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วย ดังนั้นถ้าทั้ง 2 โรงพยาบาลหลักทำงานร่วมกันอย่างดี ก็จะเป็นการเพิ่มความแข็งแกร่งให้ระบบบริการผู้ป่วยก็จะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐานระดับชาติได้สูงขึ้น

การทำงานของ 2 โรงพยาบาลให้เป็นเนื้อเดียวกัน โดยการคิดว่าทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลเดียวมี 2 ที่ตั้ง ผู้ป่วยใกล้โรงพยาบาลไหนก็เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ทำงานเป็นทีมเดียวกัน วางแผนร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาที่มีมาตรฐานระดับชาติ

การสร้างรูปแบบโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด'

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด การรักษาจะได้ผลดี มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ระยะเวลาเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ ดังนั้นการพัฒนาให้โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้มากที่สุดให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานระดับชาติและนานาชาติได้ จึงเป็นเป้าหมายหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการในเขตบริการสุขภาพที่ 7

การสร้างความเข้าใจให้กับโรงพยาบาลชุมชนว่า “โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร” ข้อความดังกล่าวนี้เป็นความจริง มิใช่พูดขึ้นมาเพื่อให้โรงพยาบาลมีความสำคัญขึ้น แต่โรงพยาบาลชุมชนนั้นอยู่ใกล้กับประชาชนมากที่สุด สามารถให้การดูแลที่ครบวงจรได้ตั้งแต่ การส่งเสริม ป้องกัน การเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่รวดเร็ว การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่มีระยะเวลา onset to needle ที่สั้นที่สุด ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุดและสามารถดูแลต่อเนื่องได้ดีที่สุด

การร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนแรกในภาคอีสาน โดยเริ่มจากการลงพื้นที่สำรวจความพร้อมด้านสถานที่ ระบบบริการ ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ เครื่อง CT scan และการตรวจ prothrombin time, INR ระบบการส่งต่อ ที่สำคัญคือ ความมุ่งมั่นของทีม ตั้งแต่ผู้บริหาร ทีมผู้ให้การรักษาพบว่าทุกอย่างมีความพร้อมหมด จึงเริ่มการจัดอบรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ กับโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าการให้ความมั่นใจในระบบการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงแรกมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะทางโรงพยาบาลชุมแพนั้นเริ่มจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนเลย ดังนั้นการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาและพร้อมในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญมาก ต่อมาเมื่อเริ่มมีประสบการณ์มากขึ้น การส่งเสริมให้ทางโรงพยาบาลชุมแพได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและการสร้างมาตรฐานให้สูงมากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเราเห็นว่าทางโรงพยาบาลมีความพร้อมอย่างดีและมีมาตรฐานที่สูงมาก ก็จะต้องส่งเสริมให้เป็นที่ดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับโรงพยาบาลที่จะเริ่มพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการเป็นวิทยากรให้ความรู้ต่อทีมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาระบบบริการในเขตพื้นที่รอบข้าง ซึ่งจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับโรงพยาบาลชุมแพ

การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้มีความพร้อมนี้ก็จะมีการขยายต่อไปในโรงพยาบาลชุมชนอื่นต่อไปเรื่อยๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 และภาคอีสาน ก่อให้เกิดความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ครบวงจรจริงๆ ประชาชนในภาคอีสานก็ได้รับการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

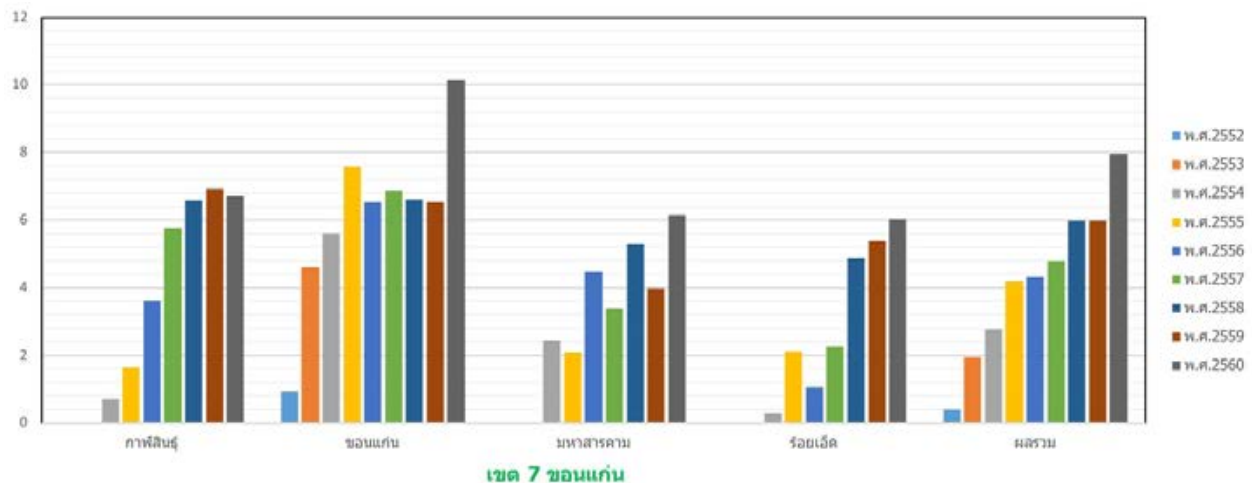
การพัฒนา stroke unit ในโรงพยาบาลจังหวัด'

การพัฒนาให้โรงพยาบาลจังหวัดมีระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานทั่วทั้งโรงพยาบาล และมีระบบการส่งต่อที่ดี มีเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นสิ่งแรกที่เราทำ และเพื่อให้การรักษาผู้ป่วย

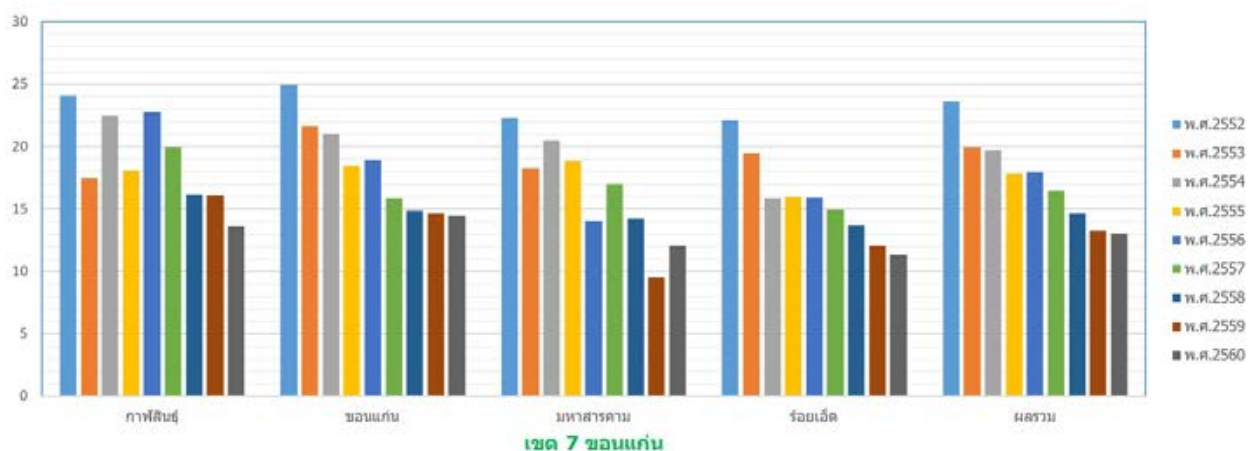
ในโรงพยาบาลเป็นระบบตามมาตรฐานระดับนานาชาติมากขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้มี stroke unit ที่มีแนวทางการรักษามาตรฐาน การเก็บข้อมูล การพัฒนาตัวชี้วัดที่ดีและบ่งถึงคุณภาพการบริการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันประสาท ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข²

ขั้นตอนแรก คือ การชี้ให้เห็นว่าการจัดตั้ง stroke unit นั้นมีความสำคัญ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลนั้นมีความเข้าใจและร่วมมือในการจัดตั้ง stroke unit ต่อมา คือ การชี้แจงต่อว่าสิ่งที่มีความสำคัญมากของ stroke unit คือ แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน (care map) กิจกรรมทางการพยาบาลที่ครบถ้วน กิจกรรม

ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแล มิใช่สถานที่สวยงาม ต่อมาก็คือพยายามหางบในการสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลสามารถจัดตั้ง stroke unit ได้ โดยการพยายามประสานกับ service plan เพื่อจัดสรรงบประมาณในการพัฒนา stroke unit และบุคลากร ซึ่งในปัจจุบันทุกโรงพยาบาลจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ก็ได้จัดตั้ง stroke unit ครบทั้ง 4 จังหวัด และได้ผ่านการประเมินระดับ 5 ดาวของกรมการแพทย์³ (standard stroke certified center: SSCC) อัตราการได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงแสดงดังรูปที่ 6 และ 7 ตามลำดับ



รูปที่ 6 แสดงอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ใช้สิทธิการรักษาโดยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ปีพ.ศ. 2552-2560



รูปที่ 7 แสดงอัตราการตายใน 30 วันในผู้ป่วยผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ใช้สิทธิการรักษาโดยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ปีพ.ศ. 2552-2560

การจัดตั้ง stroke unit นั้นส่งผลต่อมาตรฐานการรักษา³ และมีประโยชน์ชัดเจน ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้มาก ปัญหาที่พบบ่อย คือ จำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วย acute stroke ทุกคนเข้ารักษา จึงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในโรงพยาบาลให้สั้นลง ระบบการปรึกษาที่รวดเร็ว ลดขั้นตอนในทุก ๆ กิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ครบถ้วน และมีการส่งกลับเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน

การลงพื้นที่เยี่ยมเครือข่าย'

การสร้างเครือข่ายระบบบริการ คือ เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาที่เป็นมาตรฐานได้ ทุกพื้นที่โดยทีมสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่ดีในการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้นเราจึงต้องมีกระบวนการที่ทำให้ทุกคนมั่นใจว่าการให้บริการโดยเครือข่ายนั้นได้มาตรฐานเดียวกัน และทุกทีมสามารถแก้ไขปัญหาที่พบได้ สามารถสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น ดังนั้นการออกเยี่ยมเครือข่าย เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาที่พบ วิธีการแก้ไข สิ่งดี ๆ ที่ได้เรียนรู้ระหว่างกัน การนำสิ่งที่ได้พบเห็นนั้นมาปฏิบัติในโรงพยาบาล หรือชุมชนอื่น ๆ ที่ต่างพื้นที่กัน ตัวอย่าง เช่น การลงพื้นที่โรงพยาบาลกมลาไสย จ.กาฬสินธุ์มีการทำนามบัตรให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจพกติดตัว เพื่อที่จะได้เข้าถึงระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเราได้นำกรณีนี้มาพูดคุยกันในเครือข่าย เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ยอดเยี่ยมสามารถทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ดี และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ดังนั้นเราจึงนำมาขยายผลให้ทุกโรงพยาบาลมีนามบัตรโรคหลอดเลือดสมองไว้ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แม้ชายจึงได้จัดทำนามบัตรจำนวน 1 แสนใบให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้ง 4 จังหวัด

ดังนั้นการออกเยี่ยมเครือข่ายนั้นเป็นการขยายผลของการพัฒนาระบบบริการให้ก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว การออกเยี่ยมเครือข่ายไม่ได้มีวัตถุประสงค์

เพื่อการจับผิด หรือประเมินว่าแต่ละโรงพยาบาลต้องแก้ไขอะไร จึงเป็นสิ่งที่ทุกเครือข่ายควรออกเยี่ยมเครือข่ายเป็นประจำ และมีการสรุปประเด็นต่าง ๆ ในการเรียนรู้

การทำงานด้วยแนวคิด All for Health'

ทุกคนคงเคยได้ยิน Health for All before 2000 หรือ สุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 ซึ่งปัจจุบันก็ล่วงเลยมานาน ดังนั้นถ้าเรามาช่วยกันทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีด้วยแนวคิด All for Health คือ ทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้นเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 จึงใช้หลักการทำงานทุกอย่างเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งหมด เราจะเชื่อมโยงหรือบูรณาการให้ทุกกิจกรรมที่ทำ ไม่ว่ากิจกรรมนั้นจะเป็นกิจกรรมของทีมสุขภาพหรือของหน่วยงานอื่น ๆ เราก็จะทำให้เชื่อมโยงกับโรคหลอดเลือดสมองหรือสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพตลอดเวลา

โครงการ “สุขภาพดีเริ่มที่โรงเรียน” โดยมีแนวคิดที่ว่าอยากให้เด็กไทยในวันนี้เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ในอีก 40-50 ปีข้างหน้าจะเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จัก stroke fast track และรู้จักการป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประสานงานกับสำนักงานการศึกษา ระดับประถมศึกษา เพื่อให้มีการอบรมตัวแทนครูทั่วทั้งจังหวัดขอนแก่นให้มีความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จะได้สอนนักเรียนต่อไปได้ถูกต้อง ต่อจากนั้นให้นักเรียนจัดกิจกรรมและบอร์ดนิทรรศการโรคหลอดเลือดสมองในโรงเรียนและชุมชน เชิญผู้ปกครองมาร่วมกิจกรรม และมีการประเมินผลของกิจกรรมดังกล่าว มีการประกวดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งกิจกรรมนี้สามารถนำไปขยายผลได้ในทุกชุมชน เป็นการสร้าง stroke awareness และสร้างให้คนรุ่นใหม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

โครงการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุในวันรับเบี้ยผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมนี้ก็เป็นตัวอย่างในการทำกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมของหน่วยงานอื่น ๆ นอกจากทีมสุขภาพให้มาร่วมกับทีมสุขภาพได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณใดๆ เลย นอกจาก

เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. หรือของโรงพยาบาลชุมชน ไปร่วมกิจกรรมดังกล่าวเท่านั้น

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการแจกปฏิทินบริเวณ สีแยกไฟแดง เพื่อเป็นการรณรงค์ให้เกิด stroke awareness เป็นวงกว้าง และเข้าถึงประชาชนที่เดินทาง

Fast Track Application'

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วย และญาติไม่ทราบว่าโรงพยาบาลไหนให้การรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดได้หรือไม่ ประกอบกับประชาชน ยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ มาก ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่มาก จึงเป็น ที่มาของการคิด fast track application เพื่อตอบโจทย์ ข้างต้นให้ได้ คือ การให้ความรู้ที่ต่อเนื่องถึงคนไทยทุก คน สามารถบอกโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดได้ และการติดต่อหรือใช้ระบบการ แพทย์ฉุกเฉิน 1669 แทนการโทรศัพท์

ปัจจุบันมีผู้ใช้ application นี้มากกว่า 50,000 คน และมีการใช้ระบบเรียกรถพยาบาล 1669 เกือบทุกวัน ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ใช้ใน application นี้ มีการเชื่อมเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน application 1669 มีเจ้าหน้าที่ของทุกจุดบริการด้านการแพทย์ ฉุกเฉินทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนกลางตลอดเวลา ดังนั้น application นี้สามารถเพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษา โรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น เพราะเพิ่ม stroke awareness, dispatch และ delivery สู่วิทยาลัยได้ ถูกต้อง

การขยายแนวคิดสู่ภาคอีสาน'

เมื่อระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่เขต บริการสุขภาพที่ 7 ได้เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีผู้ป่วยเข้าถึง ระบบการรักษาและได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน เดียวกัน ดังนั้นเราจึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยาย แนวคิดดังกล่าวข้างต้นไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ในภาค อีสาน เพื่อให้เกิดการเชื่อมของระบบบริการดังกล่าวไป ทั่วภาคอีสาน และเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่สนใจ ก่อให้เกิด

การเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้นทั่วทั้งอีสาน และมี แนวทางการทำงานร่วมมือกัน เพื่อบรรลุเป้าหมาย เดียวกัน คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานระดับชาติ และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนอีสาน และคนไทย ทั่วทั้งประเทศ

การขยายแนวคิดนี้ผ่านกิจกรรมในหลายรูปแบบ เช่น การประชุมวิชาการหรือที่ผมเรียกว่า lecture tour เพราะผมเดินทางไปทั่วทุกจังหวัดในภาคอีสาน เพื่อการเผยแพร่แนวคิดดังกล่าว ซึ่งก็พบว่าทุกโรง พยาบาลในภาคอีสานทุกระดับ มีความตั้งใจอย่างมาก ในการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track การเผย แพร่แนวคิดผ่านบทความวิชาการ social media หนังสือ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การลงเยี่ยม พื้นที่ และทุกครั้งที่ผมได้มีโอกาสในการเล่าประสบการณ์ การทำงานให้ใครฟังก็ตาม ก็จะต้องเล่าเรื่อง stroke fast track ให้ทุกคนฟังด้วยความสุข

เครือข่ายการรักษาเริ่มได้จากทุกคน'

คงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่า เมื่อเรามีอาการเจ็บ ป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น สิ่งที่คุณต้องการมาก ที่สุด คือ การหายจากอาการเจ็บป่วยเร็วที่สุด ผู้ป่วย ส่วนหนึ่งจึงต้องการการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดย เฉพาะ ในบางกรณีโรคนั้นๆ ก็ให้การวินิจฉัยได้ยาก รักษาที่ยาก มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง แต่ด้วยระบบการรักษาของ เราในปัจจุบัน จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การกระจายตัว ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้การเข้าถึงการรักษาด้วย แพทย์เฉพาะทางนั้นทำได้ไม่ถนัดนัก จึงเกิดปัญหา ในการรักษาพยาบาลมากพอสมควร ทั้งในส่วนของ ผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

การเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยการเพิ่ม ตำแหน่งในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ก็เป็นวิธีหนึ่ง ที่จะเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ แต่ก็ต้องรอเวลา และการทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นคงอยู่ใน โรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์ ก็เป็นปัญหาอีกระดับหนึ่ง ปัจจุบันจึงมีการสร้างเครือข่ายในการรักษาโรคที่ เป็นปัญหาเร่งด่วน เช่น โรคหรือภาวะที่ต้องการการรักษา แบบเร่งด่วน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ถือว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข

ให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้อย่างมากขึ้นและทันเวลา จึงต้องใช้วิธีการแก้ปัญหาในหลายๆ วิธี ทั้งการกำหนด เป็นนโยบายของประเทศ การส่งเสริมและกำกับติดตาม จากองค์กรต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และการสร้าง เครือข่ายการรักษาก็เป็นวิธีหนึ่งที่ได้นำมาใช้ในการร่วมมือกันในการพัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคดังกล่าว ข้างต้น

การสร้างเครือข่ายนั้นเริ่มจากที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามาสนับสนุนให้เกิดทีม และระบบในการบริการผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค มีการระดมความคิดเห็นจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับ พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมกำหนดแนวทางในการรักษาที่เหมาะสม และความเป็นไปได้ในแต่ละพื้นที่ กำหนดหน้าที่ให้ชัดเจนของแต่ละบุคคล แต่ละทีม โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการประสานงานในทุกๆ ด้าน ที่เรียกว่า case manager มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม และมีการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละเขตพื้นที่สุขภาพ

การทำงานของแต่ละทีมเริ่มจาก

1. การรวบรวมปัญหา
2. กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
3. กำหนดตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายในการแก้ปัญหา
4. การทบทวนแนวทางการรักษาของนานาชาติ ของประเทศ และนำมาปรับให้เข้ากับความพร้อมของแต่ละสถานพยาบาล
5. สร้างระบบการส่งต่อที่เกิดจากการตกลงกันในเขตบริการและเครือข่ายการบริการนั้นๆ

การพัฒนาระบบเครือข่ายการบริการเฉพาะโรคนั้นทำให้

1. เกิดการพัฒนาของรูปแบบการทำงาน
2. การร่วมมือกันอย่างเป็นจริงของทุกทีม
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาเดียวกัน
4. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ดีขึ้น ง่ายขึ้น
5. เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
6. สร้างความเข้มแข็งให้ทีมบริการ

การทำงานในรูปแบบเครือข่ายนั้นทำให้ทุกทีมทุกระดับเกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกิดการพัฒนา

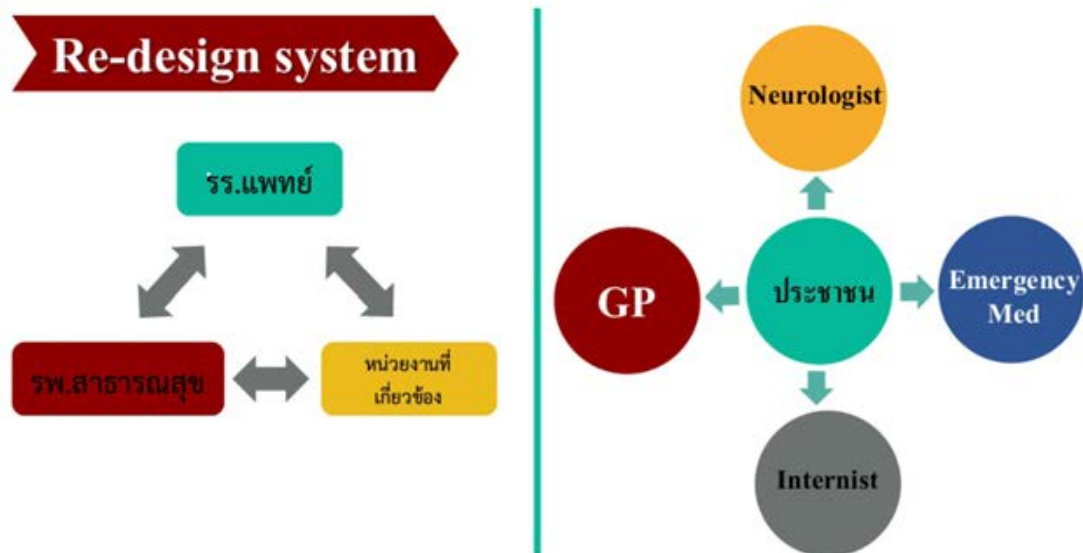
ตนเองและพัฒนาวิธีการทำงานที่เป็นรูปธรรม เกิดการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวออกมาใช้อย่างเต็มที่ และเกิดการเรียนรู้ระหว่างกันทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

ขอยกตัวอย่างของการพัฒนาเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองหรือ stroke fast track ของเขตบริการสุขภาพเขต 7 ร้อยแก่น สารสินธุ์ และของภาคอีสาน (เขตบริการสุขภาพที่ 8,9,10) เพื่อเป็นกรณีศึกษา ดังนี้

เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2551 โดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นแม่ข่ายเริ่มต้นเปิดบริการ stroke fast track ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อน และในปีต่อมาได้ขยายต่อไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อบรบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จนสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั้งจังหวัดขอนแก่น และได้ขยายเครือข่ายจนครบทั้ง 4 จังหวัด คือ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์

โดยแนวทางในการรักษานั้นใช้แนวทางเดียวกันทั้ง 4 จังหวัด วิธีการคัดกรอง การตรวจร่างกาย การตรวจเลือด เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรักษาทุกอย่างใช้แนวทางเดียวกันทั้งหมด โรงพยาบาลไหนที่มีอายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) ทางอายุรแพทย์ระบบประสาทก็เป็นหัวหน้าทีม (ศรีนครินทร์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีอายุรแพทย์เป็นหัวหน้าทีม การสร้างเครือข่ายได้ขยายวงกว้างสู่โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลภูผินารายณ์ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง และล่าสุด คือ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นโดยเครือข่ายมีเป้าหมาย คือ การขยายการบริการให้ทั่วถึงทุกพื้นที่มากที่สุด เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการให้สั้นที่สุด

วิธีการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว ใช้แนวคิด re-design คือ การทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถเข้าถึงผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายขึ้น โดยผ่านระบบการสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดระยะเวลาดังแต่มีอาการผิดปกติจนเข้าถึงระบบการรักษาที่ได้มาตรฐานเดียวกัน ตามแนวทางการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งเขตบริการแสดงดังรูปที่ 8



รูปที่ 8 แสดงการสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลไหนที่มีอายุรแพทย์ หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ที่สนใจ ร่วมกับมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล หรือในชุมชนนั้น ทีมแม่ข่ายก็จะลงไปสร้างความพร้อม อบรมความรู้ พัฒนาระบบและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลนั้นๆ อีกด้วย การทำแบบนี้ ก็จะเท่ากับการเพิ่มเครือข่ายการบริการให้ขยายวงกว้างมากยิ่งขึ้น

แนวทางการสร้างเครือข่ายนี้ได้มีการพัฒนาไปพร้อมๆ กับเขตสุขภาพที่ 8, 9, 10 ทั้งทั้งภาคอีสานจนทำให้ภาคอีสานเป็นภาคแรกที่โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลอยู่ในเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือด

สมอง และทุกจังหวัดสามารถให้บริการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบทุกจังหวัด และอีก 16 โรงพยาบาลชุมชน สิ่งที่ได้สร้างความรู้ใหม่กับเครือข่ายของเราในภาคอีสาน คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็สามารถให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใต้การให้คำปรึกษาของประสาทแพทย์ ซึ่งทำสำเร็จที่โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ และการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยแพทย์ฝึกหัด (intern) ภายใต้การให้คำปรึกษาของอายุรแพทย์ ในโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ

การสร้างเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลักการดังรูปที่ 9

NETWORK การสร้างเครือข่ายสำคัญมาก

N : National standard

E : Engagement

T : Teamwork

W : Work together

O : Organization

R : Reach target

K : Knowledge management



รูปที่ 9 หลักการสร้างเครือข่าย

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

จากฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดสูงขึ้น

อัตราการเสียชีวิตลดลงโดยเฉพาะผู้ป่วย cerebral infarction แต่ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage นั้นยังต้องการการพัฒนากระบวนการรักษาให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก ดังตารางที่ 5¹

ตารางที่ 5 แสดงความชุกอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเทศระหว่าง ปี 2552-2561

ผู้ป่วยที่รับ รักษาใน โรงพยาบาล	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
โรคหลอดเลือด สมอง (stroke)*	172.25	179.78	199.15	210.07	220.61	239.32	253.85	269.9	289.6	286.58
ผู้ป่วย cerebral infarction*	163.55	171.32	190.02	200.53	210.29	228.23	243.4	258.83	278.48	276.32
ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage*	56.12	55.74	64.67	64.64	64.55	69.56	71.31	74.2	79.25	76.27
ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย stroke	14.77	14.73	14.20	14.06	13.49	12.67	12.22	11.75	11.02	10.58
ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย cerebral infarction	8.05	8.33	7.37	7.31	7.19	6.44	6.09	5.78	5.06	4.76
ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage	29.26	29.77	28.73	29.65	29.33	28.40	28.20	27.79	26.88	26.81
ร้อยละการได้ รับยาละลาย ลิ่มเลือด	0.53	1.24	1.62	2.19	3.02	3.85	4.26	4.82	5.77	6.45

หมายเหตุ : * อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากร 100,000 คน อายุตั้งแต่ 15 ปี สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังนั้นเขตบริการสุขภาพที่ 7 จึงได้มีแนวทางในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย stroke แบบครบวงจร และได้มาตรฐานเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการว่าผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ใด จะได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน ด้วยการพัฒนาเครือข่ายบริการให้ได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน provincial health care network certification: PNC

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มพบเป็นปัญหามากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และระบบการรักษาด้วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาให้พร้อมบริการทั่วประเทศ ซึ่งรูปแบบการพัฒนาระบบบริการที่ทำให้เกิดการบริการได้ทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว คือ การสร้างเครือข่ายระบบบริการ ซึ่งการสร้างเครือข่ายนั้นต้องมีความจริงจัง และตั้งใจอย่างต่อเนื่อง ต้องพัฒนาในทุกจุดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการ ดังนั้นเราจะเห็นว่าการสร้างเครือข่ายนั้นสามารถเริ่มได้ทุกที่ เริ่มได้ในทุกทีม เริ่มได้ในทุกโรงพยาบาล เริ่มได้ในทุกระดับของการให้บริการ เรามาเริ่มการสร้างเครือข่ายกันเถาะครับ โดยเริ่มต้นที่ตัวเราเองทุกคน

องค์ความรู้ใหม่

จากการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การสร้างเครือข่ายทั้งเครือข่ายสาธารณสุขและไม่ใช่อุตสาหกรรม สุข ทุกภาคส่วนมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น การสร้างความรู้ ความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน สังคมนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดียิ่งขึ้น การทำงานตาม service plan และมีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหนึ่งที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเขต 7. ใน: กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, นรณฤทธิ์ เกษมทรัพย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า, บรรณาธิการ. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ (Management of stroke patients in clinical practice). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2561. หน้า 171-188.
2. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, กรมการแพทย์ทหารบก, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: 2550.
3. กรมการแพทย์. แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaianeuroinfo.com/th/wp-content/uploads/2018/12/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5-%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-1-2561.pdf>