

14 ปี เส้นทาง การเรียนรู้และพัฒนา Stroke Fast Track ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่มา

Stroke Fast Track (SFT) เริ่มมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ได้เริ่มสนับสนุนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2550 โดยช่วงเวลา 6 เดือนแรกนั้น เริ่มต้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่¹ เช่น โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และ 6 เดือนหลังเริ่มขยายสู่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัด ดังนั้นโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้เริ่มเปิดบริการเมื่อ 1 พฤษภาคม 2551 พร้อมมีเตียงรองรับผู้ป่วยใน (stroke corner) จำนวน 4 เตียง²

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2551 มีผู้ป่วย acute ischemic stroke มารับการรักษาจำนวน 242 คน โดยมาทันเวลาเข้าสู่ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue plasminogen activator (rtpa) จำนวนเพียง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 เท่านั้น ทีมผู้ให้บริการจึงได้ทบทวนหาสาเหตุว่า เพราะเหตุใดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันเวลาจึงมีจำนวนน้อยมาก จึงเป็นที่มาของการออกแบบระบบบริการใหม่ คือ START ประกอบด้วยหลักการทำงาน 5 ข้อ ดังนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาทันเวลา

S : Service mind

T : Teach

A : Agility and Ability

R : Re-design

T : Target

Service mind คือ การให้การบริการด้วยความเต็มใจ ด้วยความสุขของผู้ให้บริการ ทีมสุขภาพทุกคน จะรีบให้การรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และมี

ประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ

Teach คือ การสอนของผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ต่อทีม และเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกคน ทุกทีม ทุกเครือข่ายนั้นมีความสามารถ และเกิดการเรียนรู้ระหว่างกันให้มากที่สุด

Agility และ Ability คือ ทีมผู้ให้การรักษานั้น มีความสามารถสูงขึ้น เพื่อให้เกิดความคล่องตัว หรือที่เรียกว่า up skill เพราะทีมผู้ให้บริการทุกคนนั้นไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก SFT นั้นเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับทุกคน รวมทั้งตัวผู้เขียนด้วย ดังนั้นทุกๆ คนต้อง up skill ของตนเอง โดยการเรียนรู้ที่มากขึ้น และปรับตัวอย่างดี เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ที่สำคัญ ต้องมีความปลอดภัยด้วย ซึ่งในขณะนั้นอายุรแพทย์ระบบประสาทยังมีไม่ครบทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงจำเป็นต้องให้อายุรแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ผู้สนใจที่มีความรู้ ความสามารถเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย SFT และสามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ ภายใต้การให้คำแนะนำและติดตามอย่างใกล้ชิดจากอายุรแพทย์ระบบประสาทที่เป็นแม่ข่ายของระบบบริการ

Re-design คือ การออกแบบระบบเพื่อให้ทีมผู้ให้การรักษาเข้าถึงผู้ป่วย หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายขึ้น ซึ่งก็เท่ากับเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น รู้จัก SFT มากขึ้น ถ้าเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท สงสัยว่าจะเป็นโรค stroke ก็เข้าสู่ระบบ SFT หรือ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนการออกแบบระบบให้อายุรแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency physician) และพยาบาลทั่วไปมีความรู้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย SFT ได้

Target คือ การกำหนดเป้าหมายในการออกแบบระบบบริการ SFT ที่ชัดเจน คือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ SFT ได้มากที่สุด เร็วที่สุด และก่อให้เกิดความปลอดภัย และมีโอกาสหายสูงสุด เพื่อลดการเสียชีวิต ความพิการให้ได้มากที่สุด

การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการ SFT ที่ทำได้อย่างรวดเร็ว คือ การสร้างเครือข่ายระบบบริการ หรือ network

Network คืออะไร

มีผู้กล่าวเชิงเปรียบเทียบว่า network คือการบวกเลขผิด ถ้า $1+1=2$ ก็ไม่ใช่ network ความหมายของผมในที่นี้ คือ การพัฒนาระบบบริการที่ทำให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพ 1 ทีมสามารถรักษาผู้ป่วยได้ 100 คน ถ้า 2 ทีมก็ต้องให้การรักษามากกว่า 200 คน เช่น 1000 คน และสามารถให้การรักษาได้ทั่วถึงทุกพื้นที่ และสร้างทีมการให้บริการในทุกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการบริบาลผู้ป่วย แทนทีมแพทย์เฉพาะทาง

ทำไมต้องสร้าง network

เหตุผลหลักที่ทำให้ต้องสร้าง network ในการรักษาผู้ป่วย acute stroke ก็คือระยะเวลาที่มีจำกัดในการรักษาผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเป็น acute ischemic stroke ต้องให้ยา thrombolytic agent ให้เร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 270 นาที และยิ่งเร็วที่สุดเท่าไรก็ยิ่งดี เพราะเวลาทุกๆ 1 นาทีที่ผ่านไป เซลล์สมองจะสูญเสียไป 2 ล้านเซลล์ เทียบเท่ากับชีวิตผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตสั้นลงไป 2 วัน ดังนั้นการทำให้โรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่มีความยินดีในการพัฒนาศักยภาพให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ เพราะการทำให้แพทย์และทีมในโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ย่อมได้ผลดีที่สุด

การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการ SFT ที่ทำได้อย่างรวดเร็ว คือ การสร้างเครือข่ายระบบบริการ โดยโรงพยาบาลที่มีอายุแพทย์ระบบประสาทเป็นแม่ข่าย และโรงพยาบาลที่ไม่มีอายุแพทย์ระบบประสาทเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย จึงเกิดการสร้างเครือข่ายระบบบริการ SFT ทั่วประเทศไทย โดยใช้หลักการ

NETWORK ดังนี้

N : National standard

E : Engagement

T : Teamwork

W: Wisdom

O : Organization

R : Reach target

K : Knowledge management

National standard คือ การนำมาตรฐานระดับชาติของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง คือ Standard Stroke Certified Center: SSCC มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาโรงพยาบาลในเครือข่ายให้มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ซึ่งแนวทางในการรักษาโรคนั้นก็ต้องใช้แนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานของประเทศไทยมาใช้เช่นเดียวกัน

Engagement คือ การให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ SFT ทุกคน ทุกทีมให้ความร่วมมือกันในการแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้การบริการนั้นมีประสิทธิภาพ และมีความครอบคลุมในทุกด้าน

Teamwork คือ การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ โดยทุกคนในทีมมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การทำให้ผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถเข้าถึงระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง SFT ได้เร็วที่สุด มากที่สุด เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

Wisdom คือ การนำองค์ความรู้ที่เกิดจากแต่ละทีม แต่ละพื้นที่นำมาพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำมาพัฒนาระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

Organization คือ ทุกหน่วยงานที่ให้การบริการ SFT นั้นมีการพัฒนาองค์กรที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ผู้ป่วยทุกคน ทุกพื้นที่ต้องมีโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการ SFT ที่มีมาตรฐานระดับชาติได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

Reach target คือ การพัฒนาระบบบริการ SFT ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่แบบไร้รอยต่อ เพื่อให้การบริการ

SFT นั้นบรรลุเป้าหมาย คือ การเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐาน อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าผู้ป่วยคนนั้นจะอยู่ที่พื้นที่ไหน สิทธิการรักษาอะไร ฐานะเป็นอย่างไรก็ตาม ทุกคนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 และพื้นที่ข้างเคียงต้องสามารถเข้าถึงระบบบริการ SFT และได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน

Knowledge management คือ การจัดการองค์ความรู้ของแต่ละทีมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้องค์ความรู้ที่เกิดจากการพัฒนาภูมิปัญญาของแต่ละทีม และมีการนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

เครือข่ายประกอบด้วยอะไรบ้าง

องค์ประกอบของเครือข่ายที่สำคัญ คือ 1. ระบบบริการ 2. ทีมสุขภาพ 3. ประชาชนและผู้ป่วย

1. ระบบบริการ เนื่องจากการบริการในอดีตไม่มีระบบทางด่วนดังกล่าว และในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านก็ไม่มีฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบดังกล่าว จึงต้องมีการถ่ายทอดความรู้ต่ออายุรแพทย์ แพทย์ระบบประสาท แพทย์ฝึกหัดและผู้เกี่ยวข้อง ประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

1. Stroke Fast Track คืออะไร
2. ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) คืออะไร
3. Stroke Fast Track ต่างกับ Stroke Unit อย่างไร
4. ขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track
5. Stroke Fast Track ต่างกับ rt-PAอย่างไร
6. Stroke Fast Track ทำไมต้องมีระบบนี้
7. และทำไมทุกสถานบริการต้องมีระบบ Stroke Fast Track

สิ่งที่ยากที่สุด คือ การสร้างความมั่นใจให้กับทีมบริการ Stroke Fast Track โดยใช้ Slogan ในการพัฒนาทีมบริการ เช่น “Stroke Fast Track ไม่ยากอย่างที่คิด” และ “ไม่มีอะไรที่ทำได้ถ้าเราต้องการทำ” ดังนั้นในช่วงแรกของการเปิดบริการ จึงต้องพร้อมในการให้คำปรึกษาเครือข่ายตลอดเวลาเพื่อสร้างความมั่นใจ

บุคคลที่มีความสำคัญอีกท่าน คือ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล เพราะระบบ Stroke Fast Track นั้นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้บริหาร เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องค่อนข้างมากและต้องเป็นนโยบายของหน่วยงาน

2. ทีมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุด ถึงแม้ระบบจะดีแต่ถ้าทีมไม่พร้อมก็จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการ ทีมสุขภาพประกอบด้วยบุคคลทุกคนในโรงพยาบาล ตั้งแต่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้รับผิดชอบ พยาบาล และทีมในห้องฉุกเฉิน การคัดกรอง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่นำส่งเลือด เวิร์เพล เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และอื่นๆ อีกจำนวนมาก ทุกคนต้องมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การทำงานให้เร็วที่สุด มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผลการตรวจรักษาประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นแพทย์ในฐานะผู้นำทีมต้องจัดการองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับทีมงานทุกคน ทุกหน้าที่ ทุกระดับ ให้ครบถ้วน และต้องมีการทบทวนประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการตื่นตัวและการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา **ที่สำคัญในฐานะหัวหน้าทีม ต้องแสดงให้เห็นว่ามีภาวะผู้นำ การทุ่มเทและทำจริงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เมื่อเกิดปัญหาต้องพร้อมในการร่วมแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว**

หลักการทำงานของทีมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คือ “**กัดไม่ปล่อย ค่อยๆ เริ่ม เพิ่มเครือข่าย จำหน่ายอย่างรวดเร็ว**”

กัดไม่ปล่อย หมายความว่า ถ้าเกิดปัญหาใดในการทำงานต้องพยายามแก้ไขให้ได้ โดยไม่ยอมให้ปัญหานั้นๆ เกิดขึ้นอีก ถ้ามีอุปสรรคใดๆ เกิดขึ้นก็ต้องไม่ยอมแพ้ ต้องหาทางออกให้ได้

ค่อยๆ เริ่ม หมายความว่า การทำงานจะค่อยๆ เริ่มจนทีมเกิดความมั่นใจและสามารถทำได้สำเร็จ จึงค่อยๆ ขยายงานให้มากขึ้น รวมทั้งการเปิดบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเบื้องต้นเปิดบริการเพียง stroke corner 4 เตียง เมื่อมีความพร้อมมากขึ้นก็ค่อยๆ พัฒนาเป็น stroke unit ในภายหลัง

เพิ่มเครือข่าย หมายความว่า การขยายเครือข่าย

การบริการให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ทุกพื้นที่ และให้เกิดการทำงานในทุกทีมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่สมบูรณ์ครอบคลุมในทุกด้าน ทุกพื้นที่และมีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริง

จำหน่ายอย่างรวดเร็ว หมายความว่า เมื่อทางโรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วย acute stroke ทุกสายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องให้การรักษาที่ครบในทุกขั้นตอน รวมทั้งการรักษาในระยะยาว การฟื้นฟู ดังนั้นจึงต้องมีการส่งกลับ เพื่อให้การรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่อพ้นภาวะอันตรายแล้ว ก็จะทำให้สามารถรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาได้ทุกสาย และการรักษาใกล้บ้านก็ทำให้มีประสิทธิภาพและความสะดวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการพบแพทย์

3. ประชาชนและผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การที่ทีมบริการมีความพร้อม ระบบพร้อมให้บริการ แต่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการ คือ มาช้าไม่ทันระยะเวลา 270 นาทีชีวิต ก็ไม่มีประโยชน์ใดๆ ดังนั้นต้องพยายามทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา ระบบบริการ Stroke Fast Track การป้องกันการเป็นซ้ำ การรักษาระยะยาว การฟื้นฟูสภาพสิ่งสำคัญที่สุด คือ ต้องให้ประชาชนมีความตระหนักในโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาด้วยระบบ Stroke Fast Track

เครือข่ายการบริการโรคหลอดเลือดสมองนั้น ก่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ seamless ระบบต้องออกแบบให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงระบบบริการ SFT ได้ภายในเวลา 60 นาที (ต่อมาลดลงเหลือ 45 นาที) หรือทุกระยะทาง 60-80 กิโลเมตรนั้น ต้องมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด³

การพัฒนาาระบบบริการ SFT เพื่อคนไทยทุกคน นั้น สิ่งที่เราต้องคำนึงถึง คือ ความแตกต่างของศักยภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคล และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ จึงเป็นเรื่องไม่่ง่ายที่เราจะสามารถพัฒนาระบบบริการดังกล่าวให้มีความพร้อมเท่าเทียมกัน ดังนั้นทีมต้องมีการวางแผนการทำงาน ให้เกิดรูปแบบที่คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ ซึ่งก็คือ การสร้างเครือข่ายระบบบริการ หรือ network ซึ่งทั้งแม่ข่าย และ

ลูกข่ายต้องมีมาตรฐานการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน โดยยึดหลัก STANDARD ดังนี้

S: Seamless

T: Timeless

A: Awareness

N: Network

D: Drug available

A: Ability

R: Referral system

D: District health system

Seamless คือ การบริการแบบไร้รอยต่อ ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องสามารถเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ณ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพและใกล้ที่สุด โดยทุกๆ 60-80 กิโลเมตร ควรมีโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นในแผนการให้บริการ (service plan) ต้องมีการวางแผนให้เกิดการบริการแบบ seamless เกิดขึ้นให้ได้ ก็จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

Timeless คือ การลดขั้นตอนต่างๆ ที่ไม่สำคัญให้เหลือเฉพาะขั้นตอนที่สำคัญเท่านั้น และพยายามให้ใช้เวลาสั้นที่สุด หาเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาช่วยลดระยะเวลาการให้บริการให้สั้นที่สุด โดยทุก 1 นาทีที่ผ่านไป ส่งผลให้ชีวิตที่มีคุณภาพหายไป 2 วัน ดังนั้นการสื่อสารให้ทีมการรักษาตระหนักว่าความล่าช้าในการให้บริการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดการให้บริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด ด้วยการทำขั้นตอนที่เร่งด่วนและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

Awareness คือ การสร้างความรู้ ความตระหนัก และความตื่นตัวของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิด stroke alert และ stroke activate เมื่อมีอาการสงสัยของโรคหลอดเลือดสมอง

Network คือ การทำงานแบบเครือข่าย จะสามารถเพิ่มการบริการได้อย่างรวดเร็ว ผู้เขียนขอความหมายของเครือข่ายที่มีคนเคยกล่าวไว้ว่า เครือข่าย คือ การบวกเลขผิด ถ้า 1+1 เท่ากับ 2 ไม่ใช่เครือข่าย 1+1 ต้องเท่ากับ 11 หรือ 111 เป็นต้น เพราะการสร้าง

เครือข่ายจะเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยได้อย่างมาก การเพิ่มลูกข่ายมากเท่าไร ก็เพิ่มโอกาสการเข้าถึงของผู้ป่วยได้มากขึ้นแบบทวีคูณ

Drug available คือ จัดมาตรฐานรายการยาสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วย stroke ในทุกโรงพยาบาล เช่น ยาลดความดันโลหิต labetalol, nifedipine แบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ (intravenous injection) ยาลดไขมัน ได้แก่ simvastatin, atorvastatin ยาต้านเกร็ดเลือด ได้แก่ clopidogrel เป็นต้น

Ability คือ การพัฒนาศักยภาพ ความสามารถของทีมสุขภาพ และความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญให้เพียงพอในทุกโรงพยาบาลเครือข่าย เช่น monitor EKG การตรวจ PT, INR เป็นต้น รวมทั้งการฝึกให้พยาบาล แพทย์มีความสามารถในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย และการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วย acute stroke เป็นต้น

Referral system คือ การกำหนดแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ โดยระบบการส่งต่อที่ดีคือ ต้องรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ การกำหนดเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน ใช้หลักการสำคัญ คือ ต้องรับส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่อยู่ใกล้ที่สุด ใช้เวลาเดินทางสั้นที่สุด และระหว่างทางการส่งต่อนั้น ผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัยสูงสุดด้วย

District health system คือ ระบบการบริการของชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงของประชาชนที่ง่าย สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้ง

ระบบการส่งต่อ ระบบการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ ระบบการส่งตัวกลับที่สะดวก รวดเร็ว เป็นต้น ดังนั้น การสร้างเครือข่ายที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงบริการ SFT ที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน

การทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบ SFT และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มากที่สุด และการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้หลัก 7 A⁴ คือ

1. Awareness สร้างความรู้โรคหลอดเลือดสมองต่อชุมชน
 2. Alert สร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมอง
 3. Activate สร้างระบบให้มีการนำส่งโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดเร็วที่สุด
 4. Available สร้างความพร้อมของหน่วยบริการให้พร้อมในทุกพื้นที่
 5. Already สร้างความพร้อมของโรงพยาบาลพร้อมให้การรักษาลดเวลา
 6. Audit การรักษาระบบประเมินผลและติดตามเพื่อให้ได้มาตรฐานการรักษา
 7. Away สร้างความเข้าใจต่อประชาชนจัดการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป้าหมายสำคัญที่สุด
- เส้นทางการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของเขตสุขภาพที่ 7 และเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สรุปได้ ดังแผนภูมิที่ 1

network certification : PNC และเขตสุขภาพที่ 7 กำลังจะตรวจประเมิน health care network accreditation : HNA

5. ทุกโรงพยาบาลได้ร่วมแรง ร่วมใจในการจัดทำ service plan ของแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายทั้งในด้านการพัฒนาคน เครื่องมือ และระบบบริการ

6. หลายโรงพยาบาลในภาคอีสานได้รับการจัดสรรทุนแพทย์ประจำบ้านประสาทวิทยา ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 5 ปีต่อจากนี้ไป ทุกจังหวัดน่าจะมีประสาทแพทย์ครบทุกจังหวัด ปัจจุบันมี 2 จังหวัดที่ยังไม่มี neurologist คือ หนองบัวลำภู และเลย

7. หลายจังหวัดได้พัฒนาระบบบริการ stroke fast track by emergency medical service คือ มีแพทย์ออกไปประเมินผู้ป่วยพร้อมรถ EMS เพื่อให้การตรวจรักษาตั้งแต่ที่เกิดเหตุ ส่งผลให้ระยะเวลา onset to needle สั้นลงอย่างมาก เช่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าระยะเวลา door to needle ลดลงได้ 20 นาที

8. การฝึกอบรมอายุรแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมทั้งนักศึกษาแพทย์มีการเน้นให้นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ผู้ฝึกอบรมมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย stroke รวมทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือดด้วย ส่งผลให้แพทย์จบใหม่ และแพทย์ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย acute stroke ได้เป็นอย่างดี

จากกิจกรรมต่างๆ ใน 8 ข้อข้างต้นนั้น ได้ส่งผลให้การบริการโรคหลอดเลือดสมองในภาคอีสานมีผลงานที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้น มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเร็วขึ้น (onset to hospital) รวมทั้ง door to needle time ที่ลดลง ร้อยละการได้รับยา rt-PA สูงขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตที่ลดลงในกลุ่มผู้ป่วย acute ischemic stroke แต่อย่างไรก็ตามผลการรักษาผู้ป่วยในระยะยาวยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม acute ischemic stroke และ intracerebral hemorrhage ยังดีขึ้นไม่มากนัก ดังนั้นในปี 2566 นั้น เครือข่าย I San Stroke Network เรายังคงมีภารกิจที่ต้องรับระดมความคิด

ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกันมากขึ้น และต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่มากขึ้น ดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย intracerebral hemorrhage (ICH) เพราะตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบันจำนวนผู้ป่วย ICH ที่เข้าถึงระบบบริการมีจำนวนเท่าเดิมตลอด ไม่เหมือนผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่มีจำนวนการเข้าถึงสูงขึ้นอย่างมาก ในปีปัจจุบันเทียบกับปี 2551 รวมทั้งอัตราการได้รับการผ่าตัดสมอง อัตราการเสียชีวิตโดยประมาณก็ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คือ ร้อยละ 17 และร้อยละ 30 ตามลำดับ

2. นอกจากนี้ผู้ป่วย ICH ทุกรายต้องถูกส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดที่มีศัลยแพทย์ระบบประสาทเกือบทั้งสิ้น ไม่เหมือนผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่ยังมีแนวทางในการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นอย่างมาก ดังนั้นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ICH ที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เพื่อลดความแออัด จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ICH ในโรงพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

3. การสนับสนุนด้านงบประมาณจาก service plan stroke ก็แทบไม่ได้จัดสรรให้เกิดการพัฒนาด้านการรักษาผู้ป่วย ICH เลย รวมทั้งกรรมการ service plan ก็แทบจะไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาทเลย

ด้วยเหตุผลข้างต้นผมจึงมีความเห็นว่าเครือข่าย I San Stroke Network ต้องรีบประสานกับทีมการดูแลผู้ป่วย ICH และมีการพูดคุยกับทางทีมศัลยแพทย์ระบบประสาท ผู้บริหารโรงพยาบาล สาธารณสุขจังหวัดมากขึ้น เพื่อให้การพัฒนาบริการผู้ป่วย acute stroke ทั้งหมดมีการเดินหน้าไปด้วยกันทั้ง acute ischemic stroke และ ICH

4. ในส่วนของ acute ischemic stroke นั้นต้องมุ่งเน้นในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ

4.1 การเพิ่มโรงพยาบาลลูกข่ายที่มีศักยภาพด้านการให้ยา rt-PA มากขึ้น

4.2 การเพิ่มศักยภาพด้านการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวของทีมโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้น ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัดและทีมเยี่ยม

บ้านที่ต้องมุ่งเน้นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลักอาหาร ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ การควบคุมเบาหวาน ความดันเลือดสูง และการสร้าง awareness ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบ stroke fast track ให้เร็วที่สุด

4.3 การพัฒนาศักยภาพของ care giver ให้สามารถดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 การพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ออกรับผู้ป่วยและสามารถประเมินอาการว่าเข้าได้กับ stroke หรือไม่ และสามารถให้การ activate stroke fast track ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

4.5 การสร้าง stroke awareness, alert และ activate สำหรับประชาชน คนไทยทุกคนยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องทำอย่างต่อเนื่อง ควรทำในกลุ่มคนที่อายุน้อยลง เพื่อการปลูกฝังด้าน ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อโรคได้อย่างถูกต้อง การสร้างกิจกรรม “สุขภาพดีเริ่มที่โรงเรียน” ผนวกรวมเป็นกิจกรรมที่น่าทำที่สุด

4.6 การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ในการให้การรักษาดูแลด้วย endovascular thrombectomy ในผู้ป่วย ischemic stroke ให้ครบทุกเขตสุขภาพ 7-10 เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการรักษานักป่วย acute stroke ให้ได้มาตรฐานสากลระดับสูง

อีกแนวทางสำคัญที่เราได้ดำเนินการเพื่อให้อายุรแพทย์มีความสามารถและเชื่อมั่นว่าจะให้การรักษานักป่วยได้ คือ การจัดกิจกรรมด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ทั้งที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมทั้งการเดินทางออกไปจัดกิจกรรมให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่มีศิษย์เก่าที่จบการฝึกอบรมอายุรแพทย์จากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์การเดินทาง คือ การให้ความรู้และขยายแนวคิดที่ว่า อายุรแพทย์ก็สามารถทำได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน และการเพิ่มโอกาสให้คนอีสานที่มีปัญหาด้านสุขภาพจำนวนมากแต่ขาดโอกาส ซึ่งการจัดกิจกรรมวิชาการดังกล่าวนี้ ก็ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากทุกๆ โรงพยาบาลที่ไปจัดกิจกรรม จึงเกิดการสร้างทีมและเครือข่ายการให้ยาละลายลิ่มเลือดไปพร้อมๆ กัน

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

เนื่องด้วยการบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรนั้นต้องอาศัยบุคลากรในทุกสาขาอย่างครบถ้วนตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด และอื่นๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ด้านการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่พนักงานขับรถ first responder และทุกคนในทีม ซึ่งการพัฒนาทีมต่างๆ นั้นต้องอาศัยการสร้างองค์ความรู้ ความสามารถของทีมและจำนวนของบุคลากรให้เพียงพอ ดังนั้นแผนการพัฒนาด้านบุคลากรนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งแผนการพัฒนาศูนย์ประกอบด้วย

1. การพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1.1 การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การ activate stroke fast track การให้การดูแลเบื้องต้น การดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลในระยะกึ่งเฉียบพลัน และระยะยาวในทุกกลุ่มวิชาชีพ เช่น อบรมความรู้ของ อสม. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองระยะ 5 วัน เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การอบรมนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดด้านการกลืน การอบรมเภสัชกร รวมทั้งการอบรมเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ด้านการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นต้น

1.2 การพัฒนาหลักสูตรนักศึกษาแพทย์ และ

แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ และเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการระบบ stroke fast track อย่างเป็นระบบ ต้องให้นักศึกษาแพทย์ต้องผ่านหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) อายุรแพทย์ต้องสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เหมือนอายุรแพทย์ระบบประสาท

1.3 การพัฒนาหลักสูตรเรียนทางออนไลน์ของพยาบาล ซึ่งปัจจุบันพัฒนาเรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างการรับรองของสภาวิชาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลทั่วประเทศ และทุกคนได้มีโอกาสเรียนเพื่อเพิ่มศักยภาพ โดยไม่ต้องลางานมาเรียน

1.4 การร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อให้ความรู้ต่อนักเรียน ครู ผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.5 การสร้างความรู้ต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่ด้านการส่งต่อร่วมกับการจัดกิจกรรมแรลลี่ต่างๆ เป็นต้น

2. การจัดทำแผนด้านบุคลากรผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้มีการบรรจุลงในแผนด้านบุคลากร เช่น การกำหนดว่าโรงพยาบาลระดับ M1 เป็นต้นไปต้องมีอายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีแพทย์ โรงพยาบาลทุกระดับต้องมีพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดด้านการกลืน การฝึกพูด เป็นต้น

3. การกำหนดเป็นนโยบายด้านการฝึกอบรมของแพทย์ได้แก่ การเปิดทุนศึกษาต่อของอายุรแพทย์ระบบประสาท จากแต่เดิมไม่มีการเปิดทุนสาขา นี้ ก็เปิดทุนทำให้มีการฝึกอบรมอายุรแพทย์ระบบประสาทเป็นปีละ 40 คน ทำให้มีอายุรแพทย์ระบบประสาทปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ มากขึ้นทั่วทั้งประเทศ

4. การสร้าง stroke awareness, alert และ activate ต่อสังคม เพื่อให้สังคมปรับทัศนคติใหม่ว่า สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน จะได้ประโยชน์ตั้งแต่การ prevention, health promotion และเมื่อเกิดโรคก็สามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ถูกต้อง โดยการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ หนังสือ วีดีทัศน์ ปฏิทิน เอกสารโปสเตอร์ และสื่ออื่นตามโอกาสต่างๆ ที่เหมาะสม กิจกรรมการสร้างความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมนั้น

ทำได้หลายรูปแบบ แต่ต้องใช้พลังและงบประมาณในการทำกิจกรรมค่อนข้างมาก จึงต้องมีการปรับรูปแบบและกลยุทธ์ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือคนไทยทุกคนต้องรู้จักโรคหลอดเลือดสมองและทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) เราต้องหาวิธีที่สามารถทำกิจกรรมในสภาพที่จำกัดด้านงบประมาณและกำลังคน ดังต่อไปนี้

4.1 การจัดกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยการใช้ความรู้ในหลายๆ รูปแบบ เช่น การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยรอตรวจหน้าห้องโดยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ รวมทั้งการจัดทำสื่อความรู้ต่างๆ เช่น แผ่นพับ วีดีโอ คลิปหนังสือ หนังสือนิตยสาร การ์ตูน

4.2 การให้ความรู้ผ่านสื่อในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ วีดีโอ คลิป หนังสือ นิตยสาร การ์ตูน เพลงรณรงค์ให้ความรู้ทั้งเพลงไทยสากล และหมอลำ เพื่อการนำไปใช้ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและวิธีการนำเสนอ

4.3 การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้เกิดกิจกรรมการให้ความรู้อย่างทั่วถึง ต่อเนื่องไปถึงกลุ่มประชาชนในชุมชนอย่างรวดเร็ว เพราะทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. นั้นเป็นคนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนก็ไว้วางใจด้วย เพราะเป็นคนที่อยู่ในชุมชนตลอดเวลา

4.4 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ต่อผู้สูงอายุในวันที่ผู้สูงอายุมารับเบี้ยผู้สูงอายุในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นการจัดกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งที่ยั่งยืน ไม่มีค่าใช้จ่าย และสามารถทำได้บ่อยๆ

4.5 การจัดทำปฏิทินให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองชนิดชวนและตั้งโต๊ะ โดยภาพในปฏิทินเป็นภาพในหลวงและพระราชวงศ์ อีกส่วนหนึ่งก็เป็นการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เหตุที่เลือกทำปฏิทิน เพราะเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องใช้เป็นประจำ และทุกบ้านต้องมี ส่วนที่มีภาพในหลวงและพระราชวงศ์ก็เพราะเป็นภาพที่ทุกบ้านต้องมี จากการทำปฏิทินมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าเป็นที่ต้องการของประชาชนและมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากการ

ทดสอบก่อนหลังนำปฏิทินมาใช้ 3 เดือน

4.6 การจัดกิจกรรม “สุขภาพดีเริ่มที่โรงเรียน” โดยการสนับสนุนจากสำนักงานเขตการศึกษาและผู้บริหารโรงเรียน จัดกิจกรรมให้ความรู้ต่อครู ผู้บริหารโรงเรียน ผู้ปกครอง จัดกิจกรรมประกวดบอร์ดนิทรรศการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองโดยให้นักเรียนเป็นผู้จัดบอร์ดนิทรรศการ ให้ผู้ปกครองมาดูบอร์ดนิทรรศการที่ลูกเป็นผู้จัดบอร์ด มีการรณรงค์ในชุมชนร่วมด้วย เมื่อจบกิจกรรมมีมอบรางวัลให้โรงเรียนที่จัดบอร์ดนิทรรศการ และกิจกรรมโดดเด่น ในการประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองประจำปีทีคณะแพทย์

4.7 การจัดทำหลักสูตรการเรียนวิชาสุขศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5, 6 ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีการสอนในทุกโรงเรียน ในจังหวัดขอนแก่น

4.8 การบรรยายโรคหลอดเลือดสมองที่มหาวิทยาลัยสงฆ์ เพื่อให้พระมีความรู้และสามารถนำไปเทศน์หรือบอกต่อผู้คนที่ไปทำบุญที่วัด

4.9 การจัดทำสื่อออนไลน์ เช่น facebook page หมอสมศักดิ์ และทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง, infographic การเขียนบทความลง blog ในเว็บไซต์ “หมอ.คอม”

4.10 การจัดทำ application “Fast Track หรือเรียกรถพยาบาล” เพื่อให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น

แนวทางการสนับสนุนเครือข่าย

สิ่งที่แม่ข่ายมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการต่อเนื่องหลังจากลูกข่ายเปิดให้บริการ Stroke Fast Track ได้แล้วคือ การเป็นที่เล็งหรือเพื่อนที่ดีในการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาในด้านการรักษาพยาบาล การบันทึกเอกสาร การลงข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และต้องคอยสนับสนุนระบบให้มีความมั่นคงและยั่งยืน โดยแสดงความจริงใจอย่างต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันช่วยเหลือกรณีมีปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลูกข่าย รวมทั้งการทางงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น งบประมาณในการจัด

กิจกรรมในแต่ละโรงพยาบาล การจัดหางบประมาณเพื่อจัดซื้อ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ โดยการสนับสนุนที่ดีจากสปสช. เขต 7 อย่างเต็มที่ตลอด นอกจากนี้ต้องส่งเสริมความก้าวหน้าของลูกข่ายสนับสนุนการศึกษาวิจัยและคู่มือต่างๆ โดยร่วมกันพัฒนาและทำให้เหมือนกันทั้งเขต 7 เพื่อเป็นการยืนยันถึงมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต และสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการว่าจะได้รับการรักษาด้วยมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ตาม และเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้สูงขึ้นโดยมีมาตรฐานเดียวกัน

ที่ผ่านมาเครือข่ายการให้บริการ Stroke Fast Track เขต 7 ได้ร่วมมือกันเป็นอย่างดีโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและนโยบายที่ดีจากสปสช. เขต 7 กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัญหาที่พบบ่อยในการสร้างเครือข่าย

จากประสบการณ์การส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลเปิดบริการ Stroke Fast Track พบปัญหาต่างๆ แบ่งได้เป็น 3 ด้านได้แก่

1. ด้านความเข้าใจระบบ

1.1 Stroke Fast Track จะเปิดให้บริการได้ต้องมี stroke unit ก่อน ซึ่งความเข้าใจผิดนี้เป็นสิ่งที่พบบ่อยจริงๆ แล้วการจะเปิดบริการ Stroke Fast Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ rt-PA ทางหลอดเลือดดำได้หรือไม่ นั้น ความจำเป็นพื้นฐานที่ต้องมีคือ CT-scan, อายุรแพทย์ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ประกอบด้วย CBC, platelet count, prothrombin time, INR, blood sugar, BUN, Cr กรณีที่ไม่มีเครื่อง CT-scan ในโรงพยาบาลแต่ถ้ามีระบบประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์ CT-scan ของเอกชนก็สามารถเปิดบริการได้

ส่วน stroke unit นั้นไม่มีความจำเป็นต้องมีในระยะเริ่มต้น แต่ต้องมีการจัดระบบว่าจะให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA นอนรักษาในหอผู้ป่วยใดที่ตำแหน่งใด เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉกฉิน เป็นต้น มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล แพทย์

ผู้ให้บริการรักษาพยาบาล และมีระบบบริการที่ ครบวงจร ให้ผู้ป่วยทุกราย

การให้บริการผู้ป่วย stroke Fast Track ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วง 3 ปีแรกได้กำหนดให้เตียงผู้ป่วยจำนวน 4 เตียงเตียงลำดับที่ 17-20 ของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 โดยมีนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนว่าถ้ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องให้ยา rt-PA ถึงแม้เตียงจะเต็มก็จะไม่มีการส่งต่อโรงพยาบาลอื่น หรืออีกนัยหนึ่ง คือ **ไม่มีคำว่าเตียงเต็มสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับยา rt-PA** เพราะจะได้ให้ยาผู้ป่วยได้ทันเวลา 270 นาที และมีระยะเวลา onset to needle และ door to needle สั้นที่สุด โดยเป็นโรคแรกของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่ไม่มีการส่งตัวรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ เพราะเตียงเต็ม ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกว่า **โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้มีนโยบายสนับสนุนการให้บริการ Stroke Fast Track อย่างเต็มที่**

1.2 การให้บริการ Stroke Fast Track ต้องมีอายุรแพทย์ด้านระบบประสาท ศัลยแพทย์ระบบประสาท ความเข้าใจดังกล่าวถูกต้องแน่นอนถ้าโรงพยาบาลแห่งใดมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ดี แต่ความจำเป็นที่ต้องการ และขาดไม่ได้ นั่น คือ ขอมิเพียงอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรม เคยเห็น หรือมีประสบการณ์ระหว่างการฝึกอบรมก็สามารถให้บริการ Stroke Fast Track และสามารถตัดสินใจให้ยา rt-PA ได้ ดังนั้นแพทย์ที่ต้องรับผิดชอบระบบ Stroke Fast Track ประกอบด้วยอายุรแพทย์ หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรืออายุรแพทย์ด้านระบบประสาทก็ได้ขึ้นอยู่กับระบบและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล

สำหรับรังสีแพทย์ถ้าไม่มีก็สามารถให้บริการ Stroke Fast Track ได้เพราะอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมก็สามารถดู CT-scan ใน acute cerebral infarction ได้ นอกจากนี้อาจใช้ระบบการส่ง file ภาพปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครื่อง CT-scan ของเอกชนยังไม่มีปัญหาการอ่านผล เพราะทางบริษัทเอกชนจะมีรังสีแพทย์อ่านผลทันทีจากส่วนกลาง ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้ระบบนี้

1.3 การให้บริการ Stroke Fast Track เป็นสิ่ง

ที่ยากมากต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นถึงจะเปิดให้บริการได้ ความเข้าใจผิดนี้เป็นสิ่งที่พบบ่อยและเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด จริงแล้วการให้บริการ Stroke Fast Track นั้นมีการจัดระบบขั้นตอนและวิธีในแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด เช่น แบบประเมินสำหรับคัดกรอง F A S T ก็ง่ายมีความแม่นยำสูง การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็มีไม่มาก โรงพยาบาลจังหวัดทุกโรงพยาบาลก็สามารถทำได้รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนบางโรงพยาบาลก็ทำได้ การประเมิน NIHSS ก็มีการแปลเป็นภาษาไทยพร้อมชี้แจงวิธีการประเมินโดยละเอียด การส่งตรวจ CT-scan brain พร้อมการอ่านผล ถ้าบริหารระบบที่ดีหรือมีการอบรมให้อายุรแพทย์ก็สามารถอ่านผลได้ ระบบการส่งตัวหรือ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเครือข่ายก็มีประสบการณ์ตรงจากการบริการ ST elevate MI การให้ยา Streptokinase การให้คำแนะนำและยินยอมในการรักษาที่มีแบบฟอร์มที่จัดทำเป็นมาตรฐาน ดังนั้นโดยระบบและวิธีการต่างๆ ไม่ยากและไม่ซับซ้อน เพียงแต่ว่าระบบการรักษานี้เป็นสิ่งที่แพทย์อาจไม่เคยเรียนในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ หรือขณะฝึกอบรมอายุรแพทย์ แต่สำหรับแพทย์รุ่นใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา ก็จะมีประสบการณ์ตรงเกือบทั้งสิ้น จึงสรุปได้ว่าระบบการให้บริการ Stroke Fast Track จึงไม่ยากอย่างที่คิด

1.4 เข้าใจว่าภาระงานจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงมักมีอาการช่วงหลังตื่นนอน ร่วมกับความมึนงง ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อยมาก การดูแลรักษาเมื่อเกิดอาการมักจะสังเกตอาการ ไม่รีบมาพบแพทย์ทันทีเหมือนอาการของหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง จากประสบการณ์ที่ให้การรักษาด้วยการฉีด rt-PA ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช่วงเวลา 10.00-22.00 นาฬิกา ผู้ป่วยมาใช้บริการแต่ละวันก็น้อยเฉลี่ย 10-15 รายต่อสัปดาห์เท่านั้นที่ได้ activate ระบบ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ยิ่งในโรงพยาบาลจังหวัดผู้ป่วย acute stroke ส่วนใหญ่ที่มาถึงโรงพยาบาลมักจะเลยช่วง 270 นาทีทองไปแล้ว

1.5 กังวลใจว่าระยะเวลา door to needle จะ

ทำไมทันภายในเวลาที่กำหนด 60 นาที ความเป็นจริงในการเปิดให้บริการในระยะแรก ระยะเวลา door to needle ก็มักจะเกิน 60 นาที ส่วนใหญ่ คือ 90-100 นาที เนื่องจากยังไม่คุ้นเคยกับระบบ ในระยะต่อมาระยะเวลา ก็จะค่อยๆ ลดสั้นลงตามประสบการณ์ที่มีมากขึ้น

ดังนั้นระยะเวลา door to needle ที่นานมากกว่า 60 นาทีก็ไม่ใช่อุปสรรคต่อการเปิดบริการ Stroke Fast Track เพียงแต่เราจะต้องกำหนดระยะเวลาในการ activate ระบบให้ดี โดยต้องทราบระยะเวลา door to needle , onset to hospital เพื่อเป็นการกำหนดเวลาในระบบบริการว่าเมื่อไหร่จึงต้อง activate ระบบ เช่น เราทราบว่า door to needle 100 นาที ระบบจะถูก activate ต่อเมื่อระยะเวลา onset to hospital ภายในเวลา 170 นาทีเป็นต้น หลักการเปิดบริการแล้วระยะเวลา door to needle ก็จะลดสั้นลง ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้น

2. ด้านการบริหารจัดการระบบ

การบริหารระบบ Stroke Fast Track นั้นไม่ซับซ้อนและไม่ยุ่งยาก เพราะทางสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย และสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำระบบในแต่ละขั้นตอนของการรักษาที่ชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ สิ่งที่สำคัญของการบริหารระบบ คือ

2.1 ความเห็นชอบหรือนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย งานบริการพยาบาลถ้ามีการประสานงานระหว่างหน่วยงานดีแล้วขั้นตอนต่อไป คือ การประสานงานภายในแต่ละหน่วยงาน เช่น กลุ่มงานอายุรกรรมควรปรึกษาหารือและสรุปแนวทาง การทำงานให้ชัดเจนว่าอายุรแพทย์ผู้รับผิดชอบคือใครบ้าง ถ้าดีควรเป็นการร่วมมือของอายุรแพทย์ ส่วนใหญ่จะได้ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แพทย์ท่านใดท่านหนึ่ง ถ้ามีอายุรแพทย์ด้านระบบประสาทในแผนกอายุรกรรมก็ควรกำหนดให้เป็นที่ปรึกษา แต่มีใช้มอบหมายให้เป็น first call ในการ activate ระบบทุกครั้งและรับผิดชอบทั้งระบบ เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระงานต่อแพทย์ท่านใดท่านหนึ่งมากเกินไป

2.2 ผู้ร่วมทีมจะต้องประกอบด้วยบุคลากรทุกฝ่ายตั้งแต่ทีมรักษาพยาบาลพนักงานเปล และประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงแรกพนักงานเปลไม่ได้อยู่ในทีม เพราะเราคิดว่า การเซ็นเตียงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะการรอคิวรถเปลในช่วงที่มีผู้ป่วยใช้บริการจำนวนมากบางครั้งต้องรอรถเปลมากกว่า 10 นาที เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์หรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยต้องทราบว่าผู้ป่วยมีอาการแบบใดที่ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเข้ารับการรักษาที่ถูกต้อง

2.3 การเริ่มเปิดให้บริการ Stroke Fast Track ในระยะแรกที่ยังไม่มีประสบการณ์หรือกังวลกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เพราะบุคลากรไม่เพียงพอก็สามารถปรับระบบการเปิดให้บริการเฉพาะในช่วงวันเวลาที่สะดวกก่อนก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเปิดบริการตลอดเวลาและยังไม่ต้องประชาสัมพันธ์ในวงกว้างจนกว่าทีมบริการจะมั่นใจในระบบและมีความพร้อมเต็มที่

3. การป้องกันเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันเป็นสิ่ง แพทย์กังวลใจมากที่สุด เพราะการให้ยา rt-PA มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน intracerebral haemorrhage ร้อยละ 5 จากประสบการณ์ตรงที่ให้ยา rt-PA มามากกว่า 14 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนหนึ่งยังไม่เคยถูกป้องกัน และมั่นใจว่าการป้องกันจะไม่เกิดขึ้น เพราะการรักษาผู้ป่วยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ การอธิบายถึงอาการขั้นตอนการวินิจฉัยการรักษา วิธีการรักษาและการตัดสินใจว่าจะให้ยาหรือไม่ให้ยา ซึ่งทุกขั้นตอนมีการพูดคุยสื่อสารระหว่างทีมรักษา กับผู้ป่วยญาติผู้ป่วยตลอดเวลา ประกอบกับการให้บริการที่มุ่งมั่น รวดเร็วและจริงใจ ทำให้ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงระบบขั้นตอนการรักษา และความมุ่งมั่นของทีมผู้ให้บริการยอมที่จะเป็นการลดโอกาสการป้องกัน

การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้รู้เท่าและรู้ทัน คือ เราจะต้องรู้เท่าว่าจะป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างไร และเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วต้องรู้ทันถึง

วิธีการรักษาว่าต้องทำอะไร เช่น ต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที เป็นต้น

แนวทางการดำเนินงานประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. รู้เท่าการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการรณรงค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1.1 อาการของโรคสาเหตุปัจจัยเสี่ยงการดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม และรีบพาไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการ

1.2 ความจำเป็นของการรีบมาโรงพยาบาลทันที

1.3 การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีข้อดีข้อเสียอย่างไร

1.4 การรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

1.5 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่อชุมชนเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง

1.6 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสื่อสารมวลชนเพื่อการประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ ที่ถูกต้องต่อสังคม

1.7 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อครูนักเรียนเพื่อการสร้างความรู้ที่ยั่งยืน

1.8 การรณรงค์วัน World Stroke Day เพื่อให้เกิดการตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองแบบวงกว้างทั่วจังหวัดและพื้นที่ข้างเคียง

1.9 การจัดทำหนังสือเอกสารเผยแพร่ความรู้ต่อผู้ป่วยญาติประชาชนทั่วไป

1.10 การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์

1.11 การจัดทำเพลงหมอลำ เพลงลูกทุ่ง และการรณรงค์เพื่อการรณรงค์โรคหลอดเลือดสมอง

1.12 การจัดทำหนังสือ อंतरายโรคหลอดเลือดสมอง และหนังสือโฆษณา

2. รู้ทันวิธีการรักษาโดยการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับโรคหลอดเลือดสมองรีบไปพบแพทย์ทันที เพราะการรักษาที่ดีที่สุดหลังจากมีอาการ คือ การรีบไปโรงพยาบาลทันทีเพื่อให้แพทย์ได้รับประเมินอาการและให้การรักษา

ที่ถูกต้องต่อไป โดยการใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อ 1. โดยเน้นให้ทุกคนทราบว่าถ้ามีอาการที่เข้ารับโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบไปโรงพยาบาลทันทีโดยใช้ระบบรถพยาบาล EMS ของหน่วยราชการและเน้นว่าไม่ควรสังเกตอาการต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที

นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกันกับระบบการให้บริการฉุกเฉิน EMS เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉิน EMS นั้นให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย มิใช่เฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุทางรถยนต์เท่านั้น เพราะที่ผ่านมาผู้ป่วยส่วนน้อย ประมาณร้อยละ 20 ที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน EMS อาจเนื่องมาจากมีความเข้าใจผิดของประชาชนทั่วไป ประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ 1669 และหมายเลขโทรศัพท์ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการบริการได้ง่ายขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การจัดทำขั้นตอนการ activate stroke fast track 8 ขั้นตอน ในรูปแบบของภาพยนตร์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งการทำหนังสือเกี่ยวกับ Stroke Fast Track โดยมีการนำเสนอผ่านสังคมออนไลน์

การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. พัฒนาระบบส่งต่อทุกระดับ จากระดับชุมชนถึงโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ และส่งกลับเพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง

2. พัฒนาระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองส่งต่อโรงพยาบาลที่มีระบบรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ระบบการฟื้นฟูและเยี่ยมบ้าน

เป็นระบบที่สำคัญเพราะผู้ป่วยบางส่วนไม่หายเป็นปกติจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างดีที่บ้าน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ก็มีความจำเป็นเพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพและยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทีมโรคหลอดเลือดสมองครบวงจรในทุกโรงพยาบาล ได้ใช้หลักการ “STROKE” ได้แก่

S : Safety

T : Target

R : Ready to Work

O : Our Family

K : Knowledge Management

E : Encourage

Safety ความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบการบริการ การทำให้การบริการด้วยอายุรแพทย์และประสาทแพทย์ในทุกๆ โรงพยาบาลมีความปลอดภัยนั้น ต้องมีแนวทางการควบคุมมาตรฐานการบริการที่เข้มงวดและตรวจสอบได้ ร่วมกับต้องมีระบบที่ปรึกษาตลอดเวลา ขั้นตอนการทำให้มีความปลอดภัยได้แก่

1. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ต่อเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างแนวทางดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งเครือข่าย โดยมีความเข้มงวดในแบบคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยเฉพาะความรุนแรงของโรคที่สูงไม่มาก (NIHSS < 17) ในโรงพยาบาลที่ไม่มีอายุรแพทย์ระบบประสาท ซึ่งปกติจะใช้เกณฑ์ค่าคะแนนความรุนแรง NIHSS < 25 ในโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ระบบประสาทเป็นหลัก
3. ระบบการปรึกษาที่สามารถโทรศัพท์หรือใช้สื่อออนไลน์ต่างๆ ได้แก่ line, facebook ได้ตลอดเวลา
4. ระบบการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการ โดยการเยี่ยมสถานบริการและพูดคุยในรายละเอียดการบริการ

Target เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการมี 2 เป้าหมาย คือ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการ ดังนั้นจึงต้องทำให้มีเป้าหมายที่ 2 คือ สถานบริการต้องมีกระจายครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วทั้งภาคอีสาน

2. ทุกสถานบริการต้องมีความพร้อมในการให้บริการ ซึ่งสถานบริการไหนมีอายุรแพทย์และมีเครื่อง CT-scan เป้าหมาย คือ พัฒนาให้เป็นสถานบริการที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ส่วนสถานบริการไหนยังไม่พร้อมก็พัฒนาเป็นเครือข่ายในการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการเข้าถึงประชาชนและส่งต่อที่รวดเร็ว มีเกณฑ์คือ ต้องส่งต่อให้เร็วกว่า 30 นาที

Ready to Work การเตรียมความพร้อมให้ทุกสถานบริการและทีมสุขภาพทุกคนต้องมีความพร้อมในการให้บริการ จึงต้องมีการวางแผนให้นักศึกษาแพทย์โดยเฉพาะชั้นปีที่ 6 (extern) ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับ SFT และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งมีการพัฒนาทีมสุขภาพทุกส่วน ตั้งแต่พยาบาล ผู้ป่วย พยาบาล เกสซอร์ เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ รวมถึงพนักงานเปล

Our Family เนื่องด้วยการบริการ SFT นั้นต้องมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนต่างๆ จึงต้องมีน้อยที่สุด เพื่อให้ระยะเวลา door to needle สั้นที่สุด การบริการผู้ป่วยทุกคนด้วยหัวใจ มีความทุ่มเทเสมือนดูแลญาติเรา

Knowledge Management การบริการ SFT ที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพในแต่ละสถานบริการก็จะมีรายละเอียดแตกต่างกัน ทุกสถานที่ทุกทีมจะเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงต้องมีการเรียนรู้ระหว่างทีม ทำให้มีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการพูดคุยพบปะสังสรรค์ระหว่างทีมทุกๆ ปี เพื่อให้เกิดความสนิทสนมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้เป็นอย่างดี

Encourage การสนับสนุนกระตุ้นให้ทุกทีม ทุกสถานบริการมีความพร้อมในการบริการ SFT และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นต้องมีการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหารทุกลำดับชั้น และหัวหน้าเครือข่าย

ดังนั้นเครือข่ายของเราต้องมีความมุ่งมั่นในการสานต่องานที่พวกเราทุกคนทำมาอย่างต่อเนื่อง และขยายงานใหม่ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น ตามแนวทางการทำงานของเครือข่ายอีสาน

- I : Integrated team
- S : Seamless
- A : Agility and Ability
- N : National standard and Networking

สรุป

การพัฒนาาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 ตลอดระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย คือ เพิ่มการเข้าถึงการรักษาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ดังจะเห็นได้จากอัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีอัตราที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการเข้าถึงทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังสูงไม่มาก เพียงร้อยละ 30-35 ส่งผลให้อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8 ซึ่งยังต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นแนวทางการพัฒนาาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของเขตสุขภาพที่ 7 นั้น คงต้องนำแนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ disease specific certification (DSC), provincial healthcare network certification (PNC) และ healthcare network accreditation (HNA) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาาระบบบริการดังกล่าวให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และเป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติต่อไป ตลอดจนการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นในทุกปีที่ผ่านมา และเพิ่มความตระหนักในการป้องกันการเป็นซ้ำของโรค ตลอดจนการพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะปานกลางและระยะยาว (intermediate และ long term care) เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

References

1. Neurological Society of Thailand, Thai Stroke Association, Office of the Board Higher Education, Royal Thai Army Medical Department, Neurology Institute, Medical Department, Ministry of Public

- Health. Guidelines for establishing a stroke ward. No. 1. First Edition Bangkok: 2007.
2. Somsak Tiamkao. Development of stroke service system in health area 7. In: Kannikar Kongboonkiat, Narongrit Kasemsup, Somsak Tiamkao, Editors. Treatment of stroke patients in medical practice. Khon Kaen: Klang Nana Printing House Science. 2018. Pages 171-88.
3. Somsak Tiamkao. Background of the development of stroke service system in health area 7 (Roi-Et, Khon Kaen, Mahasarakham, Kalasin). J Thai Stroke Soc 2019;18:25-41.
4. Tiamkao S. Can stroke network improve accessibility of stroke fast track in North-eastern of Thailand? J Med Assoc Thai 2021; 104 :97-101.