

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 10

“ทศวรรษ R2R พัฒนาคอนไทยสู่สังคม ๔.๐ ”

วันพฤหัสบดี ที่ 6 กรกฎาคม 2560

ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

Session “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงาน R2R ดีเด่น เรื่องพัฒนาระบบบริการ พิชิตก้าวข้ามโรคฉุกเฉิน”

เวลา 13.00 – 16.00 น. ห้อง 202

นางพิชญดา ดาทวี ผู้บันทึก

สังกัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โทร/อีเมล Phitty23@gmail.com 088-0748023

หัวข้อเรื่อง	การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
วิทยากร	ภก. กัญญารัตน์ คำจูน, พญ.ปานจิต วรรณภีระ, ภก. ปานปริญญ์ ปันสกุล, ภก. ศศิธร สมจิตน์
ผู้นำสนทนา	นางสาววีระนุช มยุเรศ

ปัญหานำสู่คำถามวิจัย

จากการทำงานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายและความพิการ ซึ่งพบผู้ป่วยในกลุ่มเมืองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ 4 เท่า ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง ได้ดำเนินการในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน ในการออกแบบระบบ รูปแบบเดิม คือการใช้ศูนย์ฟื้นฟูซึ่งมีอยู่ 7 ศูนย์ นั่นคือ ครบ 7 รพสต. แต่พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นกลุ่ม Long term care นั้นหมายความว่ามีการเกิน 6 เดือนและลักษณะของการบริการเพื่อพยากรณ์ไว้เฉยๆ ไม่มีการกำหนดเวลาในการสิ้นสุดการบริการ ทำให้คนไข้ที่มาที่ศูนย์ฟื้นฟูจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเดิมๆ ทำให้กลุ่ม Subacute ไม่สามารถเข้าถึงการบริการฟื้นฟูได้ ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย Stroke ในระยะกึ่งเฉียบพลันให้ได้รับบริการต่อเนื่อง และศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วย stroke ระยะ Subacute และ Long term care ด้วย

กระบวนการวิธีการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยเป็นแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีขั้นตอนการศึกษาวิจัย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ระบบ การออกแบบระบบ ซึ่งพบว่าปัญหามีแต่กลุ่ม long term care แต่มีนักกายภาพบำบัดเพียงคนเดียวที่ต้องดูแลในเขตอำเภอเมือง จะทำอย่างไรหะ ซึ่งการป้องกันการเกิดความพิการต้อง Take over ให้เร็วที่สุด ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์เรียบร้อยแล้ว นำมาสู่การออกแบบระบบ เริ่มจากการประชุมร่วมกันระหว่าง 3 ทีม คือ ทีมเวชกรรมฟื้นฟู ทีมบริการปฐมภูมิและทีม สสอ.เมือง เพื่อร่วมกันออกแบบระบบและการส่งต่อ เมื่อออกแบบระบบได้แล้ว มีการเชิญผู้รับผิดชอบในแต่ละรพสต.ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 25 แห่ง (มี 16 รพสต. 2 ศสม. และ 7 PCC) มาร่วมกันออกแบบระบบการทำงานผลปรากฏว่ามีการจัดตารางในการให้บริการโดยแต่ละแห่งจัดตามความเหมาะสมที่สามารถจะออกให้บริการได้ เนื่องจากแต่ละ รพสต. มีบริบทที่แตกต่างกัน โดยมีนักกายภาพ 1 คนออกให้บริการทุกวันทำการเช้า 1 แห่งและบ่าย 1 แห่ง เมื่อออกให้บริการ นักกายภาพไม่ได้ออกคนเดียวจะไปที่ รพสต. และออกร่วมกับจิตอาสา และ อสม.

บทสรุป/ผลที่เกิดขึ้น

ผลการดำเนินการ พบว่าไม่เป็นไปอย่างที่คิดไว้ว่าจะเข้าไปบริการกลุ่ม Subacute แต่พบว่า 2 เดือนแรก มีการประเมินผล พบว่าทุก รพสต.มีการเตรียมผู้ป่วยกลุ่ม long term care ไว้ให้เกือบทั้งหมด ทำให้กลุ่ม Subacute ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของนักร่างกายภาพบำบัดได้ จึงมีการประชุมร่วมกันอีกครั้ง เพื่อตกลงและหาแนวทางร่วมกัน และมีการกำหนดแนวทางร่วมกันว่าจะให้บริการการนวดกายภาพบำบัดแก่กลุ่มผู้ป่วย Subacute ก่อนและถ้ามีเวลาพอจะให้บริการแก่ผู้ป่วย Long term care ท้ายที่สุดไม่เป็นไปตามที่ตกลงไว้เช่นเดิม และใน 2 เดือนที่ลงให้บริการมีการเก็บข้อมูลพบว่าเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยด้าน Barthel index (BI) < 75 ค่ะแนน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าจะใช้ข้อมูลดังกล่าวก็ตาม 5 เดือนต่อมาพบว่า 20% ของพื้นที่ก็ยังไม่ให้ความร่วมมือ ยังเตรียมเฉพาะกลุ่ม Long term care ให้ดูแล จึงมีการนำระบบ Line กลุ่มเข้ามา พบว่าวิธีนี้ได้ผลเกินคาด คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบไร้รอยต่อ หลังให้บริการในกลุ่ม Line ทุกวัน มีการแจ้งผลทุกวัน และแจ้งผู้ป่วยที่จะออกให้บริการทุกวันผ่านระบบ Line กลุ่ม หลังให้บริการจะประเมินผ่าน line กลุ่มทุกวันเช่นกัน เพื่อให้เครือข่ายได้ช่วยกันดูว่า 1.ไปไม่พบ 2.ไม่ได้ไป 3.ไปแล้วไม่ได้เข้าทำ ผลพบว่าตัวเลขที่บอกว่าไม่ได้ไปหายไป เพราะว่าสื่อและเครือข่ายช่วยกันดู เพื่อจับตามอง เกิดความอายว่าเมื่อทีมบอกชื่อผู้ป่วยและลงเยี่ยมแล้วยังไม่ให้เยี่ยมอีก จนสุดท้ายผู้ป่วย Subacute สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟู และสามารถพัฒนาศักยภาพได้สูงสุด หลังจากนั้น 1 ปีต่อมา นำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า การให้บริการผู้ป่วยแบบเดิม สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียง 185 ราย แต่การบริการแบบใหม่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่ม subacute ได้ถึง 1045 ราย และมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลแบบ option เล็กๆ เพื่อบันทึกข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้ง Barthel index รวมทั้งความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้สเกลของศูนย์สิรินธร และที่สำคัญ คือการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยการปรับ Barthel index ให้เหลือ 10 ข้อเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก และที่สำคัญ คือผู้ป่วยในเขตเมือง ไปแล้วไม่พบ เพราะขอยติดๆกัน วิธีการแก้ไข คือการยืนยันเบอร์โทรศัพท์ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าส่งผู้ป่วยลงชุมชนทั้งหมด 152 คน ชุมชนส่ง long term care มาให้ 60 คน รวมแล้วทั้งหมดให้บริการผู้ป่วยในชุมชน 211 คน คัดออกจากการศึกษา 127 คน เนื่องจาก Barthel index > 75 ค่ะแนนและยังไม่สิ้นสุดการรักษา และตาย เหลือผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาที่มี Barthel index < 75 ค่ะแนน ทั้งหมด 84 คนโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Subacute 48 คน และกลุ่ม Long term care 36 คน เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบว่าอายุเฉลี่ยที่ 68.7 ปีและเป็นเพศชายร้อยละ 53 เป็นโรค Ischemic stroke ร้อยละ 69 จำนวนวันรักษาเฉลี่ย Subacute ได้รับการ 5.4 ครั้ง ส่วน long term care ได้รับการ 3.5 ครั้ง ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นจนถึงที่มีอาการกลุ่ม Subacute มีค่ามัธยฐาน อยู่ที่ 1 เดือนโดยมีช่วงระหว่าง 5 วันถึง 6 เดือน ส่วนกลุ่ม long term care มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 36 เดือน อยู่ในช่วง 9 เดือนถึง 12 ปี นั่นคือต้องลงไปดูแลผู้ป่วยซ้ำๆที่เป็นมานานถึง 12 ปีซึ่งเป็นข้อมูลที่เห็นได้ชัด หลังสิ้นสุดการรักษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่เมื่อสิ้นสุดการรักษา เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม คือ Subacute และ long term care พบว่าคะแนนเริ่มต้นของ Barthel index ทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกันคือ 40 คะแนน เมื่อสิ้นสุดการรักษา พบว่าคะแนนแตกต่างกันอย่างชัดเจน กลุ่ม Subacute มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นที่ 90 คะแนน ส่วนกลุ่ม LTC อยู่ที่ 50 คะแนน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนว่ากลุ่ม Subacute สามารถพัฒนากายภาพได้กว่า LTC และการพัฒนาระบบในครั้งนี้สามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลพุทธชินราช และทำต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ปัจจัยนำสู่ความสำเร็จ

การมองถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟู มีโอกาสในการรับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถป้องกันและลดความพิการได้และลดภาระในการดูแลปัญหาสุขภาพดูแลและเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และสิ่งสำคัญคือการสนับสนุนจากผู้บริหาร

คำถามเพิ่มเติม

1. ในการทำงานมีความท้าทาย จากการทำงานที่ชวนคนมาร่วมและไม่ประสบความสำเร็จตั้งหลายรอบ และอะไรทำให้ต้องทำต่อจนสำเร็จ

ตอบ : ไม่เคยท้อ เพราะมีผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย เพราะจากลักษณะงาน คือนักกายภาพบำบัดที่ในการฟื้นฟู การที่มองแล้วเห็นว่าเดินต่อไปแล้วพบทางตันและการทำไปเกิดประโยชน์น้อยมาก แต่ผู้ป่วยที่รอได้รับการบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟู แต่ไม่มีโอกาส เพราะฉะนั้นจะให้เจออุปสรรคอย่างไรก็ไม่ท้อ และที่สำคัญไม่ได้ทำงานทำงานคนเดียว มีทีมช่วย ไม่ว่าจะแพทย์หรือน้องนักกายภาพในโรงพยาบาลที่ช่วยสนับสนุน และสิ่งสำคัญ คือ เมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่แล้วว่าผู้ป่วย Subacute สามารถฟื้นฟูศักยภาพได้มากกว่ากลุ่ม LTC อยู่แล้ว ทำไมยังจะทำรูปแบบเดิม เพราะฉะนั้นจึงจะเดินต่อไปข้างหน้าในการพัฒนางาน

2. การมีส่วนร่วม อยากเรียนรู้ว่าคนที่มาร่วมเป็นกลุ่มใดบ้าง

ตอบ : ทุกครั้งที่เขามาร่วมคือ อสม. จิตอาสาและพยาบาลใน รพสต. บางรพสต.จะมีอบต.เขามาร่วมในการขนส่งผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์บริการด้วยและให้ทุนสนับสนุน เมื่อครบ 6 เดือนแล้วปิด case จะมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยจะส่งข้อมูลให้ รพสต.เพื่อการดูแลต่อเนื่อง case ที่ยังไม่ปิด จะดูแลต่อเนื่องต่อ ในการลงพื้นที่ทุกรอบ จะมีเป้าหมาย คือ function เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ นั่งได้และสามารถกินข้าวได้เอง

3. ในส่วนของญาติ รู้สึกอย่างไรต่อการพัฒนางานนี้

ตอบ : พบรอยยิ้มจากญาติ บางคนบอกว่า ถ้า รพ.ไม่มีระบบบริการนี้ จะทำให้เขาลำบากมาก แต่เมื่อมีบริการทำให้เขาเข้าถึงบริการได้

4. ในบางพื้นที่ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ทำอย่างไร

ตอบ : ใช้วิธีการโทรศัพท์ประสาน เพื่อขอกุญก่อน เพราะต้องใช้เวลาในการพูดคุย และการเสนอผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงลดลง และผู้ป่วยกลุ่มใหม่ลดลง ทำให้เกิดความร่วมมือตามมาและในการทำงานจะเน้นการประสานและการเชื่อมโยงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน และการแข่งขันผลงานนวัตกรรมในแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการพัฒนางานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นจาก Note taker

- การทำงานที่มุ่งเห็นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน เน้นการประสานและการเชื่อมโยง ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการทำงาน และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

หัวข้อเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอปากพลี โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก

วิทยากร กก. สรวุฑ สมพงษ์

ผู้นำสนทนา นางสาววิระนุช มยุเรศ

ปัญหานำสู่คำถามวิจัย

สืบเนื่องจากผู้ป่วยเมื่อส่งกลับมาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมาอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหลักและจากข้อมูลอำเภอปากพลีพบว่าเป็นอำเภอผู้สูงอายุโดยสิ้นเชิง มีประมาณ 27% ของประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุเหล่านั้นมีโรคกลุ่ม NCD มากตามไปด้วยและถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจะกลายเป็นกลุ่ม Stroke ทันที ซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดในกลุ่ม Stroke คือการฟื้นฟูสภาพ และจากข้อมูลผู้มาใช้บริการจากเดิมมีผู้ป่วยมาใช้บริการประมาณ 1,000 ครั้งต่อปี แต่ ณ ปัจจุบันประมาณ 5,000 – 6,000 ครั้งต่อปี มีนักกายภาพ 2 คน ผลกระทบคือ พบว่าผู้ป่วยหายไปจากการฟื้นฟูสภาพ ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 44.78 และ 41.33 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ พบว่าน้อยลงไปเรื่อยๆ จากภาระงานของนักกายภาพบำบัดที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจะอย่างไรดีในกระบวนการฟื้นฟูสภาพนี้ จึงได้วางแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอปากพลีเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอปากพลี

กระบวนการวิธีการทำวิจัย

เริ่มต้นจากปี พ.ศ. 2555 เริ่มทำงานวิจัยเรื่องแรก เนื่องจากเมื่อลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะมีการฝึกผู้ป่วยเดิน การทรงตัวและพบว่าผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ไม่มีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากเดิม เริ่มค้นคว้าหาข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมว่ามีใครทำอะไรบ้าง จนพบเทคนิคที่โด่งดังที่สุดในออสเตรเลีย คือ Last specific แต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ชุมชน เพราะไม่มีอุปกรณ์ในชุมชน ประชาชนไม่สามารถจ่ายได้ ราคาแพง ได้น้อมเอาทุกซ์ของผู้ป่วยมาคิดต่อว่า ถ้าสามารถดัดแปลงของใช้ที่มีอยู่ในบ้าน เช่นถ้าผู้ป่วยไม่สามารถซื้อ Arm sling ได้ ลองใช้ผ้าขาวม้าแทนได้ไหมในการป้องกันข้อไหล่เลื่อนหลุด หรือการใช้โรลล์ม้วนผมแทนการปักหมุดตีไหม การใช้วงกบญแจ เป็นต้น ซึ่งเรียกโปรแกรมนี้ว่า Hemiplegic program โดยทบทวนกับโปรแกรมเดิมที่มีอยู่ก่อนและมีนักกายภาพมาเพิ่มอีก 1 คน และเริ่มการทดลองแบบ RCT โดยกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุมมีนักกายภาพบำบัดอีก 1 คนฝึกปกติ กับอีก 1 กลุ่มมีการ Set Program ให้ประมาณ 1- 2 สัปดาห์ ต่อ 1 ครั้ง อีกกลุ่มหนึ่งสัปดาห์ละ 2 ครั้ง งานมากกว่าแต่กลุ่มที่ใช้ Hemiplegic Program ฟื้นฟูได้ดีกว่า และนำมาสู่การพัฒนา CPG ในพื้นที่ให้บริการซึ่งไม่ต้องติดตามบ่อย ผู้ป่วยสามารถเห็นตัวเองได้ตลอดเวลาเรียกว่ามี Self monitoring เกิดความท้าทาย เห็นความสนุกในกิจกรรมที่ทำ ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เห็นพัฒนาการของตนเอง

ต่อมาปี พ.ศ. 2556 ได้มีแนวความคิดต่อมาว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการประเมินรอบด้านและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม คงต้องใช้สหสาขาวิชาชีพเข้ามาช่วย เพราะบางอย่างผู้ป่วยอาจไม่ได้มีปัญหาด้านกายภาพบำบัด แต่มีปัญหาด้านสายสวนปัสสาวะหรือแผล ซึ่งนักกายภาพบำบัดไม่สามารถลงไปดูตรงนั้นได้ จึงเริ่มการทำงานวิจัยที่ 2 โดยการเอาสหสาขาวิชาชีพทุกสาขามาช่วยกันทำ ซึ่งแต่เดิมต่างคนต่างทำ ไม่มีข้อมูลซึ่งกันและกัน ถ้าอยากให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดต้องใช้สหสาขาวิชาชีพมาช่วย โดยเริ่มที่โรงพยาบาลก่อน เป็นการวิจัยแบบ Action research มีการพัฒนาหลายวงรอบตั้งแต่การประเมิน การกำหนดแนวทางการรักษา การดูแลแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ

ปี พ.ศ. 2557 พบคำถามต่อมาว่าส่วนมากการดูแลฟื้นฟูเน้นกลุ่ม Subacute เป็นส่วนมาก ในขณะที่ผู้ป่วย Chronic stroke เพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะไปได้ แล้วอะไรที่จะทำให้ผู้ป่วย Chronic stroke ดีขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้ไทเท็กมาบำบัด ได้นำแนวคิดที่ว่าในพื้นที่นำการทำกายภาพบำบัดร่วมกับไทเท็ก โดยใช้หลักการพื้นฐานเข้ามาร่วม เพราะหลักการของไทเท็กมีส่วนที่ช่วยในการลดการเกร็งและการทรงตัวที่ตีมาก เมื่อนำมาทดลองพบว่าผู้ป่วยดีขึ้นด้วย แต่สิ่งที่อยากดูเพิ่มเติมในกลุ่ม Stroke คือคุณภาพชีวิต จึงใช้ FACIT -sp แบบวัดคุณภาพชีวิตเข้ามาประเมินร่วม พบว่าผู้ป่วยดีขึ้น เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม Routine ที่เป็น Chronic stroke ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า Long term care ดีกว่าเยอะ ดังนั้นกลุ่ม LTC จะใช้การกายภาพบำบัดร่วมกับไทเท็กเป็นแนวทางการดูแลและถ่ายทอดให้ รพสต.สามารถนำไปใช้ได้

ในปี 2557 ยังพบปัญหาว่ามีผู้ป่วยมาใช้บริการมากถึง 4,000 ครั้งต่อปีเฉพาะกลุ่ม OPD ไม่รวม IPD ผลกระทบคือการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเท่ากับศูนย์ ไม่ได้ออกชุมชนเลยแม้แต่ครั้งเดียว ได้นำปัญหานี้มาคิดว่าถ้านำ Hemiplegic program ขยายลงสู่ทีมหมอครอบครัวหรือ รพสต. โดยทีมนักกายภาพเป็น Coach หรือเป็นครู ก สอนครู ข ให้ลงไปสอนผู้ป่วย เพราะถ้าสามารถดึงพลังของชุมชนมาได้ จะเกิดความยั่งยืน ได้พัฒนาหลายวงรอบแบบ PAR มีการตั้ง อบรม. **วงรอบแรก** พบปัญหาว่าผู้ป่วยที่มาจากรพสต.นครนายกไม่ได้ผ่านโรงพยาบาลปากพลีเลย ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเข้ามาในระบบแล้ว ถึงทราบก็ทราบเพียงเล็กน้อย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านโรงพยาบาลปากพลีผู้ป่วยจะหลุดเลย เพราะอนามัยไม่ได้ส่งต่อข้อมูลเข้ามา พบอีกทีผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียงแล้ว ซึ่งไม่สามารถทำอะไรได้เพราะขาดการฟื้นฟู เริ่มพัฒนาต่อโดยการพูดคุยกับทีมบริหาร ทีม PCT ว่าจะวางระบออย่างไร และได้พูดคุยกับโรงพยาบาลนครนายก ถ้าจะจำหน่ายผู้ป่วย stroke กลับบ้านให้ส่งต่อมา Admit ที่โรงพยาบาลปากพลีได้ไหม ซึ่งได้รับความร่วมมือดีมาก เพราะผู้ป่วยได้รับการรวบรวมข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมดที่โรงพยาบาลปากพลี ทำให้ผู้ป่วยไม่หลุดเลย ในปีพ.ศ. 2559 สามารถให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ 100% **วงรอบที่ 2** คิดต่อว่าจะเชื่อมข้อมูลลงสู่ รพสต.ได้อย่างไร โดยทำให้โรงพยาบาลปากพลีรู้ข้อมูลด้วย พัฒนาโดยการตั้งกลุ่ม Line ในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยทีม NCD ครบวงจร เมื่อมีการส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านลงมา เราเห็น เขาเห็น เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาสามารถถาม refer หรือส่งต่อข้อมูลได้ทันที Online ได้ตลอดเวลา ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยที่หลุดไปกลับเข้ามาทันที เมื่อส่งผู้ป่วยลงไป พบว่าผู้ป่วยบางคนอยากมาทำกายภาพที่โรงพยาบาลซึ่งบางคนต้องใช้อุปกรณ์ นำมาคิดต่อจะทำอย่างไร มีการพูดคุยกับ ER ว่าจะอย่างไรที่จะสามารถนำผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล พูดคุยกับ FR ว่าให้สามารถนำผู้ป่วยมาส่งที่โรงพยาบาล ประสานกับ อปท. ซึ่งผู้ป่วยสามารถเรียกรถมาส่งโรงพยาบาลได้ บางรายไม่สามารถเรียกได้ เข้าสู่การพัฒนา **วงรอบที่ 3** การพัฒนา รพสต.ให้สามารถดูแลเบื้องต้นได้ เช่นการให้คำแนะนำพัฒนาทั้งพยาบาล รพสต.อสม.และ Care giver ที่เป็นจิตอาสาในชุมชน มีหลักสูตรการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น

เพื่อให้เข้ามามีบทบาทวิธีการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น และการฟื้นฟูในด้านต่างๆ ได้ แต่พบว่าผู้เข้าอบรมไม่กล้าทำพัฒนาต่อคือการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ เขียว เหลือง แดง ดำ เพื่อจัดระบบการดูแล กลุ่มเขียวคือมี Barthel index score ตั้งแต่ 75 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดีมาก จะให้พื้นที่ตามเยี่ยม ถ้าพบปัญหาจะส่งกลับเข้ามาที่กายภาพบำบัดได้เลย กลุ่มเหลืองกับแดง ต้องเฝ้าระวัง สีเหลืองพอช่วยตัวเองได้บ้าง สีแดงช่วยตัวเองได้น้อย ต้องให้ความสำคัญ เพื่อลดการติดเตียง กลุ่มนี้สามารถมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลได้โดยให้ อปท.หรือ FR พาผู้ป่วยมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาล โดยใช้พลังชุมชนในการนำผู้ป่วยเข้ามาแทนโดยนักกายภาพบำบัดไม่ต้องออกไป แต่อีกกลุ่มคือกลุ่มดำซึ่งมาไม่ได้ ติดเตียง อยู่คนเดียวไม่สามารถมาได้ ไม่มีผู้ดูแล กลุ่มนี้จะน่าสงสารมาก จึงนำมาสู่การตั้งทีม โดยมีหมอคอบครัว และมี Care manager ในการบริหารจัดการผู้ป่วย ใช้นักกายภาพบำบัด 2 คน แบ่งโซนในการดูแล โซนเหนือ โซนใต้เพื่อเป็น coach ให้กับทีมและลงประเมิน และมี care giver และอสม. ที่เป็นจิตอาสาเข้ามาฟื้นฟูตรงนี้ และทำงานร่วมทีมกันและแบ่งโซน เพื่อลงไปดูผู้ป่วยกลุ่มที่มาโรงพยาบาลไม่ได้ เมื่อลงไปใช้ Hemiplegic program เข้ามาช่วย พบว่ากลุ่มนี้สามารถ Turn กลุ่มดำมาเป็นกลุ่มแดง กลุ่มเหลืองและกลุ่มเขียวได้ตามลำดับ สามารถลดผู้ป่วยติดเตียงลงไปได้มากกว่า 10 คนเหลือ 4 คน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และตั้งเป็น Policy ของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยและจะพัฒนาเป็นอย่างครบวงจรทุกกลุ่มในอนาคตต่อไป

บทสรุป

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยใช้พลังชุมชนความร่วมมือและการดูแลด้วยสหสาขาวิชาชีพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ ทำให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้บุคลากรในเครือข่าย ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับพื้นที่และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทำให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยนำสู่ความสำเร็จ

การทำงานเป็นทีมทั้งในโรงพยาบาล ในเครือข่าย และรพสต.ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทุกมิติและได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

การมีโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดำเนินงานง่ายขึ้น ลดการทำงานลงแต่ได้ประโยชน์มากขึ้น จากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูเข้ามาช่วย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำส่งผู้ป่วย และความร่วมมือของทีมในการฟื้นฟูสภาพ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้พลังชุมชน ช่วยให้เกิดการพัฒนางานที่ยั่งยืน

คำถามเพิ่มเติม /ประเด็นที่น่าสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. ในการไปชวนคนในชุมชน ชวนทีมหรือการพาเขามาร่วมทำงาน มีหลักการอย่างไรบ้าง
ตอบ : ใช้ด้านการสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวด้วย เพราะการทำงานกับชุมชนต้องใช้สัมพันธภาพที่ดี และการชวนทีมสหสาขาวิชาชีพมาทำวิจัย โดยการชวนคุย ชวนทำ KM เล็กๆก่อน และการสร้างกลุ่ม ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เมื่อแต่ละบุคคลเริ่มเห็นความมีส่วนร่วม บทบาทของกันและกัน และใช้การตลกร่วมกับการเห็นผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น ตัวชี้วัดจากการทำงานดีขึ้น ทุกคนพึงพอใจ ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม ต้องดึงให้เขามีส่วนร่วมด้วยในการทำกิจกรรม ให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และช่วยกันถอดบทเรียนของแต่ละคน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นจาก Note taker

ต่อให้งานที่ทำเป็นจุดเล็กๆ แต่คือความสำเร็จในการทำงาน ที่ทำให้เรามีความสุขและอินกับสิ่งนั้นและมองว่าเป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต

ในชุมชนต้องมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและต้องทำให้ชุมชน เห็นความสำคัญของการพัฒนา และเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน นำมาสู่การมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการพัฒนางานร่วมกัน เห็นผลลัพธ์ที่ดีคือผู้ป่วยมีพัฒนาการดีขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจของชุมชนเกิดความร่วมมือในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง