



# ความสำเร็จไม่ต้องยิ่งใหญ่...แค่ทำตามหัวใจเรียกร้อง

## สาระสำคัญ

การประสานงานเครือข่ายบริการ (โรงพยาบาลใหญ่-รพช.-รพ.สต.-ชุมชน-ท้องถิ่น) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (ติดเตียง/ติดบ้าน) ให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพในบ้านและชุมชน โดยเน้นการสร้าง "สะพานเชื่อมโยง" และการใช้ข้อมูลที่รอบด้านมากกว่าเพียงข้อมูลโรค เพื่อให้เกิดการดูแลที่บูรณาการและตอบโจทย์ชีวิตจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลคุณยาย บัวพา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ด้วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หลังจากอาการคงที่ แต่ยังมีภาวะอ่อนแรงซีกขวา กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด ไม่มีคนในครอบครัวที่จะคอย ดูแล สามมิได้จากไป เมื่อ 6 เดือนที่แล้ว มีเพียงลูกเลี้ยง ผู้ช่วย อายุ 46 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รับปากว่าจะดูแลและไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน พยาบาลบนหอผู้ป่วยแจ้งว่า ญาติจะไปรอที่ รพ.ปลายทาง เมื่อยายบัวพา ลงมารอก่อนส่งต่อ

พยาบาลส่งต่อได้พูดคุยกับผู้ป่วย นานาสาระ แต่การพูดคุยนั้น ได้รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ไม่ใช่แค่ประวัติโรค แต่รวมถึงสภาพบ้าน ความสามารถของผู้ดูแล และปัญหาทางสังคมที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลส่งต่อได้เชื่อมต่อกับเครือข่าย : ข้อมูลถูกส่งต่อผ่านระบบ REFER และโทรศัพท์ประสานงานกับ รพช.ใกล้บ้าน เพื่อเตรียมทีมเยี่ยมบ้าน อสม. ให้พร้อมรับการส่งต่อ และวางแผนช่วยเหลือด้านกายภาพ ส่งต่อยายบัวพาขึ้นรถพยาบาลพร้อมให้เงินจำนวนเล็กน้อยไว้ให้ใช้จ่าย มองเห็นรอยยิ้มที่เปื้อนด้วยน้ำตา และคำขอบคุณ (เป็นสิ่งเยียวยาหัวใจของพยาบาลด้วยเช่นกัน) เมื่อยายบัวพา รักษาต่อ รพช.ใกล้บ้าน หัวหน้าพยาบาลแห่งนั้นได้แจ้งข่าวว่า ได้เข้าเยี่ยมบ้านคุณยายบัวพา ประเมินสภาพแวดล้อม ผู้ดูแลแล้ว ไม่สามารถที่จะดูแลยายบัวพาได้ รพช.ได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ติดต่อส่งต่อไปยังศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ยายบัวพามีเพื่อน ช่วยเยียวยาหัวใจเช่นเดียวกัน

## บทเรียนที่ได้รับ

ข้อมูลต้องครบถ้วนและรอบด้าน: ข้อมูลที่ส่งต่อไม่ควรมีแค่เรื่องโรค แต่ต้องมีข้อมูลทางสังคม จิตใจ สภาพแวดล้อม และความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งเป็นหัวใจของการดูแลต่อเนื่อง การบูรณาการเครือข่ายชุมชน: การส่งต่อสำเร็จไม่ได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องอาศัยพลังของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และการเชื่อมต่อที่เข้มแข็งกับ รพ.สต., อสม., และ อปท. ในการสนับสนุนทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ การส่งต่อผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้าน เป็นภารกิจที่ต้องใช้ระบบ และ หัวใจ ในการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่ "ไม่โดดเดี่ยว" ในการดูแล

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) ความสำเร็จการใช้หลักHHCเป็นศูนย์กลาง: มีการรวบรวมและส่งต่อข้อมูลที่ครอบคลุม
- 2) ความสำเร็จการประสานงานเชิงรุก: มีการโทรศัพท์/ประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานก่อนการส่งต่อจริง ไม่ใช่แค่ส่งเอกสาร
- 3) ความสำเร็จการมีส่วนร่วมของชุมชน (อสม./อปท.): ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรและการให้กำลังใจ

## ความไม่สำเร็จความเสี่ยง/ปัญหา

หากขาดการประสานงานที่ดี ข้อมูลจะขาดความต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล เกิดภาวะแทรกซ้อน

