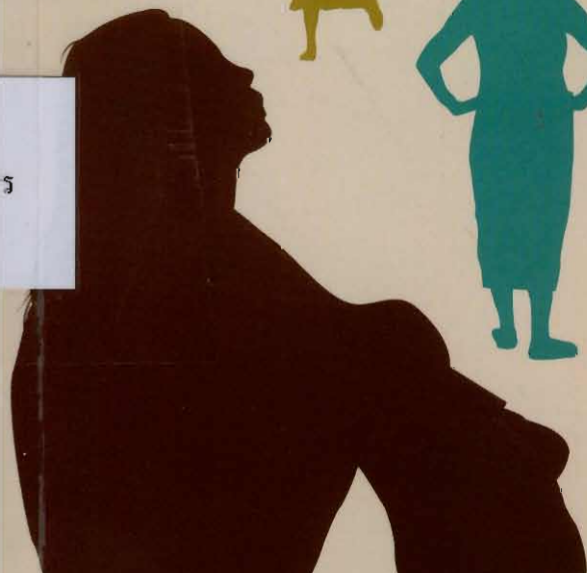




เรื่องเล่าจากพื้นที่:

การจัดการภายใต้บริบทเฉพาะ



ห้องสมุด ๑๐๐ ปี กรม ท้องถิ่น

เรื่องเล่าจากพื้นที่ :
การจัดการภายใต้บริบทเฉพาะ

เลขหมู่ WA546 ล 662ร 2554

เลขทะเบียน 00008100

วันที่ 10 ก.พ. 2555

เรื่องเล่าจากพื้นที่ : การจัดการภัยไต้บรินกาเอพา:

เลขมาตรฐานสากล 978-616-7323-48-0

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2554 จำนวน 2,000 เล่ม

ที่ปรึกษา พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

นักเขียน สายศิริ ตำนวัฒน์นะ

บรรณาธิการ ทศนีย์ ญาณะ
พฤกษา บุกบุญ

ศิลปกรรม วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

ภาพถ่าย รัตนศิริ ศิระพานิชย์กุล

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด
โทร. 0 2903 8257-9

จัดพิมพ์และเผยแพร่

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

25/25 ถนนพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล ตำบลศาลายา

จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0 2441 9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 0 2441 0163

www.thaiichr.org

คำนำ

เรื่องเล่าจากพื้นที่ : การจัดการภายใต้บริบทเฉพาะ เป็นบทเรียนของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ภายใต้บริบทเฉพาะท่ามกลางข้อจำกัดจากการสนับสนุน และเงื่อนไขของบริบทพื้นที่ทั้งที่เป็นเขตทุรกันดาร เข้าถึงบริการได้ยาก มีการจัดการที่หลากหลายรูปแบบ หรือแม้กระทั่งการจัดการเต็มส่วนขาดของพื้นที่ ภายใต้ต้นทุนและศักยภาพที่พื้นที่มีอยู่ ตลอดจนความพยายามในการพัฒนาบริการสุขภาพชุมชนในด้านต่าง ๆ ผ่านกรณีศึกษาในบริบทพื้นที่ 3 ลักษณะภายใต้การจัดการและวิธีการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพที่น่าสนใจ

ทองผาภูมิ กับหนึ่งทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิในถิ่นทุรกันดาร เป็นบทเรียนการจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี สะท้อนภาพการสร้างทีมเกิดงาน และผลสำเร็จคนร่วมทีม เป็นรูปแบบการดำเนินงานท่ามกลางความขาดแคลน แต่ทว่ากลับเป็นพื้นที่ที่สามารถพัฒนางานบริการปฐมภูมิได้เป็นอย่างดี

จัดการโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม (ท่ามกลางข้อจำกัด) ความภาคภูมิใจของเครือข่ายปฐมภูมิเดิมบางนางบวช เป็นบทเรียนการ

จัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี สะท้อนภาพการจัดการเครือข่าย และระบบสนับสนุนในพื้นที่ ภายใต้นโยบายที่มีทั้งที่เอื้อและที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้สามารถทำงานเชิงรุก และเกิดทีมงานเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิได้

“เด็กสร้าง ไม่รอฟ้าประทาน” คิคนอกกรอบสร้างกำลังคน สาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สนามชัยเขต เป็นบทเรียนการจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา สะท้อนภาพการจัดการปัญหาการขาดแคลนกำลังคนรวมทั้งพัฒนา ศักยภาพกำลังคนภายใต้ความพยายามจัดการในระดับพื้นที่ แม้ว่า เรื่องกำลังคนจะยังคงเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ

จากบทเรียนของพื้นที่ พบว่ามีทั้งประสบการณ์ที่ดำเนินการ ไปได้ด้วยดี ราบรื่น และส่วนที่ประสบปัญหาอุปสรรค แต่ก็ยังมีวิธีคิด วิธีพัฒนารูปแบบวิธีทำงาน วิธีบริการ และการจัดการที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้บริหาร และคนพัฒนางานจากทั้ง 3 พื้นที่ ที่ให้ข้อมูล และความเห็นที่มีคุณค่า บทเรียนที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนภาพสะท้อนการ พัฒนาเพื่อการเรียนรู้และขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้ ต่อไป

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

ตุลาคม 2554

สารบัญ

ขึ้นเขาหรือลงห้วย...ก็ทำด้วยใจ CUP ทองผาภูมิกับหนึ่งทศวรรษ การพัฒนาบริการปฐมภูมิในความขาดแคลน	7
จัดการโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม (ท่ามกลางข้อจำกัด) ความภูมิใจของเครือข่ายปฐมภูมิ เดิมบางนางบวช	47
“เด็กสร้างไม่รอฟ้าประทาน” คิดนอกกรอบสร้างกำลังคน สาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สนามชัยเขต	77

ขึ้นเขาหรือลงห้วย... ก็ทำด้วยใจ

CUP ทองพาทูมีกับหนึ่งทศวรรษการพัฒนา
บริการปฐมภูมิในความขาดแคลน



รองเท้าแตะหุคิบเก่า ๆ คู่หนึ่งถูกถอดทิ้งไว้ที่บริเวณทางเดิน
ที่จะนำเข้าสู่บริเวณที่นั่งรอของผู้ป่วยและญาติ

เจ้าของรองเท้าเป็นเด็กหนุ่มสัญชาติไทยเชื้อชาติพม่า เขาเพิ่ง
เคยมาที่นี่เป็นครั้งแรกจึงรู้สึกประหม่าและไม่รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำได้
หรือทำไม่ได้ที่โรงพยาบาลแห่งนี้...เขาจึงตัดสินใจที่จะถอดรองเท้าเก่า ๆ
ของเขาออกเสีย เพื่อถนอมความสะดวกสบายของพื้นที่ปูหินอ่อนขัดมันและ
มีคนเช็ดถูเสียเงาวับ แล้วเดินเท้าเปล่าเข้าไปนั่งคอย ในขณะที่พี่สาว
ของเขาไปติดต่อทำบัตรให้

ในขณะที่ถูกรองเท้าคู่อื่น ๆ ที่เจ้าของสวมเหยียบย่ำหรือก้าว
ข้ามไป เจ้ารองเท้าหุคิบยังคงนอนสงบนิ่งอยู่อย่างสงบเสงี่ยมเจียมตัว
ส่วนเจ้าของก็กำลังนั่งหันซ้ายหันขวาเล็กลั่นไปมา เราแอบมองตั้งแต่
เห็นเขาถอดรองเท้าและเดิน เก๋ ๆ กัง ๆ ไปนั่งที่แล้ว จึงค่อยเดินเข้าไปหา
เมื่อเข้าไปใกล้ ๆ สังเกตชัดว่าใบหน้าและฝ่ามือของเขาซีดแกมเหลือง
ดวงตาไร้ประกายสดใส แต่ในขณะที่เดียวกันแววตาของเขาก็แสนชื่อ

และไร้พิษภัย เขาซ่อนร่างกายซุบผอมไว้ในชุดเสื้อผ้าเก่า ๆ เมื่อเข้าไป
คุยด้วยเราได้กลิ่นสาบจากตัวเขาจนต้องเขิบออกมาห่างพอสมควร
เราคุยกับเขาแค่สองสามคำเพราะไม่อยากให้เขากลับและอึดอัด
มากเกินไป อีกทั้งทั้งเราและเขาต่างมีความยากที่จะสื่อสารพูดจากัน
ด้วยภาษาไทย

ครั้งเมื่อถอยออกมาเฝ้ามองเขาซึ่งนั่งปะปนอยู่ท่ามกลางคนใช้
คนอื่น ๆ ทำให้เราเริ่มสังเกตเห็นว่า ลักษณะที่เราเห็นในเด็กหนุ่มคนนี้
เป็นลักษณะที่เราพบเห็นในผู้ป่วยส่วนใหญ่ของที่นี่...

ที่ ๆ คนไข้จำนวนมากมาหาหมอในลักษณะ “ป่วยจนอม”

ผลตรวจคนไข้คนนี้ พบว่าเขาป่วยเป็นไข้มาลาเรียเรื้อรัง ซึ่งเป็น
โรคที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ อ.ทองผาภูมิ
จ.กาญจนบุรี ต่างคุ้นเคย และรู้กันดีว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขประจำถิ่น
ซึ่งพวกเขาต้องสู้รบปรบมือมาช้านาน

ความยากไร้ ความห่างไกล และความยากลำบากในการเดินทาง
ทำให้ประชากรของ อ.ทองผาภูมิ จำนวนมาก เป็นกลุ่มคนที่มีความยาก
ลำบากในการ “เข้าถึง” บริการสาธารณสุขมาโดยตลอด

และปัญหาการ “เข้าไม่ถึง” อันเกิดจากปัจจัยที่ทับซ้อนหลาย
ส่วน ก็ได้ทำให้สถานการณ์สุขภาพของคนท้องผาภูมิไม่ค่อยจะสู้ดีนัก

อ.ทองผาภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจ.กาญจนบุรี ระยะทางห่างจากจ.กาญจนบุรี 146 กิโลเมตร อ.ทองผาภูมิมีเนื้อที่กว้างใหญ่ถึง 3,655.171 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 2 ล้าน 3 แสนไร่ สภาพพื้นที่เป็นป่าเขาสูงสลับซับซ้อนเป็นส่วนใหญ่ มีที่ราบบ้างตามริมน้ำแควน้อย และที่ราบระหว่างภูเขา ซึ่งแปลงไม่ใหญ่มากนัก ราษฎรได้อาศัยพื้นที่เหล่านี้เป็นที่ประกอบ อาชีพกสิกรรม เลี้ยงสัตว์ และเป็นที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ที่เป็นภูเขา มีลักษณะเป็นภูเขา สลับซับซ้อนระหว่างชายแดนไทยกับพม่า คือทิวเขาตะนาวศรี

ทุ่งเสือโตน คิตตี้ล่าง พื้นที่ลึกลงๆ ที่ติดทุ่งใหญ่นเรศวร และบ้านปิล็อก เหล่านี้ คือชื่อของพื้นที่ที่ขึ้นชื่อว่าเข้าถึงยากลำบาก บางแห่งยังมีไฟฟ้าใช้เมื่อสองปีที่ผ่านมา บางหมู่บ้าน เช่น คิตตี้ล่าง ยังไม่มีรถโดยสารประจำทาง ต้องใช้รถอีแต่นคนออกมา หลายแห่งถูกติดเครื่องหมายบนแผนที่ไว้ในฐานะ “ดงมาลาเรีย” เช่น บริเวณที่ติดกับจ.อุทัยธานี ใน ต.ห้วยเขย่ง และ พื้นที่ของ ต.ปิล็อก เป็นต้น

CUP ทองผาภูมิมีประชากรที่ต้องดูแลรับผิดชอบตามทะเบียนราษฎร ในปี 2552 จำนวน 66,162 คน เป็นคนไทยประมาณ ร้อยละ 46 อีกร้อยละ 54 เป็นคนต่างด้าว ที่ประกอบด้วยชาวพม่า มอญ และกะเหรี่ยง และยังมีประชากรในพื้นที่อำเภอใกล้เคียงและบริเวณเขตรอยต่อกับอำเภอสังขละบุรี และ อำเภอไทรโยคอีกประมาณ 7,000 คน รวมแล้วมีประชากรที่ต้องดูแลประมาณ 80,000 คน อาศัยในเขตอำเภอทองผาภูมิเพียงประมาณ 13,000 คน ที่เหลือกระจัดกระจายอยู่ในตำบลต่างๆ ทั้งใกล้และไกล ตำบลที่อยู่ไกลที่สุดคือตำบลปลีลอก ซึ่งอยู่ห่างจากตัวอำเภอถึง 75 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นทิวเขา มีกลุ่มของหมู่บ้านกระจัดกระจายซ่อนตัวอยู่ในพื้นที่ที่เดินทางเข้าถึงยากเป็นจำนวนมาก ด้านทิศตะวันตกของอำเภอมิแนวชายแดนติดกับประเทศพม่ายาวถึง 72 กิโลเมตร ซึ่งมีช่องทางเข้าออกได้ถึง 72 ช่องทาง ทำให้มีคนต่างด้าวเดินทางเข้าออกตามแนวชายแดนที่ไม่ปรากฏจำนวนที่แน่นอน

โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ ท้องร่วง ปวดกล้ามเนื้อ และโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร เป็น 5 อันดับ โรคที่พบมากในผู้มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่โรคท้องร่วง โรคปอดบวม ไข้มาลาเรีย และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอื่นๆ รวมทั้งโรคกระเพาะ เป็นปัญหาที่นำผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเป็นอันดับต้นๆ ส่วนสาเหตุการตายที่โรงพยาบาลนั้น 5 อันดับแรกเกิดจากโรคมะเร็ง การติดเชื้อเอชไอวี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการหายใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง และปอดอักเสบ

อำเภอทองผาภูมิมีสถานอนามัยทั้งหมด 13 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวม 38 คน เฉลี่ย สอ.ละ 2 คน สถานอนามัยที่อยู่ไกลที่สุดต้องใช้เวลาดำเนินทางโดยรถยนต์นานถึง 2 ชั่วโมง ที่นั้นมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำเพียงคนเดียวมานานหลายปี มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ให้การดูแลระดับทุติยภูมิ 2.2 มีแพทย์ เต็มเวลา 10 คน แพทย์บางเวลา 2 คน (จาก รพ.พหลพลพยุหเสนา อ.เมือง กาญจนบุรี) มีพยาบาลวิชาชีพ 57 คน เกสัชกร 3 คน หากเทียบกับเกณฑ์การจัดสรรบุคลากรตาม GIS จะเห็นว่ายังขาดแคลนบุคลากรทุกสาขา โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรซึ่งขาดแคลนถึงร้อยละ 60 - 70 พยาบาลวิชาชีพขาดแคลนกว่าร้อยละ 50 ของอัตราที่ควรจะเป็น นอกจาก สอ.และ รพ.แล้ว มีสำนักงานส่วนมาลาเรีย จำนวน 2 แห่ง มีร้านขายยา 5 แห่ง แต่ไม่มีคลินิกแพทย์ เพราะประชากรส่วนใหญ่ฐานะยากจน ไม่มีกำลังซื้อบริการ โดยเฉพาะคนต่างด้าวที่กลายเป็นภาระค่ารักษา ในปี 2553 ในขณะที่งบกองทุนสุขภาพคนไร้สถานะยังไม่ชัดเจน โรงพยาบาลทองผาภูมิยังคงแบกรับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาประชากรที่ไม่ได้อยู่ในทะเบียนและไม่สามารถจะเบิกค่าใช้จ่ายได้ ทำให้ประสบกับภาวะหนี้สินเรื้อรัง

งานปฐมภูมิท่ามกลางความขาดแคลน

“อัมคนนอกทะเลเบียน รพ.ชายแดนเดียวยัง”

เป็นพาดหัวข่าวเป้งในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ประจำวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 โดยระบุงการสัมภาษณ์ นพ.กฤษดา วุฒยากร ผอ.รพ.สังขละบุรี และ พญ.นวลจันทร์ เวชสุวรรณมณี ผอ.รพ.ทองผาภูมิ โดยในข่าว พญ.นวลจันทร์ บอกสถานะทางการเงินของรพ.ว่า “โรงพยาบาลเราอาจจะอยู่ได้ถึงปี พ.ศ.2554 หลังจากนั้น จะอยู่ในสภาพไม่ต่างจาก รพ.สังขละบุรีที่กำลังจะอยู่ในสถานะล้มละลาย”

ในข่าวนั้น ผอ.รพ.ทองผาภูมิบอกว่า สาเหตุของวิกฤติทางการเงินเกิดจากการที่ รพ.ทองผาภูมิ ต้องแบกรับการดูแลคนไร้สถานะทางทะเบียนประมาณ 11,000 คน มีทั้งพม่า กะเหรี่ยง และชนกลุ่มน้อย คนป่วยบางราย เดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งครอบครัว เมื่อมาถึงก็เป็นไข้มาลาเรียหนักเกือบทุกคน จึงไม่ต้องพูดเรื่องการเก็บค่ารักษา แต่ก็ต้องดูแลรักษาเต็มที่ด้วยมนุษยธรรม และหน้าซำยังต้องจุนเจือคนเหล่านี้จนกว่าเขาจะกลับบ้านได้ ในขณะที่งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ ภาระหนี้สะสมจึงเกิดขึ้นทบทวีทุก ๆ ปีที่ผ่านมา

แต่ถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะขาดแคลน แต่ทว่าที่นี่ยังกลับเป็นพื้นที่หนึ่งที่สามารถพัฒนางานบริการปฐมภูมิได้เป็นอย่างดี สามารถสะท้อนศักยภาพและประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) เป็นบทพิสูจน์หัวใจคนทำงานสาธารณสุขชุมชนที่เข้มแข็ง และเป็น

เครื่องยืนยันคุณค่าของงานบริการปฐมภูมิ ที่เห็นได้ชัดว่า ยิ่งพื้นที่ยากลำบาก ยิ่งประเทศชาติขาดแคลนทรัพยากร และยิ่งประชาชนด้อยโอกาสเพียงใด งานบริการปฐมภูมิ คือคำตอบสำหรับทุกสถานการณ์อย่างแท้จริง

เปิดกรุความทรงจำ ครึ่งเปิดหน่วยสบ PCU II แห่งแรก

ทีมงานลูกหม้อของโรงพยาบาลทองผาภูมิหลายคนช่วยกันเล่า ทำให้เห็นภาพที่ค่อยปะติดปะต่อขึ้นมาว่า เหตุที่ทำให้มีการหันมาพัฒนาสถานีอนามัยและบริการปฐมภูมิ ก็เป็นเพราะผลสืบเนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเอง โดยในราวปี พ.ศ.2544 - 2545 มีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็น PCU (Primary Care Unit) และสร้างเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิในนามของ CUP ขึ้นมา นโยบายถูกส่งต่อมาเป็นทอด ๆ จากส่วนกลางมายังจังหวัด และต่อมายังระดับอำเภอ

CUP ทองผาภูมิ โดยการนำของ นพ.อิทธิพล จรัสโอฬาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิในขณะนั้น จึงเริ่มต้นนำทัพทองผาภูมิ เดินหน้าพัฒนาบริการปฐมภูมิในทศวรรษใหม่ ด้วยการเลือกสถานีอนามัยกุยแหย่ ต.กุยแหย่ เป็นสถานีอนามัยแห่งแรกที่จะพัฒนาเป็น PCU

คุณอนันต์ คล้ายอยู่ (พินัน) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพรุ่นแรก ของทองผาภูมิที่เริ่มจับงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เล่าย้อนหลังไปว่า เดิมนั้นตนรับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 และเมื่อมีนโยบายนี้ออกมาก็เลยได้รับมอบหมาย

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่จะออกไปให้บริการระดับปฐมภูมิเชิงรุกนอกโรงพยาบาล ตามนโยบาย “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ร่วมกับแพทย์ ซึ่งขณะนั้นมี นพ.สมชาย ไวฑิตานันท์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นตัวหลักในการออกปฏิบัติงาน

“สอ. กุญแจอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 30 กิโลเมตร วิธีคิดในการเลือก หากจะให้พูดกันตรงๆ ก็คือ เราเลือก สอ.ที่เป็นปัญหา ก่อน แปลว่าคุณมีปัญหาจะต้องได้รับการพัฒนา และตรงนั้นเป็นจุดรอยต่อระหว่างอำเภอไทรโยคกับทองผาภูมิ คนใช้ในเขตใกล้ๆ จะต้องไปขึ้นทะเบียนที่ไทรโยค และคนใช้ของเราก็มียส่วนหนึ่ง ซึ่งการแบ่งตอนนั้นไม่ชัดเจน ก็เลยเลือกจุดนี้เพราะจะได้เป็นรอยต่อที่เราจะออกไปให้บริการและเติมเต็มช่องว่างได้”

เมื่อเลือกสถานื่อนามัยนำร่องแล้ว ทีมของโรงพยาบาลก็เริ่มต้นเข้าไปพัฒนาสถานื่อนามัยกุญแจ โดยการทำงานช่วงแรกเป็นไปในลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลไปออกตรวจผู้ป่วยนอกที่สถานื่อนามัย (Extended OPD) โดยพยายามที่จะยึดเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดไว้เป็นหลัก เช่น ต้องมีแพทย์ออกไปทำการที่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต้องทำอะไรหรือให้บริการอะไรบ้าง ครั้นถึงวันที่ไปออกบริการก็จะชนข้าวของอุปกรณ์ ยา และเครื่องมือต่าง ๆ ไปจากโรงพยาบาล เมื่อให้บริการเสร็จแล้วครึ่งวัน ตอนบ่ายก็ชนของกลับ

“ตอนเริ่มแรกเขาก็จัดทีมให้ไป 3 คน เป็นพยาบาล 2 คน และคุณหมอ 1 คน ตอนนั้นยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนในแง่ของทีมงาน เราก็ใช้พยาบาล OPD เป็นคนออกไปทำงานที่ PCU หมุนเวียนกันออกไป พวกเราก็ไปช่วยกันอย่างนี้ ตั้งแต่ไปล้างอนามัยใหม่หมดเลย แล้วจัด

รูปแบบใหม่ว่าจะจัดยาอย่างไร จะจัดบริการอย่างไร ไปทำกันอยู่สัก 2 ปี คือ แต่ไปแค่เดือนละครั้ง”

แม้ว่าจะเป็นการออกไปแบบหมุนเวียนและไปเพียงเดือนละหนึ่งครั้ง แต่ผลของการพัฒนานี้ก็เกิดความชัดเจน และเป็นแรงบันดาลใจให้ทีมงานเห็นประโยชน์ของการออกไปตั้งหน่วยรบบเชิงรุกบริการระดับปฐมภูมิที่สถานีอนามัย แม้ว่าในระยะเริ่มต้นนั้น จะยังไม่สามารถจัดบริการปฐมภูมิตามแนวคิดเชิงคุณภาพได้ทุกประการ แต่รูปธรรมในแง่ของ “การเพิ่มการเข้าถึงบริการ” ก็เป็นที่ประจักษ์ชัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยขาดยา เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลไม่ได้หรือมาด้วยความยากลำบาก ต่างได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

“ถามว่าจริง ๆ แล้ว มันเริ่มจากอะไร ก็ต้องบอกว่าเริ่มจากนโยบายของส่วนกลาง มาสู่จังหวัด และได้รับการตอบรับจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล นำมาสู่ทีมปฏิบัติการพัฒนางานระบบบริการปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิจากจุดนั้น แต่ว่าเมื่อเราลงทำและเห็นประโยชน์จากของจริงเราก็เลยไม่หยุด” คุณนั่น เล่า

พยาบาลวิชาชีพประจำ PCU:

ตัวแปรสำคัญของการพัฒนา

หลังจากทีมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำของโรงพยาบาลออกไปเปิดหน้างานให้เกือบสองปี จน PCU กุญแจสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินเป็น PCU ได้แล้ว ก็มาถึงจังหวะที่ PCU กุญแจจะมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำเป็นครั้งแรก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากแรงผลักดัน



ทางนโยบายที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเปิดโอกาสและสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเทคนิคสามารถรับทุนไปเรียนพยาบาลวิชาชีพต่อเนื่อง แต่บังคับว่า เมื่อเรียนจบมาแล้วต้องไปอยู่ประจำที่ PCU

“ต่อมาในช่วง ปี 45 -46 มีน้องพยาบาลวิชาชีพย้ายมาจาก อ.ศรีสวัสดิ์ 1 คน ซึ่งเขาไปเรียนโดยมีเงื่อนไขว่าถ้าไปเรียนพยาบาลวิชาชีพต่อเนื่องคุณจะต้องกลับมาอยู่ สอ.เพราะฉะนั้นมันก็ตรงเงื่อนไขกับที่ สสจ.วางไว้ คือพอจบมาคุณต้องมาลง PCU ที่นั่น หลังจากนั้น การออกไปตรวจของโรงพยาบาลก็ไม่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพออกไปอีกคนก็ได้ สามารถใช้แพทย์คนเดียวก็ได้เพราะมีพยาบาลอยู่ที่นั่นประจำอยู่แล้ว”

การมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การพัฒนางานปฐมภูมิในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ PCU กุญแจเห็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น ทั้งในแง่ของการขยายขอบเขตบริการ การขยายรายการยา การจัดระบบแฟ้มประวัติครอบครัว และการบริการเชิงรุกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และหากพยาบาลมีปัญหาต้องการปรึกษาแพทย์ก็สามารถจะโทรศัพท์ปรึกษาได้ทันที มีการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้พยาบาลจาก PCU เข้ามาเยี่ยมและติดตามคนไข้ที่ตนเองส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาล และมีการเข้ามาเบิกยาและมีการประชุม คปสอ./CUP กันเป็นประจำ ทำให้ความสัมพันธ์ของทีมงานจากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำ PCU มีความใกล้ชิดกันเป็นอย่างดี

ที่สำคัญคือ ทำให้ภาพจินตนาการของคำว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในชื่อ “PCU” ภายใต้ระบบบริหารแบบเครือข่ายบริการ หรือ “CUP” นั้น ทุกคนเริ่มมองเห็นต้นแบบเป็นรูปเป็นร่างมากขึ้น

“และจุดนั้นก็ทำให้ระบบเริ่มเกิด ทีม คปสอ.หรือ CUP ก็เริ่มคิด เป็นระบบว่าจะบริหารจัดการอย่างไร เริ่มมีการกำหนดรายการยาจาก โรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการยาเกิดขึ้นมาพิจารณาว่ามียาตัวไหนบ้างที่ PCU จะใช้ได้และทางโรงพยาบาลจะสนับสนุนยา อุปกรณ์ และความช่วยเหลืออื่น ๆ อย่างไร และทำให้เห็นว่าการมีพยาบาลอยู่ประจำนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญ” คุณนั้น เล่าถึงจุดเปลี่ยนแปลง ครั้งสำคัญ

เมื่อระบบเริ่มนิ่ง จึงขยายจาก 1 เป็น 4

หลังจากมีภาพที่ชัดเจนร่วมกันแล้วระดับหนึ่ง ในปี พ.ศ.2546 ก็เริ่มมีการขยายงานออกไป โดยนำรูปแบบที่เคยทำและเรียนรู้มา แล้วจาก PCU กุยแห่ย์ ไปใช้ในการพัฒนาสถานีอนามัยห้วยเขย่งให้เป็น PCU แห่งที่ 2 ของ อ.ทองผาภูมิ แต่เหตุผลในการเลือกห้วยเขย่งไม่ได้เป็นเพราะว่าห้วยเขย่งมีปัญหาเชิงคุณภาพงาน แต่เป็นเพราะว่าที่นั่นมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมาก อีกทั้งบริเวณพื้นที่โดยรอบถัดจากห้วยเขย่งออกไปเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ดังนั้น การไปยกระดับสถานีอนามัยจึงเป็นไปเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ต่อเนื่องของโรคเรื้อรัง และเพื่อรองรับดูแลประชากรจากหลายหมู่บ้าน

“ห้วยเขย่งอยู่ติดกับตำบลปลี๊ยก ซึ่งเป็นชายแดนติดกับประเทศพม่า เดิมเป็น สอ.ขนาดใหญ่ มี case โรคเรื้อรังเยอะ และดูแลพื้นที่กว้างเพราะว่ากินพื้นที่ทั้งสองตำบล จำนวนหมู่บ้านเฉพาะที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ สอ.ของห้วยเขย่งมี 6 หมู่ และมีของตำบลเดียวกันแต่



มีอีก สอ.หนึ่งคือ สอ.บ้านไร่ ร่วมรับผิดชอบ(ต่อมา สอ.บ้านไร่ พัฒนา เป็น PCU รอง) อีก 2 หมู่ ก็เป็น 8 หมู่ และของตำบลปิล็อก อีก 2-3 หมู่ ที่ชาวบ้านจะต้องลงมาใช้บริการที่นี่ เนื่องจากสะดวกสำหรับ ชาวบ้านมากกว่า ซึ่งรวมแล้วต้องดูแลเต็มทีประมาณ 9 หมู่ เราเลยสรุปกันว่าเปิดที่ห้วยเขียงก็แล้วกัน เพราะว่าพื้นที่กว้าง และให้บริการ ได้ครอบคลุมกว่า ก็เลยเริ่มดำเนินการตรงนั้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2546-2547”

หลังดำเนินการที่ห้วยเขียงไปประมาณ 1 ปี พอเข้าปี พ.ศ. 2548 ก็ขยายไปที่ PCU เกริงกาเวีย และต่อด้วย PCU ตำบล สทกรณนิคม ตามลำดับ ซึ่งตอนนั้น CUP ต้องช่วยกันคิดทั้งในแง่ของ

การขยายจำนวนและการพัฒนารูปแบบและคุณภาพการบริการตาม
เกณฑ์นโยบายของจังหวัด

“ตอนนั้นเป้าหมายของจังหวัดมีความชัดเจนขึ้นว่าจะต้องขยาย
เปิด PCU เพิ่มอย่างน้อย 30% ในทุก 1 ปี ดังนั้น เราต้องทำเพิ่มปีละ
1 - 2 แห่ง ส่วนเป้าหมายงานบริการในช่วง 3 - 4 ปีแรก เราเน้นการ
จัดการกับโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หลังจากนั้นก็เพิ่มการจัดระบบ
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น ก็กลายเป็นว่า
5 กลุ่มนี้ ที่เป็นเป้าหมายที่ต้องดูแล ที่ CUP ต้องมาออกแบบร่วมกัน”

กลไกและการทำงานเหล่านี้ เดินหน้ามาได้จากการปรึกษา
หารือและตัดสินใจร่วมกันระหว่างทางโรงพยาบาลกับทางสาธารณสุข
อย่างใกล้ชิด และมีการบูรณาการทรัพยากรกันโดยไม่แบ่งเขาแบ่งเรา

ออก “โปรโมชัน” หนุนพยาบาลออกไปประจำ PCU

งานบริการปฐมภูมินั้นเป็นงานที่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่กล้าเสี่ยง
ออกไปฉายเดี่ยว เพราะโดยลักษณะงานเป็นงานที่มีความรับผิดชอบ
สูง ต้องกล้าตัดสินใจ และการดูแลผู้ป่วยยังต้องยึดโยงกับครอบครัว
และชุมชนด้วย หากพิจารณาจากสภาพพื้นที่ของ อ.ทองผาภูมิแล้ว
ย่อมเข้าใจได้ว่าเหตุใดจึงเป็นการยากที่จะหาพยาบาลสมัครใจไป
ทำงานเป็นพยาบาลชุมชน แต่สำหรับที่ทองผาภูมิก็ได้มีการจัดการ
เพื่อเอาชนะอุปสรรคได้ในระดับที่กล่าวได้ว่าน่าทึ่ง โดยมีการลงทุน
พัฒนาบุคลากรด้านนี้ในแง่ของการสนับสนุนให้พยาบาลไปอบรมการ
พยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) มาแล้ว จนในปัจจุบันมี NP ถึง 7 คน ส่วนหนึ่ง
ทำงานในโรงพยาบาลเพื่อช่วยลดภาระงานด้านการตรวจรักษาให้กับ

แพทย์ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าที่ควรจะเป็นกว่าครึ่ง และอีกส่วนหนึ่งถูก
ตระเตรียมไว้ เพื่อหวังที่จะกระจายกำลังคนเหล่านี้ออกไปช่วยสกัดกั้น
ปัญหาสุขภาพจากด้านหน้า เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาในเชิง
คุณภาพได้มากขึ้น และขณะเดียวกันก็เป็นการกระจายโอกาส
ที่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นนั่นเอง

คุณนั้น เล่าว่า ในปี 2546 ตอนที่ขยายมาทำ PCU ที่ห้วยเขย่ง
ตอนแรกๆ ก็ใช้รูปแบบการออกไปให้บริการแบบ “OPD นอก รพ.”
เช่นเดียวกันกับตอนเริ่มต้นที่กุยแหย่ คือ มีการจัดทีมที่มีพยาบาล
ออกไปกับแพทย์ (ขณะนั้นยังคงเป็น นพ.สมชาย) เดือนละ 1 ครั้ง
โดยในช่วงปี 2546 - 2547 นี้ คุณนั้นเองเริ่มฝ่องถ่ายงาน PCU
บางส่วนไปที่โรงพยาบาลเวชปฏิบัติ คือ คุณโสภ (โสภสุตากรณ์)
และ คุณกบ (นิรมล) ซึ่งเป็นพยาบาลที่ได้ไปเรียนพยาบาลเวชปฏิบัติ
รุ่นแรก 2 คน ปฏิบัติงานประจำกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวของ
โรงพยาบาล ซึ่งทั้งสองคนกลายมาเป็นกำลังสำคัญของงานปฐมภูมิอยู่
ช่วงหนึ่ง

ในช่วงปี 2548 ผอ.โรงพยาบาลมีแนวคิดว่าจะส่งพยาบาล
ของโรงพยาบาลไปอยู่ประจำ PCU ให้เหมือนกับที่ PCU กุยแหย่ ที่มี
พยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ และสามารถพัฒนารูปแบบเป็นแม่ข่ายหรือ
node ขึ้นมาได้ ก็เลยมีการรับสมัครว่าพยาบาลคนไหนสมัครใจ
จะออกไปบ้าง ซึ่งตอนนั้นต้องการพยาบาลจำนวน 3 คน เพื่อออกไป
อยู่ประจำสถานีอนามัยที่เป็นเป้าหมายที่จะยกระดับขึ้นมาเป็น PCU
แม่ข่ายอีก 2 แห่ง

“หากคนไปทำงานชุมชนยากมาก เพราะพยาบาลในโรงพยาบาลเองก็ไม่เชื่อว่าไม่ขาดแคลน และสภาพพื้นที่ก็ทำให้ไม่ค่อยอยากมีใครออกไปลุยข้างนอก ฉะนั้นเงื่อนไขที่ตามมาก็คือ มีการจ่ายค่าตอบแทนที่สูงขึ้น และให้ลงปฏิบัติงานที่ PCU เพียง 4 วันในแต่ละสัปดาห์ คือ จันทร์-พฤหัสบดี ส่วนวันศุกร์ชอกลักรพ. เพราะว่าโรงพยาบาลก็ขาดแคลน ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลก็สนับสนุน ดังนั้น ทุกวันศุกร์พยาบาล PCU ก็กลับมาปฏิบัติงานที่ รพ. ซึ่งก็ได้ประโยชน์คือ 1. มาติดตาม case ในเครือข่ายที่คุณดูแล 2. มาติดตามผล LAB และรักษาที่เราจะต้องดูแลคนไข้ต่อเนื่องให้ได้ และ 3. หากที่ไหนมีปัญหาอะไรให้นำกลับมาคุยกันในวันศุกร์”

สำหรับแรงจูงใจเรื่องค่าตอบแทนนั้น มีการจ่าย OT และมีค่าเยี่ยมบ้านคิดเป็นชั่วโมงๆ ละ 80 บาท เหมือนค่าตอบแทน OT เหมือนของ รพ. ด้วย และในส่วนที่พยาบาลควรต้องได้ตามสิทธิเดิมาก็ยังคงได้ ซึ่งก็ทำให้คนที่จะออกไปรู้สึกพอใจ และอีกอย่างก็ไปทำงานแค่ 4 วัน อีกวันมาที่ รพ.เหมือนเดิมก็เลยรู้สึกว่าไม่ได้ตัดขาดออกไป ดังนั้น ในปี 2548 ก็ได้พยาบาล 2 คนออกไปอยู่ประจำแบบสัปดาห์ละ 4 วัน ที่ PCU ทยอยแหย่ส่วน PCU ห้วยเขย่งนั้น ในที่สุดคุณนั้นก็อาสาออกไปทำงานเอง

ในช่วงเวลาเดียวกัน ก็ประจวบเหมาะๆ กับที่มีเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยเกริงกาเวียที่ไปเรียนพยาบาลต่อเนื่อง คือ คุณเสาวนีย์ เงินโพธิ์กลางดี หรือ คุณณี ที่เรียนจบกลับมา ก็เลยทำให้ PCU เกริงกาเวีย มีพยาบาลวิชาชีพประจำเต็มตัว เป็นแม่ข่ายหลักดูแลในโซนนั้นอย่างเข้มแข็ง (ต่อมาคุณเสาวนีย์ได้ย้ายจาก PCU เกริงกาเวีย

เข้ามาอยู่ที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รพ.ทองผาภูมิและเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงแรงคนปัจจุบันในงานปฐมภูมิแทนคุณนั้น ซึ่งกลับไปเน้นงานพัฒนาคุณภาพ ส่วนคุณโสภ และคุณกบนั้น ย้ายไปทำงานในแผนกห้องฉุกเฉิน)

พญ.นวลจันทร์ เวชสุวรรณมณี (หมอหุ่ย) ผอ.รพ.คนปัจจุบันกล่าวว่า ด้วยระบบการทำงานที่ดำเนินมาเช่นนี้ตั้งแต่ต้นจนปัจจุบันทำให้พยาบาลที่ไปอยู่ PCU เขาก็จะไม่รู้สึกว่าคุณตัดขาด เขายังคงเป็นคนของโรงพยาบาล และมันเป็นกำลังใจที่สำคัญสำหรับเขา ว่าไม่ว่าเขาจะเจอกับอะไรเขาก็ไม่ได้โดดเดี่ยว

CUP ก็คือ คปสอ. คปสอ.ก็คือ CUP

พญ.นวลจันทร์ ผอ.รพ.ทองผาภูมิ เล่าว่า ตนมาอยู่ที่ทองผาภูมิหลายปี และได้ลงสัมผัสพื้นที่เกือบจะครบทุกแห่ง โดยส่วนตัวเห็นด้วยกับทิศทางการพัฒนาที่เน้นสร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ยืนยันว่า แนวทางนี้คนไข้พึงพอใจและได้รับประโยชน์

“สำหรับหมอ หมอรู้สึกเองเลยนะ ว่าคนไข้เขาได้ประโยชน์ เช่นคนไข้ที่มาปรึกษาโรคความดัน พอหมอบอก เออ...นี่ลุงความดันดีแล้วนะลุงไปรับยาที่อนามัยก็ได้ ลุงเค้าจะบอกว่า เอ๊ย...รับยาที่อนามัยได้ด้วยเหอ ยาเหมือนกันเหอ ถ้าเหมือนกันเลย ยินดีมากเลยผมขอไปเลยนะ คือ คนไข้รู้สึกดีทุกคนที่เราส่งกลับ”

ในแง่การบริหาร CUP นั้น พญ.นวลจันทร์ บอกว่า คณะกรรมการ CUP หรือ คปสอ.มีการประชุมกันทุกเดือน แต่หากมี

ปัญหาเร่งด่วนก็ประชุมกลุ่มเล็กกันได้ ซึ่งทุกคนเห็น และให้เห็นความสำคัญกับงานนี้มาก และมีการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันอยู่ ซึ่งประเด็นหลักๆ ที่พยายามจะเดินหน้าตลอดมา คือ ประเด็นของการทำให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำ PCU ดังนั้น ยุทธศาสตร์หนึ่งในกาพัฒนาบริการปฐมภูมิ ก็คือ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยไปเรียนต่อให้ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไปอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ และอีกแนวทางหนึ่งก็คิดว่าแต่ยังไม่ได้เกิดผลก็คือ การร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนา กำลังคน

สำหรับทองผาภูมิแล้ว หากตัดประเด็นเรื่องการบริหารเงินซึ่งเป็นเรื่องใหม่ออกไป ในแง่ของกลไกการประสานงานและการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง รพ.กับ สสอ.แล้ว ดูเหมือนว่า ภายใต้อำนาจ CUP ก็ได้ต่างอะไรจากที่พวกเขาเคยทำงานร่วมกันภายใต้กลไก คปสอ. และแม้จะผ่านมากเกือบสิบปีแล้ว แต่กลไกนี้ก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้อำนวยการคนเก่าจะย้ายไปแล้ว และแม้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เคยออกไปช่วยกันกรุยทางสร้าง PCU ทั้ง 4 แห่งแรก จะย้ายไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งไปแล้ว แต่รูปแบบการทำงานร่วมกันภายใน CUP ยังคงเดิม โดยอาศัยฐานเดิมที่มี คปสอ.ที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันที่ดีมาก่อนหน้าที่จะมีนโยบายพัฒนา PCU มาก่อนแล้ว

ในประเด็นนี้ คุณนัน สะท้อนภาพว่า การตัดสินใจร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะจะทำให้การดำเนินการมีความเป็นไปได้จริงและสามารถขยายงานได้ อย่างเช่น การเลือกสถานีนามัยเป้าหมาย ทาง

สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทราบว่า สอ.ใดที่มีความพร้อม เจ้าหน้าที่ยินดีและมีศักยภาพที่จะทำได้ และมีเหตุผลในเชิงของภูมิศาสตร์และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากร ทำให้เลือกพื้นที่ที่ทำงานได้จริงและได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย

ระบบเครือข่าย คือผลงานนำภูมิใจของ CUP

เมื่อมองย้อนกลับไปในช่วง ปี 2546-2547 ที่ลงไปขยาย PCU ที่ห้วยเขียงและอีกสองตำบลนั้น คุณนันและทีมงานได้ช่วยกันทำงานชนิดที่เรียกว่าสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับสถานีอนามัยอย่างเห็นหน้าเห็นหลัง โดยเฉพาะการเข้าไปจัดระบบแม่ข่ายระหว่าง รพ. กับ สอ./PCU เช่น จัดการให้มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดระบบข้อมูลต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและผสมผสาน โดยอาศัยฐานประสบการณ์ที่ได้นำร่องที่ PCU กุยหย่างมาก่อนแล้วนั่นเอง

“ถามว่าย้ายขึ้นใหม่ สำหรับที่ต่อมา มันก็ย้ายขึ้นเพราะ มีการลงไปจัดระบบเรื่องการขึ้นทะเบียน เรื่องการดูแลต่อเนื่อง เพราะว่าปัญหาเดิมคือการขาดระบบข้อมูลเชื่อมโยงกัน เช่น คนไข้ไปวัดความดันที่ สอ. แล้วบอกว่าเป็นความดัน เจ้าหน้าที่ สอ. ก็จะให้ยารักษา แล้วพอคนไข้คนนั้นมาที่โรงพยาบาลหมอก็รักษาอีก เป็นการมาเริ่มต้นใหม่ ในขณะที่ case นี้มันถูกเริ่มการรักษาไปแล้ว เราจึงมา set ระบบว่าการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเป็นที่จุดที่เราเป็นแม่ข่ายเท่านั้น แล้วใช้การส่งต่อมา ทางรพ.ไม่ต้องมาเริ่มจากศูนย์ ทำอย่างไรมัน

บทสัมภาษณ์



ก็เกิดกระบวนการที่เป็นแนวทางการรักษา แนวทางการดูแลคนไข้
ร่วมกันในส่วนเราไปเปิดขยายบริการ และในส่วนแม่ข่ายของเราเอง”

ระบบแม่ข่าย ในเชิงรูปธรรมคือการจัดให้มี PCU หลัก และ
PCU รอง บทบาทของ PCU หลัก คือ เป็นแม่ข่าย ของ สอ.และ PCU
ในพื้นที่บริเวณรอบๆ ซึ่งจัดแบ่งเป็นโซน มี PCU ย่อยที่อยู่ในโซนนั้น
ประมาณ 3-4 PCU เกิดเป็นเครือข่ายในกำรให้บริการ ระบบจึงชัดเจน
อย่างในกรณีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็มีการเชื่อมโยงโดยการใช้สมุด
ประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันทั้ง CUP ทุก PCU หลัก/รอบ
ทั้ง CUP และ รพ.ตัวเพิ่มประวัติคนไข้และ Family folder จะเก็บไว้
ที่ สอ. แต่สมุดประจำตัวผู้ป่วยจะตามผู้ป่วยไปทุกที่ที่ไปรับบริการ

คุณแสวณีย์ เล่าว่า ตนเข้ามารับช่วงงานพัฒนาบริการปฐมภูมิ ในช่วงท้ายของปี 2548 คือ หลังจากที่ นพ.สมชาย ซึ่งเคยเป็นแพทย์หลักที่ออกให้บริการที่ PCU ได้ย้ายไป ก็มี นพ.กำพล มาแทน และเริ่มมีการกำหนดว่าทุกวันอังคารที่ออกไป PCU สัปดาห์ละแห่ง หมุนเวียนไปนั้น ตอนเช้าจะตรวจคนไข้โรคเรื้อรัง ตอนบ่ายจะออกเยี่ยมบ้าน ดังนั้น จะต้องมีการประสาน case ที่จะเยี่ยมบ้านกับ สอ./PCU และ นพ.กำพลเองก็มีแนวคิด ว่า ต้องใช้ระบบเครือข่ายให้เป็นประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยมาหาหมอ รักษาดีควบคุมโรคได้ดี ก็ควรส่งตัวกลับไปรักษาต่อเนื่องที่ สอ./PCU ทำให้ระบบการประสานงาน เข้มข้นจริงจังมากขึ้นไปอีกและมีทิศทางที่จะเพิ่มบทบาทการทำงาน ของ PCU มากขึ้น

ระบบส่งต่อยา รูปแบบของการทำงานแบบเครือข่าย

ประเด็นบัญญัติยาสำหรับ PCU เริ่มเข้าที่ประชุม คปสอ. ในปี 2548 เพราะว่า สอ.ที่เปิดเป็น PCU แล้ว ไม่มียาใช้อย่างเพียงพอ จึงมีการตั้งคณะกรรมการยาขึ้นโดยเภสัชกรของโรงพยาบาลรับหน้าที่ มาจัดบัญญัติยา โดยออกมาเป็น 2 บัญชีคือ บัญชีหลัก สำหรับ PCU ที่มีพยาบาลอยู่ประจำ หรือว่ามีหมอออกไปตรวจ ส่วนบัญชียารอง คือบัญชียาปกติของ สอ.

อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ออกตรวจก็สามารถจะเขียนในสั่งยา พร้อมใบส่งตัวคนไข้ที่จำเป็นต้องได้รับยาในบัญชียาหลัก แต่ไม่จำเป็นต้องให้คนไข้มาถึงโรงพยาบาลเอง ก็ให้ทางเจ้าหน้าที่สอ.หรือพยาบาลประจำ PCU มาเบิกยาไปจ่ายให้คนไข้ ทำให้เกิดความ

ชัดเจนว่า คนไข้รักษาที่ สอ./PCU ก็ได้รับยาเหมือนที่ รพ.นอกจากนี้ ภาพของการทำงานเป็นเครือข่ายบริการยังชัดเจนขึ้น เมื่อเปิดให้ สอ./PCU สามารถมาเบิกยา เบิกอุปกรณ์ เช่น ชุดทำแผล และส่งเครื่องมือต่างๆ มาหนึ่งฆ่าเชื้อที่ รพ.ได้

สำหรับแนวทางการรักษานั้น (Guideline) นั้น จะมีการจัดไว้ให้ทุก สอ./PCU ใครจะดูเปิด Guideline ก็รักษาตามหมอบได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นหมอ

"คนไข้โรคเรื้อรังทั้งหลาย เบาหวาน ความดัน ผู้พิการ โรคลมชัก อดโรคพวกนี้ ไม่ต้องมานั่งรอตรวจกับหมอ คนไข้โรคจิตเวชซึ่งการรักษาค่อนข้างจะไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนัก เขาไม่ต้องกลับมาที่รพ. เพราะว่า เขาจะไปที่อนามัย จะมีใบส่งต่อส่งมาว่าคนไข้คนนี้เป็นโรคนี้อันนี้ รับยาต่อเนื่องอย่างนี้และให้เยี่ยมบ้านอย่างนี้ เจ้าหน้าที่อนามัยเขาก็มาดูจดหมายแล้วเขาก็ทำตาม บางอย่างเขาก็ต้องอ่าน Guideline เพราะว่า หมอมี เช่น บอกว่าความดันโลหิตสูงต้องทำอย่างไร เบาหวานต้องทำอย่างไร ถ้าเจ้าหน้าที่อนามัยไม่เข้าใจก็มีการจัดอบรมการรักษา ผลที่เห็นชัดและเป็นความสำเร็จที่สุด คือ คนไข้ ร้อยละ 30-40 กลับไปอยู่กับอนามัย และได้รับการดูแลต่อเนื่อง" คุณเสาวนีย์ เล่า

คุณสุชาดา พัททอง เกษชกรประจำโรงพยาบาลทองผาภูมิ เล่าถึงการ Refer ยา ว่า หมายถึงการส่งต่อยาสำหรับคนไข้ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง อาจจะรักษาที่ รพ. แล้วอาการอยู่ในระดับที่สามารถ refer ไปรับยาที่ สอ.ได้หมอก็จะมีใบส่งต่อมาว่าคนไข้คนนี้นำส่งต่อไป สอ.นี้ต้องมียาตัวใดบ้างขนาดยาเท่าไร เขียนเสร็จก็จะเป็นใบ copy 2 ใบ โดยเก็บไว้ที่ รพ. 1 ใบให้คนไข้ถือไปเอง 1 ใบ เพื่อไปรับยาที่ สอ.

ตามเวลาที่หมอนัด โดยที่ยาตัวนั้นอาจจะมีหรือไม่มีอยู่ในบัญชียาของ
สอ./PCU ในกรณีที่ไม่มีทางห้องยาของ รพ.ก็จะจัดไปให้ โดยอาจจะ
มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของ สอ./PCU มารับไป เพื่อไปจ่ายให้กับ
คนไข้ในเขตพื้นที่ที่ตนดูแลอีกที เป็นการช่วยให้คนไข้ได้รับความสะดวก
และไม่มีการขาดยาเพราะเหตุผลว่ามารับยาที่ รพ.ไม่ได้

“ข้อดีคือ ใบ refer ยานี้จะถูกส่งไปที่ PCU ทำให้ PCU ทราบว่า
มี refer case นี้กลับมารับยา ซึ่งเขาอาจจะตามออกไปเยี่ยมบ้านด้วย
ก็ได้ แต่การ refer ยานี้ จะเฉพาะ case ที่ไม่ซับซ้อน และสามารถ
ควบคุมอาการได้ดีแล้ว และผลดีต่อคนไข้ก็ชัดเจนเลยว่า คนไข้ได้รับยา
สะดวกต่อเขามากขึ้น อย่างกรณีโรคจิตเวช ทั้งจังหวัดกาญจนบุรีเรามี
แพทย์จิตเวชเพียงคนเดียว ถ้าคนไข้ไม่มีระบบเหล่านี้รองรับ เขาคงไม่
สามารถเข้าถึงยาต่อเนื่องได้” คุณสุชาดา กล่าว และยังพูดถึงทิศทางใน
อนาคตว่า อาจจะมีการจัดทำบัญชียาใหม่ออกมาอีก เพื่อให้พยาบาล
ที่เขาผ่านการอบรมหรือมีศักยภาพสามารถที่จะสั่งใช้ยาหรือรับยา
บางอย่างเพิ่มเติมได้

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

ศูนย์ประสานเครือข่ายปฐมภูมิ

ในการทำงานดังกล่าวทั้งหมดนั้น ในส่วนของโรงพยาบาลมี
หน่วยที่ทำหน้าที่นำเอามติของคณะกรรมการ CUP มาสู่การปฏิบัติ
และเป็นศูนย์กลางประสานงานพัฒนา PCU นั่นก็คือ กลุ่มงาน
เวชปฏิบัติครอบครัว

คุณวัชร วงศ์น้อย หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เล่าว่า กลุ่มงานนี้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต งานอาหารปลอดภัย งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรค งานระบาดวิทยา งานบริการปฐมภูมิ (PCU) จะอยู่ในขอบเขตของกลุ่มงานนี้ทั้งหมด และเนื่องจากที่นี้ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้น จึงยังไม่มีคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

รพ.มีพื้นที่รับผิดชอบหลัก 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1 หมู่ 2 ซึ่งถ้าคนไข้ในเขตรับผิดชอบมาก็จะตรวจที่ OPD ที่กลุ่มงานนี้ มีคลินิกตรวจครรภ์ และวางแผนครอบครัว ส่วนการตรวจรักษาพยาบาลจากกลุ่มงานนี้ซึ่งจบ NP มาหลายคน ก็จะไปช่วยตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีที่แพทย์ติดงาน โดยคุณทิพวัลย์จะไปช่วยตรวจ ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยมาก

“งานหลักที่สำคัญ คือ การเป็นศูนย์ประสานและสนับสนุนเครือข่าย PCU โดยในช่วงเริ่มต้นหลายปีก่อนนั้น การออกไปช่วยตรวจตาม สอ. จะมีแพทย์ออกไปด้วย แต่ระยะหลังแพทย์น้อยลงเพราะมีการย้ายบ้าง พยาบาลเวชปฏิบัติจาก รพ.จะต้องเวียนกันลงไปเสริม สอ. เดือนละ 1 ครั้ง (กำหนดเป็นตารางเวียนการทำงาน) พยาบาลจากโรงพยาบาลจะไปในวันที่ สอ./PCU มีคลินิกโรคเรื้อรัง เพราะคนไข้จะมาก เราจะไปช่วยให้บริการ และมีเจ้าหน้าที่เภสัช ไปช่วยดูเรื่องยา ส่วน PCU ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ประจำอยู่แล้ว พยาบาลจาก รพ. ก็มีบทบาทในการเป็นส่วนเสริม” คุณวัชรเล่า

แต่ด้วยพื้นที่ที่เข้าถึงยาก และต้องใช้เวลาเดินทางมาก หากรอให้พยาบาลจากโรงพยาบาลออกไปช่วยอย่างเดียวก็ยังไม่ทันการ

ดังนั้น การบริหารจัดการที่มีการจัดแบ่งพื้นที่ออกเป็นโซน แล้วพัฒนา PCU หลักของแต่ละโซนขึ้นมา และจัดการให้มีพยาบาลออกไปอยู่ประจำตาม PCU หลักที่เป็นรอยต่อไปยังพื้นที่ที่อยู่ไกล แล้วมอบให้พยาบาลที่ PCU หลักเป็นหัวหน้าโซน รับผิดชอบช่วยออกไปสนับสนุนสถานอนามัยที่อยู่ไกลออกไปอีกชั้นหนึ่ง นับว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เพราะทำให้พยาบาลจากโรงพยาบาลไม่ต้องออกไปไกลจนกลายเป็นปัญหาความไม่ต่อเนื่อง และนับว่าเป็นการจัดการกำลังคนที่มีอยู่จำกัดอย่างชาญฉลาด ซึ่งรูปแบบการจัดการนี้เป็นรูปร่างมาประมาณ 3-4 ปีมาแล้ว

นอกจากนี้ งานที่เชื่อมต่อกันกับบริการปฐมภูมิก็คือ งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งด้วยสภาพพื้นที่ป่าเขาเยือกลำบากต่อการเดินทาง ทำให้ที่นี่พบโรคติดต่อ และปัญหาสาธารณสุขที่อยู่คู่กับความยากไร้ทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โรคพยาธิ โรคติดต่อ โรคอะไรที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งใจและประกาศว่าจะต้องไม่เจอ เช่น โปลิโอ หรือบาดทะยักในเด็กแรกเกิด แต่ที่นี่ หากเอาความจริงมาพูดกัน ก็ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้ และต้องเฝ้าระวังโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลมาก ๆ

หนึ่งในงานของคุณยเวชศาสตร์ครอบครัวก็คือการออกหน่วยบริการในพื้นที่เยือกลำบาก

ช่วยกันรุกในพื้นที่เยือกลำบาก

ในพื้นที่ปกติของทองผาภูมินั้น ก็จัดเป็นพื้นที่ที่ทุรกันดารมากพออยู่แล้ว แต่ยังมีบางพื้นที่ ๆ ไม่ค่อยจะมีใครรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของแผนที่



ประเทศไทย นั่นคือ พื้นที่ที่เป็นเกาะอันเกิดจากสันเขาที่ไหลพันผืนน้ำเหนือเขื่อนวชิราลงกรณ์ ซึ่งตั้งอยู่เหนืออำเภอทองผาภูมิ ประมาณ 5 กิโลเมตร เป็นเขื่อนแห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งมีเกาะเกิดขึ้นถึง 4 เกาะที่มีคนไปปักหลักปลูกบ้านเรือนอาศัยอยู่ จนกลายเป็นชุมชนชาวเกาะบนสันเขาเหนือเขื่อน เกาะเหล่านี้อยู่ในเขตความรับผิดชอบของ สอ.บ้านอิต้อง ตำบลปลีลึก การเดินทางของผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ต้องเสียค่าเรือมากโข โดยอาจต้องจ่ายถึงห้าร้อยบาท หากต้องเช่าเหมาลำ

โชคดีที่วันนี้อากาศดี คลื่นลมไม่แรง หนุ่มพม่าผู้มึนผลเลือดติดเชื้อมาลาเรีย เจ้าของรองเท้าแตะหุคิບคูนัน จึงออกมาจากเกาะได้ หากวันใดคลื่นลมแรงมีเค้าฝน คนเรือจะไม่กล้าออกเรือ และหากเกิด

เหตุฉุกเฉินในเวลากลางคืน ก็จะมีโทรศัพท์แจ้งโรงพยาบาล แล้วคนจากเกาะต้องหอบหิ้วกันลงเรือมา แล้วรพพยาบาลก็จะไปรับที่ท่าแพ เป็นที่ฉุกเฉินทุกพอสมควร

“มิชา” เป็นชื่อของหญิงวัยกลางคน เธอเป็นอีกคนหนึ่งในวันนี้ เดินทางมาจากเกาะโดยเรือลำเดียวกับหนุ่มพม่า โดย “มิชา” พาแม่ที่ชรามากแล้วมีอาการไข้และอาเจียนมาหาหมอ เธอบอกว่า นั่งเรือมาใช้เวลาครึ่งชั่วโมง มาถึงท่าเรือแล้วก็มาที่ท่ารถ รอรถเมลล์นานเท่าไร ไม่นั่นเอง วันนี้รอเกือบครึ่งชั่วโมง แล้วนั่งรถเมลล์อีกครึ่งชั่วโมงมาถึงหน้าโรงพยาบาล

“เรือที่รับส่งออกจากเกาะมีวันละ 1 เที่ยว เที่ยวแรกออกจากบ้าน 06:00 น. เที่ยวกลับหมู่บ้านเที่ยว 12:00 น. ค่าเรือต่อเที่ยว 60 บาทต่อคน ค่ารถเมลล์ 20 บาทต่อเที่ยวต่อคน ต้องกลับไปขึ้นเรือตอนเที่ยงวัน ฉะนั้นอย่าลืมขึ้นเรือเที่ยวกลับ ตอนนั้นต้องเข้าห้องนอนคืนละ 200 บาท”

มิชาบอกอีกว่า การเดินทางเป็นแบบนี้มานานแล้ว ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงไปในหลายปีมานี้ มีแต่ค่ารถค่าเรือที่แพงขึ้นๆ เท่านั้น คุณทิพย์วัลย์ หรือ โบว์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นกำลังสำคัญอีกคนหนึ่ง ในทีมปฐมภูมิรุ่นล่าสุดของทองผาภูมิ เล่าว่า เดิมนั้นคนที่อยู่อาศัยบนเกาะเคยทำไร่ทำนาอยู่เชิงเขา เมื่อมีการสร้างเขื่อนขึ้นมา พวกเขา ก็หนีน้ำกระเด้งขึ้นเขาไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นชาวเกาะมาจนบัดนี้ แม้ว่าจะไม่มั่นใจข้อมูลที่แน่นอน แต่โบว์ซึ่งรับหน้าที่เป็นพยาบาลออกหน่วยมานานหลายปี มั่นใจว่าประชากรต่อ 1 เกาะไม่ต่ำกว่า 300 คน มีทั้งคนไทยและคนต่างด้าว

ปัจจุบันบนเกาะมีตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) เข้าไปดูแลและเปิดโรงเรียน ตชด.ที่นั่น ดังนั้นในส่วนนี้เฉพาะในตำบลปิล็อกจึงมีโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนสองแห่ง และมีโรงเรียนในราชินีปดัมภ์อีก 3 ที่ มีเด็กนักเรียนทั้งไทยและต่างด้าว อาชีพที่ทำบนเกาะคือเกษตรกรรม สิ่งที่น่าแปลกใจคือ บนเกาะที่เพิ่งค้นพบใหม่ คือ เกาะซึ่งปิล็อกไค้นั้น พบว่าประชากรเป็นคนไทยส่วนใหญ่ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ UC ซึ่งพวกเขาเหล่านี้ย้ายมาจากจังหวัดสกลนคร มาอยู่ในพื้นที่จัดสรรทำกิน ซึ่งการที่จะให้เขาออกมาก็ไม่ได้ และพวกเขา ก็ไม่ได้ทำอะไรผิดกฎหมาย ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐต้องเข้าไปดูแล

ในส่วนงานสาธารณสุขนั้น ไม่มีสถานอนามัย มีแต่เพียง อสม. ส่วน สอ.ที่รับผิดชอบเกาะทั้งหมด คือ สอ.บ้านอีต่อง ซึ่งตั้งอยู่ข้างนอกเกาะ ดังนั้น จึงกลายเป็นรอยต่อหรือเกิดช่องว่าง ที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของ PCU แห่งใดแห่งหนึ่ง CUP จึงต้องเข้ามาดูแล จัดระบบการให้บริการเชิงรุกเข้าไป ทำให้ CUP ทองผาภูมิไม่อาจนิ่งนอนใจ ได้พยายามจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้การดูแลประชาชนถึงบนเกาะ โดยการประสานงานกับ อบต. ปิล็อก ในการร่วมลงขันค่าใช้จ่าย โดยทางอบต. เป็นฝ่ายออกค่าเรือ ค่าเดินทาง ส่วนทางโรงพยาบาลนายาและอุปกรณ์ที่จำเป็นออกไปให้บริการ 2 เดือนครั้งหนึ่ง ครั้งละ 3 วัน ให้บริการ 4 เกาะ

“ที่เราไปเป็นเกาะ 3 ไม่สามารถไปกลับทั้งหมดภายในวันเดียวได้ เพราะต้องนั่งเรือกว่าหนึ่งชั่วโมง พอไปถึงก็เริ่มให้บริการตั้งแต่ 9 โมง เข้าถึง บ่าย 2 โมง ก็ต้องออกมาจากเกาะ แล้วก็มุ่งหน้าไปยังอีกเกาะ

ดังนั้นถ้าไม่ทันเราก็ต้องกลับออกมาแล้วในวันต่อไปเราก็ต้องเข้าเกาะใหม่”

โบว์เล่าถึงวิธีทำงานที่มีความยากลำบาก และเสี่ยงอันตราย ไม่น้อย เพราะการเดินทางทางเรือที่ไม่แน่ใจว่ามีระบบรองรับหากเกิดอุบัติเหตุที่ดีเพียงพอหรือไม่ และไม่มีหลักประกัน เช่น การประกันชีวิตให้กับทีมงานที่ออกปฏิบัติงานแต่อย่างใด แต่ถึงอย่างนั้น ทีมสาธารณสุขก็เคียงบ่าเคียงไหล่ไปกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อออกไปให้บริการที่ดีที่สุดที่พวกเขาทำได้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่น้อยคนจะรู้จัก

สามมือทำงานกับภาคี และจิตอาสา

การบริการในพื้นที่ยากลำบากเช่นนี้ ทางโรงพยาบาลยังมีภาคีที่ช่วยหนุนเสริมทำงานดูแลชาวบ้านร่วมกัน นั่นคือ หน่วยควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง เขตดูแลเรื่องมาลาเรีย และ ARC (American Refugee Committee Thailand) ซึ่งมีบทบาทดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่างด้าว หรือคนที่ไม่สัญชาติ ไม่มีสวัสดิการ ซึ่งมีการปรับกลยุทธ์การทำงานเชิงรุกร่วมกันที่ชัดเจนและแบ่งบทบาทการทำงานเพื่อให้ทันกับเวลามากขึ้น เช่น แบ่งให้ ARC รับผิดชอบ case มาลาเรีย และ TB ในการคัดกรองทั้งหมด ส่วนการรักษา ส่งเสริมบริการสุขภาพให้ส่งต่อมาเป็นบทบาทของทีมองค์กรแพทย์ ส่วน อบต. ที่เข้าไปในพื้นที่ด้วยก็ให้ไป ส่งเสริมการทำงานชุมชนกับการจัดการเรื่องโรค เรื่องงานพัฒนาในชุมชน ทั้งยังมีหน่วยงานพัฒนาเอกชน เช่น Global

fund ที่ทำงานเรื่องมาลาเรีย และมีการสร้างอาสาสมัครที่เรียกว่า "มาลาเรียชุมชน" ขึ้นมาเป็นกำลังสำคัญอีกด้านหนึ่ง

โบว์เล่าว่า สำหรับการไปออกหน่วยแต่ละครั้งให้บริการก็วางพื้นฐานเหมือนการให้บริการที่ รพ. คือ มีบริการตรวจรักษาโรค บริการฝากครรภ์ วางแผนครอบครัว ให้ภูมิคุ้มกันโรค และควบคุมโรคด้วย โดยไปค้นหาวัณโรค ตรวจคัดกรองหามาลาเรีย โดยในเรื่องมาลาเรียนี้ มีพันธมิตรที่ช่วยกันทำงานก็คือ องค์กรที่ชื่อ ARC (American Refugee Committee Thailand) ซึ่งมีลูกจ้างและอาสาสมัครของ ARC อยู่ประจำในพื้นที่ การออกหน่วยนี้ต้องเดินทางด้วยเรือ หากน้ำลดเมื่อไหร่ก็จะมีรถมอเตอร์ไซด์เท่านั้นที่จะเข้าได้เฉพาะโบยง กับบ้านใหม่ไร่ป่าที่ติดเขา ซึ่งจะมีเส้นทางรถมาได้ใกล้หมู่บ้าน แต่อย่างไรก็ต้องนั่งเรือเข้าหมู่บ้านอยู่ดี เพราะฉะนั้นเวลาออกไปที่มงานทั้งหมดจึงใช้วิธีการนั่งเรือเลยทอดเดียว และเมื่อให้บริการเสร็จแล้วคุณครู ตำรวจตระเวนชายแดนที่อยู่ประจำที่นั่น ก็จึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้รับฝาก ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ทรายอะเบท ฯลฯ ที่ทางสาธารณสุขฝากไว้แจกจ่ายให้ชาวบ้านมาขอเบิกไปใช้ จนกว่า "หน่วยหมอ" จะมากันอีกครั้งในอีกสองเดือนข้างหน้า

นอกจากนี้ กำลังสำคัญมาก ๆ สำหรับพื้นที่เหล่านี้ก็คืออาสาสมัคร ที่เป็นคนในหมู่บ้าน นั่นเอง ที่ทำหน้าที่ช่วยเจ้าหน้าที่ของ ARC ทั้งในการบริการ การเป็นล่ามแปล เป็นผู้นำคนไข้มาเจาะเลือด หรือพามาส่งโรงพยาบาล และไปช่วยงานในวันที่ทีมออกหน่วยจากโรงพยาบาลออกไปให้บริการ โดยทั้งหมดนี้พวกเขาไม่ได้รับค่าตอบแทน

ที่แน่นอน จะได้ค่าจ้างเป็นสามแปดเป็นรายวันเท่านั้น ส่วนอื่นๆ เป็นการช่วยเหลือกันด้วยจิตอาสาอย่างแท้จริง

วันนั้น ที่โรงพยาบาลทองผาภูมิ มีอาสาสมัครจากปัสสิอกพาคนไข้มาพบแพทย์ เขาเล่าว่า ที่ปัสสิอกมีชาวบ้านอยู่กันประมาณ 1,000 คน เป็นเด็กเยอะมากกว่า ตอนนี้มีเด็กตั้ง 300-400 คน (กำลังเรียนอยู่) ทั้งเด็กเล็ก เด็กโต แต่วัยรุ่นเขาจะออกไปทำงานที่เหมือง ส่วนตัวเขาเองเป็นอาสาสมัครมา 2 ปีแล้ว ก็ไม่ได้คิดอะไร คิดแค่ว่าอยากช่วยชาวบ้านเพราะชาวบ้านบางคนลำบาก มาไม่ถูก พุดไทยไม่เป็น ก็อยากจะช่วย แม้ว่าต้องทำงานในไรมา และแม้ว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนจะตกเพียง 1,000-2,000 บาท ก็ตาม

“เราก็ก็นึกภาพมาเยอะแล้ว พี่น้องที่หมู่บ้านบางคนพุดไทยไม่ได้ ไม่กล้ามาหาหมอ ก็ปล่อยให้ตัวเองเสียชีวิตอยู่ที่เกาะก็มี...เมื่อก่อนบางครั้งเราพาคนไข้มาอาการหนักเกินไป เขาก็ดำ ซึ่งเขาไม่เข้าใจว่าคนไข้จะมาหาเรา กว่าเราจะรู้คนไข้ก็อาการแย่มากแล้ว เราเป็นล้ามารับกับทุกอย่าง แต่เดี๋ยวนี้ดีขึ้นมาก หมอเขาไม่ค่อยดำ พยาบาลก็ดีขึ้นตั้งเยอะ ไม่เหมือนแต่ก่อน คงเป็นเพราะว่าเขาเข้าไปเห็นแล้วว่าหมู่บ้านเราเป็นอย่างไร”

เขาพุดชื่อๆ แต่ทำให้เราเห็นภาพว่า ผลดีของการ “รุก” เข้าไปหาชาวบ้านนั้น นอกจากนำบริการไปหาพวกเขาแล้ว ยังทำให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงและเข้าใจชาวบ้านมากขึ้นด้วย

รับมือกับความขาดแคลน

ด้วยการปรับแนวทางแต่ไม่หยุดพัฒนา

หากมองย้อนไป เราอาจกล่าวได้ว่ายุคทองของการพัฒนา PCU คือยุคที่มีการขยายจำนวน PCU และการส่งพยาบาลลงไปประจำ รวมทั้งมีแพทย์หมุนเวียนออกไปให้บริการตาม PCU จนสามารถสร้างระบบการทำงานแบบเครือข่ายขึ้นมาได้อย่างค่อนข้างจะมั่นคงและมีประสิทธิภาพ ในช่วงปี 2544-2549

แต่ในภาวะที่โรงพยาบาลตกอยู่ในภาวะขาดสภาพคล่องในปัจจุบัน ทำให้ต้องรัดเข็มขัดในทุกส่วน งานพัฒนาบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน จึงต้องปรับทิศทางไป โดยการออกตรวจและเยี่ยมบ้านโดยแพทย์นั้น ไม่สามารถจะทำได้มานานพอสมควรแล้ว กำลังหลักที่ไปเสริมงานที่ PCU จึงเป็นพยาบาลนั่นเอง

คุณปู (วรัททิพย์ สุตแสง) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เล่าว่า ในการออกไปพัฒนา PCU นั้น กำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลที่ส่งออกไปทำงานที่ PCU เป็นปัจจัยหลัก ที่ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลทองผาภูมิพยายามจะสนับสนุนอย่างเต็มกำลัง แต่ในท่ามกลางความขาดแคลนกำลังคน ที่มีทั้งการโยกย้าย การลาออก และปริมาณงานในโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้น ภายใต้กรอบหลักที่เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพที่มีตัวชี้วัดมากมาย ฝ่ายการพยาบาลเป็นฝ่ายที่ต้องบริหารกำลังคนที่มีอยู่จำกัด เพื่อรับมือกับงานทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอก ทำให้การสนับสนุนกำลังคนออกไป PCU ไม่สามารถที่จะจัดให้ไปอยู่ประจำตาม PCU ได้ตามที่ทาง สสอ.ร้องขอมาได้

“ที่ผ่านมามีจัดส่งไปได้เพียง 3 แห่ง อีก 2 แห่งที่มีพยาบาลนั้น เป็นพยาบาลของทาง สสอ.เอง รวมแล้ว มี PCU ที่มีพยาบาลอยู่ ประจำเพียง 5 แห่ง อีก 8 ทำได้แต่เพียงการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ออกไปช่วยตรวจโรคเรื้อรังที่ PCU แห่งละ 1 ครั้งต่อเดือนแทน โดย พยาบาลที่ออกตรวจที่ PCU ก็ต้องทำงานในโรงพยาบาล ทั้งการขึ้นเวร และการทำงานในเวลาปกติ แม้แต่พยาบาลที่รับงานด้านบริหารและ พัฒนาคุณภาพ อย่างเช่น พี่นั้น ก็ยังต้องควมงานออกตรวจและ สนับสนุน PCU ไปด้วย” คุณปู่เล่า ทำให้เห็นสภาพความตึงตัวในด้าน กำลังคนขนาดหนัก ซึ่งผู้ที่เป็หัวหน้าต้องบริหารกำลังคนต้องคิดแล้ว คิดอีก กว่าจะตัดสินใจจัดการให้ลงตัวและราบรื่นเท่าที่ทำได้

การพัฒนาบริการปฐมภูมิไม่ได้หยุดยั้ง แต่พวกเขาจำต้องเลือก และจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ที่เป็นยุทธศาสตร์ก่อน ดังเช่น “ห้วยเขย่ง” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทางโรงพยาบาลยอมเจียดแบ่งพยาบาล วิชาชีพออกไปอยู่ประจำเมื่อสัก 4-5 เดือนที่ผ่านมา ด้วยเหตุผลที่ว่า ห้วยเขย่งเป็นตำบลใหญ่ มีประชากรมากและกำลังจะได้รับการยกระดับ เป็น รพ.สต.

คุณวีรชนีย์ จันทร์โนติบ หัวหน้า PCU ห้วยเขย่ง เล่าว่า ที่นี่ คนไข้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 40 คน ประชากรเป็นคนไทยและ คนต่างด้าวครึ่งต่อครึ่ง มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และโรคภัยไข้เจ็บที่ เกี่ยวเนื่องกับการด้อยในด้านสุขอนามัยพื้นฐาน ความยากจน และการ ขาดการศึกษา ก่อนจะยกระดับเป็น PCU ที่นี่มีเจ้าหน้าที่ 3 คน ตนและนักวิชาการจะช่วยกันตรวจคนไข้ แต่เมื่อเป็น PCU แล้ว

งานด้านการรักษาก็มีพยาบาลมาช่วยรับผิดชอบ ตนจึงสามารถทำงาน
สาธารณสุขได้มากขึ้น

น้องต้า เป็นพยาบาลจบใหม่มาทำงานในตำแหน่งลูกจ้าง (ไม่มี
ตำแหน่งรับบรรจุ) ถือเป็นกรณีพิเศษอย่างมาก เพราะเธอได้รับโอกาส
ไปเรียน NP ทั้ง ๆ ที่จบมาไม่ถึงปี ด้วยทุนของโครงการไทยเข้มแข็ง
โดยต้าไปเรียนภาคพิเศษ ศุภร์ เสาร์ อาทิตย์ ซึ่งเป็นโควต้าของทาง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่มายกทุนนี้ให้ต้าซึ่งเป็นคนของ
โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ชัดเจนถึงความเป็นเอกภาพของ
CUP ของภาคภูมิที่มีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรสุขภาพร่วมกัน

เมื่อต้าเรียนจบกลับมาแล้ว จึงถูกชวนแถมขอร้องให้ออกไปอยู่
ประจำ PCU ห้วยเขย่ง โดยมีแรงจูงใจในเรื่องค่าตอบแทนต่าง ๆ
ร่วมด้วย แต่ล้าฟังเรื่องค่าตอบแทนอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้ต้าอยู่ที่ PCU
ได้ สิ่งสำคัญคือ แรงจูงใจในการทำงานที่มีความท้าทายศักยภาพมากขึ้น
ในบรรยากาศการทำงานร่วมกับหัวหน้าสถานีนามัยและเจ้าหน้าที่
คนอื่น ๆ ทั้งนักวิชาการสาธารณสุขและทันตภิบาล ที่อยู่มาก่อน
นอกจากนี้ เธอยังมีความรู้สึกว่ามี “พวกพี่ๆ” เป็นที่พึ่ง ที่ปรึกษา
ที่อุ่นใจได้เสมอว่า เธอจะเดินไปได้โดยมี “ทีม” ให้การช่วยเหลือ อีกทั้ง
ล่าสุด ยังมีการพัฒนาใช้การสนทนาสดออนไลน์ผ่าน Skype โดยที่
OPD ของโรงพยาบาลจะมีการออนไลน์ และจะมีแพทย์พร้อมให้
คำปรึกษาแก่ สอ.และ PCU ลูกชายตลอดเวลา

ต้าเล่าความรู้สึกเปรียบเทียบกันว่า จริงอยู่ว่ามาอยู่ PCU ต้อง
รับผิดชอบสูงมากขึ้น แต่ตอนทำงานที่โรงพยาบาล เป็นพยาบาล
คัดกรองหน้าห้องตรวจ ก็มีความรับผิดชอบและความกดดันมาก

เหมือนกัน เมื่อถูกหัวหน้า (คุณปู) ทาบถามว่าจะให้มาอยู่ PCU ห้วยเขย่ง แล้วคุณเปิ้ล ซึ่งเคยอยู่ที่ห้วยเขย่ง จะไปอยู่ที่ PCU บ้านไร่ตนเองก็สองจิตสองใจ แต่แนวโน้มในใจคือ คิดว่ามาดีกว่า

“ที่ OPD เข้ามา 8 โมง เราขึ้นทำงานเจอคนไข้ที่นั่งรอเราเป็นร้อยๆ คน เขาก็ต้องมองมาที่เรา แล้วบางที่เที่ยงกว่าแล้วแต่คนไข้ยังไม่หมด เราไม่สามารถหยุดได้ เราต้องตรวจให้หมดภายในครึ่งวันที่นั่งรอเราเรียกว่าคน แล้วบางที่ถ้าหมอไม่อยู่ คนไข้ที่นั่งรอก็จะมองหน้าเราๆ ก็ทำอะไรไม่ถูก และวันๆ เราก็ซักประวัติคนไข้อย่างเดียวตามง่ายๆ เช่น เป็นไข้กี่วัน แต่อยู่ PCU ได้ซักถามและรู้จักคนไข้มากกว่านั้น”

ต้าเล่าแล้วหัวเราะ โดยเฉพาะเมื่อเล่าถึงครั้งแรกที่เธอตรวจคนไข้ที่ PCU แล้วต้องการปรึกษาแพทย์ จึงเรียกผ่าน Skype ไปที่ห้องตรวจแพทย์ ซึ่งเสียงจากคอมพิวเตอร์ที่ดัง ตุง ตุง ขึ้นมา เมื่อเธอ กด “call” เข้ามาที่ รพ. ทำให้คนไข้ที่นั่งอยู่ที่ตึกใจจริงออกมาหาพยาบาลว่าเสียงอะไรมันดังขึ้น ไม่ได้ทำอะไรสักหน่อย

แล้วทุกคนก็เริ่มเรียนรู้จนคุ้นเคยกับเทคโนโลยีอันเป็น “ผู้ช่วย” ชั้นดีชนิดนี้

ผลจากความเหนื่อยยากและตั้งใจ

คุณวัชรีย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว กล่าวถึงผลการพัฒนาในเชิงระบบว่า สิบปีมานี้ ภาพการเชื่อมโยงระหว่าง CUP กับ สอ./PCU พัฒนาขึ้นในหลายเรื่อง เช่น ระบบการตรวจรักษา case ที่ถูกส่งต่อ หากเทียบกับก่อนมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจะพบว่า

ก่อนมีนั้นทั้งทาง รพ.กับทาง สอ./PCU แทบจะไม่มีใครรู้จักกันเลยว่าใคร เป็นใคร หรือแม้กระทั่ง case นี้ถูกส่งมาได้อย่างไร แต่พอเริ่มมี เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ก็มีผลดีคือระบบส่งต่อดีขึ้น รู้ที่มาที่ไป และ ความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ที่มีการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องปัญหา ประเด็นมีการ จัดระบบมากขึ้น เช่น ใบ refer ต้องมีปัญหาทุกเรื่องสามารถคุยกันได้ ณ ปัจจุบันนี้ที่มีการนำเอาเทคโนโลยี web camera เข้ามาก็ทำให้เกิด ผลดีมากยิ่งขึ้นในการส่งต่อระหว่าง case ตรวจรักษา กรณีภาวะ ฉุกเฉิน เช่น หากน้องที่ สอ.พบ case ที่ emergency ไม่สามารถ จัดการได้ก็สามารถใช้ webcam เข้ามาปรึกษากันได้เลย

ในเชิงปริมาณนั้น มี PCU ที่ผ่านเกณฑ์ PCU มี 6 PCU จาก ทั้งหมด 13 สอ.มี 2 รพ.สต. สอ./PCU หลักทั้ง 6 แห่ง มีพยาบาล ประจำอยู่ แต่พยาบาลที่อยู่ก็ยังไม่จบพยาบาลเวชปฏิบัติครบหมด ขณะนี้มีส่งไปเรียนเพิ่ม 4 แห่ง ซึ่งเป้าหมายคือจะพัฒนาให้ PCU หลัก 6 แห่งนี้มีพยาบาลเวชปฏิบัติให้ครบทั้งหมดในเร็ว ๆ นี้

ส่วนในเชิงคุณภาพ คุณวัชรมองว่า สอ.ปฏิบัติงานได้ดีขึ้นจากเดิม เป็นที่พึงของชาวบ้านได้มากขึ้น โดยแต่เดิมไม่ค่อยได้เน้นเรื่องการ ตรวจรักษาเนื่องจากเจ้าหน้าที่พื้นฐานก็เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ไม่ได้จบพยาบาลมาโดยตรง แต่พอมีการเพิ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีทีมจาก รพ.เข้าไปเสริมทำให้บทบาทในด้านบริการตรวจรักษา มั่นใจ และมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น

ทางด้านโบว์นั้น ประเมินว่า ผลการออกไปดูแลชาวบ้านที่ ปิสิ่อก คือ ได้ทำให้พวกเขาได้รับการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ตั้งแต่ วันแรกจนถึงปัจจุบัน ทุก 2 เดือนที่ให้บริการเชิงรุกไปที่เกาะ คนใช้

มาตรฐานเวลา มีสมุดประจำตัวมาพร้อม ท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณในการนั่งเรือเข้าไปเพิ่มจากเดิม คือจากเดิมใช้เรือลำเดียว ทั้งเจ้าหน้าที่ ทั้งอุปกรณ์ ทั้งยา ทำให้ทีมเจ้าหน้าที่ที่ลงไปนั้นมีจำนวนไม่พอกับประชากรบนเกาะ และที่สำคัญคือเกิดภาพการทำงานแบบบูรณาการขององค์กรวม มีความร่วมมือที่หลากหลายจากทุกภาคส่วน ทั้งจากบนฝั่ง และบนเกาะเอง

แต่ทั้งหมดนี้ ประจักษ์พยานความสำเร็จและผลประโยชน์จากการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ทองผาภูมิช่วยกันสร้างขึ้นมา นั้น คงไม่มีอะไรสำคัญไปกว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเตียง ดังเช่น คุณป้าดาวเรือง อารักษ์จิต อายุ 56 ชาวบ้านห้วยเขย่ง เป็นผู้ที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถึง 2 ราย พร้อมกัน รายแรกเป็นแม่ของคุณป้าเอง ชื่อว่า คุณยายบังเอิญ ที่มีอายุถึง 78 เป็นผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตทั้งตัว นอนติดเตียง ขยับไม่ได้ มา 3 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน ส่วนอีกคนเป็นลูกสะใภ้ของคุณป้าเอง ที่เป็นอัมพฤกษ์ แต่ยังสามารถเดินได้เล็กน้อย

ภาระของคุณป้าดาวเรืองนั้นมากขนาดไหนคงสุดที่จะบรรยาย แต่เมื่อมีการพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีระบบเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อยา ทำให้ภาระด้านการรักษาพยาบาลนั้นเบาไปมากโข ป้าบอกว่า เดิมเคยไปถึงโรงพยาบาล ก็ไปตามนัดได้บ้างไม่ได้บ้าง ทุกวันนี้ไปรับยาที่สถานอนามัย โดยทาง รพ.ทองผาภูมิจะส่งยามาให้ที่ สอ.อู่ล่อง และจะมีเจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยมบ้านอยู่เรื่อย ๆ ทำให้ป้าได้รับความสะดวกมากกว่าเดิม

ปิดท้าย

ในห้วงเวลาประมาณเกือบสิบปีที่เริ่มดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นับเป็นความพยายามที่เต็มไปด้วยความยากลำบากภายใต้ข้อจำกัดและความขาดแคลน ซึ่งทั้งหมดนี้ได้สะท้อนถึงความตั้งใจและการให้ความสำคัญกับการพัฒนางานปฐมภูมิของ CUP ท้องผาภูมิ และทำให้ที่นี่จัดอยู่ในแถวหน้าของแนวรบปฐมภูมิ เพราะพวกเขาต่างตระหนักว่า การพัฒนางานปฐมภูมิและจัดระบบการทำงานเชิงเครือข่าย คือคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาให้กับคนไข้ เป็นคำตอบที่ดีของระบบคุณภาพ และเป็นคำตอบที่ดีในเชิงเศรษฐกิจและความยั่งยืนของพัฒนางานสาธารณสุขไทย

แม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ว พวกเขาต้องผ่านสถานการณ์และงานอาจจะลุ่มๆ ดอนๆ ไม่สมบูรณ์แบบ เช่นเดียวกับเส้นทางที่พวกเขาต้องเดินทางออกไปหยิบยื่นการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ให้กับประชาชน ซึ่งต้องเดินทางทั้งขึ้นเขา ลงห้วย และล่องเรือ

แต่ทั้งหมดนี้ พวกเขาก็ทำด้วยหัวใจ

จัดการโรคเรื้อรัง อย่างมีส่วนร่วม

(ท่ามกลางข้อจำกัด)

ความภูมิใจของเครือข่ายปฏุมภูมิ

เดิมบางนางบวช



“เรื่องเงินไม่เป็นปัญหา ก็จะมีแต่เรื่องคนนี่แหละ ที่ไม่มีให้เรา
อยู่ดี ขนาดพยาบาลผมต้องลงทุนจ้างเรียนเลย ยอมใช้เงินบำรุงของเรา”

นายแพทย์พรณรงค์ ศรีเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
เดิมบางนางบวช กล่าวถึงการทำงานในสภาพความเป็นจริง ซึ่งตน
ยอมรับว่าทุกวันนี้มีหลายเรื่องที่ทำยาก อาจไม่บรรลุเป้าหมายตาม
นโยบาย หรืออยากจะทำได้โดยง่าย ต้องอาศัยการ “ค่อยคิดค่อย
ทำไป” โดยอุปสรรคใหญ่ที่สุด คือ เรื่องการขาดแคลนกำลังคน

ในขณะที่กำลังพยายามเพิ่มกำลังคนด้วยการส่งคนในพื้นที่
ไปเรียน แต่ก็ยังไม่ได้มีแผนไม่ถึงขั้นที่จะผลิตเพื่อให้กับสอ. ด้วย
เหตุผลว่า

“ยังไม่ได้คิดขนาดนั้น เพราะว่า ตอนนี้อยู่เฉพาะโรงพยาบาลเอง
ยังไม่พอใช้เลย เว้นแต่คนไหนอยากจะย้ายออกไปอยู่ สอ.ก็จะให้ย้าย
แต่ถ้าจบใหม่ไปอยู่ สอ.ไม่ได้หรอก ทำงานไม่ได้ ต้องมาอยู่โรงพยาบาล
อย่างน้อยสัก 5 ปี ถ้าจบใหม่ๆ ไปอยู่ สอ.ไม่มีทางทำงานได้”

นั่นคือแนวคิดที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหาย่างเต็มที่ ในขณะที่มีข้อจำกัดมากมาย ในขณะที่การทำงานเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญๆ ก็จะต้องเร่งรัดดำเนินการให้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งกลายเป็นสาเหตุหลักของความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกและการครองเตียงผู้ป่วยใน ซึ่งกลายเป็นภาระงาน และต้นทุนบริการที่น่าจะลดทอนลงได้ หากมีการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสมเสียตั้งแต่ในระดับชุมชน

การจัดการกำลังคน และการบริหารจัดการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เฉพาะภายใต้นโยบายที่มีทั้งที่เอื้อและที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้สามารถทำงานเชิงรุกเพื่อเอาชนะปัญหาสำคัญนี้ จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายผู้บริหาร และทีมงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเดิมบางนางบัว เป็นอย่างยิ่ง

ข้อมูลพื้นฐาน บางบางบ่อ

อำเภอเดิมบางนางบวช เป็นอำเภอขนาดใหญ่ แบ่งออกเป็น 14 ตำบล 121 หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง เทศบาลตำบล 6 แห่ง มีประชากรประมาณ 74,330 คน เป็นชายประมาณ 35,000 คน หญิง 38,000 คน มีผู้สูงอายุในพื้นที่ประมาณ 12,760 คน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ

สภาพพื้นที่เป็นชนบทที่ไม่ทุรกันดาร พื้นที่ที่ไกลจากตัวอำเภอมากที่สุด อยู่ห่างออกไปเพียง 20 กิโลเมตร ถนนหนทางลาดยางทั้งหมด การคมนาคมถือว่าไม่เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ยกเว้นกรณีผู้ที่เดินทางเองไม่ได้

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอ ประกอบด้วย รพ.ชุมชน ขนาด 120 เตียง เป็นทุติยภูมิระดับต้น 2.1 (พิเศษ) ส่วนทางฟากสาธารณสุขนั้น มีสอ./PCU ทั้งหมด 20 แห่ง บางตำบลมีถึง 2 สอ./PCU โดยมี สสอ.เป็นหน่วยบริหารจัดการและวิชาการ

กล่าวถึงบริบททางด้านการบริหารการเงินของ CUP เดิมบางนางบวชนั้น เป็นระบบที่เป็นไปตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด ซึ่งที่สุพรรณบุรีบริหารงบประมาณแยกกันระหว่างโรงพยาบาล กับ PCU งบประมาณของ CUP ไม่ได้มาผ่าน รพ. ยกเว้นบาง โครงการที่กำหนดว่าต้องผ่าน รพ. แต่หากเป็นโครงการใดที่ สสจ. สามารถบริหารจัดการได้ ก็จะบริหารจัดการที่จังหวัด ถ้าจะกระจายก็จะเป็นการจ่ายไปที่รพ. และสสอ.แยกจากกัน ซึ่งนับว่ากลไก CUP ที่นี้อาจจะไม่สมบูรณ์นัก เพราะเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันโดยการบริหารจัดการการเงินหรืองบประมาณมีการดำเนินการแยกกัน

ด้านกำลังคน รพ.เดิมบางนางบวชมีแพทย์ทั้งหมด 8 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน แพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน แพทย์เฉพาะทางอื่นๆ 4 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 85 คน (พยาบาล 74 คนเป็นข้าราชการ ที่เหลือเป็นลูกจ้างชั่วคราว) มีนักกายภาพบำบัด 3 คน และมีลูกจ้างชั่วคราวอื่น ๆ อีก 112 คน รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 262 คน ส่วนสถานีนอนามัย/PCU นั้น มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่แต่ละ 1-2 คน

สถิติผู้รับบริการในปี 52 ผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 32,654 คน มารับบริการอยู่ที่ 170,000 ต่อครั้ง ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 700 คน/วัน ผู้ป่วยในอยู่ที่ 9,000 คนต่อปี อัตราครองเตียงเฉลี่ยอยู่ที่ 3 กว่าๆ

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลบ่งบอกปัญหา หากไม่เดินหน้าแก้ไขย่อมถึงทางตัน

ระบบข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การตัดสินใจกำหนดแผนการดำเนินการเพื่อไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เป็นไปอย่างเหมาะสมตามความสำคัญของปัญหา และเกิดผลคุ้มค่ากับงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด

ในปี พ.ศ.2549 โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยมีการวิเคราะห์ตัวเลขพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเบาหวานจาก 1,000 ต้นๆ เพิ่มมาเป็น 2,000 กว่า ส่งผลต่อมาว่า ทำให้ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ล้นทุกวัน ผู้ป่วยในก็เตียงเต็มตลอดเวลา แม้จะเพิ่มเตียงเท่าไรๆ ก็ไม่พอ และเมื่อเจาะดูข้อมูลลึกลงไปอีก ก็ชัดเจนว่าส่วนที่มันล้นและเต็ม ส่วนใหญ่เป็นปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น

จากการบอกเล่าของ คุณชวนพิศ ศิริไพบูลย์ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นหัวหน้าพยาบาล รพ.เดิมบางนางบวช ทำให้เห็นว่า ข้อมูลที่ดีและการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ได้นำมาสู่การวางแผนการพัฒนาและแก้ปัญหาที่ตรงจุด

“เราวางแผนงานว่า ต้องทำให้เกิดการดูแลคนไข้ได้เร็วขึ้นด้วยการคัดกรองที่ครอบคลุม ต้องสามารถจัดการกับกลุ่มเสี่ยงได้ด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยง และต้องลดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ป่วยด้วยการติดตามดูแลต่อเนื่อง” คุณชวนพิศ กล่าว

และเมื่อลงมือปฏิบัติตามแผน ได้เริ่มตั้งแต่การจัดการข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรัง การพัฒนาระบบดูแลรักษาในคลินิก ไปจนการสร้าง

เครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาในชุมชน โดยมี “แกนนำสุขภาพ” ที่เป็นตัวแปรสำคัญ ทำให้ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระบบมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาได้ตามเป้าหมายอย่างน่าพอใจ เกิดเป็นต้นแบบ “การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน” ที่คนทำงานรู้สึกภาคภูมิใจ เพราะเป็นผลงานที่เกิดขึ้นท่ามกลางภาวะที่มีความขาดแคลนกำลังคนอย่างมาก แต่ CUP เดิมบางนางบวชก็สามารถจัดการกำลังคนเพื่องานเชิงรุกในชุมชน แม้จะเป็นไปแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ก็ย่อมดีกว่าการไม่ยับยั้งก้าวไปข้างหน้า

ใช้ “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” เป็นเครื่องมือทำแผน

คุณชวนพิศ ในฐานะผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ กล่าวว่า ตอนเริ่มต้นนั้นได้จัดประชุมโดยเชิญทั้ง สสอ. สอ. ท้องถิ่น และ อสม. มาร่วมกันรับทราบปัญหาโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นปัญหาใหญ่ ที่ต้องการความร่วมมือกัน จึงจะทำงานได้สำเร็จ โดยเฉพาะงานในส่วนที่ต้องออกไปดำเนินการในชุมชน ซึ่งเป็นงานที่สำคัญ เมื่อทุกฝ่ายเห็นปัญหาร่วมกันแล้ว จึงได้ใช้ “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” หรือ Strategic Route Map ที่ได้รับความรู้และแนวทางจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีวิทยากรคนสำคัญ คือ นพ.อมร นนทสุด ได้เคยจัดอบรมและแจกคู่มือไว้มาเป็นเครื่องมือในการวางแผนการทำงานอย่างมีส่วนร่วม

“เริ่มในปี 2550 เราเริ่มพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตามคอนเซ็ปของนพ.อมร นำมา

วิเคราะห์ปัญหา ซึ่งภาพใหญ่คือคำว่า “โรคเรื้อรัง” แต่โรคเรื้อรัง
เรามีตั้งเยอะแยะ จุดเข็นก็คือโรคเรื้อรัง แต่ว่าเราเลือกเอาโรคเรื้อรัง
ที่มีจำนวนผู้ป่วยเยอะๆ และเป็นปัญหาที่ถือว่ารุนแรงที่สุดก่อน
ก็คือ 3 โรค เบาหวาน ความดัน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”

แนวคิด “5 C” กับ 5 กิจกรรม 5 ทีมงานหลัก

คุณชวนพิศเล่าอีกว่า ทางทีมได้พยายามที่จะจัดการเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงอย่างครบวงจร จึงคิดกิจกรรมย่อยต่างๆ แล้ว
ขมวดเป็นแนวคิดที่สรุปย่อออกมาเป็น “5 C” คือ Class หมายถึง
ชั้นเรียนในคลินิก คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งเรื่องของการกินยา
การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม Camp คือการจัด
กิจกรรมค่ายปรับพฤติกรรม Club คือ การจัดตั้งกลุ่ม ชมรม ให้ผู้ป่วย
ได้มารวมตัว แลกเปลี่ยน และให้คำแนะนำตลอดจนให้กำลังใจกัน
และกัน Co-ordination คือการประสานงานกับฝ่าย องค์กร หน่วยงาน
ต่างๆ ที่จะช่วยเสริมการทำงานกัน ทั้งด้านคน ของ และงบประมาณ
และ Community คือ การดึงชุมชนเข้ามีส่วนร่วม

คุณประชา โพธิ์ปิ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้รับผิดชอบงานด้านแผนยุทธศาสตร์ เล่าเสริมว่า ในแผนยุทธศาสตร์
นั้น มีกิจกรรม 5 กิจกรรมหลัก ทีมงานปฏิบัติการตามแผน มีคน
หลักๆ จากโรงพยาบาล โดยมอบหมายหน้าที่ 5 ทีม คือ 1) ทีม
พัฒนาคุณภาพ PCU 2) ทีมออกให้บริการตรวจรักษาใน PCU 3)
ทีมสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) ทีมประสานเครือข่ายแนวร่วม
เช่น อบต. และ 5) ทีมสร้างแกนนำสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน

“แต่การทำงานจริง ๆ บางกิจกรรมก็รวมกันทำ บางกิจกรรมก็แยกกันทำ ไม่มีรูปแบบตายตัวว่าต้องเป็นอย่างไร เช่น งานพัฒนาคุณภาพ พอลงไปทำจริงมันก็ต้องพัฒนาร่วมกันอยู่ดี หรือการพัฒนาเครือข่ายก็เหมือนกันหมายถึงว่าเราไปมันก็ต้องเจอทั้งกลุ่มเครือข่ายทั้งเรา ทั้งสสอ. ทั้งวัด ทั้งโรงเรียน ทั้งอปท.” คุณปริษาเล่า

ครั้งถามถึงกลไกการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลและสสอ รวมทั้ง สอ. หรือ การทำงานร่วมกันในรูปของ “CUP” คุณปริษาเล่าว่า อาจจะมองภาพไม่ค่อยชัดว่ามีแบบแผนอย่างไร แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือความใกล้ชิด ความสนิทสนมส่วนตัว เนื่องจาก ผอ.รพ. ก็อยู่ที่นั่นมานานมาก คนของ สสอ. และ สอ./PCU เกือบทุกคนเติบโตมาจากที่นี่ และเป็นคนที่นี่ ทำให้คุยกันได้ง่าย และอาจจะคุยกันได้มากกว่าที่เป็นแบบแผนว่าประชุมกันทุก 2 เดือน เสียด้วยซ้ำ

“ที่นี่ใช้กิจกรรมเป็นตัวเคลื่อน ทีมในการทำงาน และทีมที่จะพัฒนางานมันจะเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ส่วนใหญ่เป็นทีมที่จัดกันขึ้นมาเองเพื่อพัฒนาในประเด็นนั้น ๆ เช่น ทีมพัฒนาสถานีอนามัย เขาก็จัดทีมเฉพาะกิจเองซึ่งอาจจะเป็นหัวหน้ากลุ่มการฯ ลงไป มีพยาบาลที่รับมอบหมายลงไป เป็นต้น” คุณปริษาเล่าให้เห็นภาพการทำงานซึ่งโรงพยาบาลและสาธารณสุข ต้องประสานงานกัน

หาพื้นที่ปฏิบัติการ ด้วยหลักสมัครใจรับ สมัครใจร่วม

คุณเจี๊ยบ วราภรณ์ บุญประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพ งานสุขภาพจิต เล่าว่า เมื่อแบ่งเป็น 5 กิจกรรม 5 ทีมแล้ว ตัวเธอเองรับผิดชอบกิจกรรมที่ 5 คือการสร้างและพัฒนาแกนนำผู้ดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งอย่างแรกที่ต้องทำ คือ การหาสอ./PCU ที่จะเป็นพื้นที่ดำเนินการทั้ง 5 กิจกรรม โดยหาก PCU ใดรับโครงการ ก็จะต้องมีการดำเนินการครอบคลุมทั้ง 5 กิจกรรมด้วย

“ก่อนหน้าที่เราจะเอาโครงการไปลงเราไปขายโอเคเดียวก่อน ในทุกพื้นที่ทั่วทั้งอำเภอ ว่าใครสนใจบ้าง ซึ่งปรากฏว่าขายได้แค่ 6 ที่ ส่วนใหญ่เค้าจะไม่พร้อม อาจจะมีกลัวว่าเราจะเอางานลงไปเพิ่มภาระงานซึ่งเขาก็หนักอยู่แล้ว”

คุณเจ๊ียบ กล่าว ซึ่งสอดคล้องกับภาพที่ ผอ.รพ.สะท้อนไว้ ว่า โครงการพัฒนาหรือนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาต่างๆ อาจต้องค่อย เป็นค่อยไป เพราะข้อจำกัดของที่นี่ คือ ภาระงานมากในขณะที่คน ไม่พอ สอ.ก็กำลังคนน้อย แล้วงาน สอ.ก็ไม่ใช่งานเดียว ตั้งแต่่างาน กระจกวาง งานอำเภอ งาน อบต. กรมโชน กองโชน สอ.รับหมดทุกด้าน ในขณะที่งานเชิงรับในโรงพยาบาลก็หนักเกินแรง จนโรงพยาบาล ก็ไม่สามารถจะแบ่งคนไปช่วย สอ./PCU ได้

ภาพเช่นนี้คงไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะที่เดิมบางนางบวชเท่านั้น แต่ คือภาพที่คล้ายคลึงกันแทบทั้งจังหวัด และอาจทั้งประเทศด้วยซ้ำ หากแต่ละพื้นที่ที่สามารถหาทางในการจัดการกำลังคนต่างกัน และ ทัศนคติของผู้มีอำนาจตัดสินใจในแต่ละพื้นที่ ก็มีผลอย่างมากต่อการ ดำเนินการตามนโยบายใดๆ

“ของสุพรรณนี่แทบไม่มีการดำเนินการที่จะเอาพยาบาลไปอยู่ ช่างนอกเพราะแค่ข้างในเองก็แน่นแล้ว งานตั้งรับเราแน่น ถ้าออกไป จะลำบากเพราะมีค่าใช้จ่ายเยอะ หากจะให้ออกไปทำช่างนอกเราอาจ จะต้องหาวิธีอื่น เช่น ทำให้สอ.มีความสามารถมากขึ้น หรือทำให้สอ.



มีทีมเพิ่ม เพราะถ้าเราออกไปครบ 20 สอ./PCU ไม่วางนอน
ในอนาคตต้องมีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่มแต่ตอนนี้ขอทำที่มีอยู่
6 สอ.ให้ดีกว่าก่อน” คุณปรีชา เล่าเสริมประเด็น

“ตอนนี้ก็มองว่าทำอะไรให้เขาดูแลเรื่องโรคเรื้อรังได้เพราะ
มันเป็นปัญหาใหญ่ในชุมชน และยังคงเรื่องผู้สูงอายุที่จำนวนสูงขึ้น
ซึ่งก็จะทำให้เบาหวานความดันสูงขึ้นตามมามากอีกเยอะ คือถ้าเราควบคุม
ปัญหาพวกนี้ไม่ได้ เราจะลำบาก”

เป็นคำกล่าวของ ผอ.รพ. ที่ห่วงใยต่อปัญหา แต่ก็ยอมรับใน
ข้อจำกัดและเลือกที่จะเดินหน้าแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น ในที่สุด
แผนงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็เดินหน้าโดยเริ่มด้วย
6 สอ./PCU จากจำนวน 20 สอ./PCU ได้แก่ สอ.ปากน้ำ สอ.ทุ่งป्ली

สอ.หัวนา สอ.บ่อปรุ สอ.หนองกระทุ่ม และ สอ.นางบวช (หมายเหตุ ปัจจุบันบางแห่งปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลแล้ว)

เมื่อโรคเรื้อรังเป็นปัญหาใหญ่และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวโยงกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมของชุมชน ดังนั้น สอ./PCU ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงไม่พ้นที่จะถูกคาดหวังในบทบาทที่จะดูแลจัดการโรคเหล่านี้ได้มากขึ้น

แต่ทว่าการลงมือแก้ปัญหา ยังคงมีประเด็นว่าแล้วผลงานเป็นของใคร แล้วงบประมาณที่จะนำมาใช้จะมาจากที่ใด ในเมื่อทุกหน่วยต่างจะต้องถูกประเมินผลงาน และต่างมีเวลาและทรัพยากรที่จำกัด

“คนทางฝั่งสาธารณสุขหลายคน หลายพื้นที่ คิดว่า งานโรคเรื้อรังนี้ไม่ใช่งานตามนโยบายจังหวัด หาก สอ.รับทำ ผลงานก็ได้แก่ รพ. บางคนก็ว่าเรานี้เป็นเหยื่อที่ทำผลงานออกมาให้เขา คือ ฝ่ายนโยบายเขาต่างคนต่างทำ และมันเป็นการทำงานแบบกระเป๋าคูใคร กระเป๋ามัน ก็อยากเห็นผู้ใหญ่เขาคุยกันให้รู้เรื่อง”

นั่นคือ เสียงสะท้อนจากคนที่อยู่ปลายทางและเล็กสุด คือ สถานีอนามัย ซึ่งคนที่ตัดสินใจทำงานชิ้นนี้บอกว่า ท่ามกลางความสับสนและไม่ชัดเจนเหล่านี้ พวกเขาอยู่ในภาวะที่ต้องทำงานด้วยใจ และเอาประโยชน์ประชาชนเป็นตัวตั้งเท่านั้น

“รับทำเพราะว่าถึงยังใจคนไข้ของเราก็ได้รับบริการ เราก็แฮปปี้มีความสุข แต่ว่าเราต้องทำด้วยใจมาก...คนที่มาจาก รพ.เขาจะไม่เหมือนเรา เขามาทำๆ แล้วทิ้งให้เราเก็บ คือเราอยู่แบบนี้มาตลอด ต้องต้มเครื่องมือเอง เก็บกวาด ล้างห้องน้ำเอง งบไม่มีเราก็คิวักกระเป๋าคู

จ่ายเอง แต่พยาบาลเขาต้องมีค่านั้น ค่านี ก็เป็นสิ่งที่เราก็กู้กัน”
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง กล่าว

จากสถานการณ์เหล่านี้ นอกเหนือจากการเอาชนะปัญหาโรค
เรื้อรังแล้ว ยังมีความท้าทายว่าแล้วรพ.และสาธารณสุข จะสามารถ
ดำเนินการร่วมกันในลักษณะของ “เครือข่ายบริการ” หรือ Contracting
Unit for Primary Care: CUP ตามแนวคิดอันเป็นหัวใจของ “CUP” ได้
หรือไม่ เพียงใด ภายใต้นโยบายการบริหารเงินแบบรวมศูนย์ที่จังหวัด

การจัดการกำลังคนของโรงพยาบาลเพื่อทำงานเชิงรุก

ด้วยความจำกัดในกำลังคน ทำให้กลุ่มการพยาบาล ซึ่งต้อง
พยายามที่จะยื่นแขนขาออกไปทำงานเชิงรุกในชุมชน ต้องจัดการเพื่อ
สร้างแรงกระตุ้นให้พยาบาลระดับซีเนียร์ออกไปทำงานในชุมชนด้วย

“กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายว่า พยาบาลที่ถ้าเทียบกับระบบ
เดิมคือ ซี 7 ขึ้นไป ทุกคนจะต้องมีโปรเจกต์เป็นของตนเอง ก็คือ คุณจะ
มาขึ้นเวรลงเวรเฉยๆ อย่างนี้ไม่ได้ อันนี้เราถือว่า เข้าขามเย็นขาม
สำหรับที่นี่”

คุณชวนพิศ เล่าถึงมาตรการที่นำมาใช้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการ
ทำงานที่พยาบาลต้องไม่ให้การดูแลคนไข้เป็นรายบุคคลเท่านั้น แต่
ต้องดูแลคนไข้เป็นรายกลุ่ม หรือ เลือกทำ Intervention อย่างใดอย่าง
หนึ่งก็ได้ และถือว่างานที่ออกไปทำกับชุมชน เป็นมาตรฐานอย่างหนึ่ง
ที่ทุกคนต้องทำและมีการประเมิน

อีกมาตรการหนึ่ง คือ การมอบหมายงานเป็น “รายตึก” นั่นคือ
การกำหนดเลยว่า ในเมื่อมี 6 PCU ที่ต้องออกไปทำงาน ก็แจกไปเลย

ตึกละ 1 PCU แต่นั่นหมายถึงอาจไม่ได้มีความต่อเนื่องในการออกไปทำงานของพยาบาล เพราะเป็นการมอบหมายเป็นรายครั้ง

“เวลาออกไปทำงาน ไปเปิดคลินิกบริการตรวจ ดูแล โรคเรื้อรัง ที่ PCU เรากำหนดว่าต้องออกเป็นทีมสหวิชาชีพ คือ ต้องมีแพทย์ มีเภสัชกร มีนักกายภาพบำบัด และมีพยาบาลออกไปในฐานะทีมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลคนไหนล่ะที่จะออกไปในแต่ละครั้ง เราใช้วิธีมอบหมายเป็นพยาบาลของตึกที่รับผิดชอบ PCU นั้นๆ ซึ่งทางตึกก็จะจัดพยาบาลออกไปในแต่ละครั้ง”

นอกจากนี้ ทีมตามแผนยุทธศาสตร์ ทีมที่ 1 คือ ทีมพัฒนาศักยภาพ PCU ซึ่งนำโดยคุณชวนพิศเองยังมีการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ของ สอ.ทุก สอ./PCU รวมทั้งแกนนำสุขภาพด้วย เพื่อให้กำลังคนที่มีจำนวนจำกัด มีสมรรถนะในตัวเองเพิ่มขึ้น และยังสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยชีวิต อุปกรณ์ช่วยในการปฐมพยาบาล อบรมการช่วยชีวิต ฉุกเฉิน ฯลฯ

“เนื่องจาก รพ. ไม่สามารถออกไปช่วยให้บริการได้ครบทุก PCU ดังนั้น ทาง รพ.ก็จะเสริมในเรื่องของการอบรม โดยอบรมทั้งเจ้าหน้าที่ และแกนนำ โดยเจ้าหน้าที่เราก็มีการนั่งคุยกันว่าเราจะอบรมอะไรให้กับเขา ซึ่งก็จะสรุปได้ประเด็นพวกเรื่อง IC การป้องกันการติดเชื้อ และก็จะมีการอบรมของงานส่งเสริมสุขภาพงานออกกำลังกาย ซึ่งบทบาทของเราก็จะเป็นผู้ประสานและเอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการพัฒนา” คุณชวนพิศ กล่าว

ในการอบรมพัฒนากำลังคนเหล่านี้ รวมทั้งการออกไป “ร่วมให้บริการ” ที่ PCU นั้น ทางโรงพยาบาลเป็นผู้ “ควักกระเป๋า” ทั้ง

ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่าเดินทาง ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร ค่าจัด
อบรมฯ กล่าวคือ เกิดทั้งภาระงานและภาระเงิน เนื่องจากไม่ได้มี
งบประมาณของ CUP ที่จะรองรับ และโรงพยาบาลก็ทำมากกว่านี้
ไม่ได้ จึงทำให้การออกไป PCU ทำได้เพียงประมาณเดือนครึ่งต่อหนึ่ง
PCU ส่วนการอบรมเจ้าหน้าที่ก็ทำโดยบูรณาการกับการอบรมที่
โรงพยาบาลจัดให้เจ้าหน้าที่และดึงผู้เกี่ยวข้องและบุคลากรของสถาน
อนามัยมาร่วมด้วยเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ

การทำงานเป็นทีมช่วยยกระดับงาน คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล

คุณกล้วย วรรณิการ์ จันทร์เพ็ญ พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ
คลินิกเบาหวานความดันฯ มากกว่า 2 ปี บอกว่า ตั้งแต่เริ่มโครงการ
ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ มาเนี้ ที่คลินิกมีกำลังคน 3 คน มีการทำงาน
เป็นทีม มีการประสานงานกันมากขึ้นกับทุกส่วนทั้งในและนอก
โรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพและประสิทธิภาพงานดีขึ้นเรื่อยๆ
เทียบกับตอนที่ตนเข้ามาทำที่คลินิกใหม่ๆ ปัจจุบันทำงานเป็นทีม
สหวิชาชีพมากขึ้น เช่น ทีมงานเคยคุยกันว่าทำไมเราให้ค่าปรึกษา
ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มแล้วทำไมทีมเราก็กังให้คนไข้คุมระดับน้ำตาล
ได้ไม่ดี เราก็กังต้องเปิดใจให้กว้างมากขึ้น จึงได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มี
ความสามารถด้านการให้ค่าปรึกษาว่าเราจะทำอะไรได้บ้าง ซึ่งเขาก็
มาทำกลุ่มให้ และทีมเบาหวานก็ไปร่วมเรียนรู้กระบวนการทำกิจกรรม
กลุ่มกับเขา

คุณกล้วยยังเล่าถึงการทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดมาช่วยสอนเรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และอีกสาขาหนึ่งที่ยังไม่ค่อยมีคนพูดถึง คือแพทย์แผนไทย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเบาหวานไปนัดเท้าที่แพทย์แผนไทย หมอนวดแผนไทยก็บอกข้อมูลที่ทีมงานไม่เคยคิดมาก่อนว่าพฤติกรรมคนไข้เบาหวานบางคนเขายังชอบถอดรองเท้าเดิน

“ข้อมูลที่น้องเขาก็มาพูดให้เราฟัง ทำให้เราได้มองว่าจริงๆ แล้ววิถีชีวิตของผู้ป่วยมีอีกหลายเรื่อง ที่เขายังคงไม่สามารถเปลี่ยนได้โดยง่าย ซึ่งเราก็ได้มองว่าเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะสามารถให้ข้อมูล ให้คำแนะนำกับคนไข้ได้เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีเวลาที่จะอยู่กับคนไข้ได้นาน และนัดไปคุยไป ทำให้คนไข้ได้ผ่อนคลายและระบายได้หลายเรื่อง ซึ่งทำให้เราได้ข้อมูลของคนไข้เพิ่มเติมในเรื่องอื่นที่คนไข้ไม่กล้าพูดกับเราในฐานะคนรับผิดชอบหลักโดยตรง”

เพิ่มการคัดกรองถึงกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

การจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยของที่อำเภอนี้ ที่ดำเนินการมาตั้งแต่แรกและยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะอยู่ที่ รพ.ทั้งหมด เมื่อ สอ./PCU พบผู้ป่วยรายใหม่จะส่งมาขึ้นทะเบียนกับ รพ. พอสิ้นปีทาง รพ.จะมีการแยกทะเบียนให้ว่ามีผู้ป่วยเป็นของพื้นที่ไหนจำนวนเท่าไร มีการส่งข้อมูลและผลการดำเนินการดูแลต่างๆ กลับไปให้ที่สถานีนอมาชัย

เมื่อระบบข้อมูลเข้าที่เข้าทางแล้ว การคัดกรองโรคเป็นงานสำคัญงานหนึ่ง ซึ่งได้เตรียมระบบรองรับผลการคัดกรองไว้แล้ว



“หากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรค ก็จะไปร่วมกิจกรรมของการเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเอง แต่สำหรับกลุ่มของผู้ป่วย คือ พบโรคแล้ว ก็จะส่งไปเข้าคลินิก ซึ่งมีการแยกเป็นคลินิกเฉพาะทางเบาหวาน และคลินิกเฉพาะทางความดันโลหิตสูงขึ้นมา โดยสองคลินิกนี้แยกจากกัน ทั้งสองคลินิกตรวจสัปดาห์ละ 2 วัน และจัดคลินิกเป็น 2 ส่วน คือ คลินิกใน รพ.และอีกส่วนหนึ่งเป็นคลินิกใน PCU”

ทั้งนี้ ทีมโรงพยาบาลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าไรนักมาก่อน จึงนำมาปรับปรุงระบบในคราวนี้

“เมื่อก่อนที่เราจะทำโครงการนี้ เราพยายามลดการมาแออัดที่โรงพยาบาล ลดเวลาและเพิ่มความสะดวกให้กับคนไข้ โดยคนไข้เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ เราจะจัดยาเป็นถุงๆ ตามที่คนไข้ได้รับ และนำไปฝากอนามัยให้เป็นผู้จ่ายยากับคนไข้ แต่ช่วงนั้นทำได้

ไม่เท่าไรก็ต้องให้คนไข้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม เนื่องจากคนไข้ก็ไม่สะดวก และการไม่ได้เจอกันทำให้เราก็มไม่ได้ดูแลในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อมาเลยปรับเปลี่ยนเป็นเรื่องการจัดทีมออกไปให้บริการที่ PCU” คุณชวนพิศ เล่า

ในส่วนของการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ป่วยแล้ว จะมีตรวจตา ตรวจไต ตรวจเท้า ผู้ป่วย 1 คนจะได้รับการคัดกรอง 1 ครั้งใน 1 ปี และเนื่องจาก ผอ.โรงพยาบาลเป็นจักษุแพทย์ จึงทำให้การคัดกรองเบาหวานทำได้มาก โดยทำทั้งที่ในโรงพยาบาล และในชุมชน

จัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ที่ PCU

การออกไปให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง ที่ PCU นั้น นำโดย ศูนย์โรคเรื้อรัง และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รับผิดชอบประสานงาน ส่วนทีมที่ออกไปมีทีมเดียว แล้ววนไปตาม 6 PCU ด้วยความถี่ประมาณ เดือนครั้งต่อหนึ่งแห่ง

“ทุกครั้งที่ไปก็จะมีแพทย์ 1 คนออกไปด้วยไป ปีที่แล้วๆ มา เราพอมีแพทย์หลายคน ก็หมุนเวียนแพทย์ออก ตอนนี้แพทย์เหลือน้อย ก็จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบออกให้เลย ฝ่ายเภสัช ก็จะมีเภสัชชุมชนหรือเจ้าพนักงานเภสัชออกไปบริหารยา มีนักกายภาพบำบัด 1 คน ที่จะไปเยี่ยมผู้พิการในชุมชนด้วย มีทีมสุขศึกษา คือพยาบาลจากตึกที่รับผิดชอบ PCU ที่เราจะไป” คุณชวนพิศเล่าให้เห็นภาพทีมงานที่ชัดเจน

คุณอร เจ้าหน้าที่ประจำสถานือนามัยเล่าว่า การนัดตรวจโรคเรื้อรังที่สถานือนามัยนั้น เคยนัดพร้อมกันคราวละ 2 เดือน คนไข้ 80 - 90 คน มารุมทีเดียว ต่อมาแบ่งคนไข้ออกเป็นเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม 4 เดือน กับกลุ่ม 2 เดือน คือ กลุ่มที่ดูแลได้ดีไม่มีปัญหาให้รับยาคราวละ 4 เดือน แต่ถ้าอาการผิดปกติก็มาพบแพทย์ได้

กำนันเสกสันต์ สุธาธารตระกูล กำนันตำบลหนองกระทุ่ม บอกว่า ตำบลนี้เป็นชุมชนใหญ่ แต่อยู่ชายแดนของอำเภอ ไกลจากตัวอำเภอประมาณ 30 กิโลเมตร การเดินทางไปโรงพยาบาลยังเป็นอุปสรรคอยู่ สำหรับคนป่วยและผู้สูงอายุ

“เดิมผมเคยเจอคนเฒ่าคนแก่รอรถอยู่ข้างทางในเวลาเข้ามืด เพื่อที่จะไปโรงพยาบาล เพื่อไปตรวจเบาหวาน ซึ่งต้องอดข้าว อดน้ำ ตั้งแต่เที่ยงคืน คนไข้ที่โรงพยาบาลก็เยอะจริง ๆ ผมก็เอาปัญหานั้นลงมาคุยกับหมอว่าเราจะสามารถที่จะดึงบริการแบบนี้มาไว้ในชุมชนเราเลยได้หรือไม่ หากทำได้ทาง สอ. ต้องการเครื่องมือเครื่องมืออะไร ขึ้นไหนบ้างที่ชุมชนจะสามารถจัดหาให้ได้”

คุณณัฐพงษ์ เฟิงสวย (อสม.) กล่าวว่า ตอนนี้ท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรชุมชนอื่น ๆ ก็เห็นความสำคัญของงานสาธารณสุขมากขึ้น ร่วมบริจาคสร้างสถานที่ ซื่ออุปกรณ์ต่างๆ ให้ที่สถานือนามัย ทั้งการจัดหาเก้าอี้ เครื่องเสียง การปรับปรุงสถานือนามัย และการก่อสร้างศาลาพักรอตรวจ โดยให้ชื่อว่า “ศาลาอยู่ดีมีสุข”

ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับ PCU ทุก||ห้อง

งานสำคัญที่ทาง รพ.ประสานทำงานร่วมกับ PCU ก็คือ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายที่สำคัญ เช่น คนไข้ที่มีการใส่ท่อหรืออุปกรณ์ และมีความเสี่ยงต่อการดูแลกันเองที่บ้าน

โดยคุณชวนพิศ เล่าว่า ที่ รพ.แห่งนี้ เคยมีเหตุสะเทือนใจที่หลายคนในที่นี้ เคยอยู่ร่วมเหตุการณ์ คือกรณีที่มีสามีของผู้ป่วยรายหนึ่งพยายามที่จะจุดไฟเผาฆ่าภรรยาตัวเอง ทั้งๆ ที่เธอนอนป่วยบนเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่ในหอผู้ป่วย แต่สามีทำการไม่สำเร็จ เพราะมีผู้พบเห็นเหตุการณ์เสียก่อน และเมื่อที่มงานของ รพ.ได้มีโอกาสไปเห็นสภาพบ้านที่อยู่อาศัยของครอบครัวนี้ จึงทำให้ตระหนักว่า คำแนะนำที่เจ้าหน้าที่บอกให้สามีดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นสิ่งที่พวกเขาคงไม่มีทางทำได้ ด้วยสภาพบ้านที่เป็นเพียงเพิงพักเก่าๆ และไม่มีปัจจัยเอื้ออันใดเลยที่เขาจะสามารถทำตามคำแนะนำของพยาบาล หลังจากพากรรยากลับบ้านได้เพราะเขาจะต้องทำหน้าที่เตรียมอาหาร บดป้อนภรรยาทางสายยาง ต้องดูแลพลิกตัว อาบน้ำ ฯลฯ ให้เธอ จนกว่าเธอจะช่วยเหลือตัวเองได้ สิ่งเหล่านี้กลายเป็นความทุกข์ความกังวลทับถมหลายวัน กว่าที่เขาจะตัดสินใจหาทางตัดปัญหาด้วยวิธีการที่น่าสะเทือนใจ

เหตุการณ์นั้น ทำให้บุคลากรทุกคนได้ตระหนักว่า การจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน อาจเป็นการจบภาระงานของเจ้าหน้าที่ แต่คือภาระอันใหญ่หลวงสำหรับครอบครัว ซึ่งหลายกรณีเขาอาจไม่มีความพร้อมที่จะรองรับภาระเหล่านี้ และทำให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป มีความหมายและความสำคัญเป็น

อย่างยิ่ง ขณะเดียวกันเป็นการเปิดโลกการเรียนรู้และเพิ่มความละเอียดอ่อนของบุคลากร ในการพิจารณาผู้ป่วยพร้อมกับสนใจบริบทของเขาด้วย

“พ็อยโรงพยาบาลนี้มา 10-20 ปี พี่ไม่วู้จัก อำเภอเดิมบางฯ เลยนะ คือพี่อาจรู้จักว่าอะไรมันอยู่ตรงไหน สถานีอนามัยอยู่ตรงนี้ๆ เพราะรถโรงพยาบาลพาพี่ไปประเมินสถานีอนามัย แต่พี่ไม่วู้ว่าสถานีอนามัย มีบริบทชุมชนยังไง คนของเขาเป็นยังไง คนไข้เป็นยังไง พี่ไม่เคยรู้เลย แต่พอพี่มาจับโปรเจกต์นี้ พอเราไปทำชุมชน พอเราไปตั้งแกนนำ ไปทำเครือข่าย คนไข่วู้จักพี่ พี่รู้จักคนไข้ รู้จักพื้นที่ เราก็มีความสุข ที่ชุมชนสนุกกว่าในโรงพยาบาลเยอะเลย”

คุณชวนพิศสะท้อนความรู้สึก ที่ทำให้เห็นว่า อย่างน้อยที่สุด แรงกระตุ้นจากการส่งเสริมการพัฒนาาระบบบริการเชิงรุกในชุมชน ได้ช่วยให้กำลังคนสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันแต่สังกัดต่างกัน เพียงแค่รู้จักกัน ได้ออกไปสัมผัสและเรียนรู้ เชื่อมโยงงานกับมากขึ้น แล้ว โดยที่คนทำงานนั้น แม้ว่าจะเหนื่อยและกลับมาบ่นถึงปัญหาของการทำงานที่มีมากมาย แต่ท้ายที่สุดแล้ว การได้เห็นผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดกับคนไข้ คือแรงใจที่ทำให้การก้าวออกจากรั้วโรงพยาบาลไปถึงบ้านคนไข้ กลายเป็นทั้งภาระหน้าที่และ “ภาระใจ”

“คนออกไปทำงานเหนื่อยมากก็จะมาบ่นอะไรไป แต่ในความเหนื่อยนั้น เขาก็จะกลับมาเล่า case ด้วยหัวใจฟูมาเลยนะ แม้จะเหนื่อยมาก แต่ก็มีส่วนที่เต็มใจของเขาได้ เช่น มาแล้วว่า ตอนแรกนะ แผลคนนี่หนองเต็มเลย แต่ตอนนี้แผลตีมวก หรือว่า คนไข้คนนี้แต่ไหน

แต่ใครไม่มีใครดูแลและเลย พอเราไปหลาย ๆ ครั้งเข้า คนนั้นเริ่มดู คนนี้เริ่มดู ตอนนั้นคนไข้ลุกเดินได้แล้วพี”

คุณชวนพิศในฐานะคนดูแลภาพรวม จึงไม่เพียงแต่ต้องจัดการให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ จัดหางบประมาณ จัดการกำลังคน และ จัดการดูแลให้แผนเดินหน้าสู่การปฏิบัติแล้ว ยังต้องเป็นที่ปักใจของทีมงาน ด้วยการรับฟังปัญหา โกล่เกลี่ยเมื่อมีข้อขัดแย้ง และอาศัยความเฉียบขาดในการยึดมั่นให้มาตรการและแนวทางต่าง ๆ ที่ตกลงกันได้ สามารถเดินหน้าไปโดยไม่ล้มเลิกกลางคัน

สร้างแกนนำดูแลสุขภาพผู้ป่วย สะพานเชื่อมโรงพยาบาลกับชุมชน

คุณเจี๊ยบ วราภรณ์ เล่าถึงการพาทีมลงไปทำภารกิจสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค คือ เบาหวาน ความดัน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ว่าทำงานนี้ได้ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สอ. ในการช่วยคัดเลือกคนที่จะมาเป็นแกนนำ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็น อสม. อาจจะเป็นผู้ดูแลคนไข้ หรืออาจเป็นคนไข้หรือผู้นำชุมชนก็ได้ ทาง สอ.รู้จักและรู้จักศักยภาพคนในชุมชนดีกว่าคนของโรงพยาบาล โดยในพื้นที่ 6 PCUตอบตกลงว่าจะทำโครงการนั้น การออกไปสร้างแกนนำเลือกทำเฉพาะในที่ที่มีทีมโรคเรื้อรังไปออกตรวจรักษาที่ PCU เท่านั้น เพื่อให้มีงานครบวงจรทั้งระบบ

คุณเจี๊ยบเล่าย้อนไปว่า ก่อนที่ตนจะออกไปสร้างแกนนำสุขภาพตนเองได้พาทีมงานไปร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมก่อน เป็นการอบรม 3 วันโดยแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง รวมทั้ง

งานสุขภาพจิต แล้วทั้งทีมก็มาช่วยกันเขียนโครงการอย่างละเอียดว่า จะทำการสร้างแกนนำด้วยวิธีการใด

เจ้าหน้าที่ สอ. ได้คัดเลือกแกนนำหมู่บ้านละ 5 คน โดยพยายามเลือกให้กระจาย ครอบคลุมพื้นที่ แต่ละหมู่บ้าน แล้วจึงจัดการอบรมแกนนำ โดยวิธีการอบรมเป็นรูปแบบที่ไม่เคยจัดแบบนี้ มาก่อน คือมีการทดสอบความรู้ก่อน ปรากฏว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้ค่อนข้างมาก บางคนได้คะแนนเต็ม เราก็เลยมองว่า มันน่าจะมีความรู้ตรงจุดการนำความรู้ไปใช้มากกว่า ก็เลยออกแบบการอบรมที่จะช่วยให้เขานำความรู้ไปใช้จริง โดยมีที่วิทยากรอีก 3 คน มาจากตึกอายุรกรรม ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว และงานส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งตัวเองด้วย เป็น 4 คน ในการอบรมใช้การแบ่งเป็นฐาน ทั้งหมด 4 ฐาน คือ ฐานเบาหวาน ฐานความดัน ฐานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และฐานเสริมพลังสร้างแรงใจคนไข้เรื้อรัง ซึ่งก็อาศัยเทคนิคของงานสุขภาพจิตนั่นเอง

“ฐานที่ 4 นี่สำคัญมาก เราพูดถึงคนที่เป็โรคเรื้อรัง ว่าเขามีปัญหาอะไรถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่ควรจะเป็นนะ เราเน้นสอนเรื่องวิธีการสร้างกำลังใจ สร้างความหวัง ในฐานะที่เขาจะเป็นแกนนำ การไปเยี่ยมคนไข้ควรจะไปเยี่ยมในลักษณะไหน เราเน้นเรื่องใจเป็นสำคัญ”

ผลของการอบรม นอกจากจะได้แกนนำที่มีทั้งความรู้ และมีใจรักที่จะออกไปทำงานแล้ว ปรากฏว่าจากวิทยากรที่ให้ความรู้ในฐานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ทำให้แกนนำหลายคนตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่

หลังจากอบรมแล้ว ก็เป็นขั้นตอน “การแจกสมบัติ” และแจก “เครื่องมือชุดสมบัติ” คือการให้ข้อมูลกับแกนนำว่า ในหมู่บ้านของเขา คนไข้เบาหวานอยู่ตรงไหน ใครจะช่วยไปดูแลคนไข้คนไหนบ้าง แล้วก็ช่วยคิดช่วยวางแผนให้แต่ละคนเลยว่า การที่จะออกไปเยี่ยมคนไข้ จะต้องดูอะไรบ้าง โดยทำเป็นแบบฟอร์มกิจกรรมเยี่ยมคนไข้ เช่น ไปเยี่ยมครั้งที่ 1 ให้ไปเปิดดูสมุดดูหน่อยว่า น้ำตาลของเขาครั้งสุดท้ายเท่าไร ความดันเท่าไร แล้วก็ให้ช่วยวัดความดัน วัดน้ำตาลให้ด้วย แล้วยังมีแบบบันทึกเป็นรายบุคคลว่า ถ้าคนนี้เราเจอปัญหาอะไร แล้วเราให้คำแนะนำอะไร ซึ่งแบบบันทึกนี้จะใช้กับเฉพาะคนที่มีปัญหา เช่น คนที่มีน้ำตาลสูง แล้วทีมโรงพยาบาลก็ทำตารางออกนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้ง 6 PCU

“รอบแรกที่เรารอออกนะ คนไข้ถามว่ามาสำรวจอะไร พอรู้ว่ามาจากโรงพยาบาล ก็ถามมียามาไหม ทั้ง ๆ ที่ตัวเองก็มียาอยู่เยอะแล้ว พวกเราก็ทำความเข้าใจ ก็แก้ไขปัญหาให้กำลังใจกันไป พวกกันออกกำลังกายให้ด้วย ส่วนรอบที่สองเยี่ยมเฉพาะ case ที่มีปัญหา” คุณเจี๊ยบอธิบายวิธีการจัดการติดตามผลต่ออีกว่า ใช้การติดตาม สีเขียว เหลือง และแดงที่แฟ้มประวัติคนไข้ คนไหนที่ป้ายเขียวแสดงว่าไม่ต้องไปเยี่ยมแล้ว และผลของการเยี่ยมก็พบว่า ได้ช่วยกระตุ้นให้คนไข้ปฏิบัติตัวดีขึ้น

“ครั้งแรกที่ไป อย่างคนไข้เบาหวานเราจะเห็นว่าเขามีผลไม้ เช่น เงาะ ฝรั่งเต็มเลย ถ้าเป็นคนไข้ความดันก็จะมีขวดน้ำปลาตั้งอยู่ พอครั้งที่สองเค้าสิ่งเหล่านี้จะหายไป คือเราคิดว่าคนไข้ดูแลตัวเองดีขึ้น”



คุณเจี๊ยบเล่าถึงผลของการออกไปทำงานเชิงรุก ซึ่งหากวิเคราะห์กันให้ลึกแล้ว นี่คือนี่สิ่งที่คุณค่า เพราะช่วยลดต้นทุนการรักษาพยาบาลในระยะยาวใช่หรือไม่

คุณชวนพิศช่วยขยายความงานส่วนนี้ว่า การสร้างแกนนำก็เป็น การสร้างทีมอย่างหนึ่ง เพราะหลังจากอบรมแล้วมีการตามออกไปเยี่ยม จากตอนแรกแกนนำเยี่ยมเอง แล้วมีพยาบาลจาก รพ.และหมออนามัย ไปเยี่ยมพร้อมแกนนำ เท่ากับสร้างเชื่อมั่นต่อแกนนำให้กับคนไข้ ว่าคนๆ นี้คือคนที่ช่วยดูแลเขาได้ในชุมชน ตัวแกนนำเองก็เกิดความมั่นใจ และสุดท้ายก็สามารถเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่ที่ PCU ลดงานของ รพ. ในการดูแลรักษาคนไข้ที่ดูแลตัวเองไม่ได้ มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยจุดเปลี่ยนอยู่ที่การมีทีมของ รพ.เป็นตัวกลางเชื่อมเท่านั้นเอง

ค่ายปรับพฤติกรรม

คุณกรรณิการ์ จันทรเพ็ญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบจัดค่ายปรับพฤติกรรม บอกว่า นำผู้ป่วย และแกนนำสุขภาพ ไปออกค่าย มีทั้งแบบค่ายค้างคืน และค่ายไม่ค้างคืน ค่ายค้างคืนคือออกไปจัดนอกสถานที่ และมีกิจกรรมทำร่วมกันในค่าย มีลักษณะเป็นชมรมของผู้ป่วยและแกนนำด้วย ส่วนค่ายไม่ค้างคืนคือทางโรงพยาบาลลงไปทำกิจกรรมในชุมชน 1 วัน ส่วนค่ายค้างคืนเป็นโปรแกรมกิจกรรม 3 วัน 2 คืน ซึ่งช่วยให้ทีมกับชุมชนสนิทกันเลย เพราะว่าค่ายนี้ไม่ใช่การสอน ไม่ใช่ไปจัดประชุมอบรม เป็นค่ายกิจกรรม เริ่มจากการบริหารจัดการ นั่งสมาธิ บอด้สแกน มีกลุ่มสัมพันธ์ มีการละเล่น สนุกสนานเฮฮา มีออกกำลังกายแบบผู้สูงอายุ ใช้แพทย์ทางเลือก เข้ามาร่วมด้วย สมาธิพร้อมการเคลื่อนไหว เช่น ใช้ศาสตร์ของไทเก๊ก และโยคะ ส่วนวิชาที่สอนให้ความรู้ ได้ออกแบบโดยใช้ศาสตร์ทฤษฎี กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกรอบ

“เรามีตัวอย่างอาหารให้ ช่วยกันเลือกเมนูอาหารวันนี้ ให้เขาเลือกเอง แล้วก็นำเสนอต่อกลุ่มเองว่าอันนี้น้ำตาลเกิน อันนี้เกลือเกิน อันนี้ควรเลี่ยง เค้าก็จะแยกกัน ถ้าเป็นค่ายไม่ค้างคืน เราจะให้คนไข้เอาอาหารมากินเอง แล้วก็มาเรียนรู้การแจกแจงอาหารที่คนไข้เอามาว่าอันนี้เหมาะกับโรค อันนี้ไม่เหมาะกับโรค บางคนเอาปลาเค็มมาอย่างนี้ เขาก็จะบอกว่าอันนี้ไม่ได้เอามากินเองนะหมอ เอามาให้หมอกิน ทำมาเพื่อหมอ”

ลุงถิ่น กาฬภักดี อายุ 72 ปีป่วยเป็นโรคไขมัน ความดัน โรคเกาต์ โรคเลือดทล่ล่ียงสมอง เคยผ่านค่ายความดันมาแล้ว 2 ครั้ง

ได้เล่าความรู้สึกเมื่อได้ไปค่ายว่า ชอบมาก ไปเจอคนที่อยู่ห่างไกลกัน แต่ได้รู้จักสนิทสนมกันเป็นเพื่อนกัน ได้เจอคนเป็นความดันเหมือนกัน

“อย่างมีคนหนึ่งเขาก็อายุมากเป็นเหมือนกัน หมอต่อมเป็นคนฝึกทั้งออกกำลังกาย กินอาหาร หลังจากกลับจากค่ายเราได้วิธีการได้ความรู้มา เรื่องไหนเราปฏิบัติเองได้ที่บ้านเราก็ทำต่อได้เลยเป็นประจำ” คนผ่านค่ายเล่าด้วยความประทับใจ

ส่วนนายสตีเฟน พึงสวอย อดีตกำนัน แต่ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และไม่ทิ้งความเป็นผู้นำ เพราะได้กลายมาเป็นแกนนำดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ อีกด้วยกล่าวว่า ได้ช่วยให้กำลังใจและแนะนำผู้ป่วยด้วยกันหลายคน ปรึกษากันว่าอะไรทำได้ไม่ได้ ตนและแกนนำคนอื่นๆ รู้สึกสุขใจที่ได้ช่วยทำประโยชน์ต่อผู้ป่วยด้วยกันเอง

ท้องถิ่น: พันธมิตรใกล้บ้าน แหล่งงบประมาณใกล้ตัว

เมื่อมีงบประมาณจำกัด ทำให้ต้องมองหาแหล่งทุนสนับสนุน และหาพันธมิตรในการทำงาน ซึ่งปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลและ อบต. นั้น ถือเป็นพันธมิตรที่มีงบประมาณในมืออยู่พอสมควร

“อบต. นี้ ถ้าเป็นในตำบลต่างๆ ก็ต้องใช้รูปแบบการประสานตรงระหว่าง อบต. กับ สอ. แต่ระหว่างโรงพยาบาลนั้นการประสานมีอยู่แล้ว และก็มีการร่วมมือดี”

ผอ.รพ. กล่าวว่า การทำงานกับท้องถิ่น ทำได้เป็นบางพื้นที่ และบางทีงบประมาณของท้องถิ่น และงบกองทุนสุขภาพตำบลนั้น เป็นงบที่ “ใช้ยาก”

“ในปีแรกเราก็พยายามทำงานร่วมกับท้องถิ่น โดยเริ่มจากการขอสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งก็เป็นความยากลำบากอีกอย่างหนึ่ง ส่วนใหญ่ก็จะสนับสนุนในเรื่องของอุปกรณ์ในการเจาะเลือด และทรายอะเบตป้องกันลูกน้ำยุงลาย แต่หากเป็นเรื่องกิจกรรมนั้น ในปีแรกยังไม่ได้รับการสนับสนุน”

คุณชวนพิศกล่าว และบอกว่า การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น หลังจากที่มีการออกไปทำงานเชิงรุกแล้วเห็นผลงาน ชาวบ้านได้รับการไถ่บ้าน ทำให้หลาย อบต.หันมาสนับสนุนงานสุขภาพมากขึ้น และขณะเดียวกัน ทีมของโรงพยาบาลก็เริ่มเข้าใจว่าหากได้มีการประสานงานอย่างเหมาะสม และเข้าใจกระบวนการทำงานของท้องถิ่นแล้ว ก็จะสามารถดึงพลังของแนวร่วมมาเสริมงานสุขภาพได้ เช่น การเสนอโครงการเข้าไปล่วงหน้าเพื่อให้ท้องถิ่นเตรียมจัดสรรทำงานในปีถัดไป เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่คนไข้ ประโยชน์ร่วมของทุกภาคส่วน

หลังจากทีมงานของ รพ.ได้เปิดประตูก้าวข้ามพรมณฑลออกไปสู่ชุมชนแล้ว นอกจากผลดีที่ชัดเจนและสำคัญสูงสุดคือ คนไข้โรคเรื้อรังกว่า 10% เข้าถึงและได้รับการดูแลที่สะดวกและมีคุณภาพได้ในชุมชนแล้ว ผลพวงที่สำคัญที่ตามมาก็คือ พัฒนาการที่ดีของความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมเครือข่ายบริการด้วยกันระหว่างสองสายงานคือ รพ. กับ สอ. และยังทำให้ได้ขยายการทำงานจากปัญหาโรคเรื้อรังไปสู่การทำงานเรื่องอื่นๆ เช่น การคัดกรองตาต้อกระจก การทำคลินิกส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ สอ.จะค้นหา case ให้แล้ว

จะมาฝากครรภ์ครั้งที่ รพ. และมีการเชื่อมโยงส่งต่อการดูแลคนไข้
ร่วมกันมากขึ้น

“แรกๆ เราก็เหมือนไปเป็นภาระของเขานะ เราจะไปเยี่ยมบ้าน
ต้องขอให้เขาไปด้วย เพราะเราไม่รู้พื้นที่ ไม่รู้จักคนไข้ คนทางฝั่ง รพ.
ก็คิดว่า ก็นั่นคนไข้ของอนามัยนะ พวกเราไปช่วยทำงานให้ แล้วทำไม
ทางเขาไม่ช่วยเรา นี่มันเป็นความรู้สึก 2 ฝ่ายที่ไม่ได้สัมผัสกันมาก่อน
แต่พอทำไประยะหนึ่ง คน รพ.ก็เห็นว่า ที่ สอ.มีคนสองคน ประชุมด้วย
งานรักษาด้วย เยี่ยมบ้านด้วย มันหนักจริงๆ แต่ที่ลงแรงออกไปด้วยกัน
มันเห็นผลที่คนไข้ จากที่หมออนามัยอาจจะไม่ค่อยได้ออกหมู่บ้าน
ตอนนี้ก็ออกไปดูแล มีหมออนามัย รพ.ไปด้วยแล้วคนไข้ดีขึ้น นั่นคือจุด
ที่ทุกคนพอใจร่วมกัน แล้วก็เกิดการพัฒนาศักยภาพไปในตัว จนท.เขา
มีความรู้ มีทักษะการดูแลคนไข้มากขึ้น ส่วน รพ.ก็ลดความแออัด
ใช้เตียงที่บ้านเป็นหอผู้ป่วยใน เชื่อว่าหลังจากทำมาระยะหนึ่งมัน
เห็นผลจากการกระทำ มันไม่ต้องใช้คำพูด แต่เรารู้สึกได้ว่าประโยชน์
มันมากมายแค่ไหน” นั่นคือบทสรุปของผลลัพธ์จากการทำงานที่ผ่านมา
ผ่านสายตาของคุณชวนพิศ ผู้รู้เห็นและอยู่ร่วมด้วยในทุกแง่มุมและ
กิจกรรมการดำเนินงานในระยะ 2-3 ปี ที่ผ่านมา

บทส่งท้าย

เมื่ออดีตจะเคยมีปัญหาหนักหนาเพียงใด แต่หากได้มีการเริ่มต้น
ประสานมือประสานใจ เริ่มจากน้อยไปหามาก ก็เป็นนิมิตหมายที่ดี
และช่วยคลี่คลายให้เห็นออกทางไปของปัญหาที่เป็นภารกิจร่วมกัน

แม้วันนี้ยังไม่ถึงความสมบูรณ์พร้อม แต่ก็ย่อมดีกว่าที่จะไม่เคยมี
สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเลย

บทสรุปของบทเรียน CUP เดิมบางนางบวช อาจไม่ใช่ผลงาน
และความสำเร็จที่สวยหรู หากเทียบกับ CUP อื่นๆ ที่อยู่ในบริษัทที่
ต่างกันออกไป แต่ความมั่งคั่งมั่งมีที่เห็นได้ชัด คือ ความสามารถในการ
จัดการ การปรับประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด และความพยายาม
สูงยิ่งที่จะฝ่าฟันอุปสรรคออกไปแก้ปัญหา ณ ชุมชน

เพราะสำหรับโรคเรื้อรังเหล่านี้แล้ว ชุมชนคือต้นกำเนิด ชุมชน
คือบริบท และชุมชนคือคำตอบของการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนนั่นเอง



“เด็กสร้าง
ไม้รอฟ้าประทาน”

คิดนอกกรอบสร้างกำลังคน
สาธารณสุขระดับชุมชนที่สวนกล้วยเขต

ถ้าถามว่าอะไรทำให้การพัฒนาบริการปฐมภูมิไปได้ช้ากว่าที่หวัง เกือบร้อยทั้งร้อยผู้บริหาร CUP (Contracting Unit for Primary Care) มักจะบอกว่า ปัญหาเรื่องขาดแคลนกำลังคนเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด เพราะกว่าจะได้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่มาแต่ละคน ต้องรอรอบอัตรากำลัง รอจังหวัดจัดสรรมาให้ตามโควตา ต้องรอรอ-และรอ หน้าที่พอได้มา ก็ไม่แน่ว่าจะอยู่กับพื้นที่ได้นาน และส่วนใหญ่พยาบาลที่ได้มา ก็มักอยู่ประจำโรงพยาบาลเป็นตัวเลือกแรก ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลว่าโรงพยาบาลมีภาระงานมาก หรือเหตุผลอื่นก็ตาม

แต่ที่อำเภอสนามชัยเขต ได้สร้างบุคลากรที่เป็นคนจากพื้นที่จนได้กำลังคนกว่า 70 คน ปัจจุบันสามารถกระจายพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำครบทุกศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และทุกสถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีแพทย์ที่รับผิดชอบประชากรประมาณ 1 คน ต่อ ประชากร 10,000 คน โดยมีระบบการทำงานแบบแพทย์ประจำครอบครัวที่ชัดเจนและเป็นจริง มีกำลังคนที่เพียงพอ

ทั้งในโรงพยาบาลและในสถานือนามัย โดยไม่ได้รอรระบบ “จัดสรร” หรือ “ระบบฟ้าประทาน” ที่สำคัญกำลังคนเหล่านี้ทำงานอยู่ในพื้นที่ได้อย่างยาวนาน กลายเป็น “กำลังคนปฐมภูมิตัวจริงเสียงจริง” ที่ “เข้าถึงและเข้าใจ” ชุมชนอย่างแท้จริง

วันนี้ สนามชัยเขต จึงกลายเป็นเขต “ปลอดปัญหาขาดแคลนกำลังคน” และอยู่ในระยะที่เริ่มจะ “แบ่งปัน” กำลังคนให้กับอำเภอใกล้เคียงอีกด้วย ซึ่งนี่คือภาพมหัศจรรย์ที่ไม่อาจคาดฝันว่าจะพบเห็นได้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่เต็มไปด้วยข้อจำกัดมากมาย

เบื้องหลังภาพมหัศจรรย์ที่สนามชัยเขต จึงมีที่มาแบบ “ไม่ธรรมดา” ทั้งในแง่ของ “วิธึคิด” และ “การลงมือกระทำ” โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาพนี้ได้ คือ ภาวะผู้นำของบุคคลที่ได้ชื่อว่าเป็น “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน”

อำเภอสนามชัยเขตอยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดนะะเซิงเทรา เกือบ 60 กิโลเมตร เมื่อ 25 ปีก่อน จัดว่าเป็นพื้นที่สีชมพู ถือเป็นดินแดนไกลปืนเที่ยง ถนนเข้าสู่เมืองไม่ได้ลาดยาง เป็นเส้นทางที่เปลี่ยวจนน่ากลัว ขนาดพื้นที่ของสนามชัยเขตอำเภอเดียวยังกว้างใหญ่กว่าจังหวัดสมุทรปราการทั้งจังหวัดเสียอีก โดยดูแลสุขภาพประชากรกว่า 70,000 คน ที่อยู่อย่างกระจัดกระจายใน 70 หมู่บ้าน จาก 4 ตำบล แต่ละหมู่บ้านตั้งอยู่ค่อนข้างไกลจากกัน และการคมนาคมก็เป็นปัญหาใหญ่ที่ทำให้ชาวบ้านเข้าไม่ถึงบริการ

ในอดีตนั้น การคมนาคมยังทำให้เกิดปัญหาซ้ำซากต่อโรงพยาบาล คือบุคลากรมักอยู่ไม่ทน คนที่มาจากที่อื่นมักอยู่กันได้เพียงปีหรือสองปี ก็ขอย้าย

คำถามก็คือ เมื่อหมอและพยาบาลยังอยู่ที่นี้ไม่ได้ แล้วชาวบ้านที่
ยากจนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่ได้อย่างไร

โชคดีที่อำเภอนี้ได้ นายแพทย์สมคิด วีระเทพสุภรณ์ หรือที่
ทุกคนเรียกติดปากว่า “หมอสมคิด” มาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สนามชัยเขตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ตั้งแต่โรงพยาบาลยังสร้างไม่เสร็จ
มาจนกระทั่งทุกวันนี้

สร้างคน สร้างอนาคต โดยไปсро “ฟ้าประทาน”

ปัญหาที่หนักหน่วงที่สุดของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ห่างไกล
ความเจริญ นั่นคือการขาดแคลนบุคลากร ปีแล้วปีเล่าที่หมอสมคิด
ในฐานะผู้อำนวยการ ต้องทอดถอนใจเมื่อต้องคอยรับพยาบาล หรือ
เจ้าหน้าที่คนใหม่ ที่ “ฟ้าประทาน” ให้มาทำงานที่โรงพยาบาล หรือ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่พอทำงานได้เพียง 1-2 ปี
ก็ขอย้ายออกหมด ทั้งๆ ที่กว่าทางโรงพยาบาลจะได้โควต้ามาสักคน
ก็แสนยากลำบาก

ความพยายามครั้งแรกของหมอสมคิด ในการแก้ปัญหาขาดคน
ทำงาน เกิดขึ้นด้วยความรู้สึก “อดรนทนไม่ไหว” โดยหมอสมคิดได้ไป
ร่วมประชุมที่ สสจ. และตัดสินใจขออาสาเป็นตัวแทนของจังหวัด
ฉะเชิงเทราไปร่วมประชุมการแบ่งโควตาค่ากำลังในระดับเขต 8 จังหวัด ซึ่ง
เดิมตัวแทนที่ไปมักเป็นหัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากรของ สสจ.เป็นหลัก

“ตอนแรกๆ เราเป็นผอ.จูเนียร์ ไม่รู้ว่าเมื่อไหร่ทางจังหวัดจะส่งคน
มาให้ ก็ได้แต่รอคนตามกรอบอัตรากำลัง แล้วแต่ว่าเขตจะให้จังหวัด
เราเท่าไร แล้วจังหวัดจะให้เราหรือไม่ ปกติฝ่ายพัฒนาบุคลากรต้องไป

ต่อรองที่เขต มีอยู่ปีหนึ่งจังหวัดฉะเชิงเทราได้มา 2 โควต้า ให้สำหรับ 8 โรงพยาบาล คิดดูนะว่า 2 คน สำหรับ 8 แห่ง แล้วเมื่อไหร่มันจะพอ เมื่อไหร่มันจะทำงานเชิงรุกได้”

ความที่เป็นหมอและพบกับปัญหาที่เกิดจากการขาดกำลังคน มาอย่างยาวนานด้วยตนเอง ทำให้การเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหา เกิดจากประสบการณ์จริงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนคนหนึ่ง ได้รับการรับฟังและตอบสนอง โดยหมอสมคิดได้นำเสนอสภาพปัญหา ความขาดแคลนและผลกระทบที่ตามมา และเสนอทางออกให้มีการ จัดสรรโควต้าตามแต่ละอำเภอ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และเสนอ ให้เปิดโอกาสให้กับเด็กในอำเภอรอบนอกให้ได้ทุนไปเรียน เพื่อที่จบ กลับมาทำงานในพื้นที่ระดับอำเภอต่อไป

“ตอนนั้นกระทรวงฯ แบ่งโควต้าเป็นรายจังหวัด แต่ผมไปเสนอ ขอแบ่งเป็นรายอำเภอ เพราะเด็กอำเภอเราเป็นเด็กบ้านนอก ไปสอบ แข่งกับเด็กในเมืองที่ไร้มือเท้า และทุกปีเวลาคนขอย้าย เหตุผลมีอยู่ 2 ข้อ คือ ย้ายตามครอบครัวและย้ายกลับภูมิลำเนา เรายกตัดปัญหาซะ ควรเอาเด็กในพื้นที่ไปเรียนให้จบ แล้วจะได้กลับมาอยู่กับเรา ไม่ต้อง ย้ายเพราะเหตุผล 2 ข้อนี้ ผมไปเสนอหลักเกณฑ์ที่จังหวัด ซึ่งมี คณะกรรมการจัดสรรทุนพิจารณา ผมได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มผู้แทน ผู้สูงอายุ ผู้แทนหนังสือพิมพ์ คนพิการ ซึ่งเข้าใจในข้อเสนอของผม ยกมือโหวตทำให้ได้รับการสนับสนุนมา” หมอสมคิดเล่า

ผลในปีนั้น ทำให้จังหวัดฉะเชิงเทราได้โควต้ามาถึง 52 คน โดยสนามชัยเขตได้ 12 คน ท่าตะเกียบ 10 คน บางน้ำเปรี้ยว 14 คน ตามความขาดแคลนของแต่ละอำเภอ

ข้อมูลพื้นฐาน สภามัชยเขต

อำเภอสนามชัยเขตเป็นอำเภอชายขอบของจังหวัดฉะเชิงเทรา มีพื้นที่ติดกับจังหวัดสระแก้วและปราจีนบุรี อยู่ห่างจากตัวจังหวัด ประมาณ 55 กิโลเมตร จัดว่าเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลาง ดำเนินงานภายใต้ปรัชญา “มุ่งมั่นช่วยชีวิต คือกิจที่สำคัญ บริการเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งชั้นชาติตระกูล” โดยวางวิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลคุณภาพของชุมชนที่มีความเป็นเลิศด้านการดูแลสุขภาพ ที่ผู้ใช้บริการ อบอุ่นใจและมีความสุข”

อำเภอสนามชัยเขตประกอบด้วยเทศบาลตำบลสนามชัยเขต และอีก 4 ตำบล คือ ตำบลคูยาศหมี ตำบลท่ากระดาน ตำบลทุ่งพระยา และตำบลลาดกระทิง มีประชากรรวมทั้งสิ้น 70,345 คน เป็นชาย 35,520 คน หญิง 34,825 คน แต่มีจำนวนหมู่บ้านมากถึง 70 หมู่บ้าน มีพื้นที่ประมาณหนึ่งล้านไร่ หรือพื้นที่ราว 1,600 ตารางกิโลเมตร ทำให้สนามชัยเขตนับว่าเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่เป็นที่สองของประเทศ รองจากอำเภออุ้มผาง และยังมีเนื้อที่ใหญ่กว่าจังหวัด

สมุทรปราการทั้งจังหวัด ซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 1,000 ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่โดยรวมเป็นป่าเสื่อมโทรม ประชากรส่วนใหญ่ย้ายมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และรับจ้างทางการเกษตร มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนไว้ประมาณ 1,400 คน

โรงพยาบาลสนามชัยเขต ก่อสร้างขึ้นในปี 2529 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง พื้นที่เดิมมีจำนวน 10 ไร่ และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปี 2534 ได้ขยับขึ้นเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และอีก 2 ปีต่อมาคือ พ.ศ. 2536 ก้าวขึ้นเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ปี พ.ศ. 2552 ได้ขยายขึ้นเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ปัจจุบันมีพื้นที่ 20 ไร่ มีแพทย์ประจำ 6 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาล 86 คน ปัญหาสาธารณสุขสำคัญ คือ โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ที่ต้องได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องประมาณ 2,500 คน และโรงพยาบาลยังเป็นจุดรับส่งต่อผู้ป่วยจากอำเภอท่าตะโกชัย ซึ่งมีประชากรอยู่จำนวน 43,636 คน

เครือข่ายสาธารณสุขสนามชัยเขต ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และศูนย์สุขภาพหมู่บ้าน 2 แห่ง

แม้ปัจจุบันการคมนาคมในอำเภอสนามชัยเขตเป็นถนนลาดยางเกือบทั้งอำเภอแล้วก็ตาม แต่บางแห่งยังมีสภาพเป็นหลุมเป็นบ่อชำรุดเสียหาย และหลายหมู่บ้านยังคงเป็นถนนลูกรัง หลายหมู่บ้านมีรถให้บริการเข้าตัวอำเภอเพียงวันละ 1 เที่ยว ออกจาก

หมู่บ้านเวลา 08.00 น. ในตอนเช้า มาถึงอำเภอหรือโรงพยาบาล
ตอนสายราว 08.30 น. ถึง 09.00 น. ซากลี้บรถออกจากอำเภอ
ประมาณบ่ายโมง แม้มีรถโดยสารประจำทางสระแก้ว ชลบุรี ที่วิ่งทับ
เส้นทาง 2 ตำบลในสนามชัยเขตที่อาจช่วยให้การเดินทางสะดวกขึ้น
บ้าง แต่ระยะทางอันห่างไกลยังคงทำให้ชาวบ้านต้องใช้เวลามากกว่า
จะเข้ามาถึงโรงพยาบาลแห่งนี้ได้

“ตอนหลังผมเป็นตัวแทนจังหวัดไปประชุมเรื่องโควต้าของเขต
ทุกปี ซึ่งตัวแทนจากที่อื่นส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากร
มีผมเป็นหมอกคนเดียว ผมมีการเตรียมข้อมูลให้พร้อมนำเสนอให้
เห็นภาพ อาจเพราะเราเป็นหมอก เวลาเล่าปัญหาหรือเล่าว่าเรามีแผน
จะใช้คนเพื่องานอย่างไร ก็ได้รับความเข้าใจ ทำให้ได้โควต้ามามาก่อนข้าง
มากทุกปี”

บันดินจนเป็นดาวก็ละดวง

เมื่อได้โควต้าในปีแรกมา 12 คน แต่แปลว่าต้องรออีก 4 ปีกว่า
จะได้คนมาจริง แต่ตอนนั้นมีการเปลี่ยนนโยบายของรัฐบาลว่าไม่ต้อง
ทำสัญญา จบแล้วไปอยู่ที่ไหนก็ได้ ทำให้ต้องหาทางทำให้มันเ็นใจว่า คน
ที่ได้มาตามโควต้าจะอยู่ในพื้นที่ได้นาน โดยที่ใช้กำลังเงินจูงใจได้
ไม่มากเพราะงบประมาณจำกัด หมอสมคิดจึงต้องใช้วิธีปลุกฝังเด็ก
ที่จะส่งไปเรียนในแต่ละปีด้วย

“ผมจะหมายตาไว้ ลูกบ้านนี้ใกล้จบ ม.6 หน่วยก้านดี อยากให้
กลับมาทำงานที่บ้านเกิด ผมเริ่มโน้มน้าวตั้งแต่แรกกับพ่อแม่เด็ก ว่า
ถ้าไปเรียนแบบนี้แล้วจะได้กลับมาทำงานใกล้บ้าน ดูแลพ่อแม่ เด็กจะ
กลับมาอย่างมีศักดิ์ศรี ให้เป็นที่ภาคภูมิใจ”

กว่าจะปั้นคนมาทำงานแต่ละคน ไม่ใช่หีบมาได้เลย แต่หมอ
สมคิดต้องคาดการณ์ล่วงหน้า มีการวางแผนบุคลากร ว่าขาดคนทำงาน
อะไรบ้าง แล้วเริ่มจากค้นหาเด็กในหมู่บ้าน ไปแนะนำที่โรงเรียน
มัธยมประจำอำเภอ แล้วนำเด็กที่สนใจจะไปในทางเดินนี้มาฝึกงาน
ในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย เพื่อให้พวกเขาเห็นสภาพจริงก่อน

ไปเรียน แล้วตัดสินใจเองว่า จะสมัครไปสอบขอทุนเรียนหรือไม่ เมื่อเด็กและผู้ปกครองตกลงใจแล้ว ก็ยังต้องวิ่งเต้นและจัดการเพื่อให้เด็กในพื้นที่ได้ทุน ได้มีที่นั่งเรียน ทั้งมองหาแหล่งทุนการศึกษา ไม่ว่าจะ เป็นทุนของจังหวัด ทุน อบต. มีบางกรณีพ่อแม่ยินดีจ่ายค่าเรียนเอง แต่ก็ยังต้องช่วยมองหาสถานศึกษาที่จะรับเด็กเข้าเรียน โดยติดต่อพูดคุยเจรจากับแต่ละแห่ง เช่น วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี ฯลฯ เพื่อที่ท้ายที่สุดแล้ว เด็กในพื้นที่สักหนึ่งคน จะสามารถแทรกตัวเข้าไปนั่งเรียนจนจบได้สำเร็จ

ชลาลัย เทวานาครี เป็นพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสนามชัยเขต มานานกว่า 16 ปี เธอคือ “เด็กสร้าง” รุ่นแรก ที่หมอมสมคิดปั้นมากับมือ

“หนูเป็นคนลาตกระทิง บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 10 กิโลเมตร ตอนที่ยังเรียนอยู่โรงเรียนมัธยม หมอเข้ามาแนะนำและแนะนำแนวเรื่องเรียน ส่งเรื่อง ส่งเอกสารสมัครไปให้ที่บ้าน แล้วก็มาตามให้ไปสอบ ที่แรกหนูติดสำรอง เขารับแค่ 5 คน แต่หนูเป็นคนที่ 6 หมอก็กินทางช่วยให้ได้เรียนจนได้ ทำให้หนูเกิดมานะตั้งใจเรียน และได้คะแนนดีกว่าเพื่อน จบมาเป็นพยาบาลเทคนิค ทำงานกับหมอไม่กี่ปี หมอก็กินสนับสนุนให้เรียนจนได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ เวลาไปเรียนก็ตั้งใจจนถึงวันนี้เวลาทำงานก็ตั้งใจทำงานให้ดีที่สุดให้สมกับที่หมอส่งไป”

ชลาลัยเล่าไปด้วยน้ำตาคลอและกลั้นเสียงสะอื้นไว้แทบไม่อยู่ เมื่อพูดถึงความช่วยเหลือที่หมอมสมคิดช่วยให้เธอเป็นตัวเป็นตนขึ้นมาทุกวันนี้ จากเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 6 รุ่นแรกของโรงเรียนสนามชัยเขต ซึ่งมีจำนวนนักเรียนทั้งรุ่นเพียง 8 คน ซึ่งตอนนั้น เธอไม่มีภาพ



ที่ชัดเจนว่า จบ ม.6 แล้วจะไปทำอะไร แต่วันนี้ เธอมีอาชีพที่มั่นคง มีครอบครัวอบอุ่นอยู่ในพื้นที่ และมีเด็กทารกตัวน้อยๆ ในครรภ์ที่เธอ รอคอยจะได้เลี้ยงดู เธอย้ำว่า ทั้งหมดนี้ที่เธอมี เป็นเพราะบุญคุณ ที่หมอสสมคิดให้การช่วยเหลือตั้งแต่เกือบยี่สิบปีที่แล้ว ซึ่งเธอไม่รู้ว่า จะทดแทนได้อย่างไร

ปริยาภรณ์ สุขสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพอีกคนหนึ่ง เล่าว่า ประวัติศาสตร์ของเธอกับโรงพยาบาลสนามชัยเขตนั้น มีความลึกซึ้ง และยาวนาน เพราะหมอสสมคิดเป็นคนผ่าตัดทำคลอดเธอออกมากับมือ เธอจึงโตขึ้นมาโดยแวะเวียนมาที่ รพ.เป็นระยะ รับประทาน ตรวจรักษา เวลาเจ็บป่วยบ้าง จนกระทั่งเรียนมัธยม หมอสสมคิดก็ชวนให้สมัคร ไปเรียนพยาบาล และจบกลับมาทำงานให้ที่นี่

ปาริชาติ คงรักษ์ ก็เป็นอีกคนหนึ่งที่เลือกเรียนพยาบาลเพื่อ ครอบครัวและถิ่นเกิด แม่ของปาริชาติเป็นคนตำบลคูยายหมี แต่พ่อ เป็นคนปรวาจันบุรี ยายจึงต้องอยู่ที่สนามชัยเขตคนเดียว เธออยาก เรียนวิศวะ แต่พ่อแม่เห็นว่าเป็นผู้หญิง อยากให้เรียนจบพยาบาลมา จะได้ดูแลพ่อแม่ อยากให้ทำงานที่โรงพยาบาลและอยู่กับยาย เมื่อ หมอสสมคิดไปแนะนำและชี้ช่องทางที่จะไปเรียนพยาบาลสาธารณสุข เธอก็ตัดสินใจเลือกเดินทางที่ทำให้ทุกวันนี้เธอได้ดูแลยาย และมีงาน ทำตามที่พ่อแม่ตั้งความหวังไว้

ปริยาภรณ์ และ ปาริชาติ จบมาทำงานที่นี่มาได้ 3 ปีแล้ว รับผิดชอบในส่วนงานผู้ป่วยใน เธอยังไม่มีตำแหน่งให้บรรจุ แต่เธอบอก ว่าได้รับเงินเดือนมากกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกันที่บรรจุเป็นข้าราชการแล้ว

และในแง่ของโอกาสในการไปอบรม ไปพัฒนาศักยภาพนั้น เธอได้รับโอกาสที่เท่าเทียม และไม่รู้สึกว่าด้อยกว่าพยาบาลในทีมเดียวกัน

“เรามีอบรมเพิ่มเติมตามที่สนใจในสายงาน ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรือไปอบรมห้องคลอด มีให้อบรมปีละ 2 ครั้งตามความสนใจ สามารถขอได้”

ส่วน จักรพงษ์ วรวิทย์ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน นั้นมาแปลกกว่าเพื่อน เพราะเขาเรียนจบมาทางด้านช่าง เคยทำงานอยู่โรงงาน แต่ได้มาดูแลผู้ป่วยและรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้คลุกคลีอยู่ที่นั่นมาตั้งแต่เป็นวัยรุ่นตอนต้น ต่อมาได้สมัครทำงานเป็นเวรเปลของโรงพยาบาล ครั้นเมื่อย้ายเขาจึงไม่มีใครเป็นหลักยึดโน้มนามชัยเขตอีกต่อไป คิดอยู่ว่าจะลาออกหรือย้ายไปไหนดี จังหวะดีที่มีทุนไปเรียนเวชกิจฉุกเฉิน ซึ่งเขาไม่เคยคิดว่าคนเล็กคนน้อยแถบมูลนิธิภาพเซอร์ๆ อย่างเขา จะได้รับโอกาสให้ไปเรียนต่อ แต่หมอสุมคิดกลับมองว่า เขาเป็นคนในพื้นที่ และเขาจะเป็นหนึ่งในกองทัพสาธารณสุขสนามชัยเขต

“หมอสุมคิดส่งเสริมให้ไปเรียนต่อ ต้องไปสอบ ต้องไปเรียนกับรุ่นน้อง เรียนช้ากว่าคนอื่นในรุ่นไป 4 ปี แต่ผมก็ทำคะแนนได้ดี เพราะมีความรู้สึกว่าจะต้องเรียนให้จบ ผมประทับใจคุณหมอมากครับ เราเป็นแค่ลูกจ้างเวรเปลก็ยังได้รับโอกาสนี้”

ร่วมมือกับชุมชน สร้างกำลังคนของชุมชน

ด้วยการนำของหมอสุมคิด โรงพยาบาลสนามชัยเขต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการสร้างกำลังคนสาธารณสุข ตั้งแต่ก่อนการคัดเลือก

นักเรียนทุน โดยทำการประชาสัมพันธ์ในโรงเรียนมัธยม แจ้งเรื่องการรับสมัครเรียนด้านการพยาบาลและสาธารณสุข รวมทั้งให้นักเรียนลองฝึกงานที่โรงพยาบาล หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 วัน และเข้าค่ายวิชาการ 10 วัน เพื่อดูว่าสนใจทำงานวิชาชีพนี้หรือไม่ เพื่อให้นักศึกษาเกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และที่สถานีอนามัย และยังให้ยืมเงินสวัสดิการของโรงพยาบาลไปเรียนได้

นอกจากใช้โควตาของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังได้ขอทุนของ อบต.มาเสริม ทำให้ได้กำลังคนเพิ่มขึ้นมาก โดยตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปี 2552 มีบุคลากรที่จบมาด้วยทุน อบต. ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 14 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 5 คน และ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 2 คน

ในระหว่างที่กำลังเรียน หากเด็กมีวันหยุดหรือปิดเทอม ก็จะสนับสนุนให้พี่สอนน้อง น้องช่วยพี่ โดยให้นักศึกษาพยาบาลได้ไปฝึกงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีละ 5 วัน สร้างความรู้จักกันตั้งแต่ยังเรียนอยู่ เมื่อจบกลับมาทำงานด้วยกันก็สามารถช่วยเหลือกันในพื้นที่ได้อย่างทันที

ครั้งเมื่อน้องจบมาใหม่ๆ ก็มีการจัดเวทีให้ได้แนะนำตัวต่อผู้นำชุมชน และหน่วยราชการต่างๆ เป็นการสร้างความภาคภูมิใจ สร้างความผูกพันต่อชุมชน และทำให้กำลังคนเหล่านี้ รวมทั้งครอบครัวรู้สึกว่ามีภาระใจในการตอบแทนคุณแผ่นดิน และอยากรับใช้พี่น้องในภูมิภาคนี้ของตนเอง

สิ่งเหล่านี้ คือ แรงจูงใจที่ไม่ใช่เงิน แต่มีคุณค่าและมีอิทธิพลสูง
ยิ่งต่อการสร้างและรักษากำลังคนสาธารณสุขไว้ในระบบบริการปฐมภูมิ
โดยมิได้เน้นแต่จะสร้างพยาบาลมาอยู่ในโรงพยาบาล แต่ทำทุกทางให้
ได้คนไปอยู่ในสถานีนอามัย และสร้างความเป็นเครือข่ายบริการร่วมกัน
ด้วย

ทิพย์สุคนธ์ สุกตะ เรียนจบจากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี มาได้
3 ปี จบมาก็ไปทำงานที่สถานีนอามัยท่าเลียบ ตำบลท่ากระดานซึ่งเป็น
บ้านเกิดของเธอ

“ตอนนั้นเรียนอยู่ ม.ปลาย สายวิทย์ รู้ข่าวจากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ว่ามีทุนเรียนสาธารณสุข ก็มาสมัคร หมอสมคิด
ให้ฝึกงานก่อนว่าสนใจและมีทักษะหรือไม่ ได้ฝึกในเวิร์ด และลง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยเมื่อ 7 ปีที่แล้ว ตอนฝึกงาน
ที่เค้าพาไปลงทำแผนที่ชุมชน ได้มีคุยกันไว้ก่อนว่าจบมาแล้วให้ทำงาน
ที่นี่ ให้ทำงานที่นอามัย”

ทิพย์สุคนธ์ ยังเล่าถึงวันแรกที่จบมาด้วยแววตาที่แจ่มใส เธอคง
เป็นคนโชคดีไม่น้อย ที่ได้รู้จักคนที่เธอจะทำงานด้วย และรู้สภาพงาน
ที่จะเผชิญตั้งแต่ก่อนจะตัดสินใจไปเรียน ทำให้เธอไม่มีปัญหาเรื่องการ
ปรับตัวเข้ากับงานและเพื่อนร่วมงานแต่อย่างใด

“พอจบมาวันแรก หมอก็กพาไปที่ประชุมอำเภอ เชิญผู้ใหญ่ กำหนด
เจ้าหน้าที่อำเภอ ให้แนะนำตัว แล้วก็พาไปคุยกับโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล แล้วก็ลงนอามัยเลย ครอบครัวภูมิใจ คนในชุมชนก็ดีใจ
ที่เรากลับมาดูแลพวกเขา เราจะเข้าใจคนใช้ในชุมชนมากกว่าคนอื่น
เพราะถ้าเป็นคนที่นอามัยและเป็นคนในพื้นที่ เราจะรู้จากญาติและ

รู้จักคนใช้มากกว่า รู้วิถีชีวิตของคนใช้ ตอนนี้เราก็มีความสุขดีกับการทำงานที่นี่” เธอเล่าด้วยความภาคภูมิใจ

มีพยาบาลวิชาชีพลงประจำครบทุก PCU / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เพราะเล็งเห็นว่าการสร้างคนให้เพียงพอ คือการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ หมอสมคิดจึงทุ่มเทเรื่องหาคนไปเรียน หาทุนให้เรียนทางงบประมาณมาจ้างเมื่อจบแล้ว โดยไม่หวังงบประมาณ และไม่หวังว่า CUP จะไปไม่รอด

“ผมเชื่อว่า CUP จะอยู่ได้ ต้องทำปฐมภูมิให้แข็งแรง ถ้าปฐมภูมิยิ่งอ่อนแอ CUP ยิ่งอยู่ไม่ได้ 2-3 ปีมานี้รายจ่ายปฐมภูมิคงที่เท่าเดิมตลอดทุกปี ไม่เพิ่ม ทั้งที่ให้บริการไม่คิดค่าใช้จ่าย” หมอสมคิดเล่า

ตั้งแต่เริ่มส่งคนไปเรียนในปี พ.ศ.2544 ประมาณ 10 ปีให้หลังสภาพปัญหาขาดแคลนกำลังคนก็คลี่คลาย ปัจจุบันโรงพยาบาลมีพยาบาลประจำมากขึ้น ทำงานให้บริการได้รวดเร็วมากขึ้น สามารถจัดหน่วยบริการที่มีแพทย์ออกไปให้บริการที่ PCU ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สถานีอนามัยทุกแห่งมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ มีระบบที่เลี้ยงช่วยพัฒนาศักยภาพและให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ของ PCU ทำให้งานบริการด้านหน้าเข้มแข็งขึ้นเป็นลำดับ ที่สำคัญคือ สัดส่วนกำลังคนที่เป็นคนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เช่น จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลทั้งหมด 86 คน เป็นคนในท้องถิ่นถึง 34 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 6 คน เป็นคนในท้องถิ่นถึง 5 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกลงเงิน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในฝ่าย

บริหาร เช่น การเงิน ฝ่ายบุคคล เหล่านี้เกือบทั้งหมดเป็นคนในพื้นที่ ส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรนั้น แม้ส่วนใหญ่จะเป็นคนนอกพื้นที่ แต่ปัญหาการขอย้ายก็มีน้อย อีกทั้งมีแพทย์ที่เคยมาทำงานแล้วไปเรียนเฉพาะทางจบแล้วขอกลับมาอยู่ที่นี้ บ่งบอกถึงความสามารถในการสร้าง และรักษากำลังคนไว้ในระบบได้เป็นอย่างดี

สำหรับกำลังคนที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งต้องเป็นลูกจ้าง เพราะไม่มีอัตราบรรจุ แต่ก็มีโอกาสที่คนเหล่านี้จะอยู่ได้นาน โดยในการจ้างนั้นใช้เงินของ CUP จ้างแล้วจัดสรรลงไปใน รพ.และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่เกี่ยวกับงบประมาณส่วนที่จัดสรรให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามจำนวนประชากร ซึ่งจัดสรรลงไปแล้ว ประมาณ 80 - 120 บาท ต่อหัวประชากร ส่วนการบริหารขึ้นอยู่กับว่าทำงานสังกัดที่ใด ถ้าสังกัดโรงพยาบาลก็ถือว่าเป็นคนโรงพยาบาล แต่ถ้าไปทำงานให้สถานีนอามัย ก็ถือว่าเป็นคนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพิจารณาความดีความชอบ การลาภกิจลาป่วย การพัฒนาศักยภาพ ฯลฯ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มนตรี รุ่งแสงสี เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต เล่าว่า ตนทำงานที่สถานีนอามัย (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 ตั้งแต่เป็นลูกจ้างจนมาเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ก็ได้มีการประสานงานกับหมอสสมคิดมาตลอด แม้ว่าตัวผู้บริหาร เช่น สาธารณสุขอำเภออาจจะมีการเปลี่ยนตัวไปบ้าง แต่การประสานงานส่วนใหญ่ก็ราบรื่นดี

“ในด้านบุคลากร หมอจะเอนักเรียนในพื้นที่ไปเรียน ขอให้
อบต.หาโควตาทุนส่งเรียน และประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล หากมีตำแหน่งก็สนับสนุนนักเรียนที่จบมาก่อนให้ได้
บรรจุ เน้นไปเต็มเต็มที่อนามัยก่อน โรงพยาบาลให้งบประมาณในการ
จ้าง และช่วยจัดหาบุคลากรมาลงให้ได้” ปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเจ้าหน้าที่ 3-4 คน ซึ่งนับว่าเพิ่มขึ้นมาก
เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว

รุ่งนภา สายแก้ว พยาบาลประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล บ้านโคกตะเคียนงาม PCU ท่งพระยา เล่าว่า

“เรียนจบจาก วพ.ชลบุรี มาได้ 3 ปีแล้วได้ทุนโควตา โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่หมอสมคิดเอาทุนมาให้ที่อำเภอ เวลาทำงาน
ถ้ามีปัญหาก็โทรหาหมอประจำโซนหรือพี่ที่โรงพยาบาลได้ เขาให้เบอร์
มือถือ และมี Guideline ในการทำงาน ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ได้ค่าตอบแทนน่าพอใจ และได้อยู่ใกล้บ้าน การเดินทาง
ก็สะดวก”

หมอสมคิดเล่าว่า ค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เริ่มต้นที่
10,300 บาท แต่ถ้าใครไปอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะ
ได้ค่า “ชากันแดด” เพิ่มอีก 1,000 บาทต่อเดือน เป็น 11,300 บาท
ตนเชื่อว่า ค่าตอบแทนเป็นส่วนหนึ่ง แต่การได้อยู่ใกล้บ้าน เป็นแรงจูงใจ
สำคัญที่คนจะอยู่ทำงานในพื้นที่ได้นาน โดยไม่ต้องคอยคิดว่าเมื่อไหร่
จะย้าย

กำลังคนที่หมอสมคิดช่วยถากถางทาง จนได้คนหนุ่มคนสาว
เหล่านี้เข้ามาร่วมทางเป็นทีมสาธารณสุขสนามชัยเขตนั้น มีความ

หลากหลาย ไม่จำกัดเพียงตำแหน่งพยาบาลหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขเท่านั้น อย่างเช่น กรรณิการ์ คะเสนา เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เป็นอีกหนึ่งคนที่ได้รับทุนไปเรียนที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข นนทบุรี และกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลได้เกือบ 5 ปี และก็เป็นที่หมอสสมิตอีกนั่นแหละ ที่ช่วยจนเธอได้บรรจุเมื่อตอนต้นปี 2553

“หมอบอกว่าจบแล้วจะได้ทำงานใกล้บ้าน มีทุนมาแล้ว ก็เลยเลือกไปเรียน โดยรุ่นเดียวกันมีเลือกเรียนโสตฯ อยู่คนเดียว ตอนนี้ได้บรรจุแล้ว ดีใจมากค่ะ รุ่นพี่ที่จับก่อนเราหลายปีแต่ทำงานที่โรงพยาบาลอื่นเขายังไม่ได้บรรจุเลย ที่แรกไม่คิดว่าจะได้บรรจุเร็วอย่างนี้เพราะดูเหมือนเป็นตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญกับองค์กร ไม่มีใครรู้ว่า งานของเราคืออะไร แต่เราก็ทำทุกอย่าง ทำ Present ตัดต่อ ถ้ารูปกิจกรรมทำนำเสนอข้อมูลโรงพยาบาล ทำงานสุขศึกษา งานประชาสัมพันธ์ งานบางอย่างไม่เคยทำ แต่เมื่อได้รับมอบหมายมาก็ต้องทำให้ได้ ตอนที่พี่ๆ ในฝ่ายต่างๆ เข้าใจประโยชน์ของงานด้านโสต ก็มีงานให้ช่วยทำมากขึ้น”

เชื่อมั่นในงานปฐมภูมิ “สุขภาพดีที่คุ้มทุน”

แม้ว่าการพัฒนาบริการด้านหน้า ที่สนามชัยเขตนั้น ได้พยายามทำมาก่อนหน้าที่จะมีนโยบายของ สปสช. แต่ว่าการมี UC ก็ทำให้การเดินหน้านางานต่างๆ ง่ายขึ้น ไม่ต้องขยความคิดหรือผลักดันมาก โดยเรื่องนี้ หมอสสมิต เล่าว่า ตนมีแนวคิดที่อยากให้แพทย์ พยาบาลออกไปบริการในชุมชนอยู่แล้ว แต่ว่าทำจริงๆ ยาก ในช่วงแรกที่มี

นโยบายเชิงรุกให้ออกหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ “เข้าถึง” ชุมชน
เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีอยู่น้อยนิด ต้องทำงานเพิ่มขึ้นทั้งภายใน
ภายนอก คนใช้วิธีจ่าย OT กับเจ้าหน้าที่ที่อาสาไปออกหน่วย บางครั้ง
ก็ต้องจ่ายสองต่อ คือจ่ายคนที่ออกไป PCU แล้วก็จ่ายค่าจ้างคนที่มา
ช่วยทำงานแทนในโรงพยาบาล แต่ตนก็ยอม เพราะต่อมาเมื่อระบบ
การบริการแบบระบบ CUP เข้าที่เข้าทาง เจ้าหน้าที่คุ้นชินกับการทำงาน
ของหน่วยปฐมภูมิและใกล้ชิดชุมชนแล้ว ความเข้าใจในความจำเป็น
ของการทำงานเชิงรุก และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทำให้สามารถ
จัดทีมและจัดสรรเวลาให้ลงตัว และปรับการทำงานระหว่าง CUP กับ
PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นเนื้อเดียวกัน

“ก่อนที่จะได้รับอะไรกลับมา เราต้องยอมให้เสียสละไปก่อน”
หมอมสมคิดเล่าถึงแก่นความคิดสำคัญ

*“เราเสียเงินจ้างพยาบาลปฐมภูมิ มีคนบอกหมอจะจ้างทำไม
เราออก PCU แล้วยังให้เบียดเบียนอีก แต่รู้ไหมว่าคนใช้เวลาอยู่บ้าน
เขาจะป่วยน้อย การรักษาแต่เนิ่นๆ ใช้ทรัพยากรไม่เยอะ แต่ถ้าเขาถึง
ขนาดต้องมาโรงพยาบาล แสดงว่าเป็นมากแล้ว ต้องเจาะแลป ค่าตรวจ
เลือด อย่างกรณีเบาหวาน ถ้ามาถึงโรงพยาบาลเจาะเลือดชุดใหญ่
ประมาณ 300 บาท แต่อยู่ที่อนามัยเจาะเบาหวาน น่าจะอยู่ราวๆ
30 บาท แค่ว่าแลปก็ต่างกันเยอะ”* หมอมสมคิดให้ตัวอย่างแนวคิด

นอกจากนี้ มีการนำการรักษาแบบทางเลือกมาใช้ เช่น แพทย์
แผนไทย แพทย์แผนจีน และการฝังเข็ม โดยทางโรงพยาบาลจ้างผู้ให้
บริการมาทำคลินิกในโรงพยาบาล โดยมองว่าการรักษาด้วยแพทย์
ทางเลือกช่วยลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลได้มาก



“เรามีแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีนด้วย มีบริการฝังเข็ม ผมสืบค้นข้อมูลมาว่าจะเด็กจบปีนี้ๆ พอใกล้จบผมทำหนังสือไปเชิญชวนมา 1 คน มาเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล ให้บริการรักษาด้วยการฝังเข็ม เราจ่ายค่าฝังเข็ม 50 - 100 บาท แทนคนไข้ แต่เราไม่ต้องใช้ยาของโรงพยาบาลเลย หรือแพทย์แผนไทยรักษาคนไข้ให้เรา เราคุมค่าใช้จ่ายได้เพราะเป็นคนไทยแรงงานไทย โรงพยาบาลไม่ได้กำไร แต่เป็นการลดต้นทุน เพราะเราไม่ต้องการเสียค่ายา ยาบางอย่างนำเข้าจากต่างประเทศ หรือยามีผลข้างเคียง คนไข้ต้องมาป่วยด้วยอาการอย่างอื่นอีก ใช้แพทย์ทางเลือกรักษาอาจจะไม่ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ได้สัก 50 เปอร์เซ็นต์ โดยลดความเสี่ยงอื่นๆ ได้ ก็นับว่าคุ้มแล้ว”

การบริหารจัดการเพิ่มทางเลือกการรักษาผู้ป่วย แม้จะต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดการในเบื้องต้น แต่ในระยะยาวกลับช่วยลดค่าใช้จ่าย

ด้านการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ CUP สนามชัยเขต สามารถมีงบประมาณที่จะจัดสรรบุคลากรให้การดูแลประชาชนได้มากขึ้น รองรับการดูแลผู้ป่วยจากชายขอบอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงได้อีกด้วย โดยสภาพคล่องทางการเงินอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี Current ratio 1.56 Quick ratio 1.45 เงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ 1.71 และมีอัตราส่วนในการทำกำไร 5.9% (ข้อมูลเดือนธันวาคม 2554)

“จัดสี แบ่งโซน” นวัตกรรมต้นแบบ

“ระบบหมอครอบครัวภาคปฏิบัติ”

การพัฒนาบริการปฐมภูมินั้น โดยอุดมคติตามหลักสากลแล้ว คือการสร้างระบบที่มี “หมอประจำครอบครัว” ที่รู้จักและสามารถให้การดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน แก่คนไข้ได้ ซึ่งที่สนามชัยเขตได้มีการพัฒนาโครงสร้างการจัดการ และระบบการให้บริการแบบ “หมอครอบครัว” ให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเริ่มจากการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในการออกไปให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังและเยี่ยมบ้าน ให้กับแพทย์แต่ละคน คนละโซน และมีทีมสหวิชาชีพที่ร่วมออก PCU ประจำแต่ละโซนด้วย นายแพทย์สมคิด เล่าว่า ตอนแรกก็ทำแค่แบ่งโซนให้แพทย์ออก PCU แต่ต่อมา ก็เริ่มเกิดความคิดว่า คนไข้ที่มานอนโรงพยาบาล ที่มาจากโซนต่างๆ น่าจะได้พบกับแพทย์ที่ออกตรวจในโซนนั้น จึงได้ริเริ่มให้มีการกำหนดสัญลักษณ์สีประจำโซน ซึ่งในปัจจุบันได้แบ่งเป็น 6 โซน แต่ละโซนมีคนไข้ประมาณ 10,000 คน

“ปัญหา คือ เวลาเราไปออก PCU เจอคนไข้เพิ่งออกจากโรงพยาบาลไป บางคนเพิ่งผ่าตัด แต่หมอมือที่ออก PCU ไม่เคยเห็นคนไข้รายนี้มาก่อน เพราะไม่ได้เป็นเจ้าของไข้ตอนที่นอนโรงพยาบาลแล้วจะให้การดูแลคนไข้ให้ดีได้อย่างไร ครั้นจะโทรกลับมาถามข้อมูลที่โรงพยาบาลก็ไม่มีสัญญาณ ก็เลยมาคิดกันว่า แบ่งเป็นสี่ คนไข้มานอนโรงพยาบาลจะมีป้ายปลายเตียงเป็นสีต่างๆ ตามโซนที่เขามาแล้วการมอบหมายหมอมือเจ้าของไข้ก็จัดไปตามสีตามโซน...มันอาจจะเป็นเพราะเกิดอุปสรรคที่ผลักดันทำให้เราพัฒนาก็ได้” ผอ.โรงพยาบาลสนามชัยเขต เล่า

กว่าสิบปีมาแล้ว ที่ระบบ “หมอครอบครัว” เกิดขึ้นและเป็นจริงแล้ว ที่สนามชัยเขต เมื่อแพทย์แต่ละคนต้องรับผิดชอบคนไข้ในโซนของตัวเอง นับตั้งแต่ออกหน่วยไปตรวจเยี่ยมที่ PCU และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยในโซนที่รับผิดชอบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หมอมือเจ้าของโซนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลรักษาต่อยุ่ เพิ่มผู้ป่วยในก็ทำเป็น 6 สี ทำให้แยกแยะใช้งานง่าย ส่วนแพทย์เองก็เกิดความตั้งใจที่จะดูแลคนไข้ในโซนของตัวเอง เพราะว่าไม่ได้เป็นการพบกันเฉพาะครั้งที่ห้องตรวจ แต่ยังคงต้องไปพบกันที่หมู่บ้านด้วย แต่ถ้าเมื่อใดต้องการการรักษาเฉพาะทางก็ประสานกับเพื่อนแพทย์ด้วยกัน ช่วยกันดูแลผู้ป่วย

นายแพทย์สิทธิชัย สือประเสริฐสิทธิ์ ซึ่งรับผิดชอบประจำโซน PCU ทุงพระยา เล่าว่า มีคนไข้เบาหวานรายหนึ่งน้ำตาลสูงตลอด ต้องมาอยู่โรงพยาบาลประเมินอาการ รักษาและทำทุกอย่างเท่าที่ทำได้แต่ก็ยังคุมน้ำตาลไม่ได้ แต่เมื่อมีโอกาสไปเยี่ยมบ้านด้วย ได้

สังเกตรอบบ้าน ดูเรื่องอาหารการกิน ดูยา และให้คนไข้เปลี่ยนแปลง
แก้ไข ปรับพฤติกรรม และสนับสนุนให้เขาทำตามคำแนะนำได้ ทำให้
ช่วยเหลือคนไข้ได้มากขึ้น

“การแบ่งโซนและลงพื้นที่ ทำให้รู้สึกที่เราเป็นแพทย์ประจำ
ครอบครัว รู้สึกเหมือนเราต้องพยายามช่วยเขาทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย
และจิตใจ เราต้องช่วยให้เขาอยู่รอดให้ได้ หน้าที่เราไม่ใช่แค่จ่ายยา แต่
เป้าหมายคือทำให้ชาวบ้านมีสุขภาพแข็งแรง ลดอัตราการเกิดโรค
ตั้งเป้าตัวเลขให้ลดลงได้น้อย 10 เปอร์เซ็นต์ เพราะคนป่วยเยอะ
ต้องสกัดดูแลป้องกันตั้งแต่ต้นจะได้ไม่ต้องมาแออัดที่โรงพยาบาล
ชาวบ้านต้องเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เผาถ่าน เผากำจัดขยะ มีผลต่อ
สุขภาพของเขา ก็บอกให้เปลี่ยนแปลง บางรายหาซื้อยาลูกกลอนบ้าง
อาหารเสริมบ้างมาเอง แต่แพงมากขวดละ 2-3 พัน ก็บอกให้หยุดชะ”

PCU ทู่งพระยานั้นกินพื้นที่ค่อนข้างกว้างใช้สีชมพูเป็นสัญลักษณ์
นพ.สิทธิชัย เป็นแพทย์ประจำโซน ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทู่่งพระยา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองอุดม และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลโคกตะเคียนงาม

การเป็นเจ้าของโซนและร่วมออกหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ทำให้
หมอเข้าใจบริบทของผู้ป่วย สามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปในแนวทาง
เดียวกัน เพราะหมอและทีมที่รับผิดชอบในแต่ละโซนรู้จักผู้ป่วยอย่าง
ลงลึก และได้เห็นชุมชนสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยของตนเอง ทำให้การ
ดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เกิด “ทีมสุขภาพ

ชุมชน” ที่มองเห็นปัญหาและใช้ศักยภาพของตนเองในการทำงานทั้งมิติ การรักษา การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู

“การได้ออกเยี่ยมบ้าน ถือเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้หมออยู่ที่นี่ ได้ทำงานเชิงรุกซึ่งดีกว่าอยู่แต่ใน OPD เราได้เปลี่ยนสภาพแวดล้อมการทำงาน ดูแลติดตามคนไข้ได้ต่อเนื่อง ทำงานสนุกมากขึ้น คิดว่าคงอยู่ที่นี้ไปเรื่อยๆ ไม่มีแผนว่าจะย้ายไปไหน” นายแพทย์สิทธิชัย กล่าว

เปิดกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวฯ กลไกประสานการพัฒนา

ส่วนกลไกพัฒนาระบบปฐมภูมินั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ได้จัดตั้งกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งเดิมเป็นกลุ่มงานเวชกรรมชุมชน ให้มาเป็นศูนย์กลางการประสานงานและดำเนินงานของ PCU แต่ละแห่ง

จตุรพร พัฒนอินดี พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งทำงานที่สภามัชยเขตมาเกือบ 25 ปี เดิมอยู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และย้ายมาอยู่กลุ่มเวชฯ ในปี 2546 ให้ข้อมูลว่ากลุ่มงานเวชฯ มีหน้าที่รวบรวมคนไข้เรื้อรังในมือทะเบียนคนไข้อยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่โรงพยาบาลก็มีทะเบียนคนไข้ของตัวเองอีก 1 ชุด และจะมีประชุมโซน อย่างน้อย 2 เดือนครั้ง ระหว่างหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพ นำข้อมูลมาแชร์กัน สำหรับกลุ่มการพยาบาลเองประชุมทุกวันอังคาร คุยเรื่องงานบริหาร การบริการ ความเสี่ยง และดูที่หน้างาน

อีกทีด้วย พร้อมให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถติดต่อกับทางโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา

“ฝ่ายเวชฯ ยังได้แบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายตามโซน ทำให้สามารถทำงานประสานงานได้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลได้ต่อเนื่อง การแบ่งโซนช่วยให้สะดวกในการบันทึกติดตาม และประเมินผลการรักษา อีกทั้งยังขยายต่อไปให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มาจากอำเภอใกล้เคียงอย่างท่าตะเียบและพนมสารคามได้อีกด้วย”

การแบ่งคนป่วยที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือ CUP สนามชัยเขต ทำให้ลดช่องว่างที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน เพราะเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลจะทราบได้ว่าอยู่ในความรับผิดชอบของหมอคนไหน ทีม PCU ยังสามารถติดตามเยี่ยมคนไข้ขณะที่นอนโรงพยาบาล จนกระทั่งไปเยี่ยมบ้านคนป่วยในภายหลัง นอกจากนี้ การแบ่งโซนยังช่วยให้รู้กำลังคนที่ยังขาด และเตรียมการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งช่วยในการวางแผนพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิต่อไป

พัฒนาเครือข่าย สร้างระบบบริการแบบ “ไร้รอยต่อ”

จตุรพร ยังเล่าอีกว่า การพัฒนารูปแบบการทำงานเชิงรุก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ตามแผนพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เป็นเป้าหมายที่วางกันร่วมกันไว้แต่แรก การแบ่งโซนก็ได้ปรึกษาหารือทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ตำบล และท้องถิ่น แล้วก็มาสู่การจัดทีมออก PCU ซึ่งตั้งแต่แรกเริ่มก็กำหนดแล้วว่าการจัดทีมลงพื้นที่ ต้องเป็นสหวิชาชีพ นั่นคือประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โภชนากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ให้ลงพื้นที่ไปร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ PCU และสถานอนามัย โดยให้มีแพทย์ประจำโซน และมีพยาบาลเป็นเลขานุการ PCU แม้จะมีปัญหาบ้างบางกรณีที่พยาบาลอาจประสานกับ PCU ได้ไม่ดี ก็ยังมีฝ่ายเวช ช่วยประสานแทน เป้าหมายคือสร้างความเข้มแข็งให้กับการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในแง่ของการดูแลรักษาคนไข้ และความเป็นทีมเดียวกัน

“ทุกวันนี้ เรามีทีม 6 ทีม โดยแต่ละ PCU จะมีทีมออกไปช่วยปฏิบัติงานแบบนี้เดือนละ 1 ครั้ง แปลว่าแต่ละทีมจะออก PCU สัปดาห์ละ 1 วัน ออกไปบริการแบบ one stop service สามารถ

ดูแล รักษา จ่ายยา และส่งต่อเมื่อจำเป็นได้อย่างเบ็ดเสร็จครบวงจร ที่ PCU เป็นระบบ “บริการไร้รอยต่อ” สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ของ CUP สนามชัยเขตทั้งภายนอกที่ PCU และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล กับภายในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเข้ามา เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถโทรปรึกษาแพทย์ประจำโซน ได้ตลอดเวลา ก็เกิดความเป็นทีม”

การออก PCU แต่ละครั้ง ช่วงเช้าจะตรวจร่างกายและลงบันทึก แลป จัดคิวพบหมอ ให้สูขศึกษา ฝึกการออกกำลังกาย เสร็จแล้วก็ เรียกตรวจคนไข้ พยาบาลที่ให้สูขศึกษาเปลี่ยนบทบาทมาช่วยจัดยา ทางเภสัชทำการตรวจสอบอีกครั้งกันพลาดว่าออเดอร์หมอตงใหม่ แล้วพยาบาลช่วยเขียนซองยา บันทึกชื่อ จัดยา เภสัชเป็นผู้จ่ายยา และอธิบายยาแก่คนไข้ หลังจากนั้น มีการสรุปรวมยอดใบสั่งยา ดูว่า มีกรณีเพิ่มในส่วนของคนไข้ที่เบิกได้ ทำการขึ้นทะเบียนเบิกจ่าย เก็บ ประวัติ บันทึกข้อมูล เพื่ออำนวยความสะดวกให้”

“ช่วงบ่าย เราจะออกเยี่ยมบ้าน โดยทาง PCU และฝ่ายเวช ร่วมกันเลือกเคสที่จะเยี่ยมไว้ เมื่อไปบ้านคนไข้ก็จะวัดความดัน ตรวจ ร่างกาย ดูข้อมูลภาพรวมของบ้านคนไข้ว่ามีปัญหาอะไร และบันทึกลงในโฟลเดอร์ ลงสมุดเยี่ยม คนไข้โรคเรื้อรังเราจะมีสมุดบันทึกประจำตัว เพื่อให้ติดตามได้ต่อเนื่อง หากคนไข้ต้องมานอนโรงพยาบาล ถึงสมุด ประจำตัวมาด้วย ทางโรงพยาบาลจะรู้ประวัติและเห็นปัญหาที่ PCU พบได้”

เมื่อเริ่มมีการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นที่นิยมกัน ที่สนาม- ชัยเขตก็คิดแปลกกว่าเพื่อน แทนที่จะส่งพยาบาลไปอบรม 4 เดือน ก็

จัดการอบรมระยะสั้นขึ้นเสียเองในพื้นที่ โดยร่วมมือกับวิทยาลัย
พยาบาลชลบุรี เจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมได้จำนวนมากกว่า โดยทาง
วพ.ชลบุรี ดำเนินการขอหน่วยกิตใช้เป็นหน่วยกิตสะสมได้

วทัญญู วรรณไกรโรจน์ นักวิชาการสาธารณสุขประจำ PCU
ลาดกระทิง เล่าให้ฟังว่า เพื่อยกระดับฝีมือคนทำงานปฐมภูมิของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความชำนาญงานชุมชนมากกว่า
งานรักษาพยาบาล ทางโรงพยาบาลมีการจัดอบรมเพิ่มประสิทธิภาพ
ให้ เฉลี่ยเดือนละครั้ง และยังมีการทำยุทธศาสตร์ร่วมกัน เป็นแผน
5 ปี ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาล ตั้งเป้า
ให้ปฐมภูมิต้องเข้มแข็ง ต้องเป็นทีม ไม่หวงวิชาชีพ ไม่มีการเกี่ยงงานกัน
ทุกคนต้องมีใจรักชุมชน ต้องการช่วยเหลือคนยากไว้ เมื่อก่อนพยาบาล
ที่ใจรักทำงานอนามัยจริงๆ มีน้อย เพราะคิดว่าลำบาก ต้องตากแดด
ตากฝน แต่ต่อหลังจากความคิดพยาบาลหลายคนก็เปลี่ยนไป โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ได้รับการสนับสนุนบุคลากรเพิ่มขึ้น

เพิ่มหน่วยบริการในชุมชน

เพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มการมีส่วนร่วม

การบริหารงบประมาณที่มีอยู่จำกัด จำเป็นที่จะต้องมองหา
ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพื่อให้สามารถจัดตั้งหน่วย
บริการปฐมภูมิ ที่อยากให้อยู่ใกล้กับชุมชนมากที่สุด รวมทั้งต้องมีความ
สะดวกในการให้บริการ และเข้าถึงของประชาชน สิ่งแรกที่โรงพยาบาล
สนามชัยเขตต้องมองหาคือสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน

เดิมทางโรงพยาบาลขอแบ่งพื้นที่ส่วนหนึ่งกับสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ห้องเล็ก นิดเดียว ซึกหนึ่งเป็นที่ทำการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจียดอีกซึกหนึ่งสำหรับกลุ่มเวชกรรมชุมชนที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วย นอกที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ต่อมาก็ไปขอใช้พื้นที่ของ โรงพักเก่าที่เลิกใช้ไปแล้วแทน และเปิดเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ทว่า ตอนหลังทางโรงพักขอเรียกพื้นที่คืน ทำให้หมอมสมคิด ต้องมองหา สถานที่ใหม่เพื่อชาวบ้านอีก

“ผมเห็นสำนักงานปฐมศึกษาอำเภอ ถูกปิดร้างไว้นาน แต่มันดี มากเลยนะ มีสำนักงาน ห้องประชุม และบ้านพักอีกหลังหนึ่ง เราก็คงไป ขอเพราะสำนักงานปฐมศึกษาถูกยุบไปนานนับ 10 ปี การศึกษาเขต ทุกพื้นที่ปิดไปรวมกันทุกอำเภอ เราดูแล้วก็เสียดายสถานที่ไม่ได้ใช้ ก็ทำเรื่องขอไป ปรากฏว่าทางการศึกษาให้ไม่ได้เพราะเขาต้องให้ กรมธนารักษ์”

การทำงานต้องมีอุปสรรคเป็นเรื่องธรรมดา เพราะมันมีขั้นตอน หมอมสมคิดได้ขอให้ทางการศึกษาทำเรื่องคืนกรมธนารักษ์ไปเลย แล้ว ตนทำเรื่องไปขอกรมธนารักษ์เองโดยตรง ระหว่างนั้นทางกรมธนารักษ์ จังหวัดก็มาตรวจดูพื้นที่ เห็นมีบ้านพักร้างของทางป่าไม้ตั้งอยู่เยื้อง ๆ กัน ซึ่งป่าไม้อำเภอของกระทรวงเกษตรฯ ก็ถูกยุบไปนานเป็น 10 ปี แล้วเหมือนกัน ก็ประสานให้ทางป่าไม้คืนกรมธนารักษ์ไปด้วย

ในที่สุดแล้วทางโรงพยาบาลสนามชัยเขตก็ทำเรื่องขอกรม ธนารักษ์จนได้มา ใช้งบซ่อมแซมปรับปรุงประมาณสามแสนบาท ได้ที่ ทำงานสะดวกสบาย มีห้องประชุมเป็นเรือนใหญ่ และแกมบ้านพักอีก

หนึ่งหลัง ซึ่งถ้าปลูกบ้านหลังหนึ่งสามแสนยังไม่ได้เลย ผมคิดว่าคัมมะ และทำไปจนเสร็จสามารถจัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพชุมชนคูยายหมี” ขึ้นได้ อย่างถาวร และประหยัดค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างไปได้มากโข

การถือคติปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ ไม่ยาก แต่ต้องพยายาม ซึ่ง หมอสมคิดต้องมีความอดสาหะในการติดตามทำเรื่องขอสถานที่ ไปแต่ละหน่วยงาน ในแต่ละครั้งต้องใช้เวลาและความอดทน แต่ผลที่ได้รับถือว่าคุ้มค่า

ในส่วนของท้องถิ่น หมอสมคิดได้ดึงชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการ บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวอย่างของการจัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพ หมู่บ้านหินแร่” โดยเกิดจากการเห็นความยากลำบากของประชาชนใน พื้นที่ซึ่งห่างไกลกว่าจะเดินทางไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลท่ากระดาน

“เราออกพื้นที่ไปเจอที่นี่เป็นชุมชนใหญ่แต่อนามัยอยู่ห่างมาก และอยู่ห่างจากอำเภอสนามชัยเขตประมาณ 40 กิโลเมตร เราก็เลย สร้างศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นมาเสริม โดยไปคุยกับผู้ใหญ่บ้านว่าที่ตรงนี้ มีคนตั้งเยอะ ถ้าผู้ใหญ่บ้านหาห้องเล็กๆ ให้ได้สักห้อง เดี่ยวหมอส่ง เจ้าหน้าที่ไปอยู่ประจำให้ อย่างน้อยได้ทำแผล ฉีดวัคซีน จ่ายยาคุม ชาวบ้านจะได้ไม่ต้องลำบากมาไกลๆ ปรากฏว่าผู้ใหญ่บ้านเข้าใจ และ มีการเรียกประชุมชาวบ้านในหมู่บ้าน สามารถรวบรวมเงินได้ 50,000 บาท ต่อเติมห้องเล็กๆ ห้องหนึ่งก็เปิดบริการได้”

ที่ศูนย์ฯแห่งนี้ ทางโรงพยาบาลสนามชัยเขตช่วยซื้อโต๊ะซื้อเก้าอี้ จัดส่งวัสดุอุปกรณ์ไปให้ และจัดหาเจ้าหน้าที่มาประจำ โดยยกให้เป็น คนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตรง ทำหน้าที่ตรวจรักษา

ชาวบ้านไป เดือนหนึ่งมีทีมจาก รพ.มาออกหน่วยดูแลคนไข้เรื้อรัง ชาวบ้านช่วยกันหยอดเงินในตู้บริจาคเพื่อเป็นค่าน้ำค่าไฟ ค่าทำความสะอาด มีกรรมการเปิดตัว ส่วนที่เหลือเข้าเป็นกองทุนของหมู่บ้าน ตอนหลังยังได้ขยายให้มีศูนย์ออกกำลังกาย โดยทางชุมชนจัดการกันเอง ภายหลังมีการสร้าง “ศูนย์สุขภาพหมู่บ้านบ้านหนองยาง” เพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง

ความร่วมมือของชุมชนมีความสำคัญในการดูแลด้านสาธารณสุข เป็นมาก ในแต่ละเดือนทางโรงพยาบาลสนามชัยเขต ยังได้จัดทำรายงานสุขภาพส่งให้ผู้นำชุมชนทุกแห่งเป็นประจำทุกเดือน เพื่อเป็นข้อมูลด้านสุขภาพของชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละแห่ง เพื่อให้ใช้วางแผนในการช่วยเหลือดูแลและแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยของชาวบ้านในพื้นที่ร่วมกันอีกด้วย

โรงพยาบาลชุมชนที่กำกวดการเติมศักยภาพ

โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง แพทย์จบใหม่ไปอยู่ไม่ทน เพราะที่ผู้อำนวยการเอาแต่ไปประชุมและทำงานบริหาร ทิ้งงานบริการให้น้องแบกภาระ ความกดดันจากงานที่มีความยากและเสี่ยง รวมทั้งความกดดันจากความรู้สึกว่าถูกผลักร้าง อาจเป็นปัญหาสำหรับที่อื่น แต่ที่สนามชัยเขต แพทย์รุ่นน้องยืนยันว่า ผอ.ไม่เคยทอดทิ้งให้รับภาระคนเดียว แต่อยู่ช่วยตลอดเวลา

“ผอ. ดูแลลูกน้องทุกคน ช่วยเหลืองาน และทำงานเป็นตัวอย่าง อย่างการออก PCU ผอ.ก็ออก และรับผิดชอบ 1 โซน และอย่างการผ่าตัด ถ้าเราทำแล้วมีปัญหา โทรตามพี่จะมาทันที มาถึงก็จัดการแก้

ปัญหาให้เราเรียบร้อย ไม่ปล่อยให้เราต้องกลัวหรือกังวลใจ และก็ดูแล
ทุก ๆ เรื่อง ทั้งด้านความเป็นอยู่ การทำงาน ให้อำนาจตัดสินใจ และ
ให้ช่วยเหลือร่วมกันเป็นทีม” นพ.สิทธิชัย สือประเสริฐสิทธิ์ หนึ่งในทีม
แพทย์ของโรงพยาบาลสนามชัยเขต เล่าด้วยรอยยิ้ม

หมอสมคิด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต มีแนวคิดที่ว่า
แพทย์ทุกคนควรให้บริการแบบบูรณาการ คือหมอที่มีอยู่ทุกคนต้อง
สามารถตรวจ รักษาคนไข้ และทำผ่าตัดพื้นฐานได้ โดยให้บริการแบบ
ปฐมภูมิในวันทีออก PCU ส่วนในวันที่อยู่โรงพยาบาลให้บริการแบบ
ทุติยภูมิ เรียกว่าเป็นแพทย์แบบ ทุ อิน วัน (Two in one)

“ที่โรงพยาบาลเรามีหมอเฉพาะทาง ทั้งหมอเด็ก หมออายุร-
กรรม หมอสูติกรรม มีผมเป็น GP คนเดียว แต่เราให้หมอทุกคน
ดูคนไข้แบบ GP ที่ OPD หมอต้องตรวจคนไข้แบบคละกัน ไม่ใช่ตรวจ
คนไข้เฉพาะโรคตามความเชี่ยวชาญ เพราะเรามีแพทย์น้อย และอีก
อย่างถ้ามีเด็กไม่สบายมา เกิดหมอเด็กไม่อยู่รักษาไม่ได้ กว่าจะต้องรอ
ให้กลับมา เด็กคงต้องแย่ แต่ถ้ามีกรณีซับซ้อนก็สามารถปรึกษาหมอ
เฉพาะทางในแต่ละสาขาได้ ให้เข้ามาดูแลผู้ป่วยแทนได้เช่นกัน ส่วน
คนไข้คลอด ผ่าคลอด ทำหมัน หมอทุกคนต้องสามารถทำเองได้เลย”
หมอสมคิดเล่า

ท่ามกลางกระแสกลัวถูกฟ้อง โรงพยาบาลสนามชัยเขต ยังคง
เดินหน้าผ่าตัดและทำหัตถการตามศักยภาพที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด
90 เตียง ฟังจะทำได้ ไม่ส่งต่อถ้าไม่จำเป็น โดยในปี 2553 มีการ
ผ่าตัดไส้ติ่ง 53 ครั้ง ผ่าคลอด 176 ครั้ง ทำหมัน 169 ครั้ง

หมอ: “โรงพยาบาลเราตั้งใจรักษาคนไข้ พยายามทำให้ทุกอย่าง การผ่าตัดคนไข้ ถ้าไม่มีเลือดบูบมีเหตุผลว่าต้องรีเฟอริไซม์ ไม่มีวิสัญญีพยาบาลก็ต้องรีเฟอริไซม์ แต่ที่เราถ้าไม่มีเลือด ไปเอาเลือดจากจังหวัดมา ถ้าไม่ได้ตามญาติมาบริจาค ถ้าไม่ได้จากญาติเจ้าหน้าที่เราบริจาคได้ไหม วิสัญญีพยาบาลไม่มีไปยืมจากที่อื่นมา ถ้าเป็นที่อื่นเหล่านี้ล้วนเป็นข้ออ้างที่จะส่งคนไข้ แต่ที่เรามีข้อตกลงกันว่า ผ่าไส้ติ่ง หมอเด็ก หมออายุรกรรม หมอสูติกรรม ต้องทำได้ ใหม่ๆ น้องยังไม่ค่อยมั่นใจ เราบอกให้โทรถามพี่ก่อน ถ้าพี่อยู่ในรัศมี 10 กิโลเมตร น้องทำไปเลย เพราะถ้ามีปัญหาโทรตามพี่จะมาช่วยทันแน่นอน เขาก็มีความมั่นใจ”

ครั้นถามว่า แล้วกังวลเรื่องถูกคนไข้ฟ้องไหม หากเกิดอะไรผิดพลาด หมอสมคิดบอกว่า จากประสบการณ์ของตน ชาวบ้านเขาดูออกว่าหมอจริงใจและทำเต็มที่ไหม ถ้าเราอธิบายเขา บอกว่าเขาโอกาสมีแคไหน เราจะทำเต็มที่ ผลออกมาเป็นอย่างไร เขาก็เข้าใจและขอบคุณเราเสมอ ดังนั้น แทนที่จะตั้งหน้าตั้งตาส่งคนไข้เข้าโรงพยาบาลจังหวัด แต่ที่เคยเจอกลับเป็นตรงกันข้าม คือ ส่งไปแล้วมานั่งเสียดาย เพราะคนไข้ไปเสียเวลา เสียโอกาสที่จะหายเร็ว เพราะบางราย โรงพยาบาลจังหวัดส่งกลับมาโดยไม่ได้ทำอะไรให้

นอกจากนี้ ถ้าหากออก PCU หมอที่ไปยังสามารถเขียนใบส่งตัวคนไข้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตรงไปที่จังหวัดได้ด้วย ทำให้การทำงานเป็นไปไต่รวดเร็วยิ่งขึ้น ประโยชน์ที่ได้จึงตกเป็นของคนไข้ เพราะสามารถได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่หวังที่ด้วยการทำงานเชิงรุกแบบเบ็ดเสร็จภายใต้แนวความคิดของหมอสมคิด



ผู้ซึ่งไม่ค่อยจะ “มอบนโยบาย” แต่มีการปฏิบัติและมีผลของการปฏิบัติมากกว่า

นโยบาย มีแต่การปฏิบัติ

การบริหารงานโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เป็นเรื่องยาก และยากยิ่งที่จะหาความสมบูรณ์แบบ แต่สิ่งที่หมอสมคิดมีความโดดเด่นที่สุดในสายตาลูกน้อง คือ การเป็นผู้บริหารที่เป็นแบบอย่างการทำงาน และมีความปรารถนาดีต่อลูกน้อง ให้ความสำคัญกับทุกคน มีความใกล้ชิดและเป็นกันเองกับลูกน้อง รู้จักพื้นเพ ภูมิหลัง โดยเฉพาะรุ่นหลัง ๆ ที่หมอเป็นตั้งแต่แมวมอง และหยิบดินมาปั้นเป็นดาวกับมือคนแล้วคนเล่า จนเกิดความผูกพันกันโดยไม่ต้องพร่ำพรรณนา

ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ หรือพี่จิม เกสัชกร หัวหน้าฝ่ายเภสัชฯ หนึ่งในผู้บุกเบิกงานเภสัชชุมชน ที่คนในแวดวงปฏิรูประบบสุขภาพ รู้จักกันดี เป็นหนึ่งในเจ้าหน้าที่ระดับซีเนียร์ เล่าถึงการบริหารของผอ.ว่า

“ผอ.ให้อิสระทางความคิด อยากทำอะไรทำ แต่อาจไม่ได้สนับสนุนงบประมาณหรืออะไรมาก เราต้องชวนช่วยตัวเอง มาเข้าใจภายหลังว่า ผอ.มีข้อจำกัดในการมาสนับสนุน เพราะเจ้าหน้าที่แต่ละคนมีหลากหลายความคิด”

ตอนแรก ๆ โรงพยาบาลไม่ได้มีแผนยุทธศาสตร์อะไรเป็นที่มันเหมาะ ระบบของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดเรื่องความเป็นทีม ทั้งที่แต่ละฝ่ายต่างมีคนทำงานดี มีความสามารถ แต่ไม่มีจุดที่ทำให้รวมตัวกันได้ ทำให้คนที่อยากเห็นการพัฒนาที่มีความรู้สึก

อีตอัดซ์ซ็องเหมือนกัน จนกระทั่งเมื่อมีนโยบายพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เข้ามาเป็นตัวกระตุ้น ประกอบกับมีหลายคนไปร่วมอบรมเรื่องการทำแผนยุทธศาสตร์ ก็เกิดการรวมตัวกัน ในช่วงปี 2552 - 2553 มีทีมอาสาทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งผอ.สนับสนุนเต็มที่ ทำให้เข้าใจว่าที่ผ่านมา ไม่ใช่ผอ.ไม่สนใจ แต่ต้องจัดการปัญหาเรื่องการผลิตบุคลากรก่อน

กว่า 20 ปีที่ทำงานที่โรงพยาบาลสนามชัยเขต ทั้งที่ไม่ใช่เป็นคนในพื้นที่ แต่ก็อยู่ที่นี้ได้อย่างมีความสุขและพัฒนางานได้หลายส่วน

“ผอ.เปิดกว้างทางความคิด ก้อดทนกับเราเยอะ คุยได้ตรง ๆ ไม่ต้องกลัวว่าจะไม่ชอบ เป็นคนใจดีมีเมตตา และส่งเสริมลูกน้องด้วยความจริงใจ เคยเสนอข้อที่ไปชิงรางวัลข้าราชการดีเด่น ให้ส่งผลงานเราส่งไม่ทันก็ย้งส่งชื่อเราไปอีกในปีต่อมา ให้ความสนใจผลักดันจนประสบความสำเร็จได้ไปรับรางวัลที่ทำเนียบรัฐบาลด้วย”

นอกจากนี้ ความใส่ใจและตั้งใจที่จะดูแลชาวบ้านให้ได้รับความสะดวกและเข้าถึงบริการสุขภาพให้ได้มากที่สุด มักปรากฏเป็นงานและผลงาน มากกว่าจะปรากฏบนแผ่นกระดาษ อย่างเช่น ตอนไปออก PCU พบว่ามีคนไข้ตาต่อกระจกจำนวนมาก คนไข้มองไม่ค่อยเห็น แต่ต้องขึ้นรถถึงสามต่อ กว่าจะถึงโรงพยาบาลแปดริ้ว จึงไม่ค่อยอยากไปตรวจรักษา หมอสมคิดก็ตัดปัญหา จัดรถตู้ให้ และจัดพยาบาลพาคนไข้ 6-7 คนไปพร้อมกัน ให้พยาบาลพาไปติดต่อทำเรื่องให้ปรากฏว่าได้ตรวจแต่ก็ไม่ได้ผ่าเพราะต้องรอคิว หมอสมคิดก็ไม่หยุดแค่นั้น ในนาม CUP สนามชัยเขต ก็ไปติดต่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้เป็นเครือข่ายบริการร่วมกันตั้งแต่ปี 2550 ถึงปัจจุบัน สามารถ

ผ่าตัดกระจกให้คนไข้ได้คราวเดียวเร็วกว่าคน นอกจากนี้ ยังมีโครงการผ่าตัดใส่ลูกตาเทียมร่วมกับทีมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ 8 รายในปี 2550 และ 34 รายในปี 2551

25 ปี กับภาพลักษณ์ “นักสร้างบุคลากร” กับผลงานที่คนไข้ได้ประโยชน์

“ครั้งหนึ่ง ผมมีเด็กที่อยากส่งไปเรียน แต่ตอนนั้น ไม่มีที่นั่งเรียน ผมไปร่วมงานที่จังหวัด และพยายามไปสอบถามเรื่อยๆ มีที่ไหน สละสิทธิ์ผมขอฝากเด็กผมใช้สิทธิ์แทน ปรากฏว่าได้จริงๆ แล้วเด็กก็ได้ไปเรียน”

“อีกรายหนึ่ง ตอนนั้น ผมหาทุนให้เด็กได้แล้ว แต่วิทยาลัยต่างๆ เขาปิดรับสมัครไปแล้ว บังเอิญได้เห็นวารสาร มีภาพอาจารย์ที่ผมเคยรู้จัก ไปเป็นผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลที่ขอนแก่น ผมก็หาเบอร์ โทรไปติดต่อขอฝากเด็กไปเรียน ก็บังเอิญอีกว่าเขายังมีที่นั่งว่าง พอดีแล้ว อาจารย์ท่านเข้าใจว่าเราขาดแคลนคนจริงๆ ก็ให้การช่วยเหลือ สุดท้ายก็ได้ที่เรียนและเด็กก็กลับมาทำงานให้ที่นี่” เหตุการณ์เหล่านี้ บ่งบอกถึงความเอาใจใส่ และความพยายามที่จะ “สร้างกำลังคน” เพื่อให้มีคนเพียงพอที่จะดูแลประชาชนได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าจะมีคนเคยพูดถึงทำนองว่า ไม่รู้หมอสวมคิดจะเอาคนไปทำอะไรหนักหนา ถึงต้องไปตีเฟ้นให้ได้คนตลอด แต่คำตอบที่ได้ในวันนี้ คือ บทพิสูจน์ว่า ไม่มีงานดี ๆ จะเกิดได้ ถ้าไม่ให้ความสำคัญกับการสร้างคน การรักษา และการพัฒนากำลังคน

มนต์ฐ์ บุญมาก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ซึ่งอยู่กับโรงพยาบาลสนามชัยเขตมาเป็นเวลากว่า 18 ปี เล่าให้ฟังว่า สิ่งที่ทำมา ผลดีคือตกกับคนสนามชัยเขต เห็นผลชัดเจน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

“สิ่งที่ ผอ.ทำมา ดันร่นขนขวายหาโคเวต้า หากคนมาทำงานสุดท้ายประโยชน์ตกเป็นของผู้รับบริการ ยอดผู้ป่วย OPD ลดจาก 300 กว่าคน ลดลงเป็น 100 คน อัตราขาดนัดของคนไข้โรคเรื้อรัง คนไข้ที่มายากลำบากก็น้อยลง อย่างหมู่บ้านนายาวห่างจากที่นี่ 65 กิโลเมตร ถนนเป็นทางลูกรัง คนไข้กว่าจะเดินทางมาถึง รถไม่มี ค่ายรถไม่มี พอเรามีทีมออกไปได้ต่อเนื่อง คนไข้ได้รับการดูแล ตามว่าสำคัญไหม คุ่มใหม่ แน่نونว่าคุ่มยิ่งกว่าคุ่ม”

“สำรวย” เป็นคนพิการมาจากสาเหตุตกจากบ้านมาตั้งแต่อายุได้เพียง 8 ขวบ ทำให้เป็นอัมพาตตั้งแต่หลังลงมา ต้องนอนอยู่แต่ในบ้านมาเป็นเวลา 40 ปี ทาง CUP สนามชัยเขตมาพบและเข้ามาดูแลทุกเดือน นอกจากความพิการ ยังพบปัญหาเกี่ยวกับความดันสูงและโรคหัวใจ

“หมोजิม (หัวหน้าเภสัชของโรงพยาบาล) มาเยี่ยมทุกเดือน ผ้าห่มนี้ก็เอามาให้ เวลาพวกหมอม่า ตีใจได้คุยกันสนุก ช่วยจัดยาเตรียมให้หยิบมาทานได้เองแต่ละมือ อายากให้อยู่คุยกันนานๆ ยังไม่อายากให้กลับเลย” สำรวย ซึ่งต้องนอนอยู่แต่ในบ้านไม้หลังน้อยที่มีเพียงห้องเดียว เล่าด้วยสีหน้าแจ่มใสและมีรอยยิ้ม

นักกายภาพบำบัดได้จัดอุปกรณ์เป็นไม้ยาวประมาณ 2 เมตร ให้สามารถวางพาดกับเสาบ้าน และสอนให้สำรวยฝึกดึงตัวเองขึ้นมา

เพื่อออกกำลังกายแขนและร่างกาย และให้สามารถพลิกตัวไปมาได้บ้าง แม้สำรวยจะทำได้ด้วยความยากลำบาก แต่จากที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตอนนั้นสำรวยแปร่งฟันได้เอง โดยมีขวดน้ำวางไว้ให้ข้างที่นอนทานยาเอง และยังสามารถตัดเล็บเองได้อีกด้วย และไม่เคยมีปัญหาแผลกดทับ

ประวิง อายุ 40 ปี เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ สมอง กระทบกระเทือน มีอาการมือสั่น และขาพิการ ต่อมายังตรวจพบว่าเป็นเบาหวานอีก

“หมอมาทาหวัดความดันให้ น้ำตาลขึ้น ต้องกินยาทุกมื้อ และให้กินมะระ ถ้าเป็นอะไรก็โทรหาหมอ (ที่ PCU ลาดกระบัง) ให้มาเจาะเลือด หมอให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ หมอมาทาสบายใจดี ไม่ทิ้งเรา”

ประวิงนอนอยู่ในเฟิงพักขนาดราว 2 ตารางเมตรที่เปิดโล่ง มองเห็นสวนลับประดเล็ก ๆ ด้านหลังต่อราวไม้ไว้ให้สำหรับฝึกเดินในตอนเช้า โดยมีวินิตา ภรรยาอยู่ทุกซั่วยาก ซึ่งทำงานปลูกลับประดและรับจ้างกรีดยาง เป็นผู้ดูแล

“ไปรักษาแทนสามีที่โรงพยาบาลทุก 2 เดือน ไม่ต้องเสียค่ายา แต่หมออนามัยจะมาเจาะเลือด และคอยมาตรวจให้ที่บ้าน จดไว้ว่ากินอะไรได้และไม่ได้บ้าง”

สำรวยและประวิง เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชาวบ้านที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาบริการปฐมภูมิสนามชัยเขต โดยเฉพาะภายหลังการทุ่มเทสร้างกำลังคนสาธารณสุขแบบคิดนอกกรอบและไม่รอรระบบ “ฟ้าประทาน” ของหมอสมคิด ซึ่งในวันนี้ ได้ผลิตบุคลากรซึ่ง

เป็นคนในพื้นที่ ออกมารับใช้ชุมชนได้แล้ว รวมกว่า 70คน ในห้วงเวลาเพียง 10 ปี

ปฐมภูมิเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งที่เอื้อมัน ไต่ระยะยาวต้องมุ่งสู่การพึ่งตนเอง

ผลจากการพัฒนาระบบและการทำงานแบบเครือข่าย รวมทั้งการกระจายบุคลากรออกไป ทำให้ภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อสถานื่อนามัย (หรือ รพ.สต.ในปัจจุบัน) ที่ชาวบ้านคุ้นเคยมานานปีก็ดีขึ้น ยกกระตักการรักษาพยาบาลเป็นที่พึ่งของชาวบ้านได้มากขึ้น ไม่ใช่แค่สถานที่ไปเอาใบส่งตัวมาโรงพยาบาลเหมือนแต่ก่อน

จตุรพร เล่าว่า ในตอนแรกชาวบ้านบางคนยังไม่คุ้นชินกับการรับบริการที่สถานื่อนามัย เพราะอยากไปพบกับหมอที่โรงพยาบาล จึงใช้วิธีให้ชาวบ้านอาสามารับบริการของอนามัย หมอมาลง PCU และยังมีทำ Green Channel คือถ้าพบว่าคนไข้จำเป็นต้องไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนำไปยื่นได้เร็วขึ้น คนไข้ไม่ต้องรอคิววนาน ที่โรงพยาบาลสนามชัยเขตทำฟอร์มให้เป็นสีเขียวตามชื่อ Green Channel ด้วยเลย แต่ถ้าใช้นอกพื้นที่ก็เป็นสีตามฟอร์มของกระทรวงฯ เมื่อชาวบ้านเห็นว่าการมาพบหมอ หรือมารักษาที่อนามัย มีความสะดวกและใกล้บ้านกว่ากันมาก ได้รับบริการเหมือนกัน ก็อยากไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า การมีส่วนร่วมก็ดีขึ้น

“เรายังมี อสม. เป็นแกนนำเยอะมาก และตั้งแต่มีค่าตอบแทน 600 บาท ก็ยิ่งกระตือรือร้นในการทำงาน เราไม่เชิงว่าสอนแต่พยายามเพิ่มบทบาทให้ชุมชนเห็นว่าเขามีความสำคัญมากขึ้น เวลาที่มาช่วยใน

หน่วยเราก็จะให้เกียรติเขา และทำการตรวจซ้ำกันผิดพลาด ซึ่ง อสม. ยังช่วยได้มากในการนัดชุมชน ประสานเสร็จตามคนไข้ ทำให้เราทำงานง่ายขึ้น เป็นเครือข่ายบริการที่ถือว่าได้ผลดี” จตุพร เล่าให้ฟัง

อย่างไรก็ตาม วัฏญญ นักวิชาการ PCU ลาดกระบัง กล่าวได้นำคิดว่า ภาพที่เราเห็นทุกวันนี้ คงยังไม่ใช่ที่สิ้นสุดของการพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพราะการพึ่งพาระบบบริการตลอดเวลา จะเป็นปัญหาของระบบ

“การทำงานแบบ CUP ทำให้บริการปฐมภูมิเข้มแข็งขึ้น พวกเราที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เจอคนไข้มากขึ้น เพราะแต่ก่อนไม่มีการตรวจคัดกรองก็ไม่เจอโรค ตอนนี้คนไข้ได้รับการดูแลมากขึ้น และดูแลตัวเองได้ดีขึ้น แต่ในอนาคต เราก็ต้องพยายามให้คนไข้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการกินการอยู่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและพึ่งตนเองได้ ไม่ใช่รอพึ่งระบบบริการ”

บทส่งท้าย

โอกาสมีอยู่ทุกหนทุกแห่ง เราต้องสร้างโอกาสและเดินไปคว้ามา การมีทัศนคติที่ดี มองโลกในแง่ดี มีความคิดนอกกรอบ และปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่าง ตามที่เราได้เห็นหมอสสมคิด วีระเทพสุภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต และทีมนำมาใช้ในการบริหาร CUP สนามชัยเขตได้อย่างประสบผลสำเร็จ

แนวคิด และวิธีทำงานของหมอสสมคิด น่าจะเป็นกรณีเรียนรู้ที่ดีว่าการเป็นแพทย์ชุมชนที่ดีนั้น คืออย่างไร การเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ดีคืออะไร และยังทำให้เห็นว่า การที่สังคมเรามี

แพทย์ชนบทดี ๆ สักคน ที่ใช้โอกาสและตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนของตนไปสร้างโอกาสให้กับลูกน้องและประชาชนที่ตนดูแล จะช่วยเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพชุมชนให้ดีขึ้นได้อย่างเห็นหน้าเห็นหลังเพียงใด

สนามชัยเขต ยังได้ให้บทเรียนและประสบการณ์ที่ดี ในแง่ของการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (CUP management) ว่าการจัดการที่เน้นและให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล อันเป็น 1 ใน 3 องค์ประกอบการบริหารจัดการ คือ คน เงิน ของ (Man Money Material) โดยใช้การบริหารเงิน (Financing) เป็นกลไกที่ดึงเอาภาคีสองฝั่ง คือ โรงพยาบาลกับสาธารณสุข เข้ามาใกล้ชิดกันและทำงานร่วมกันแบ่งปันทรัพยากรกันอย่างไม่แบ่งเขาแบ่งเรา นั้น ได้ส่งผลต่อการพัฒนางานและแก้ไขปัญหาให้กับประชาชนได้ดีมากเพียงไร

ก้าวต่อไปของ CUP สนามชัยเขต ยังมีพื้นที่ที่จะต้องช่วยกันทำให้เป็นจริงอีกมาก ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเรื่องการจัดสถานบริบาลเด็กและผู้สูงอายุ คลินิกพัฒนาการเด็ก การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังงานเภสัชชุมชน การพัฒนาด้านระบบข้อมูล ฯลฯ รวมทั้งความท้าทายในงานเชิงส่งเสริมป้องกัน ซึ่งยังคงเป็นยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้า



การพัฒนางานปฐมภูมิ
 และจัดระบบการทำงานเชิงเครือข่าย
 คือคำตอบที่ดี สำหรับการแก้ปัญหาให้กับคนไข้
 เป็นคำตอบที่ดีของระบบคุณภาพ
 เป็นคำตอบที่ดีในเชิงเศรษฐกิจ
 และความยั่งยืนของการพัฒนางานสาธารณสุขไทย

คลังสมุด ๑๐๐ ปี เสริมสร้างชีวิต



00008100



สถาบันวิจัยสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยมหิดล