เวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ครั้งที่ ๓

โรงพยาบาล

กับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี
กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

นายแพทย์นพดล เสรีรัตน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

ผู้ดำเนินการเสวนา :
แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๒๗ กันยายน ๒๕๕๔

เวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๓
โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

คณะทำงาน สมพร ใช้บางยาง | ดวงพร เฮงบุณยพันธ์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ทัศนีย์ ญาณะ | ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ | พฤกษา บุกบุญ
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
เริงวิชญ์ นิลโคตร | ณัฐพัชร์ ทองคำ | ณัฐกา สงวนวงษ์
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ครั้งที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๔
จำนวนพิมพ์ ๑,๐๐๐ เล่ม
พิมพ์ที่ บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด / กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๘๑ ๙๘๙๐

รวบรวม เรียบเรียง ณัฐกา สงวนวงษ์
ออกแบบ จัดรูปเล่ม ณัฐพัชร์ ทองคำ

จัดพิมพ์และเผยแพร่
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๔๔๑ ๙๐๔๐ โทรสาร ๐ ๒๔๔๑ ๙๐๔๔
www.aihd.mahidol.ac.th

คำนำ

เวทีเสวนาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นเวทีที่จัดขึ้นเพื่อให้เห็นความสำคัญต่อการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งครั้งนี้จัดขึ้นเป็นครั้งที่ ๓ แล้ว ในเรื่อง **โรงพยาบาลกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน** ซึ่งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นประสบการณ์ที่น่าสนใจในเชิงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างการเรียนรู้ร่วมและสร้างให้เกิดแรงบันดาลใจ อีกทั้งจุดประกายแนวคิดใหม่ๆ ในการพัฒนางานระบบสุขภาพชุมชน

ในเวทีเสวนาครั้งที่ ๓ นี้เรามีบทเรียนจาก ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี *โดย* **นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล** ซึ่งจะนำเสนอบทเรียนในการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ในการทำงานที่ค่อยๆ ออกแบบกระบวนการทำงานตามความต้องการ และตามความจำเป็นของชุมชน และเพราะด้วยการทำงานที่ใช้หัวใจนำทาง ทุ่มเทกับการทำงานจนกระทั่งได้รับรางวัล **แพทย์ชนบทดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๔** จากมูลนิธิแพทย์ชนบทร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท

อีกท่านหนึ่งที่นำบทเรียนดีๆ มาร่วมแลกเปลี่ยนในเวทีคือ **นายแพทย์นพดล เสรีรัตน์** จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ นำบทเรียนเรื่อง **บทบาท รพ.ชุมชน กับการขับเคลื่อนปฐมภูมิ** ที่มีแนวคิดเป็นมิตรมากกว่าใช้อำนาจ สร้างคุณค่าในการทำงานทำให้คนทำงานอย่างมีความสุข จากภายในสู่ภายนอก สร้างคุณค่าที่สามารถเสริมพลังให้แก่กัน และค่อยๆ ขยายผลออกไปสู่ชุมชน

จากบทเรียนของทั้ง ๒ ท่านเกิดจากความสุขในการทำงาน และยังสามารถดึงบุคคลากร ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานของโรงพยาบาลได้ ซึ่งก่อเกิดประโยชน์โดยตรงกับชุมชน

คณะผู้จัดทำหวังว่าบทเรียนของทั้ง ๒ ท่านจะสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานให้กับทุกท่านเพื่อก่อเกิดการพัฒนา และเป็นแรงช่วยหนุนเสริมกันในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

คณะผู้จัดทำ
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ธันวาคม ๒๕๕๔

เวทีเสวนา

ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๓
“โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน”

วันอังคารที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๔

ณ ห้องประชุม ๒๑๐๘

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

นายแพทย์นพดล เสรีรัตน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

ผู้ดำเนินการเสวนา :

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

เกริ่นนำ และเปิดประเด็นเวที

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

เวทีพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนประชุมกันเดือนละครั้ง โดยให้การประชุมนี้เป็นเครื่องมือเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การขยายระบบสุขภาพชุมชนให้เต็มประเทศและพัฒนาคุณภาพขึ้นไปเรื่อยๆเพราะว่าระบบสุขภาพชุมชนเป็นจุดยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพทั้งหมด ถ้าระบบสุขภาพชุมชนเป็นไปอย่างทั่วถึง คุณภาพดีและมีประสิทธิภาพ ระดับอื่นก็จะดีขึ้น โรงพยาบาลก็จะแน่นน้อยลง จะมีเวลาทำงานได้ดีขึ้น ประณีตขึ้น การฟ้องร้องแพทย์ ฟ้องร้องโรงพยาบาลก็จะน้อยลง ระบบการแพทย์ที่โรงพยาบาลจะมีพัฒนาการใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การพยายามขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพชุมชนมีความเข้มแข็งมีหลายภาคส่วนที่กำลังดำเนินการอยู่หรือบางแห่งกำลังเริ่มต้น เช่นที่อีสานตอนบน มีตัวอย่างการขับเคลื่อนเรื่อง นักสุขภาพครอบครัว ที่เคยมานำเสนอเมื่อเวทีร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๑ นักสุขภาพครอบครัวสามารถดูแลคนได้ใกล้ชิด ทั่วถึง รู้ข้อมูลสุขภาพของทุกคน เป็นรูปแบบที่จะขยายไปได้ทั่วประเทศโดยราคาไม่แพง เพราะนักสุขภาพครอบครัวคือผดุงครรภ์บ้าง พนักงานอนามัยบ้าง พยาบาลบ้าง อีกด้านหนึ่ง ตอนนี้ศิริราชส่งนักศึกษาแพทย์ไปฝึกงานที่รพช. ประมาณ ๖๐ แห่ง มีการคุยกันที่จะให้โรงเรียนแพทย์ไปส่งเสริมรพช.ให้เข้มแข็ง ให้รพช.เป็นจุดยุทธศาสตร์ที่โรงเรียนแพทย์จะเข้าไปสู่ระบบสุขภาพชุมชน มีการเตรียมไปสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนทำวิจัยเป็น เพราะรพช.จะเข้มแข็งต้องทำได้ทั้ง ๓ อย่าง คือ ทั้งงานบริการ การสอน และการวิจัย จะเป็นการพัฒนาคนในแนวใหม่เรียกว่า System oriented หรืออีกชื่อหนึ่งคือ context base

learning เรียนรู้ในบริบทของการทำงาน เพราะฉะนั้นในวันนี้มีตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนมาให้ดู ๒ แห่ง

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ม.มหิดล

การเสวนาในเวทีพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนครั้งที่ ๓ นี้เป็นเวทีที่นำประสบการณ์ดีๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันเหมือนเช่น ๒ ครั้งที่ผ่านมา ครั้งแรกเน้นเรื่องการสร้างคน พัฒนากลุ่มคนเพื่อทำงานสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๒ คุยเรื่อง บทบาทและบทเรียนประสบการณ์ของอบต. รพสต.ที่ทำงานสุขภาพในชุมชน ครั้งนั้นได้เริ่มเห็นประเด็นที่จะเรียนรู้ร่วมกันต่อและขยายผล โดยครั้งนี้นำเสนอในประเด็นการทำงานของโรงพยาบาลกับชุมชน ชาวบ้าน ว่าจะมีการทำงานร่วมมือกันอย่างไร เป็นการมองถึงบทบาทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นจิกซอร์อีกตัวที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพในชุมชน การสร้างระบบสุขภาพชุมชน โดยได้สรรหาโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งจากหลายบริบท เลือกมานำเสนอหลัก ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลลำสนธิ และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารยณ์ ซึ่งมีตัวอย่างการจัดการดูแลสุขภาพเชิงระบบและมีการขับเคลื่อนงานที่ดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นอย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลกลุ่มคนพิการและโรคเรื้อรังในชุมชน และยังมีตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นมาร่วมแลกเปลี่ยนเติมเต็ม สำหรับรพ.ลำสนธิ นำโดย นพ.สันติ ลาภเบญจกุล จะเห็นความโดดเด่นในลักษณะการสร้างทีมเป็นผู้มีบุคลิกภาพที่นุ่มนวลอ่อนน้อม และเพิ่งได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นของกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร และอีกท่านคือ นพ.นพดล

เสรีรัตน์ ผอ.รพ. สมเด็จพระยุพราชกุฉินารยณ์ มีการทำงานที่เรียกว่า ทีมไม้เลื้อย ที่ให้รพช.ทำงานร่วมกับสถานีอนามัย ชุมชน และชาวบ้าน ในการทำงานโรคเรื้อรัง คนพิการ มีการขยายผล และมุ่งมั่นในการพัฒนางานปฐมภูมิที่กว้างขวาง

โรงพยาบาลลำสนธิกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน

นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

> “ทุกอย่างถ้าสามารถประสานกลายเป็นพวงช่วยกันทำ และมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ก็จะเกิดพลังมหาศาล”

เริ่มด้วยใจ ขับเคลื่อนเครือข่ายเป็นพวง

จุดเริ่มต้นของการทำงานให้บริการสุขภาพในชุมชน เริ่มจากทำงานเพราะมีความสุข ทำโดยเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ จึงได้ลงมือทำ และพยายามนำสิ่งที่เห็นว่าเป็นคุณค่านั้นไปเล่าต่อ ไปขยายต่อให้คนอื่นได้รับรู้ เกิดการจุดประกายและร่วมทำด้วยกัน โดยถือความผาสุกและคุณภาพชีวิตของคนเป็นเป้าหมาย อาศัยการทำงานแบบ District Health System ที่ต้องเชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาล PCU และชุมชน เชื่อมโยงกันในทุกระดับ ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ซึ่งทุกฝ่ายมีจุดเด่น

จุดด้อยต่างกัน ถ้าประสานขับเคลื่อนร่วมกันได้จะเกิดการทำงานเป็นพวง ร่วมพัฒนาไปด้วยกัน มีพลังมหาศาล

สร้างชุมชน "คนลำสนธิไม่ทิ้งกัน"

พื้นที่อำเภอลำสนธิ เป็นอำเภอเล็กๆ ในจังหวัดลพบุรี พื้นที่ห่างจากเมือง ๑๒๐ ก.ม. หัวจรดปลายยาว ๘๐ กม. มี ๖ ตำบล ๗ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) มีประชากรรวม ๒๕,๐๐๐ คน (เป็นสิทธิ UC ๒๐,๐๐๐ คน) รพช.จำนวน ๓๐ เตียง *"แรกๆก็เหมือนหมอรักษาพยาบาลทั่วไป แต่หลังๆรู้สึกว่าทำอะไรเยอะมาก แต่ชาวบ้านไม่ได้มีความสุข ตอนหลังถึงเข้าใจว่า ในฐานะที่เราอยู่ในชุมชน มีหน้าที่ดูแลคนในชุมชนมากกว่าไม่ใช่ดูเฉพาะคนที่ walk in เข้ามาในโรงพยาบาล มุมมองเปลี่ยนไป ทุกอย่างก็เปลี่ยนไปหมด"*

ขอบคุณมากๆ กับสิ่งที่อาจารย์ประเวศพูดมานานแล้ว โดยเฉพาะคำหนึ่งที่สะดุดใจมากๆ คือ *ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน* มันให้แนวทางที่เป็นรูปธรรมว่าเราควรจะทำอย่างไร จากที่อาจารย์ได้ให้แนวทางในการทำงานจึงมาสู่เรื่องของ*คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน* คือเกิดการดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งหมดที่อยู่ภายในอำเภอร่วมกันอย่างเป็นระบบ ขยายความดีออกไปได้ทั้งระบบ ให้เป็นระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์การเยียวยาผู้ด้อยโอกาสในชุมชน คือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและคนบ้า ซึ่งเป็นคนชายขอบของสังคม กลุ่มคนสูงอายุติดเตียงที่ถูกทอดทิ้ง ผู้พิการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งกลุ่มเด็กพิเศษ ที่ทำได้เพราะว่าสุดท้ายมันมีกลไกที่เราสร้างขึ้นมามันคือความร่วมระหว่างรพช. PCU. และ อบต. ชุมชน

คน(เคย)บ้า อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ขอเริ่มเล่าจาก **กลุ่มคนป่วยจิตเวช (คนบ้า)** ที่คิดทำเรื่องนี้ เพราะเวลาลงไปเยี่ยมบ้าน เห็นถึงความทุกข์ของกลุ่มคนบ้าที่ถูกทอดทิ้ง ถูกล้อ ถูกเด็กแกล้งปาหิน บางคนถูกขัง บางคนน่าสงสารมาก บางคนปกติจนอายุ ๒๕ ถึงบ้า เมียทิ้งให้อยู่กับลูก จากข้อมูลของ Community base คนกลุ่มนี้พบถึงร้อยละ ๑ ของจำนวนประชากรในชุมชน คือประมาณ ๒๕๐ คน (ส่วนใหญ่เป็นสคิสโสฟีเนีย) จึงคิดอยากทำเรื่องนี้ แต่ไม่ได้มีจิตแพทย์ที่รพ. ตอนนั้นมีนักศึกษาแพทย์รามาธิบดีเข้ามาทำวิจัยจึงได้ ๒ แนวทางสำหรับเรื่องนี้ คือ ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถรักษาได้แบบเบ็ดเสร็จโดยไม่ต้อง Refer ไปนอกอำเภอ เนื่องจากระยะทางไกล และ การปรับเจตคติของครอบครัวให้เชื่อว่ารักษาเยียวยาให้ดีขึ้นและอยู่กับครอบครัวได้ ไม่ใช่คิดว่าแล้วต้องบ้าเลย จึงได้ส่งพยาบาลปริญญาโทไปเรียน ๖ คน และมีนักจิตวิทยา ๒ คน ซึ่งไม่ได้ประจำสำนักงานแต่ลงไปคุยกับคนบ้าที่บ้าน ไปทำ family therapy มีการเชิญจิตแพทย์เข้ามาช่วย consult เดือนละ ๑ ครั้ง

จากการถอดบทเรียนการทำงานตรงนี้พบว่ามีสมการ ๓ ตัวที่ชัดเจนคือ ๑.รพช.ต้องลงมาดูแล ต้องบูรณาการการดูแลรักษาอย่างเบ็ดเสร็จ ๒.มีระบบดูแลต่อเนื่อง ๓.ต้องมีการพูดคุยกับครอบครัว ซึ่งใช้กลไกของนักจิตวิทยาลงไป เป็นการทำงานของทีมวิชาชีพ ที่มีนักจิตวิทยาเป็นตัวหลัก มีพยาบาลสุขภาพจิต เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด และมีจิตแพทย์มา Consult โดย**มีเป้าหมายหลักให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบวงจร นอกจากหายบ้าแล้ว ยังต้องสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี** การทำงานที่ต่อเนื่องส่งผลให้คนไข้กลุ่มนี้ได้รับบริการ ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง คุมอาการได้ ประคับประคองอยู่กับครอบครัวได้

"หัวใจสำคัญคือการดูแลต่อเนื่องที่ต้องไปเยี่ยมบ้าน กระบวนการที่เข้าไป Take action เราใช้เวลานานกว่าจะให้เขาเข้าใจ ใช้ความพยายามในการโน้มน้าว ให้ญาติยอมรับ และให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง แรกๆ ป้อนยาไม่หาย ต้องฉีดยาบ้าง หรือให้ครอบครัวช่วยดูแลหยอดยา โดยพยาบาลต้องเข้าไปดูแลบ่อยๆ และต่อเนื่องกว่าจะได้รับความไว้วางใจ บางครอบครัวที่ไม่เข้าใจก็ยังมี แต่หลายครอบครัวทำได้สำเร็จสามารถคืนคนไข้สู่สังคมได้ ก็มีการพิสูจน์ว่านำคนบ้าคืนสู่สังคมได้จริง ให้สังคมยอมรับ เลยให้คนที่คุมอาการได้แล้วมาทำงานในโรงพยาบาล ทำงานง่ายๆพับผ้า ถูพื้น มีค่าตอบแทนเล็กๆน้อยให้ เขานำเงินไปกราบพ่อแม่ บอกว่าอยากจะทดแทนบุญคุณ ก็เป็นความภาคภูมิใจ"

ช่วยคนตาบอดให้ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ

อีกกลุ่มหนึ่งเป็น**กลุ่มคนไข้เรื่องตา** ซึ่งพบว่ามีคนที่ตามองไม่เห็นจำนวนมาก เป็นคนไข้ในเขตจำนวน ๒๗๘ คน และคนไข้นอกเขตจำนวน ๒๕ คนรวม ๓๑๓ คน ซึ่งปัจจุบันตัวเลขน่าจะสูงกว่านี้แล้ว สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเป็นต้อกระจก เมื่อไม่ได้ดูแลรักษา ไม่ได้ผ่า นานเข้ากลายเป็นต้อหิน ที่ไม่ได้ไปผ่าเพราะ เวลาไปรพ.ใหญ่ กว่าจะเดินทางไป ก็๑๒๐ กิโลเมตร หมอตาก็จะนัดแล้วนัดอีก คนต่างจังหวัดก็ท้อ กว่าจะได้ผ่า waiting time นานมาก จึงผ่าได้ไม่กี่ case บาง case กลายเป็นต้อหินก็จบ วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาคล้ายกับจิตเวช คือจัดการให้เกิดการดูแลเบ็ดเสร็จภายในอำเภอให้ได้ สุดท้ายได้เชิญจักษุแพทย์ที่เกษียณแล้วมาช่วยผ่าตัดที่โรงพยาบาล โดยเราบริหารจัดการทั้งหมด เหมือนชวนว่ามาทำบุญ ซึ่งภาคกลางมักไม่ค่อยมีคนมาช่วย และในช่วงหลังเริ่มมีโรงพยาบาลเอกชนมาทำ Contract out ไปดูแลจัดการ โดยรพช.จัดการส่งไป สำหรับการให้บริการเรื่องตาโดยทั่วไปจะมีการตรวจตาเดือนละ ๒

ครั้งโดยจักษุแพทย์ มีการคัดกรองตาในชุมชน และออกเยี่ยมบ้านเฉพาะ Case ตาโดยเฉพาะ มีการผ่าในรายที่จำเป็น

สำหรับกลุ่มที่ตาบอดแล้ว เราก็ไม่ยอมแพ้ คิดต่อว่าจะช่วยเขาอย่างไร จึงเกิดโครงการไม้เท้าขาว ซึ่งมาจากกลุ่มนักกายภาพบำบัดที่ไปเยี่ยมบ้านคนตาบอดแล้วไปเห็นว่าลุงมีแผลตามเท้า ก็ติดอยู่ในใจมาตลอดว่าจะช่วยอะไรลุงได้บ้าง วันหนึ่งมีโครงการของ สปสช.เข้ามา คือการฝึกให้คนตาบอดใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้ได้มากที่สุดด้วยไม้เท้าขาวนำทาง อย่างที่เห็นคนตาบอดใช้ไม้เท้าเดินข้ามถนน เป้าหมายหลักของโครงการนั้นทำกับโรงพยาบาลทั่วไป แต่เราเห็นว่าโครงการนี้ควรจะฝึกในรพช. ฝึกตามคันนา ตามบ้าน มากกว่าจะฝึกในโรงแรม จึงทำโครงการนี้ขึ้นในรพช. ส่งไปเรียนกลับมาฝึกทักษะให้คนตาบอดฝึกการใช้ไม้เท้าเพื่อให้คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต มี**เป้าหมายหลักให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ พึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด** ตอนแรกหัดฝึกเดินในรพช. ต่อมาฝึกหัดเดินตามคันนา ในชุมชน ทางรพ.ช่วยจัดหาไม้เท้าขาวและช่วยจัดสภาพแวดล้อมภายในและบริเวณบ้าน โดยนักกายภาพบำบัดเป็นตัวหลักเข้ามาช่วย

สิ่งที่ยากสำหรับเรื่องนี้คือต้องใช้ความพยายามในการชักชวนคนให้มาฝึกเดิน ต้องไปตื๊อให้เขามา นักกายภาพบางคนพูดกับลุงว่า หนูอุตส่าห์ไปเรียนมาเพื่อลุงนะ ลุงถึงยอมไปฝึก คนตาบอดมักจะคิดว่าบอดแล้วบอดเลย ประกาศไปแทบไม่มีใครมาสมัคร ต้องใช้การจัดการสูงมาก ทุกวันนี้ฝึกได้จำนวน ๑๐๐ คน ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งได้แค่ ๑๐ คนก็มี คือมันชัดเจนว่าโครงการแบบนี้ควรบูรณาการลงสู่ชุมชน มันน่าดีใจมากสำหรับคนที่ได้เข้ามาฝึก ที่แรกๆก็ไม่ยอมฝึก แต่พอฝึกแล้วเขาก็ดีใจเพราะได้ออกไปเจอสังคม ไปเจอเพื่อนที่เขาไม่เคยได้เจอแล้วก็ร้องไห้คิดว่าตายกันไปแล้ว ได้ออกไปเที่ยว จากที่ไม่เคยไปไหนมาไหนมาได้ ๖-๗ ปีแล้ว

ก็สามารถเดินไปไหนมาไหนในชุมชนได้ ไปเที่ยวบ้านเพื่อนด้วยตัวเองได้ มีอิสระมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น บางคนบอกกับหมอว่า *เขาคงเสียใจมากถ้าได้ปฏิเสธหมอไปในตอนแรก*

ออกแบบการช่วยเหลือที่ตอบโจทย์

อีกกลุ่มหนึ่งที่น่าจะดูแลได้ในโรงพยาบาลชุมชนคือ**กลุ่มเด็กพิเศษ** (ออทิสติก LR MD ฯลฯ) มาเริ่มสนใจทำเรื่องนี้ตั้งแต่มีลูก เพราะเข้าใจความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีลูกแล้วลูกผิดปกติ ก็เลยคิดว่าต้องสร้างกลไกขึ้นมาสำหรับดูแลคนกลุ่มนี้ พระเอกของเรื่องนี้คือนักจิตวิทยา เพราะว่าเขาคุยกับคนบ้ารู้เรื่อง แล้วยังมีเรื่องการประเมินไอคิว อีคิว การกระตุ้นพัฒนาการ ร่วมด้วยนักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพ และพยาบาล มีทีมที่ดูแลต่อเนื่องไป การดูแลจะเน้น Home Base ซึ่งต้อง**ออกแบบการช่วยเหลือตามลักษณะความจำเป็นและความต้องการของเด็กแต่ละคน** เช่นเด็กบางคนเดินไม่ได้ต้องช่วยให้เดินได้ ฝึกการยืนการเดิน การทรงตัว ฝึกการพูด การออกเสียงเลียนแบบ หรือเด็กบางคนเป็น LD มีปัญหาอ่านหนังสือไม่ออก มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง แต่สังคมไทยมักมองว่าเด็กไม่เก่งคือเด็กไม่ดี เด็กกลุ่มนี้จึงถูกตีตรา ทั้งที่ทางออกสำหรับเด็กกลุ่มนี้ต้องการการทำงานร่วมกันทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและสาธารณสุขที่จะเข้ามาช่วยจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะกับสภาพเด็ก สร้างสื่อการเรียนและบรรยากาศที่เหมาะสมการกับเรียนรู้ ไม่ใช่ตัดออกจากสังคม (จากงานวิจัยอาจารย์ที่รามาธิบดี พบว่า เกือบจะครึ่งหนึ่งของเด็กที่อยู่ในสถานพินิจเป็นเด็ก LD เลยไม่แน่ใจว่าเป็นวงจรรึเปล่า ที่เมื่อถูกตีตราว่าเป็นเด็กไม่ดีแล้วสุดท้ายก็ต้องหาสิ่งทดแทน)

เด็กบางคนถูกขังอยู่ในคอก ถ้าเราไปช่วยกระตุ้นพัฒนาการเขาก็จะเดินได้ วิ่งได้ แต่ถ้าเราปล่อยไปก็จะต้องพิการแน่ๆ ด้วยกระบวนการ

แบบนี้เมื่อพบ Case ก็ฝึกให้เดิน เขาก็จับราวเดินได้ บางทีเราต้องไปช่วยปรับปรุงสภาพบ้านด้วย การดูแลต้องมองในภาพรวม งบประมาณที่ได้มาจากการบริจาค หรือบางครั้งก็ได้จาก อบต. ที่เมื่อเริ่มประสานกัน เขาก็ยื่นมือเข้ามา จากการทำงานของนักจิตวิทยา ได้ข้อสรุปหนึ่งว่ากระบวนการทำงานตรงนี้ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญมาก จึงต้องเข้ามาเสริมพลังที่ครอบครัว และต้องไปด้วยกันกับโรงเรียนด้วย ซึ่งเราต้องทำงานกับเด็กหลายกลุ่ม จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ขณะนี้ รพช.ได้รับคำปรึกษาด้านวิชาการในการดูแลเด็กพิเศษจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมป์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลเด็กอทิสติกโดยตรง เป็นการสร้าง Connection ในส่วนนี้ด้วย

Care Team ดูแลคนพิการ...เชื่อมประสานพลังในชุมชน

กลุ่มคนพิการโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวเป็นเรื่องแรกๆที่เราได้เริ่มทำก่อนจะขยายออกมาเรื่องอื่นๆ ทำทุกอย่างตั้งแต่การจดทะเบียนคนพิการที่เดิมคนพิการต้องเดินทางไปกลับ ๒๔๐ กม. เพียงแค่เอาเอกสาร ลงชื่อแล้วก็กลับ เลยเจรจากับพมจ.ให้ทางรพช.ไปรับเอกสารแทน และรวบรวมเอกสารส่งกลับไปให้ ทางพมจ.ก็ยอม ช่วยลดขั้นตอนไปได้มาก จากการสำรวจข้อมูลคนพิการในพื้นที่ พบว่ามีคนพิการด้านการเคลื่อนไหวจำนวน ๗๒๔ คน จากประชากรรวม ๒.๕ หมื่นคน ซึ่งตัวเลขปัจจุบันคงมีการเปลี่ยนแปลงจากนี้ มีการลงไปเยี่ยมที่บ้าน รักษาดูแลที่บ้าน เน้น Community Base Home Base *"เนื่องจากคนไข้แบบนี้เดินทางมารพ.หรือสอ.เองไม่ได้ มีเพียงไม่กี่คนที่จะเดินเข้ามาหานักกายภาพได้ ขนาดกระจายให้นักกายภาพไปอยู่ที่สอ.ก็ยังมาไม่ได้เลย ยืนยัน บางบ้านพิการ ๓ คน เพราะฉะนั้นงานคนพิการต้องใช้เรื่องของ community base*

เป็นหลักถึงจะแก้ปัญหาตรงนี้ได้ และวิธีการง่ายๆ แบบนี้มันช่วยดูแลคนได้เยอะมาก”

กลไกที่ทำงานใช้นักกายภาพที่มีอยู่ ๔ คน เป็นตัวหลัก ลงไปทั้งตัวและหัวใจ กระจายกันลงพื้นที่ทั้งอำเภอ แบ่งตำบลกัน อยู่ที่คลินิกประมาณอาทิตย์ละ ๑ วัน นอกนั้นอีก ๔ วันลงพื้นที่ ทำเป็นระบบร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด ๑ คน และทีมแพทย์พยาบาล โดยยึดหลักชุมชนเป็นฐาน บริการเชิงรุกที่บ้าน และการดูแลที่ต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือ case พิจารณาจากความจริงเป็นตัวตั้ง ดูว่าอะไรเป็นประโยชนและช่วยคนไข้ได้จริง เพื่อให้บริการครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยกระบวนการทำงานแบบนี้เราต้องไปเกี่ยวข้องกับคนเยอะมากและซับซ้อน เช่น บางทีก็ต้องช่วยหาอุปกรณ์สำหรับคนพิการให้ด้วย อย่างแพมเพร์ส คนไข้ติดเตียงต้องใช้มาก มีการสอนคนพิการกับครอบครัวให้ทำตุ๊กตา แล้วเอามาขายได้กำไรก็เอาไปซื้อแพมเพอร์ส ทำแบบนี้มาเรื่อยๆ จนถึงวันนี้หามาได้แสนกว่าบาท บางทีต้องหาเตียงไปให้คนพิการ ต้องพยายามดิ้นรนหาวิธีที่จะช่วยเขาทุกทาง **การดูแลไม่ได้เอา clinical เป็นตัวตั้ง แต่เอาชีวิตเขาเป็นตัวตั้ง**

พอเราทำไปถึงจุดหนึ่งมันตันคือเราดูแลได้อย่างครอบคลุมไม่ได้ เพราะว่าคนเรามีแค่หยิบมือเดียว แต่คนพิการต้องดูแลทั้งกลางวันและกลางคืน ซึ่งเป็นภาระกับญาติมาก จึงมองถึงการจ้างคนมาดูแลคนป่วยพิการที่อยู่ตามบ้านเหมือนศูนย์เอกชน แต่ทำให้มันเป็นกระบวนการภายในชุมชน สร้างเป็น Care Team ในชุมชน ไปคุยกับอบต. ในที่สุดจึง**เกิดงานจิตอาสาเป็น Care Team อาศัยแรงจากคนในชุมชนเข้ามาช่วยดูแลคนในชุมชนเอง** ฝึกทักษะโดยทีมสหวิชาชีพของรพช. (Context Base Train) ให้มีคนดูแล ๑ คน ต่อ ๑ หมู่บ้าน อบต.สนับสนุนค่าใช้จ่าย ๔,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน แนวคิดให้ดูแลเหมือนดูแลพ่อแม่ตัวเอง เพื่อไปช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว เพิ่มคุณภาพชีวิต พร้อมเสริมศักยภาพ

ครอบครัวไปด้วย ช่วยอาบน้ำป้อนข้าว ตัดผม ตัดเล็บ ทำแผล ปัดกวาดเช็ดถู ดูแลทำกายภาพ เป็นเพื่อนคุยคลายเหงา ตอนนี้มีอยู่ ๓๐ กว่าคน กระจายอยู่ทุก อบต.ทั้งอำเภอ ทำงานเป็นทีมกัน มีศอ.และรพช.เป็นพี่เลี้ยง ยังดูแลร่วมกัน เช่น ถ้าเจอแผลใหญ่ ก็ประสานให้ไปสอ. มีลักษณะของการเชื่อมโยงเป็นทีม ซึ่งเรื่องนี้ถ้าไปทำคนเดียวก็ทำไม่ได้ ต้องอาศัยร่วมแรงจากหลายส่วนช่วยกันถึงจะดูแลได้ครอบคลุม

ในการทำงานมีการส่งต่อข้อมูลคนไข้ไปยังคนที่มีศักยภาพ ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น วิทยาลัยการอาชีพช่วยทำรถให้คนพิการเพื่อช่วยในการเดินทางได้ หรืออบต.เข้ามาช่วยสร้างบ้านใหม่ ปรับสภาพห้องน้ำให้ได้ "ยายคนหนึ่งพิการ เป็นแผล บ้านสภาพไม่ดี เมื่อมีคนนำข้อมูลมาเล่าในชุมชน อบต.เข้ามาช่วยปรับสภาพบ้านเพื่อการดูแลระยะยาว ติดตั้งก๊อกน้ำทำให้อาบน้ำได้ทุกวัน มีคนมาทำแผลทุกวัน แผลไม่เน่า" สำหรับอาสาสมัครที่ดูแลตรงนี้ ตอนแรกก็คิดว่าจะลาออกกันเยอะ แต่เมื่อให้เขาเขียนเรื่องเล่า เขาเขียนว่า "หนูรู้สึกหัวใจพอโตทุกครั้งที่ไปเยี่ยมคุณยาย ดีใจที่มีโอกาสทำให้คุณยายยิ้มได้ แล้วคิดว่าเมื่อไหร่ที่หนูแก่ลงก็จะมีคนดูแลแบบนี้กับหนูบ้าง" จึงคิดว่าไม่ใช่แค่เงินที่เขาอยู่ได้ แต่มันอยู่ได้ด้วยคุณค่าที่เขาสัมผัสได้ การทำงานแบบนี้จึงเห็นภาพที่ชัดของพลังชุมชน ช่วยเหลือคนในชุมชน และภาพการทำงานเป็นพวงบริการ ที่รพช.เริ่มทำ สอ.ร่วมช่วย มาเล่าให้อบต.ฟังและร่วมทำไปด้วยกัน

บทบาทรพ.ชุมชน กับการขับเคลื่อนปฐมภูมิ

นพ.นพดล เสรีรัตน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ในเชิงแนวความคิดมองว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นตัวขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนด้วยตัวมันเองอยู่แล้ว เป็นงานที่ครอบคลุมการดูแลชีวิตทุกมิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูรวมทั้งกระบวนการในชุมชนด้วย แตกต่างจากโรงพยาบาลที่เป็น disease approach คือมองไปที่โรค แต่งานปฐมภูมิมองไปที่คน การดูแลทั้งชีวิตไม่ได้เป็นเรื่องง่ายๆ แต่ต้องการความเชี่ยวชาญ เป็นศิลปะชั้นสูงที่ต้องการองค์ความรู้ที่ผสมผสานการแพทย์ สังคม ศิลปะ ทั้งมิติ กาย ใจ และจิตวิญญาณ ต้องการความเป็นมิตรที่ใกล้ชิด การที่จะดูแลปฐมภูมิให้ได้ตามนั้นมีองค์ความรู้ที่สำคัญอยู่ ๓ ด้านคือ ความเข้าใจในหลักการปฐมภูมิ ในเรื่องการเข้าถึง การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่รอบด้าน การทำงานโดยประสานทุกภาคีเครือข่าย รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วม ด้านที่ ๒ เป็นเรื่องของเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นศาสตร์ที่จะดูแลแบบองค์รวม บูรณาการองค์ความรู้ทั้งหมดเข้ามาตกผลึกเพื่อที่จะให้ดูแลผู้ป่วย ชุมชน ครอบครัวอย่างสอดคล้องกลมกลืน ด้านที่ ๓ เป็นองค์ความรู้ความเชี่ยวชาญที่สหวิชาชีพต้องมี เพื่อจะตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อมองในมิตินี้แล้ว **การทำให้ระบบบริการปฐมภูมิตอบสนองต่อทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชนจริงๆ รพช. รพ.สต. จะแยกส่วนกันไม่ได้ แต่ต้องบูรณาการ เข้าเป็นทีมเดียวกันในระดับอำเภอ** ทั้งการบริหาร การบริการ ผสมผสานข้อดีของรพช. รพ.สต.เข้าด้วยกัน ข้อดีของรพช.คือมีบุคลากรและองค์ความรู้จากทุกวิชาชีพ มีทรัพยากรมากเพียงพอ มีเครื่องมือที่ครอบคลุม และเป็นจุดสำคัญที่ไปเชื่อมต่อกับ

Secondary care Tertiary care ส่วนข้อดีของรพ.สต. คือใกล้ชิดประชาชน ใกล้ชิดชุมชน ที่สำคัญคือเข้าใจบริบทของประชาชนได้ดี สามารถดูแลได้ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจการบริการปฐมภูมิ แนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่กุฉินารายณ์ก็คือ **ทำอย่างไรให้บริการปฐมภูมิมีคุณค่าและเป็นที่ประจักษ์ เป็นที่ที่ผู้ป่วยและชุมชนเรียกร้องต้องการ** ตรงนี้เป็นหัวใจที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน

ยกตัวอย่าง ยายนารีเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิเสธการล้างไต มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ๒ ข้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สิ่งที่เราลงไปทำคือการดูแลรักษาพยาบาลฟื้นฟูร่างกายร่วมกับพยาบาลสอ.ขณะเดียวกันเราเข้าไปดูแลครอบครัวด้วย ซึ่งCase นี้ มีลูกชายคนเล็กที่เข้ามาช่วยดูแลแม่แต่กลับต้องทะเลาะกับแฟนที่ไม่เข้าใจ ซึ่งมีส่วนทำให้ยายซึมเศร้า ตรงนี้บทบาทคนทำงานปฐมภูมิเข้ามาช่วยให้ครอบครัวกลับมาเข้าใจกัน ฉะนั้นการดูแลไม่ใช่แค่เรื่องความเจ็บป่วย แต่มีเรื่องทางสังคม จิตใจและจิตวิญญาณด้วย ในที่สุดลูกชายคนเล็กก็กลับมา คุณภาพชีวิต ความสุขก็คืนมา แล้วเมื่อดูสภาพบ้าน คนไข้มีบ้านสองชั้น แต่ขึ้นไปบนบ้านไม่ได้ ต้องอยู่ชั้นล่าง สิ่งที่ตามมาคือกระบวนการของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมทำชั้นล่างให้เหมาะที่จะอยู่อาศัย ซึ่งส่วนนี้ได้รับการต่อเติมโดยความเห็นชอบของคนในชุมชนโดยใช้กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เข้ามามีส่วนร่วม ผู้ป่วยก็มีกำลังใจที่จะฟื้นฟูดูแลตัวเอง ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังก็มีทีมเข้าไปดูแลเยียวยา ความสุขของผู้ป่วยคือต้องการสระผม ทีมงานไปช่วยไปดูแล นี่เป็นยกตัวอย่างของการดูแลทั้งชีวิต ที่มีหลายมิติ ต้องการองค์ความรู้และการประสานภาคีทุกภาคส่วน

“ถามว่าทำไมการทำงานต้องเริ่มจากกระบวนการเยี่ยมบ้าน คิดว่าการดูแลคนทั้งชีวิต เราไม่สามารถมองเห็นปัญหาเหล่านั้นได้บนโรงพยาบาล นอกจากต้องเข้าไปในชีวิตของเขาจริงๆ”

แนวคิดเพื่อการขับเคลื่อนปฐมภูมิ ใช้ความเป็นมิตรมากกว่าใช้อำนาจ ใช้ความเป็นมิตรไปชักชวนจัดตั้งทีม เริ่มต้นจากนักกายภาพบำบัดไปชวนรพ.สต. ชวน อสม. กับท้องถิ่นไปช่วยดูแลแต่ละ case ด้วยบริการเชิงลึกให้เห็นผลจริง ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าทั้งทีมงานผู้ป่วยและชุมชน เกิดความตระหนักและดึงคนให้เข้ามาร่วมมือ **ขั้นตอนการทำงานปฐมภูมิเริ่มจากการเยี่ยมบ้าน** เพื่อเรียนรู้การดูแลองค์รวม โดยเข้าไปดูแลในชีวิตเขาจริงๆ เริ่มในกลุ่มคนป่วยที่ยาก ซับซ้อน คนป่วยที่ล้มเหลวจากระบบรพ. และมองไปที่ครอบครัวด้วย โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรพ. และสอ. ยังไม่เน้นที่ผลงาน แต่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างรพ. และสอ. เน้นที่การเรียนรู้บริบทใหม่ สร้างองค์ความรู้เพื่อการทำงานตลอดเวลาท่ามกลาง Case ที่เป็นจริง ความรู้ของแต่ละ case ไม่ซ้ำกัน ในช่วงเริ่มต้นแรกๆ การเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญมากเพราะเป็นสิ่งใหม่ๆ ต้องเรียนรู้ สะสมความรู้อยู่ตลอดเวลา

เหตุผลที่เรียกทีมไม้เลื้อย **เริ่มจากงานที่มีความพร้อมแล้วค่อยขยายไป** เริ่มจากจุดที่สุกงอมก่อนแล้วค่อยขยายผลไปเรื่อยๆ **เริ่มจากพื้นที่ที่เต็มใจแล้วค่อย ๆ ขยายเพิ่ม** เริ่มจากวิชาชีพที่พร้อมก่อนแล้วค่อยเพิ่มทีมสหวิชาชีพที่จำเป็น เพื่อการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น เช่น เภสัชกร จิตเวช หรืออื่นๆ ตามลักษณะบริบทของแต่ละ Case เมื่อสร้างทีมได้อยู่ตัวแล้วจึงขยายทีมเพิ่ม เพื่อเสริมภารกิจที่ยังขาดและสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบนี้ต่อเนื่องไปบนพื้นฐานการเรียนรู้ที่ขยายผล ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งสร้างทีมประสานงานเครือข่ายที่ชัดเจน เชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกชุมชน ภายในและภายนอกสาธารณสุข เพื่อจะบูรณาการในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย

การทำงานเครือข่ายปฐมภูมิของกุฉินารายณ์ พยายามที่จะสร้างระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ๒ ระบบเชื่อมโยงกัน เริ่มต้นนำร่องจาก ๒ สอ. เมื่อ ๓ ปีที่แล้ว (ที่รพสต.เนินฟองแก้วกับโนนสว่าง) ต่อมาขยายเป็น ๑๑ สอ. และปัจจุบัน ๑๘ สอ. ครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ เริ่มการดูแลจากกลุ่มผู้พิการด้านเคลื่อนไหว โดยนักกายภาพเป็นผู้นำร่อง เมื่อดูแลกลุ่มไหนได้ครอบคลุมคงที่แล้ว จึงขยายไปผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไปเรื่อยๆ จนครบทุกประเภท คือ ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate) ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามโซ่ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่อไปกำลังจะทำในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่ทำ CAPD จะเห็นว่าเราเลือกกลุ่มที่ยากที่เข้าถึงและเป็นส่วนที่ล้มเหลวมาก่อนทั้งสิ้น

ซึ่งหากดูจากปีที่เข้าร่วมโครงการจนถึงขณะนี้ ๓ ปี พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เช่นการเข้าถึงบริการตอนปี ๒๕๕๐ มีผู้พิการเข้ามาแค่ละปีเพียง ๙๐ กว่าครั้ง ทั้งที่ผู้พิการมีเป็นพันคน พอเริ่มโครงการผู้พิการในปี ๒๕๕๑ เราออกไปดูแลครอบคลุมคนพิการที่มีอยู่ทั้งหมดภายในปีเดียว และยังดูแลครอบครัวพร้อมกันไปด้วย ในปี ๒๕๕๒

ดูแล ๒,๕๔๐ ครอบครัว ปี ๒๕๕๓ ดูแล ๔,๕๗๐ ครอบครัว ในมิติหนึ่งคือเราขยายทีมเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ ขณะเดียวกันก็ขยายลงไปดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทให้ครอบคลุม โดยขยับจากประเภทหนึ่งไปยังอีกประเภทหนึ่ง อะไรที่ stable แล้วก็ขยับไปเรื่อยๆ

ประเด็นสำคัญก็คือ การดูแลปฐมภูมิ มีหัวใจที่การดูแลคนทั้งชีวิต โดยเนื้อหาของมันมีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องทุกวิชาชีพ องค์ความรู้รอบด้านและต้องการเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้ง Primary Care secondary care tertiary care ทั้งในระดับชุมชนเองและทุกภาคส่วน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทั้งบริบทโรงเรียน พัฒนาชุมชน อบต. องค์กรท้องถิ่น และอื่นๆ ในขณะเดียวกันต้องมีบริบทในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้มแข็ง ที่สำคัญต้องสร้างทีมที่ทำงานระดับปฐมภูมิทำงานในพื้นที่ให้เป็นทีมเดียวกัน แบ่งเป็นทีมที่อยู่ในโรงพยาบาลให้เป็นตัวสนับสนุน กับทีมพื้นที่ที่ทำงานจริง คือ รพสต. ซึ่งภายใต้บริบทที่รพสต. ไม่ได้มีทรัพยากรแลองค์ความรู้พร้อมทั้งหมด จึงจำเป็นต้องบูรณาการให้มีทั้งหมดครบทุกด้านจริงๆ โดยในการทำงานจริงต้องมีทีมและระบบทีมที่เชื่อมโยงให้เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องได้

ปัจจุบันกุฉินารายณ์ กำลังจะสร้างทีมเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทีมกายภาพบำบัดตอนนี้มีอยู่ ๗ คน ดูแลทุกสอ. มีพยาบาล ๑๗ คน โดยดึงจากตึกต่างๆ สัปดาห์ละ ๑ วัน เป็นทีมที่ลงไปในพื้นที่ร่วมกับทีมรพ.สต. ทีมถาวรคือทีมพยาบาลรพ.สต.บูรณาการลงไปเป็นทีมเดียวกัน ทุกวันทีมจะแบ่งลง ๕ สาย ออกเยี่ยมร่วมกับ อสม. รพ.สต.และอบต. ออกทุกวันไม่มีวันหยุด จากข้อมูลเยี่ยม ๔๐๐๐ กว่าครอบครัว เฉลี่ยทีมหนึ่งดูแล ๑๐ ครอบครัวต่อวัน เป็นกระบวนการที่ดูแลตลอดเวลาต่อเนื่อง **ถามว่าทำไมเขาไม่มีวันหยุด เพราะเขาทำไปแล้วเขารู้สึกมีคุณค่า ทำไปแล้วมันหล่อเลี้ยงกำลังใจ** ได้เรียนรู้อะไรต่างๆ

การที่รพ.สต.และรพช.รวมกันเป็นทีมเดียวกันได้ ไม่ได้ใช้เรื่องของอำนาจเชิงโครงสร้างเข้ามาจัดการ แต่เป็นเพราะการได้ทำสิ่งที่ดีงาม สิ่งที่มีคุณค่านั้นจะเสริมพลังในตัวคนนั้นเอง เป็นจุดที่เกิดจากภายใน เราเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ แล้วค่อยขยายออกไปเพื่อค่อยๆ สร้าง มันจะเกิดกระแสเมื่อเกิดความดีงามที่ชุมชนมองเห็นคุณค่าแล้วเข้ามา รวมทั้ง อบต.ด้วย ไม่ต้องไปชักชวนแต่เอาตัว case เป็นตัวหารือก็จะดึงบทบาทเขาเข้ามาเอง เพราะฉะนั้นตัวนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อน สุดท้ายรพ.สต.ที่อาจจะเคยไม่เชื่อมั่น ไม่มั่นใจ ก็จะสุกงอม ในที่สุดก็ขยายบทบาทอย่างนี้ไป ทั้งหมดเป็นแนวคิดที่ดำเนินการในพื้นที่กุฉินารายณ์ตลอด ๓-๔ ปีที่ผ่านมา

นพ.ประเวศ วะสี

ฟังจากทั้งสองที่ สิ่งที่เหมือนกันคือ จุดเริ่มต้นการทำงานอยู่ที่ใจ ทำอะไรจึงไม่ควรเอาความรู้นำ แต่ให้ใจนำ แล้วใจนำความรู้ต่างๆมาให้ แรงจูงใจอยู่ที่ความสุขที่ได้ทำ ความสุขเกิดจากความหมายของงานที่ทำ ความหมายกับคุณค่าทำให้มีความสุข ฟังแล้วมีความสุขที่คนไทยไม่ทิ้งกัน เห็นระบบบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ข้อมูลเรื่องเล่าซึ่งเป็นเรื่องราวที่มีชีวิตชีวา มีความน่าสนใจ น่าจะมีนักเขียนที่เขียนเล่าเรื่องเหล่านี้ให้ได้ถูกนำเสนอแพร่ขยายออกไป และจากตัวเลขคนป่วยจิตเวชที่สูง ซึ่งน่าจะเป็นทุกแห่ง แสดงว่าทุกพื้นที่ต้องการนักจิตวิทยาและพยาบาลจิตเวช เพราะเป็นกลไกสำคัญสำหรับการทำงานเรื่องนี้ จึงฝากประเด็นการพัฒนาคนที่จะเข้ามาทำงานส่วนนี้ด้วย เพราะพยาบาลจิตเวชยังไม่มีทุกชุมชน แต่พบมีปัญหาจิตเวชทุกชุมชน จึงน่าจะมีพยาบาลจิตเวช และเห็นว่ามีเรื่องคนพิการค่อนข้างมาก น่าจะเชิญ อ.วัชรา ซึ่งทำสถาบันดูแลสุขภาพผู้พิการให้เข้ามาร่วมพูดคุยด้วย เพราะการทำงานให้ได้ผลมันจะต้องไปเกี่ยวกับนโยบายด้วย และการดำเนินงานที่สำคัญ อยากให้ Mapping

รพช.ททาอะเรดๆ ทวบระเทศ เหมาเลามาเรยนรูกน เรมจากพนททเตม เจ แล้วค่อยๆขยับเพิ่ม ทำวิชาการเชื่อมนโยบาย สำหรับรพช.กับสสอ.ถ้าได้ร่วมงานกันจะได้ผลมาก

แลกเปลี่ยนเติมเต็มจากพื้นที่

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ หัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

นั่งฟังคุณหมอสันติแบบมีความสุขในใจ สำหรับ รพ.เดิมบางนางบวช เป็นรพช. ๑๒๐ เตียงยังไปไม่ถึงเหมือนของคุณหมอสันติ แต่ได้ข้อคิดในเรื่องของข้อมูล community base ในส่วนขอ โรงพยาบาลทำเรื่องผู้พิการ และจิตเวช จากคนไข้ walk in กับในส่วนที่ชุมชนร้องขอมา โดยโรงพยาบาลได้ทุนจากกรมสุขภาพจิต ให้พยาบาลเรียนจิตเวชจำนวน ๒ คน เข้ามาช่วยดูแลคนไข้กลุ่มนี้ได้ โดยมีโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์เป็นที่ปรึกษา ยาที่คนไข้ต้องใช้ส่งจากจิตเวชนครสวรรค์ มาที่รพ.ได้เลย เมื่อมี Case พยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลสามารถจ่ายยา ฉีดยาได้เลย โดยใช้การปรึกษา แต่ตอนนี้ยังขาดข้อมูลจิตเภทในชุมชน เกี่ยวกับการดึงภาคีเครือข่าย หรือสร้างการมีส่วนร่วมที่มีพลัง ไม่นานมานี้นายอำเภอย้ายมาใหม่ ได้มีโอกาสไปเยี่ยมบ้านคนไข้จิตเวชที่อยู่บ้านสังกะสีริมคลอง มีพยาบาลจิตเวชไปดูแลพร้อมจนท.สอ. นายอำเภอได้ไปเจอสภาพจริง ทำให้เกิดแรงกระเพื่อม คนไข้ได้บ้านใหม่ ได้การดูแล มีการคิดต่อไปว่ามีบ้านอื่นๆ อีกไหม ตรงนี้ทำให้เห็นว่าเมื่อมีผู้บริหารระดับสูงของอำเภอเข้ามารับรู้ทำให้เกิดแรงกระเพื่อมอีกระดับหนึ่ง จึงขอนำเรื่องเล่าของนพ.สันติไปเล่าเพื่อสร้างแรงกระเพื่อมต่อให้กับน้องๆในพื้นที่ ว่าสิ่งที่เราทำเราไม่ได้ทำเป็นกลุ่มเล็กๆแต่มันมีคนที่ทำงานเหมือนๆเราแล้วก็ประสบความสำเร็จเป็นความสุขของการทำงาน

นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง โรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร

“ ---
มองว่าพวกเราทุกคนต้องการหมอประจำตัว
--- ”

ฟังนพ.สันติทีไรมีความสุขทุกที พอฟังนพ.นพดลพูดก็นึกภาพคนที่ทำงานอยู่เบื้องหลัง แต่คิดว่ากุญแจสำคัญคือการดูแลคนไข้ที่ต่อเนื่องมากขึ้น มองว่าคำตอบอยู่ที่ว่าเราทุกคนต้องมีหมอประจำตัว หมอประจำตัวไม่จำเป็นต้องเป็น MD อย่างที่ลำสนธิทำ care team คิดว่าเป็นตัวอย่างของหมอประจำตัวได้เหมือนกัน แต่ภายใต้ care team ต้องมี supervisor ถ้าโดยในฝันก็ต้องหมอ FM ถ้าเราไม่ดึงนโยบายให้ไปด้านนี้เยอะๆเราจะไม่สามารถสู้กับภาพโฆษณากับสถาบันประสาท ภาพโฆษณาศูนย์มะเร็งของเอกชน ซึ่งมันเหนี่ยวนำให้คนในสังคมมองไปเฉพาะด้านมากขึ้น แล้วคนทำงานในพื้นที่ก็ลำบากมากขึ้น สุดท้ายมองว่าการทำงานเป็นทีมให้ได้ดีผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในระบบสนับสนุน เคยไปดูงานที่กุฉินารายณ์ตอนเราทำงานก็อยากจะย้ายไปทำกับที่กุฉินารายณ์เพาะโรงพยาบาลสนับสนุนทุกอย่าง อยากได้ทีมแบบนี้ แต่ถ้าเกษียณแล้วอยากไปอยู่ลำสนธิ

นพ.ชัชชัย เต็มยอด คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล

ฟังแล้วก็รู้สึกชื่นใจและได้เรียนรู้อะไรมากจากวันนี้ ในฐานะที่มีส่วนในการวิจัยเชิง R๒R คิดว่าน่าจะมีสักทีมหนึ่งที่ไปวิจัยโดยมองในภาพรวมว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลใน Model ใหม่แบบนี้เป็นอย่างไร วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปกับการรักษารูปแบบนี้ ผลลัพท์ที่ได้ทั้งที่วัดได้และวัดไม่ได้ในเชิงสังคม เพื่อสปสช.นำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเรื่องวิธีการใช้เงินที่จ่ายให้กับหน่วยบริการ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มต้องนำมาเทียบกับผลลัพท์ เพราะถ้าเราใช้เงินมากแต่คุณค่าผลลัพท์ที่ได้ไม่มากเท่ากับ Model ที่คุณหมอทั้ง ๒ ได้ทำ สปสช.จะได้คิดว่าจะควรจะจ่ายเงินอย่างไร ที่จะให้ CUP กับ รพสต.ทำงานร่วมกันได้ ซึ่งทุกวันนี้เราจ่ายตามกิจกรรม ทำมาก ใช้เงินมาก แต่ผลลัพท์ที่ได้อาจไม่ได้ดีเท่าที่ควรก็ได้ ไม่ได้วัดเฉพาะว่ามีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างไร แต่ต้องวัดถึงคุณค่า การบริการที่ได้รับด้วย จึงอยากให้ไปศึกษาวิจัย สวรส.น่าจะรวมทีมศึกษาเก็บข้อมูล ถ้าทำได้องค์ความรู้ตรงนี้จะมีคุณค่ามหาศาล สามารถที่จะเป็นบทเรียนให้กับที่อื่นหรือให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญได้

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา

ที่เรียนมาเคยมองว่าเราเป็นศูนย์กลาง ตัวเองเก่งที่สุดใหญ่ที่สุด รู้เรื่องที่สุดเลย คนไข้ต้องโคจรมาหาเราเหมือนดาวฤกษ์ แต่ตอนนี้ไม่ใช่แล้ว จริงๆเราไม่รู้อะไรเลยกับชุมชน คนป่วยที่รพ.มีจำนวนเพียงน้อยนิด แต่มีผู้ป่วยอีกมากมายที่ไม่ได้รับการดูแล พยาบาลก็เช่นกัน ถูกสอนมาแค่รักษาคนไข้ในรพ. ไม่รู้จักการทำงานกับชุมชน เคยพบ case ติดเชื้อ HIV ในรพ. เมื่อกลับไปบ้านก็ไม่ได้รับการดูแล คนไข้ดูแลตัวเองไม่ได้ อยากฆ่าตัวตายวันละหลายครั้ง แต่ฆ่าไม่ได้ ไม่มีแรง ก็ยังคิดไม่ออกว่าจะทำอย่างไรกับ case แบบนี้ การที่คนไข้ติดเตียงที่รพ.มีมากขึ้น ทำให้ตอนนี้คิดอยากลด

เตียงในรพ.ลง เอาเตียงของรพ.ไปให้คนไข้ที่บ้าน แต่ก็ไม่เคยขาดเตียง เพราะมีผู้มีจิตศรัทธาสมทบทุนซื้อเตียงให้ อยากให้มีเตียงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และอยากให้หมอรุ่นใหม่เข้ามาทำงานชุมชน แต่จะทำอย่างไร อยากให้เราทำงานแบบเป็นดวงจันทร์วิ่งรอบดาวเคราะห์ในชุมชนของเรา ไม่ใช่เราเป็นดาวฤกษ์

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลองค์รักษ์

จากที่เคยสัมผัส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับมีความเชื่อมั่นว่า ๙๐% มีเรื่องอยากดูแลคนอยู่แล้ว แต่พอมาดูระบบหรือตัวชี้วัดบางอย่างอาจจะไม่ดี ไม่แน่ใจเว่าอะไรที่ทำให้มันดูบิดเบี้ยวไป ส่วนเรื่องการดึงชุมชนเข้ามีส่วร่วมชุมชนเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง หลายครั้งที่เรารู้ข้อมูลคนไข้ ข้อมูลชุมชนมากมาย แต่พอสักพักก็ถึงทางตัน เมื่อเราถอยออกมาแล้วไปดูที่ชุมชน จะมีเครือข่ายมากมายที่มาช่วยเหลือกัน หลาย case ที่ทำเองแล้วไม่ได้คำตอบ แต่สุดท้ายพอไปถาม อสม. เจ้าหน้าที่.สอ.ก็มีคนช่วยมองแล้วจะได้คำตอบเยอะ มีหลาย case ที่สุดท้ายเขาก็ดีด้วยตัวของเขาเองหรือชุมชนช่วยกันโดยที่เราอาจจะไม่ได้ช่วยอะไรมาก จึงเป็นเรื่องดีที่นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อก่อนคิดว่ารพ.ทำได้ทุกอย่าง จัดการสุขภาพคนไข้ได้ทั้งหมด แต่พอหลายๆ case หินๆ จัดการไม่ได้ ต้องอาศัยชุมชนเข้ามาช่วย

ดวงพร เฮงบุณยพันธ์ *สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*

เคยทำงานกับท่านสมพร ใช้บางยาง อปท. ได้ไปค้นหาชุมชนที่ทำงานดีเป็นแหล่งเรียนรู้ พบว่าท้องถิ่นทำงานแล้วขยับกันเป็นขบวนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง ไม่ต้องทำอะไรมาก ชุมชนเข้ามาร่วมทำเอง เลยอยากชวนให้ลองทำเครือข่าย ๑๐ พวง เช่น กุฉินารายณ์ทำได้ดี ไปชวนCUP อื่นที่อยากทำมาร่วมทำเป็นข่ายสัก ๑๐ แห่ง ลองดูสัก ๒-๓ ปี (ดึงผู้ตรวจสปสช.เขตเข้ามาร่วมด้วย) แล้วนำผลที่ได้มาคุยกับสธ.สปสช. เพราะการเสนออะไรต้องมีมวลชนจึงจะได้รับการรับฟัง

ศ.ดร.วีระพงษ์ ปรัชญาสิทธิกุล คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล

ฟังเรื่องของคุณหมอสันติและคุณหมอนภดลแล้วรู้สึกชื่นใจ มีศีลธรรมและความเอื้ออาทรอยู่ข้างใน ทำให้มองว่าการผลิตบัณฑิตของมหิดลอาจจะต้องมาปรับ เห็นด้วยกับอ.ประเวศ ให้ทำ Mapping รพช. แล้วมาขยายผล นักศึกษาที่ผลิตออกมายังมองเป็นส่วนๆ ไม่มองระบบ หากจะใช้รพช.เป็นจุดเรียนรู้ ให้นศ.แพทย์ ลงไปเรียนรู้การทำงานชุมชน มองเห็นระบบการทำงานจริง ถ้าสร้างคนได้ก่อน นโยบายก็จะเกิดได้ง่าย คิดว่าถึงเวลาแล้วที่มหิดลต้องปรับกระบวนทัศน์ ทั้งหมดทุกสาขาวิชาโดยใช้ตัวอย่างดีๆ นี้เป็นฐาน เช่นเรื่อง การสร้าง Care Team โดยชุมชนได้ประโยชน์

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มองว่าความสำเร็จเกิดจากภาวะผู้นำ และการเข้าไปเรียนรู้ชุมชน คิดว่าหลายสาขาวิชาชีพควรมีโอกาสเรียนรู้สิ่งเหล่านี้ก่อนที่จะมาทำงานจริง แบบแผนการทำงานในปัจจุบันต่างไปจากอดีต เป็นเรื่องโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก ให้เริ่มต้นจากมหิดล คณะแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ ให้แต่ละคณะมีฐานการเรียนรู้ในชุมชน

นพ.เดชา แซ่หลี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะพ้อ จ.ปัตตานี

บริบท ๓ จังหวัด รพช.พยายามสนับสนุนระบบพื้นฐานเต็มที่ แต่เวลาบอกว่าจะไปเยี่ยมบ้านพูดไม่ได้เต็มที่ เพราะไม่รู้จะเกิดสถานการณ์อะไรขึ้น เคยไปดูงานที่อ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น กลับไปเล่าให้จนท.ฟัง และบอกว่าอยากขออาสาสมัครทำงานชุมชน จิตอาสาในชุมชน คนสนใจแค่ ๘ คน แต่ก็เป็นการทำด้วยใจ ทำได้เกินกว่าหน้าที่ เช่น คนไข้วัณโรค สถานการณ์ปอดไม่ดี ต้องใช้ออกซิเจนช่วย ประสานการดูแล มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ชุมชนรับรู้เข้ามาช่วย ไปเล่าให้อบต.ฟังเข้ามาร่วมบ้าง เริ่มมีเครือข่ายมากขึ้น การทำงานไม่บังคับเริ่มจากคนมีใจ ตอนหลังขยายวงมากขึ้น จาก ๘ คน ตอนนี้เป็น ๓๐-๔๐ คน

นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี

เชื่อทุกคนมีเมล็ดพันธ์ดีในตัว ถ้าให้อาจารย์ในมหาวิทยาลัยลงพื้นที่เข้าไปศึกษาในชุมชนจะเห็นข้อมูลและเกิดความคิดมากมายนำไปปรับการเรียนการสอน แต่หลายคนไม่ได้ลงชุมชน นศ.แพทย์ก็สะท้อนว่าไปเรียนรู้ในพื้นที่น้อย ไม่ได้เรียนรู้บริบท ความเป็นจริง อยากให้ทุกคณะไป

เรียนรู้ในพื้นที่ทั้งอาจารย์ นศ. ซึ่งมหาวิทยาลัยอาจต้องวางนโยบายชัดเจน สำหรับพื้นที่คิดว่ามีความพร้อมอยู่ ยินดี ถ้ามีการประสานงานมา

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๓
"โรงพยาบาล กับการขับเคลื่อนระบบบสุขภาพชุมชน"
วันอังคารที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม ๒๑๐๘ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

๑. ศ.นพ.ประเวศ วะสี	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. นพ. นพดล เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
๓. นพ.สันติ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ
๔. นางอำนวย ศรีสุข	รพ.สต.บ้านโนนฟองแก้ว อ.กุฉินารายณ์
๕.นางศิริลักษณ์ สำราญรื่น	รพ.สต.บ้านหนองแวงศรี อ.กุฉินารายณ์
๖. นายเสงี่ยม ฝาเฟี้ยม	อบต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี
๗. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
๘. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
๙. ผศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ	สถาบันการจัดระบบสุขภาพ (สจรส.)
๑๐.นพ.อมร รอดคล้าย	ชีววัฒนา คลินิกเวชกรรม
๑๑.นายเตชิต ชาวบางพรหม	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๒.นางรัชดาภรณ์ ทุมมาสุทธิ์	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
๑๓.น.ส.วรวรรณ อาภารัตน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๑๔.น.ส.ปัทมา ทุมาวงศ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๑๕.น.ส.อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาค ประชาชน ภาคเหนือ
๑๖. นายทรงพล ตุละทา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (สสจ สสอ อบตรพช รพสต)

๑.นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล	โรงพยาบาลยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
๒.นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์	โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา
๓.นพ.ประสิทธิชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี
๔. นพ.สมชาย ธรรมสารโสภณ	โรงพยาบาลกระสัง จ.บุรีรัมย์
๕. นพ.เดชา แซ่หลี	โรงพยาบาลกะพ้อ จ.ปัตตานี
๖. นางชวนพิศ ศิริไพบูลย์	โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี
๗. นางนภาพร ทองสุวรรณ	โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี
๘. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์	โรงพยาบาลองค์รักษ์ จ.นครนายก
๙. พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
๑๐. นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง	รพ.สต. บ้านคำชะอี จ.มุกดาหาร
๑๑. นพ.จตุภูมิ นีละศรี	โรงพยาบาลนครปฐม จ.นครปฐม
๑๒. นพ.วัฒนา เทียมปฐม	โรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
๑๓. นายนิเวศน์ เส็งสมวงศ์	โรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
๑๔. น.ส.นิตยา ศรีบัง	โรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
๑๕. น.ส.ฐิตารัตน์ สารกองแดง	โรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
๑๖. นางอุไรรัตน์ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

ภาคีวิชาการมหาวิทยาลัยมหิดล

๑. ศ.ดร.วีระพงษ์ ปรัชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์
๒. รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
๓. รศ.ดวงพร คำนูณวัฒน์	สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย
๔. รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

๕. ผศ.ดร.วิรัตน์ คำศรีจันทร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
๖. ผศ.พญ.วิไลรัตน์ นุชประมูล คณะเทคนิคการแพทย์
๗. นายชาตรี ลุนดำ คณะเทคนิคการแพทย์
๘. ผศ.ดร.ระพีพร ใหญ่เจริญ คณะเทคนิคการแพทย์
๙. นางนภามาศ นวพันธุ์พิพัฒน์ สำนักงานอธิการบดี
๑๐. ผศ.ดร.ปิยะธิดา นาคะเกษียร คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๑๑. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๑๒. นางธันยพร วณิชฤทธา คณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะดำเนินการ

๑.นางสาวดวงพร เฮงบุณยพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๒.นายสมพร ใช้บางยาง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๓.นางสาวเนาวรัตน์ ชุมยวง นักสื่อสารมวลชนอิสระ
๔.นางทัศนีย์ ญาณะ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
๕.นางสาวผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
๖.นางสาวพฤกษา บุกบุญ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
๗.นายเริงวิชญ์ นิลโคตร สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๘.นางสาวณัฐพัชร์ ทองคำ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๙.นางสาวณัฐกา สงวนวงษ์ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาล

นายแพทย์นพดล เสรีรัตน์
โรงพยาบาลกุฉินารายณ์

สพช

สสส.