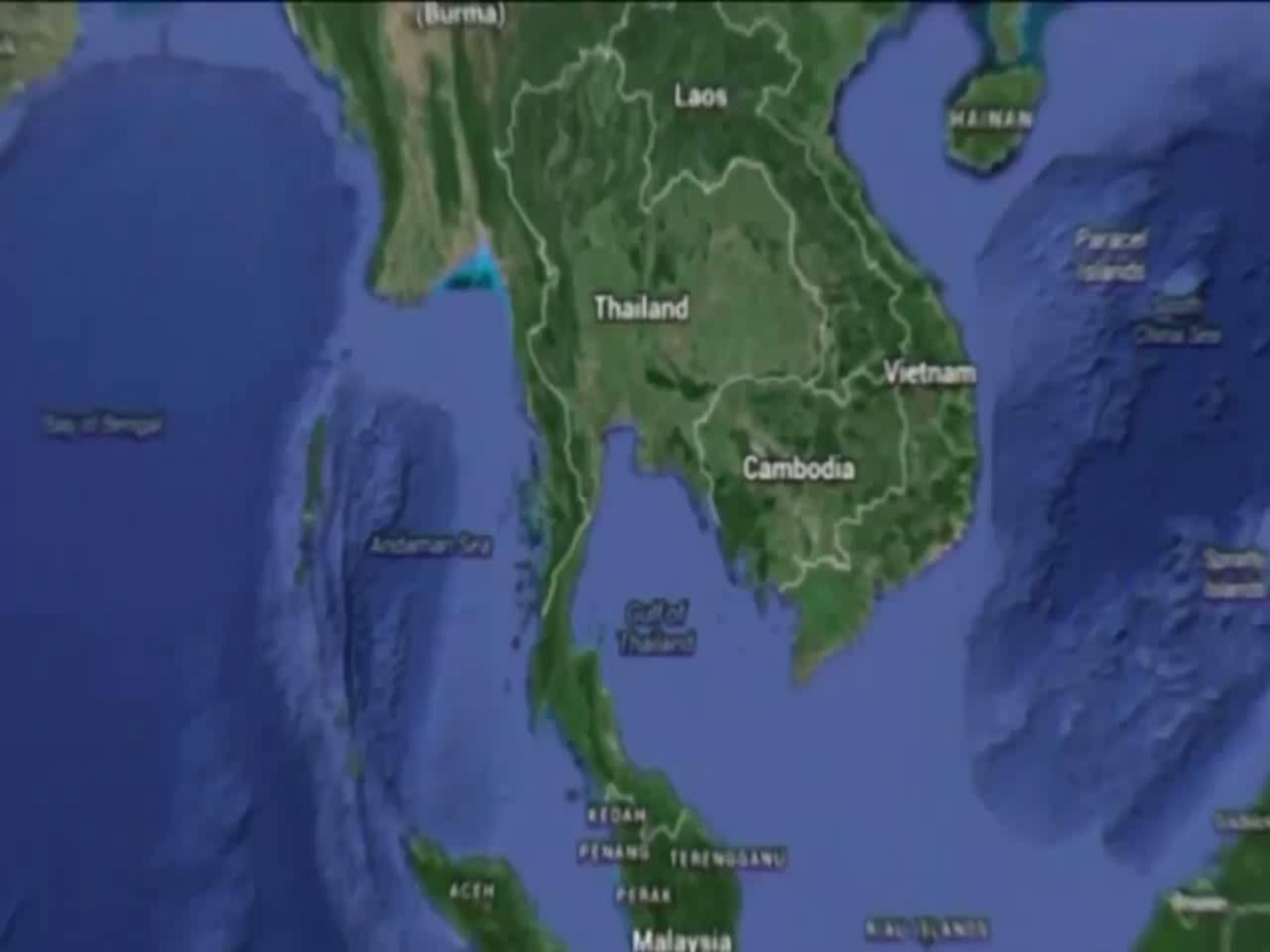


หมอครอบครัวในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร

"ความท้าทายในเมืองที่หลากหลาย"





ความหลากหลายในเมืองใหญ่

เทศบาลนครทั่วประเทศ 30 แห่ง

- ขนาดพื้นที่เป็นลำดับที่ 28

- สมุทรสาครความหนาแน่นของ ปชก. เป็นลำดับที่ 6

* ยังไม่รวมแรงงานต่างด้าวและประชากรต่างถิ่น

- มหาชัย
- โกรกกราก
- ท่าฉลอม (ลักษณะเป็นเกาะ)

(ประชากรต่างด้าวอีกประมาณ 48,500 คน)
* จาก กอ.รมน.จังหวัดสมุทรสาคร

- รพ.เอกชน 2 แห่ง
- คลินิกแพทย์ 61 แห่ง
- คลินิกพยาบาล 17 แห่ง
- ร้านขายยา 48 แห่ง

บ้าน 17,973 หลังคาเรือน
ห้องเช่า/หอพัก 275 หลัง (7,000+ ห้อง)
****เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาล****

สภาพที่อยู่อาศัย : ความหลากหลายภายใต้เขตเมือง



“บ้านเดี่ยวขนาดใหญ่”



“ตึกแถวตลาดเก่า”



“อพาร์ทเมนต์ คนทำงาน”



“ห้องเช่าแรงงานราคาถูก”



“แหล่งเสื่อมโทรม”



“ฐานะยากจน”

การดูแลสุขภาพ ...ร่วมกับเทศบาลนครสมุทรสาคร (ความผูกพันนานนับ 10 ปี)



"ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่
(ไข้เลือดออก, ฉุกเฉินร่วง)"



"งานสุขภาพอาหาร"

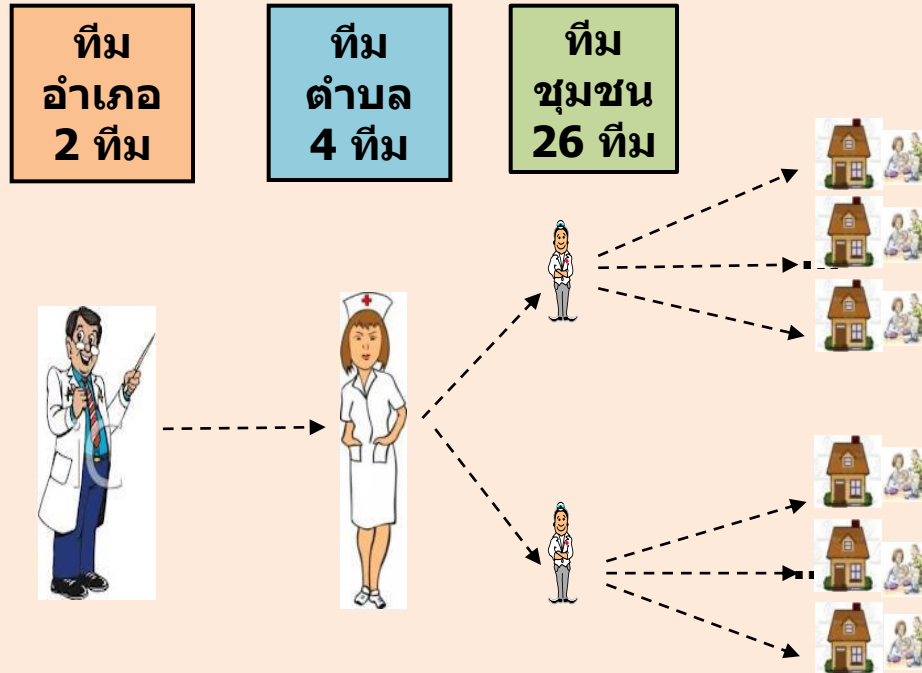


"เปิด ศสม. ในเขตเมือง"



"ดูแลสุขภาพประชาชน"

ต่อยอดในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว



กลุ่มเป้าหมายในการดูแล (จาก HHC)

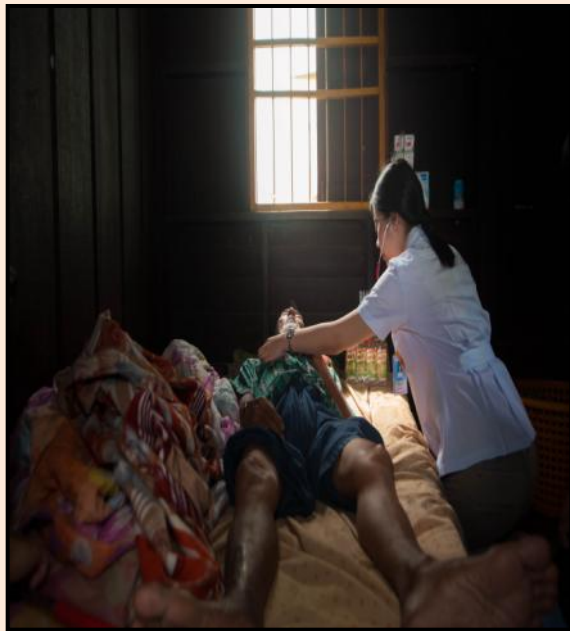
-ผู้พิการ	69 คน
-ผู้สูงอายุติดเตียง	196 คน
-Palliative Care	28 คน
รวม	293 คน

กลุ่มเป้าหมายยังน้อยกว่าที่เป็นจริง

นโยบายหมอบรรเทา : ต่อยอดสู่ความสำเร็จ

น่านโยบายที่หมอบรรเทามาต่อยอดการดูแลสุขภาพ
ประชาชน โดยมี 3 วัตถุประสงค์หลักในการทำงาน

“ทำงานเชิงรุกมากขึ้น”



“ปรับกระบวนการ
ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่”



“ลดความเป็นเมือง
ที่หลากหลาย”
(รวมถึง ช่วยกัน)



ถ่ายทอดนโยบายสู่ 3 ทิมหลักในการดูแล

นโยบาย
ทีมหมอครอบครัว

ชุมชน
(อสม.)

สถานประกอบการ
(อสร.)

แรงงานต่างด้าว
(อสต./พสต.)



ครบ ... 3 ทีม ร่วมกันทำงาน



ช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเครือข่าย



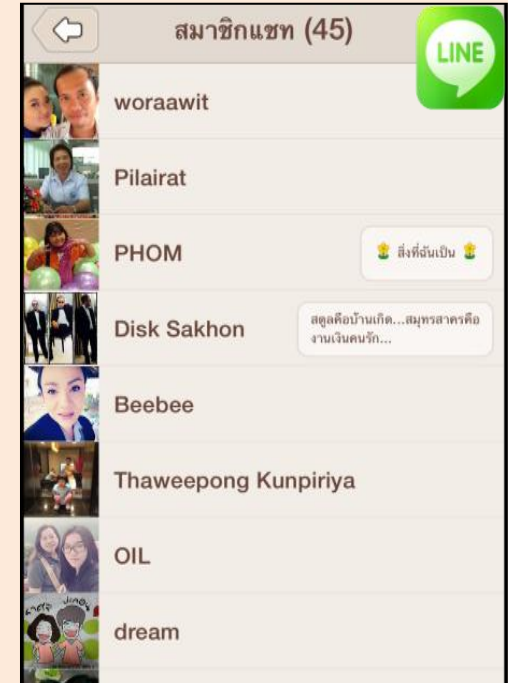
เทศบาลนครสมุทราสาร



ชมรม อสม.



ศูนย์เครือข่ายปฐมภูมิ



กลุ่ม Line อสม.

Face book

โอกาสในการพัฒนา

1.ประมาณ 40 % ไม่มี Care Giver

- พบการปิดบ้านและปล่อยคนไข้ไว้ในบ้านในเวลาที่ผู้ดูแลไปทำงาน ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายอีกมากที่ยังไม่ได้รับการดูแล



จำเป็นต้องมีการทำงานเชิงรุกดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

โอกาสในการพัฒนา

2. มีพยาบาลเอกชนรับดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่ม Palliative Care



3. ระบบหมอครอบครัวในเขตเทศบาลยังทำงานเชิงรุกไม่เพียงพอ

4. การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น กาชาด สถานประกอบการ พัฒนาความมั่นคง NGOs เป็นต้น

โอกาสในการพัฒนา

5.Care giver ที่เป็นแรงงานต่างด้าวประมาณ 30%



Care Giver (ต่างด้าว)

**** เนื่องจาก Care Giver ที่เป็นแรงงานต่างด้าว มีปัจจัยเสี่ยงในการเป็น TB และ HIV อาจเกิดการแพร่สู่คนไข้ จึงต้องทำให้ Care Giver มีความรู้และปลอดภัยจากโรคด้วย**

โอกาสในการพัฒนา

6. พบกลุ่มเป้าหมายอีกส่วนหนึ่งที่เป็นแรงงานต่างด้าว

- ถึงแม้กลุ่มเป้าหมายหลักของหมอครอบครัว คือคนไทย แต่เพื่อมนุษยธรรมและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มแรงงานต่างด้าว จึงเป็นอีกกลุ่มที่ต้องให้การดูแลไม่สามารถทอดทิ้งได้

“แรงงานต่างด้าวเป็นน้องอกในมดลูก”



ผู้ป่วยจิตเวช



“ปัจจุบันรักษาหายแล้ว”



ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

โอกาสในการพัฒนา

7. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว อย่างมีส่วนร่วม



แนวทางที่จะเกิดในอนาคต

1. จัดตั้งศูนย์ประสานงานทีมหมอครอบครัวในชุมชน

**2. วางแนวทางในการทำงานร่วมกับพยาบาลเอกชนในพื้นที่
(หมอครอบครัว มิใช่เฉพาะงานภาครัฐ)**

**3. พัฒนา Care Giver ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในความรู้ในการป้องกันโรค
ควบคุมกันไปด้วย**

4. จัดเจ้าของหอพัก / บ้านเช่า ร่วมเป็นทีมชุมชน

**5. จัดทีมที่ปรึกษาเฉพาะ เช่น ทีมอาชีพะเวชศาสตร์ / การให้คำปรึกษาต่างเชื้อ
ชาติ**

ลักษณะบุคลากรที่เหมาะสมในการทำงานในพื้นที่ที่หลากหลาย

1.มีความอ่อนไหว สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี

- ช่างสังเกต
- สามารถประยุกต์นโยบายของกระทรวงให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และสภาพการทำงาน
ของเครือข่าย

2.ต้องมีความเข้าใจในรูปแบบการทำงานของภาคีเครือข่าย (ทางการ/ไม่ทางการ)

**3.นำบทเรียนที่ผ่านมา มาผสมผสานกับนโยบายของกระทรวง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับ
ประชาชน**

4.ต้องมีความเข้าใจในบริบทความเป็นมนุษย์ (เนื่องจากมีความหลากหลายในเชื้อชาติ)

5.สามารถทำงานนอกเวลาราชการ ตามวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ได้

6.มีความเสียสละ มีจิตสาธารณะ



การทำงานสุขภาพร่วมกับแรงงานต่างด้าว



แผ่นพับ 2 ภาษา



ให้คำปรึกษาผ่านล่าม



RxMyanmar
สื่อสารการใช้ยา

DoctorAsks
สอบถามอาการ



เคาน์เตอร์แรงงานต่างด้าว