

## เครือข่ายระบบสุขภาพชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

### บริบท

อำเภอเดิมบางนางบวช ตั้งอยู่บริเวณตอนเหนือสุดของจังหวัดสุพรรณบุรี ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ ๕๔ กิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยซึ่งมีเชื้อชาติไทย จีน มีบางกลุ่มที่มีเชื้อสายลาว เชื่อกันว่าอพยพหรือถูกกวาดต้อนมาเป็นเชลยสมัยกรุงศรีอยุธยาหรือกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น มีความเป็นอยู่เรียบง่าย ยึดมั่นในขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม สภาพพื้นที่เป็นชนบทที่ไม่ทุรกันดาร พื้นที่ที่ไกลจากตัวอำเภอมากที่สุด อยู่ห่างออกไป ๓๑.๒ กิโลเมตร ถนนหลักทางลาดยางทั้งหมด การคมนาคมถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน เนื่องจากไม่มีรถประจำทางวิ่งออกจากหมู่บ้าน ต้องอาศัยรถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง แบ่งการปกครองออกเป็น ๑๔ ตำบล ๑๒๑ หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนตำบล ๘ แห่ง เทศบาลตำบล ๘ แห่ง มีประชากร ๗๓,๐๓๐ คน มีผู้สูงอายุในพื้นที่ ๑๓,๗๕๘ คน โครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุและเพศของอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรีในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.๒๕๔๗ – ๒๕๕๗) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคือสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (๐-๑๔ ปี) ลดลงในขณะที่สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้น

ด้านกำลังคน รพ.เดิมบางนางบวชมีแพทย์ประจำทั้งหมด ๑๐ คน ทันตแพทย์ ๔ คน เภสัชกร ๔ คน พยาบาลวิชาชีพ ๙๔ คน มีนักกายภาพบำบัด ๓ คน ส่วนรพสต. นั้น มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่แต่ละ ๒-๓ คน มีพยาบาลวิชาชีพ ๘ แห่ง ในปี ๒๕๕๘ จะมีเพิ่มอีก ๘ แห่ง รวมเป็น ๑๖ แห่ง

### จุดเริ่มต้น “ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือการพัฒนา”

ในปี ๒๕๔๙ ปัญหาการให้บริการในโรงพยาบาลพบปัญหาผู้ป่วยนอกแออัดทุกวันมีผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละประมาณ ๗๐๐ ราย ผู้ป่วยในเตียงเต็มทุกวันจนบางครั้งต้องใช้คำว่า เตียงล้น เราจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์จึงพบว่าสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๕ อันดับแรกเกี่ยวข้องกับ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นจุดเริ่มต้นของเครือข่ายสุขภาพเดิมบางนางบวช ในการร่วมกันแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม

ในปี ๒๕๕๐ จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนโดยมุ่งเน้นโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยมีท่านอาจารย์นพ.อมร นนทสุต และอาจารย์สุทธิพงษ์สุโสภานนท์ เป็นวิทยากรและที่ปรึกษา โดยใช้ชื่อว่า “การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพชุมชนคนเดิมบางนางบวช” และเมื่อลงมือปฏิบัติตามแผนโดยเริ่มตั้งแต่ การจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาระบบการดูแลรักษาในคลินิก การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาในชุมชน โดยมี “แกนนำสุขภาพ” เป็นตัวแปรสำคัญ เกิดต้นแบบ “การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน” จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์ใหม่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอเดิมบางนางบวช คือ การจัดตั้งศูนย์โรคเรื้อรัง การจัดการบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. นาร่อง ๖ แห่ง จากจำนวน ๒๐ แห่ง

หลังดำเนินการตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปี ๒๕๕๐ ผลลัพธ์ที่ได้ ถึงแม้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสภาพความแออัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่รับยาใน รพ.สต เพียงร้อยละ ๑๐ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่เราได้รับ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง จำนวนหนึ่งไม่ต้องเดินทางไกล ๆ เพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล มีแกนนำสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นต้นแบบที่ขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการในชุมชน และเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยเราไม่รู้ตัว (ในระยะแรก ) คือ การปรับกระบวนการทัศนในการทำงานของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในด้านของโรงพยาบาล ซึ่งมีการมองเห็นความเป็น “ ผู้ป่วย ” มากขึ้น ไม่ใช่เห็นแค่ “โรค ”

แต่ถึงแม้ว่าเราสามารถให้บริการผู้ป่วยเบาหวานได้ในรพ.สต. แต่เราพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีอัตราการผิมนัดที่โรงพยาบาลสูงขึ้น ประมาณร้อยละ ๑๓ วันหนึ่งทีมได้ถามผู้ป่วยว่า “ในพื้นที่ของเรพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ ๓ เรื่อง คือ ๑.อัตราการผิมนัดสูงมาก ๒. ผู้ป่วยเป็นอัมพาตเพิ่มสูงขึ้น ๓.ขาดผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เราควรจะแก้ปัญหาเรื่องใดก่อนดี” ผู้ป่วยบอกกับทีมว่า “ หมอควรแก้ปัญหาที่ทำได้ง่าย ๆ ก่อน และแก้มันที่ต้นเหตุของปัญหาต่าง ๆ” ทำให้เกิดการตั้งวงสนทนาเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาในปี ๒๕๕๔ คือเรื่องอัตราการผิมนัดให้ลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยหวังผลว่าอาจจะช่วยลดการเกิดอัมพาตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้บ้าง

เมื่อเลือกประเด็นผิมนัดแล้ว ทีมงานก็เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยผิมนัด โดยการเก็บข้อมูลการขอความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่พบผู้ป่วยผิมนัดให้บันทึกเหตุการณ์ผิมนัด แล้วทีมงานก็เก็บข้อมูลไปวิเคราะห์ พบสาเหตุหลัก ๆ ได้แก่ ไม่มีอาการจึงไม่มารับยาต่อเนื่อง ไม่มีคนพามา บ้านอยู่ไกลติดธุระ ฯเมื่อทีมงานได้ประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลการผิมนัด เราก็ตัดกับสิ่งที่เราคุ้นเคยเหมือนเดิมได้แก่ การประสาน อปท. ให้อำนวยความสะดวกเรื่องรถ รับ-ส่ง เพราะ **เป้าหมายเราตั้งไว้แคบเกินไป คือตอบใจท่ย์ว่า “ทำอย่างไรผู้ป่วยจึงจะไม่ผิมนัด”** เราจึงหาคำตอบ เฉพาะปัญหาที่เราได้ข้อมูลมา คือ “ไม่มีคนพามา บ้านอยู่ไกล” **บทเรียนในครั้งนี้ ทำให้เรารู้ว่าการตอบใจท่ย์ปัญหาแต่ละครั้ง อย่าลืมหกรอบแนวคิดหลัก หรือเป้าหมายหลักของการส่งเสริมสุขภาพ =>ประชาชนพึ่งตนเองได้ โดยเราเป็นแค่คนคอยเชียร์ เชื้อ เชื้อม ไม่ใช่พระเอก / นางเอกในเวทนั้น** ดังนั้นการมีรถรับส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามนัดก็ยังไม่ใช่การแก้ปัญหา

และในปี๒๕๕๔นี้ แกนนำคปสอ.เดิมบางนางบวชได้มีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้การพัฒนาบริการปฐมภูมิ (PCA) และโครงการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบการบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์สู่งานมิตรภาพบำบัดอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน(โดยนพ.วราวุธ สุรพลฤกษ์) จากแนวคิดตะแกรงร่อนทรายที่ได้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการมากกว่าคิดตั้งปัญหาให้เขา ทีมได้เข้าไปรับฟังปัญหาโดยการเยี่ยมบ้าน พูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัว และรวบรวมข้อมูลด้านบริบทของชุมชน ซึ่งได้เหตุผลใกล้เคียงกับข้อมูลเชิงปริมาณ แต่สิ่งที่แตกต่างคือ การที่ทีมได้รับฟังปัญหาและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว ทำให้เกิดการสะท้อนถึงการจัดบริการ จึงเป็นชนวนความคิดให้ทีมต้องคิดใหม่ทำใหม่อีกครั้ง โดยมีการหารือร่วมกันเพื่อนำ

บริการสู่ชุมชนซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านอาจมีอุปสรรคเกี่ยวกับทรัพยากรด้านกำลังคนทั้งด้านโรงพยาบาลและด้าน รพ.สต. อีกทั้งเราคาดหวังให้บริการสู่ชุมชนเกิดความยั่งยืน เราจึงมีกลยุทธ์เสริมกำลังในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง โดยต่อยอดภารกิจเดิมที่เรามีอยู่ คือการพัฒนาเครือข่ายแกนนำสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน สร้างความร่วมมือในภาคีเครือข่าย เช่น อบต. ผู้นำชุมชน จิตอาสาและมีการขยายบริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. เพิ่มอีก ๙ แห่ง ในปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๕ รวมเป็น ๑๕ แห่งจากทั้งหมด ๒๐ แห่ง โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน และผู้ป่วยสนใจ ภายใต้รูปแบบการให้บริการซึ่งเราเรียกกันว่า

### “ อัครวินโตะกลม ”



โดยจัดโต๊ะให้บริการ

ผู้ป่วยแล้วก็จะจะมีจนท ๑ คน มี



นอกจากนี้ยังมีการให้บริการแก่กลุ่ม อสม/จิตอาสา

จะเกิดการเรียนรู้/พัฒนาศักยภาพพร้อมทั้งรับทราบข้อมูล/ปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชนต่อไป มีการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน หลังการให้บริการทุกครั้งจะทบทวนเพื่อเติมสิ่งที่ยังขาด รวมทั้งให้ความรู้แก่ อสม/จิตอาสา นอกจากนี้ยังมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ อสม/จิตอาสา โดยถ่ายทอดผ่านกระบวนการ “ การเล่าเรื่อง ” จากการขยายบริการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงในอำเภอเดิมบางนางบวชของเรา สามารถเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจถึงร้อยละ ๒๓.๐๗ และจำนวนผู้ป่วยที่เราส่งกลับไปรับบริการที่ รพ.สต. มีอัตราการผิตนน้อยกว่าร้อยละ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ( FBS ๗๐-๑๓๐ mg% ) เท่ากับ ๒๖.๕๙ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ( BP<๑๔๐-๑๕๐mmhg ) เท่ากับ ๕๗.๐๓ ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้เป็นเพียงผลลัพธ์ที่มีคุณค่าเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับ ซึ่งไม่สามารถตีค่าเป็นตัวเลขได้

นอกจากนี้ จากบทเรียนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การจัดการโรคเรื้อรัง เราได้ข้อสรุปร่วมกันว่า ความสำเร็จเกิดจาก “**เริ่มที่คนมีใจ ขยายไปสู่ระบบ**” จึงเกิดการขยายการพัฒนาไปสู่ระบบงานอื่นๆ ดังเช่น

**การสร้างเครือข่ายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน** เริ่มจากการช่วยกันพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ทำงานในชุมชนเรื่องพัฒนาการเด็ก เจ้าหน้าที่รพ.สต.และคุณครูศูนย์เด็กเล็ก อย่างน้อยก็ได้รู้วิธีการประเมินที่ถูกต้องและตรงกันในแต่ละหัวข้อ จากนั้นเลือกพื้นที่ศูนย์เด็กเล็ก 4 แห่งที่สมัครใจให้ทีมงานลงไปร่วมวิเคราะห์และหาแนวทางการร่วมประเมินพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็กเล็ก เป็นการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคุณครูในศูนย์เด็กเล็ก ต้องถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการให้เราก้าวข้ามรั้วโรงพยาบาลไปทำงานกับเครือข่าย เข้าไปร่วมคิด ร่วมทำ กับท้องถิ่น ทีมที่ลงพื้นที่ครั้งนี้ประกอบไปด้วยพยาบาลจากคลินิกส่งเสริมสุขภาพ น้องผู้ช่วยเหลือคนไข้และพยาบาลงานพัฒนาการเด็ก และเภสัชกรซึ่ง

เป็นทีมผู้หล่อเลี้ยงงาน PCA ของคปสอ. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการลงพื้นที่ศูนย์เด็กเล็ก คือ การได้ไปรับรู้ รับฟังเรื่องราวการทำงานของหน่วยงานท้องถิ่นที่ต่างไปจากสาธารณสุขอย่างชัดเจน ภาระหน้าที่ที่หนักหนาของคุณครูศูนย์เด็กเล็ก หลังจากการลงพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กครั้งนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนผู้บริหารท้องถิ่น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ปกครองในศูนย์เด็กเล็กทุกปี ผู้ปกครองในชุมชนเริ่มกลับมาสนใจและให้ความสำคัญกับพัฒนาการลูกหลานตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้มากขึ้นและที่สำคัญลดความคาดหวังในตัวเด็กลงในสิ่งที่เกินขีดความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัย ทำให้คุณครูและผู้ปกครองเข้าใจกันมากขึ้น

หลังจากการพัฒนารพสต. มีการคัดกรองเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงล่าช้าได้มากขึ้น ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน ประถมในพื้นที่สามารถคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดระบบส่งต่อและติดตามพัฒนาการเด็กได้ครอบคลุมมากขึ้น เกิดการประสานงานที่ดีระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข(รพ.,รพสต.,สสอ.,รพศ.) กระทรวงศึกษา(ครูโรงเรียนประถม) และ กระทรวงมหาดไทย(ศูนย์เด็กเล็ก) ผลการพัฒนางานการประเมินพัฒนาการเด็กในชุมชนพบว่าความครอบคลุมพัฒนาการเด็กในอำเภอเดิมบางนางบวช

#### ผลลัพธ์

	หน่วย	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗
เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินพัฒนาการ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๕	๙๗.๒๒	๙๘.๖๒	๙๘.๖๘
เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้น	ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

**พัฒนาเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** เริ่มจากวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ด้านสุขภาพและคืบข้อมูลให้ชุมชนเพื่อการวางแผนในหลายช่องทางเช่น ผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ การประชุมเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประชุม คปสอ. การประชุมเฉพาะกิจของกำนันผู้ใหญ่บ้าน ทำให้เกิดการบูรณาการโครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งใน ระหว่างการพัฒนาจะมีการแลกเปลี่ยน คืบข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่นแก่นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการซ่อมแผนรับภัยพิบัติร่วมกัน ในระดับท้องถิ่น ระดับอำเภอ อาสาสมัครกู้ชีพจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ทักษะ ด้านการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ผ่านกิจกรรมEMS Rallyอย่างต่อเนื่อง จากการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ที่มีจิตอาสาอยากให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ทำให้การทำงานสร้างเครือข่ายไม่ใช่เรื่องที่ยากเกินไปแม้จำนวนเครือข่ายที่สร้างจะไม่ได้ตามเป้าหมายของกระทรวงแต่เป็นเครือข่ายที่ทำงานจริงยั่งยืน และตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่จริง

ผลลัพธ์ จากการพัฒนา อปท.มีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดตั้งศูนย์กู้ชีพจำนวน 5 แห่ง(จาก16แห่ง)  
คิดเป็นร้อยละ31.25

จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน(ผ่านระบบ1669)หน่วยกู้ชีพ	ปี				
	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗
โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช(ALS)	๓๖	๕๕	๖๘	๗๑	๗๐
เทศบาลตำบลนางบวช (FR)	๑๑	๒๖	๔๕	๓๙	๒๒
เทศบาลตำบลหนองกระทุ่ม(FR)	๒	๙	๑๑	๙	๗
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกช้าง(FR)	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	๑	๐
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา(FR)	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	ยังไม่ได้ตั้ง ศูนย์	๗	๑๗
มูลนิธิเสมอกัน (FR)	๑๑๘	๓๖	๑๘	๕๐	๓๑



รางวัลที่ได้รับ ชุดปฏิบัติฉุกเฉินดีเด่นระดับจังหวัด จากสถาบัน  
การแพทย์ฉุกเฉิน( ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น(BLS))

การพัฒนาความเข้มแข็งระดับอำเภอในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน เกิดนวัตกรรมการดำเนินงานที่เป็น  
ความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่าย คือ เครือข่ายเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า : เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงโรคซึมเศร้า  
เครือข่ายสุขภาพใจชุมชนคนเดิมบาง: เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงโรคจิตและการดูแลต่อเนื่อง ยาใจใกล้บ้าน:  
ผู้ป่วยมาเองไม่ได้ แต่ต้องไม่ขาดยา ลดปัญหาขาดยาอาการกำเริบ ปฏิบัติการรุมบ้า[RUMBA CALL] :  
เป็นการทำงานที่เกิดจากการทบทวนอุบัติการณ์การจับยึดผู้ป่วยที่คุ้มคลั่ง บนเป้าหมาย ทุกคนปลอดภัย  
ได้ใจมวลชน

ผลลัพธ์

	หน่วย	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗
ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ๓๗	๒๐.๓๕	๓๔.๖๙	๔๕.๖๔
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ	ร้อยละ๕๕	๕๑.๑๑	๕๙.๘๓	๖๒.๗๔



รางวัลองค์กรดีเด่นด้านการนำผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่  
ระบบรักษา ปี 2556 จากสมาคมสายสัมพันธ์  
ครอบครัว โรงพยาบาลศรีธัญญา

จากเรื่องเล่าต่าง ๆ ที่กล่าวมาทำให้เรารับรู้ได้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน การได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่าง จนท.รพ, จนท.รพ.สต , อสม, ผู้ป่วย , ชุมชน และสัมผัสถึงการบริการด้วยหัวใจความมนุษย์ของทั้ง จนท และ อสม/จิตอาสา ซึ่งเป็นฐานของ ความรัก และความศรัทธา ที่จะก่อตัวไปสู่ความยั่งยืนของชุมชนต่อไป และผลพวงที่สำคัญตามมา ก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง จนท รพ และ จนท รพ.สต ที่ทำงานเชื่อมประสานกันแบบไร้รอยต่อมากขึ้น จนเกิดการทำงานร่วมกัน

#### บทส่งท้าย

แม้อดีตจะเคยมีปัญหาหนักหนาเพียงใด แต่หากได้มีการเริ่มต้นประสานมือ ประสานใจเริ่มจากน้อยไปหามากก็เป็นนิมิตหมายที่ดีและช่วยคลี่คลายให้เห็นทางออกร่วมกัน แม้วันนี้ยังไม่ถึงยังไม่สมบูรณ์พร้อมแต่ก็ย่อมดีกว่าที่จะไม่มีสิ่งเหล่านี้เลย สุดท้ายการจัดเครือข่ายสุขภาพชุมชนชุมชนคือคำตอบของการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน