

แนวทางการดำเนินงาน

คลินิกหมอครอบครัว

สำหรับหน่วยบริการ



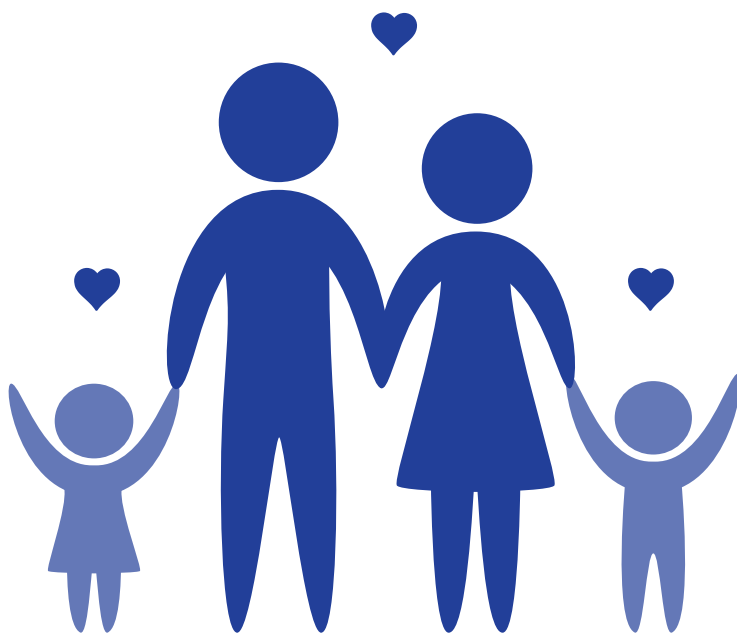
คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster



แนวทางการดำเนินงาน

คลินิกหมอครอบครัว

สำหรับหน่วยบริการ



คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster



ชื่อหนังสือ	แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ	
ที่ปรึกษา	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โสภณ เมฆธน) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข (นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ดร.นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี) รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (นายแพทย์สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม) นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค (แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น (นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย (แพทย์หญิงภาวิณี เอี่ยมจันทร์)	
ผู้เขียน	นายแพทย์โสภณ เมฆธน นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์สุกโชค เวชภักดิ์เภสัช นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล นายแพทย์สิริชัย นามทรงศนีย์ แพทย์หญิงศิริินภา ศิริพร ณ ราชสีมา นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ นางอารี แวดวงธรรม นายชนบท บัวหลวง	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข นางสมสินี เกษมศิลป์ นายอเสข แก้วกันหา	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข
จัดพิมพ์และเผยแพร่	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด	
ปีที่พิมพ์	พฤศจิกายน ๒๕๕๙	
จำนวน	๑๓,๕๐๐ เล่ม	
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๓๑๘๒-๑	

คำนำ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลใหญ่ แพทย์เฉพาะทาง ดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ ประกอบกับ ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดไว้ใน หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ (ข) ด้านอื่นๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายด้านสุขภาพ ๒๐ ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และ แผน ๒๐ ปีกระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

เพื่อให้การดำเนินการ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ฉบับนี้ขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะนำไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป



นายแพทย์โสภณ เมฆธน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

บทนำ คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)	๑-๖
บทที่ ๑ ความหมายคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)	๗-๑๐
บทที่ ๒ องค์ประกอบและการบริหารจัดการ	๑๑-๒๑
บทที่ ๓ แก่นแท้ของการจัดบริการโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๒๒-๓๘
บทที่ ๔ การจัดรูปแบบบริการ	๓๙-๕๑
บทที่ ๕ ระบบสุขภาพอำเภอกับคลินิกหมอครอบครัว	๕๒-๕๗
บทที่ ๖ บทบาทของทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคลินิกหมอครอบครัว	๕๘-๗๑
บทที่ ๗ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัวและภาคีที่เกี่ยวข้อง	๗๒-๗๖
บทที่ ๘ กรณีศึกษา	๗๗-๘๒
ภาคผนวก	
ประเด็นคำถามที่พบบ่อย	๘๓-๘๙
วิธีการจัดทำบัญชีเสมือน (Virtual account)	๙๐-๙๔

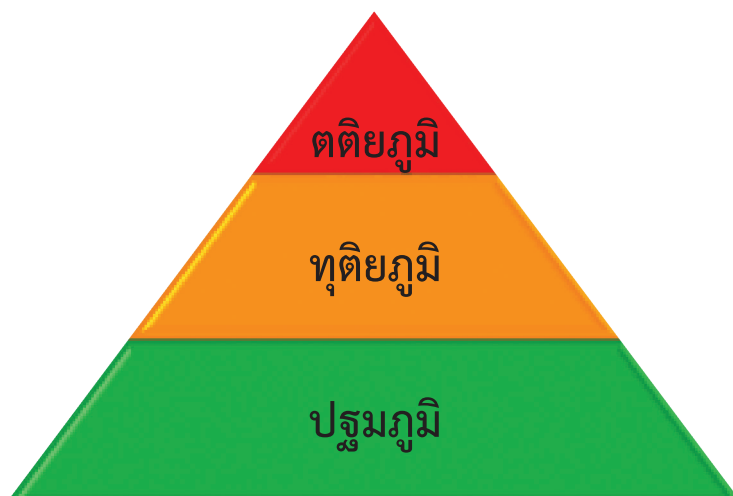
นายแพทย์โสภณ เมฆธน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย

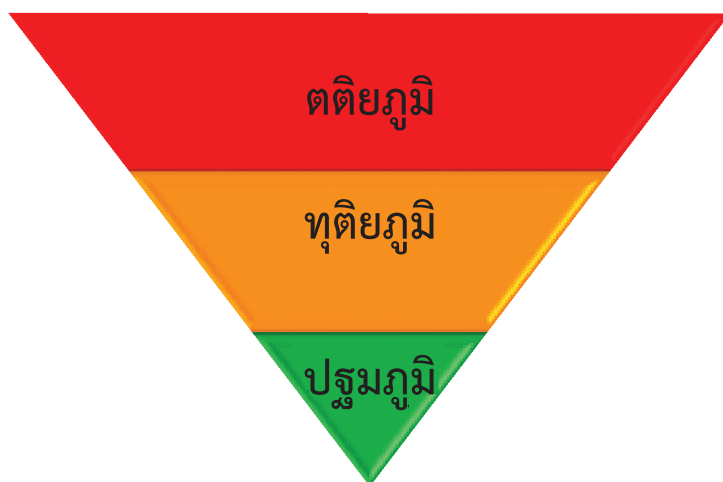
การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยขณะนี้ ขยับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้เกิดความแออัด ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความไม่พึงพอใจในการรับบริการของพี่น้องประชาชน

การให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการดูแลเป็นรายโรค เฉพาะอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพในการดูแลแบบองค์รวม เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากคนที่มีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษาหรือถามปัญหาเวลาเจ็บไข้ได้ตลอดเวลา

ระบบบริการ ทางแพทย์และสาธารณสุขควรเป็นระดับต่างๆ ในรูปสามเหลี่ยม จากฐานสามเหลี่ยมควรเป็นระดับปฐมภูมิที่ดูแลรักษาป้องกันโรคง่ายๆ ไม่ซับซ้อนที่พบได้มากมาย พื้นที่ตรงกลางของสามเหลี่ยมเป็นการดูแลขั้นทุติยภูมิ ยอดปลายแหลมของสามเหลี่ยมเป็นพื้นที่การดูแลด้วยตติยภูมิคือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ขณะนี้ระบบบริการของประเทศไทยจึงเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยมทำให้มีโอกาสล้มได้ตลอดเวลา



ภาพที่ ๑ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ควรเป็น



ภาพที่ ๒ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน

แนวคิดในการแก้ปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลในยุคนี้จึงต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วยคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนในจำนวน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ.๒๕๕๙ ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประชาชนทุกคนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแล แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เหมือนพี่น้องประชาชนสามารถซื้อของเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ที่ร้านสะดวกซื้อหน้าปากซอยไม่จำเป็นต้องไปที่ห้างสรรพสินค้าในการเลือกซื้อสินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ความสะดวกสบายและเป็นกันเองตลอดจนดูแลได้ใกล้ชิดเหมือนคลินิกหมอส่วนตัวที่ยังได้รับความนิยมจากประชาชนส่วนใหญ่

บทบาทคลินิกหมอครอบครัว

ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ

บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค

บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้าน และในชุมชน

บริการตลอดเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหา เรื่องป้องกันรักษาและยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมี ทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบแต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้ หมอครอบครัวช่วยแนะนำดูแลหรือโทรศัพท์ ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน

การให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวไม่ใช่ Extended OPD แต่ต้องเป็นการดูแล แบบองค์รวม มีพี่น้องประชาชนในการดูแลรับผิดชอบชัดเจน เป็นความท้าทายอย่างยิ่งเพราะ ในขณะนี้ประชาชนให้ความเชื่อถือและไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงต้องจัดให้เป็น การบริการคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพ ดูแลใกล้ชิดเป็นกันเอง เป็นทีมประจำดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน ๑๐,๐๐๐ คน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพตามตารางที่ ๑ โดยทันตแพทย์และเภสัชกร หนึ่งคนดูแลประชากร ๓๐,๐๐๐ คน ดังนั้นต้องร่วมทีม ๓ ทีม กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกัน ของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจาก โรงพยาบาล

ตารางที่ ๑ แสดงองค์ประกอบด้านบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/ ๑ ทีม	จำนวนรวม/ ๑ PCC
๑	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๒	ทันตแพทย์	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๓	พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว/พยาบาลวิชาชีพ	๑ : ๒,๕๐๐	๔	๑๒
๔	ทันตภิบาล	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๕	เภสัชกร	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๖	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๗	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	๑ : ๒,๕๐๐	๔	๑๒
๘	แพทย์แผนไทย	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๙	กายภาพบำบัด	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑

หมายเหตุ องค์ประกอบของบุคลากรนี้แสดงสายวิชาชีพหลักเท่านั้น

จำนวนของบุคลากรที่กำหนดในทีมหรือใน Cluster ตามตารานั้นเป็นจำนวนขั้นต่ำที่กำหนดให้มีหากสถานที่ใดสามารถจัดให้มีจำนวนเกินกว่าที่กำหนดในตารางข้างต้นนี้ให้ดำเนินการต่อเนื่องจากเดิม (ไม่จำเป็นต้องปรับลดจากเดิม) บุคลากรที่จัดสรรให้ทำงานในคลินิกหมอครอบครัว เป้าหมายให้มีความเชี่ยวชาญในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

สถานที่ทำงานเปิดเป็นคลินิกหมอครอบครัว ถ้าเป็นเขตเมืองอาจใช้เช่าตึกแถว ปรับปรุงศูนย์สุขภาพชุมชน อาจจัดสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่แล้ว สำหรับเขตเมืองหรือบริเวณที่มีประชากรหนาแน่น เสนอให้มี ๓ ทีมทำงานในสถานที่เดียวกัน เพื่อความคุ้มค่าของทรัพยากร แต่ในเขตชนบทอาจมีที่ตั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนึ่งทีมดูแลประชากร ๑๐,๐๐๐ คน

เป้าหมายในการดำเนินงาน

๑. ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๔๘ ทีมในเขตเมือง ๑๖ จังหวัด
๒. ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๗๖ ทีมในเขตชนบท หรือโรงพยาบาลชุมชนทุกจังหวัดๆ ละ ๑ ทีม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง ดำเนินการ เพิ่มเติมจากปี ๒๕๕๙ อีกโรงพยาบาลละ ๑ Cluster (๑ แห่ง หรือจำนวน ๓ ทีม)
๓. ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๒๕๐ ทีม
๔. ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ จำนวน ๖,๕๐๐ ทีมครอบคลุมทั่วประเทศ

สิ่งที่ประชาชนได้รับจากคลินิกหมอครอบครัว

๑. การให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี เช่น
 - ๑.๑ การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล ANC ใกล้บ้านด้วยหมอและพยาบาล คนเดิม สามารถตรวจพบความผิดปกติได้รวดเร็ว มีระบบส่งต่อที่รวดเร็วพบผู้เชี่ยวชาญตรงสาขาที่เป็นปัญหาของประชาชน
 - ๑.๒ คลินิกสุขภาพเด็กดี ให้คำปรึกษาตรวจพัฒนาการของเด็กเพื่อให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่ดี
 - ๑.๓ งานอนามัยโรงเรียน ทำให้เด็กนักเรียนเติบโตสมส่วน ป้องกันโรคและลดการสูญเสียจากโรคที่ไม่สมควร เช่น การจมน้ำเสียชีวิต
 - ๑.๔ NCD Clinic คุณภาพ มีการคัดกรองสามารถลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโรคที่ดี สามารถควบคุมได้ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง ตาบอด หรือมีปัญหาเป็นแผลที่เท้า เป็นต้น



๑.๕ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง

๑.๖ การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญหรือปัญหาของพื้นที่เช่น เอชไอวี โรค มาลาเรีย เป็นต้น

๑.๗ การตรวจสอบสุขภาพและระบบข้อมูลส่วนบุคคล Personal Health Record (PHR)

๑.๘ ระบบข้อมูลของคลินิกหออกรับ Data Center

๑.๙ ระบบให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชน Health Literacy ด้วยการใช้เทคโนโลยีเช่นระบบ LINE กรู๊ป อบรมจัดตั้งอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๑.๑๐ มีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้โปรแกรม Thai Refer หรือ Refer Link โปรแกรมรับคนไข้จาก โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น COC

๒. การบริการที่สะดวกรวดเร็ว เป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

การบริหารจัดการคลินิกหออกรับ

เน้นองค์ประกอบที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ๖ ประการคือ

๑. ระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหออกรับที่รับผิดชอบประชาชนเป็นการประจำ ด้วยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานจากโรงพยาบาลบูรณาการการทำงานกับทีมหมออนามัย เป็นการประกาศส่งแพทย์ลงให้บริการประชาชนในระดับตำบลเป็นครั้งแรกของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายจัดทีมหออกรับทั้งหมด ๖,๕๐๐ ทีมครอบคลุมประชากรทั้งประเทศภายในระยะเวลา ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๕๙- พ.ศ.๒๕๖๙)

๒. บุคลากร วางแผนกำลังคนทั้งทีมเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจาก FTE ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้แผนกำลังคนตามสัดส่วนประชากรที่ได้วางไว้แล้ว การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกันผลิตผู้เชี่ยวชาญให้ได้จำนวน ๖,๕๐๐ คนภายใน ๑๐ ปี ระยะแรกรับสมัครแพทย์ที่เกษียณอายุราชการและอบรมระยะสั้นเพื่อเข้าเป็นทีมหออกรับ ปีละ ๑๒๐ ถึง ๑๕๐ คน ระยะที่สองเป็นการฝึกอบรมโดยใช้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการรับรองมาตรฐานจากราชวิทยาลัย ระยะยาวจะมีการผลิตแพทย์จากผู้ปฏิบัติงานที่จบปริญญาตรีในกระทรวงสาธารณสุข และการเรียนการสอนแบบใหม่ที่ให้นักศึกษาแพทย์ได้รับความรู้จากการเรียนในระดับอำเภอพร้อมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

ระบบแรงจูงใจเพื่อให้มีผู้มาปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวโดยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเงินเพิ่มพิเศษอื่นๆ ตามนโยบายเราเน้นให้มีแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสาขาระบาดวิทยา ให้ได้รับค่าตอบแทน พตส. มากกว่าสาขาอื่นๆ

๓. การเงินการคลัง จัดงบประมาณสนับสนุนให้อยู่ในเงินรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติม จำนวน ๑๐๐-๒๐๐ บาทต่อประชากร การบริหารจัดการ ยังคงให้อำนาจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารจัดการ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการเช่นเดิมและถ้าได้ผลงานตามเป้าหมาย กำหนดให้เลื่อนขึ้นเป็นชำนาญการพิเศษได้ (ต้องทำแผนขออนุมัติจาก กพ. โดยยกเว้นไม่ต้องหาตำแหน่งมายุบ) การแยกบริหารแบบ CUP Split ต้องดูความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบจัดงบประมาณสนับสนุนเพื่อซื้อครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ตามความจำเป็น

๔. ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี ให้เป็นระบบยาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย

๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาและวางนโยบายตลอดจนการติดตามประเมินผล ทั้ง ๔๓ แห่งและระบบ PHR

๖. ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล ต้องมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ครอบครัวมีความยั่งยืนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริหารจัดการแบบประชารัฐ การบูรณาการ ภายในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการอื่นและภาคประชาชน

บทสรุป

คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ **ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน** เป็นการประกาศส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และครอบครัวทั่วประเทศภายใน ๑๐ ปี เป็นนโยบายที่ดำเนินการตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๙

เป็นการพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยที่ปัจจุบันตั้งบนยอดสามเหลี่ยม ให้กลับมาวางบนฐานของสามเหลี่ยมด้านกว้างเพื่อความมั่นคงแข็งแรงของระบบบริการสาธารณสุขไทย คลินิกหมอครอบครัวจะประสบความสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกันผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนด้วยความวิริยะ อุตสาหะ ความรู้ความสามารถ และความมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์สุขของพี่น้องประชาชน

“บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

“คลินิกหมอครอบครัว” (PCC : Primary Care Cluster) จัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวคือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) มาใช้ในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความท้าทายของที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และใช้หลักการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

นโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิโดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากรและชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีที่พึ่งยามเจ็บไข้ได้ป่วย เสมือนการมีหมอเป็นญาติ และให้ทีมรวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่าย (Cluster) เพื่อร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มเครือข่าย (Cluster) นี้ต้องเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายระบบบริการในระดับอำเภอ (District Health System) อีกด้วย

ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม ๓ ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ ๑ แห่งจนถึง ๓ แห่งได้ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า

โดยให้ทีมสหวิชาชีพนี้จะต้องเป็นผู้จัดบริการประจำให้กับประชาชนที่ดูแล บางวิชาชีพจำเป็นต้องให้ทำการหมุนเวียนทำงานใน ๓ ทีมภายในคลินิกหมอครอบครัว แต่ไม่ให้หมุนเวียนในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ สำหรับการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) นี้สามารถใช้หน่วยบริการเดิม หรือจัดตั้งหน่วยบริการเพิ่มขึ้นใหม่ให้พิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อให้จัดบริการได้ตรงตามวัตถุประสงค์และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทคลินิกหมอครอบครัว...ทำอะไร

ระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว คือ “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” แต่สามารถเทียบเคียงกับลักษณะการบริการได้ ดังนี้

บริการทุกคน	เป็นการดูแลคนทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ไปจนถึงลมหายใจสุดท้ายของชีวิต
บริการทุกอย่าง	เป็นการดูแลทุกเรื่อง ทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู
บริการทุกที่	เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องไม่เลือกสถานที่ ทั้งภายในหน่วยบริการที่บ้าน หรือในชุมชน
บริการทุกเวลา..ด้วยเทคโนโลยี	เป็นการดูแลที่ไม่จำกัดเวลา นั้นหมายถึงการจัดช่องทางให้ผู้ดูแลและผู้รับบริการสามารถติดต่อกันได้โดยใช้เทคโนโลยี มีการประสานเชื่อมโยงกันได้ ในระบบปัจจุบันที่มี LINE, Facebook เป็นช่องทางการติดต่อประสานกันได้

การสร้างให้เกิดบริการดังที่กล่าวมานี้ ต้องการการจัดองค์ประกอบที่เหมาะสมกับการสร้างกระบวนการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติ ทุกสถานที่ทั้งในและนอกชุมชน แต่การเกิดได้นั้นมีหัวใจหลักอยู่ที่การคิดถึงผู้อื่น หรือการใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั่นเอง



หัวใจหลักของการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดผลผลิตของงานขึ้นมาได้ คือ ทีมสหวิชาชีพที่จะเข้ามาเติมเต็มให้การบริการเป็นไปได้อย่างครอบคลุมกับความต้องการทางด้านสุขภาพ (Health needs) ของประชาชนในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นสภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความชราภาพที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมา รวมไปถึงความก้าวหน้าในทางด้านการแพทย์ แต่สถานการณ์ของระบบบริการที่คนหลังไหลเข้าไปในโรงพยาบาลจนทำให้เกิดความแออัดจนในที่สุดกลายเป็นปัญหาด้านการเข้าถึงบริการตามมา ทำให้คนที่ควรได้รับการดูแลต้องนอนอยู่ที่บ้านเพราะไม่สามารถรอคิวที่เนิ่นนานในโรงพยาบาลได้ การจัดทีมที่มีวิชาชีพที่จำเป็นให้ออกไปดูแลประชาชนในพื้นที่นี้ เป็นการช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการได้ดี ทำให้มีทีมก้าวเข้าไปดูแลคนในพื้นที่ได้ครอบคลุมมากขึ้น ไม่ใช่เป็นเพียงผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาหรือรับผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้เพียงดูแลคนที่ละคน แต่จะทำให้ผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพต่างๆ ได้ก้าวเข้าไปในชุมชน นำเอาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของวิชาชีพของตนไปสู่ชุมชน เสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพิ่มความรู้เพิ่มทักษะและเพิ่มการดูแลตนเองให้ถูกต้อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวนี้

อีกประการหนึ่ง คือ การเน้นย้ำให้ใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญ ๕ ประการ คือ

๑. Primary medical care หรือ Care on first contact basic เป็นผู้ดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง มักมีที่ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานได้สะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

๒. บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วย แต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

๓. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรม การดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship)

๔. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

๕. มีระบบคำปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงยังทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

การนำหลักการทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้จะช่วยลดช่องว่างในการดูแลสุขภาพที่ปัจจุบันมุ่งเน้นไปสู่การดูแลรายโรคมามากขึ้น จะทำให้การดูแลครอบคลุมจาก อาการ (Symptoms & Signs) ไปสู่โรค (Disease) ไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ให้การคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้น

สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ

สิ่งที่คาดหวังจากบริการนี้ คือ เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดุจญาติมิตร เป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบสาธารณสุข และการจัดรูปแบบบริการที่เป็นองค์รวมทุกมิติของสุขภาพนี้ จะสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Self-care) ของคนทุกกลุ่ม คนทุกวัย จนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป

องค์ประกอบของคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

คลินิกหมอครอบครัวมิได้มีความหมายเป็นเพียงศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่งเท่านั้น แต่หมายถึงหน่วยบริการที่มีองค์ประกอบทั้งคนทำงาน หน่วยบริการ และการบริหารจัดการให้มีกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดบริการที่มีคุณค่า มีการดูแลทั้งเชิงรับ เชิงรุก ดูแลต่อเนื่อง ให้การดูแลรายบุคคล รายครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการบริการในหลายมิติ ในการดำเนินการจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจัดตั้งกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิและการจัดทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีการจัดองค์ประกอบทั้ง ๒ ส่วนแล้ว ยังจำเป็นต้องจัดให้มีกระบวนการทำงานที่ครบถ้วนเพื่อให้ได้รูปแบบบริการดังกล่าว “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ และทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

การจัดกลุ่มหน่วยปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

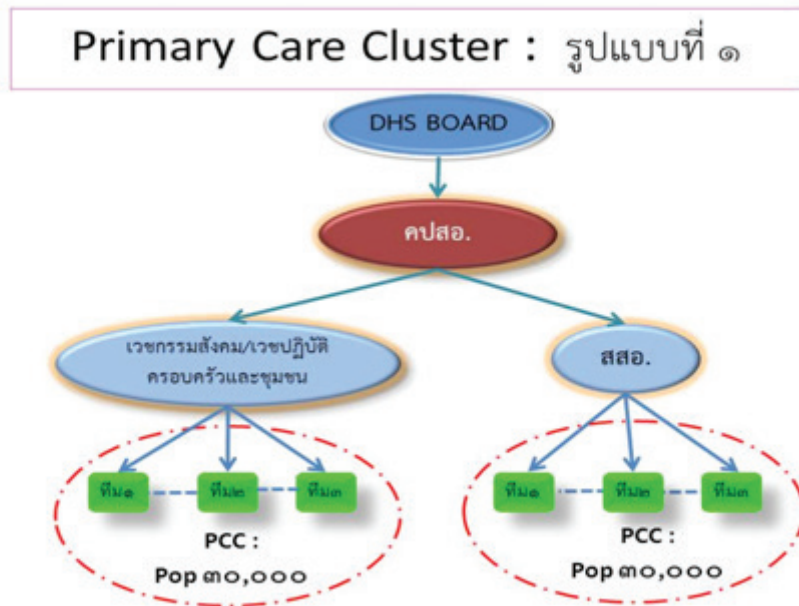
ในการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นสามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบให้ยึดประชากรเป็นศูนย์กลางในการพิจารณาจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ, การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่เป็นเขตเมืองมีประชากรหนาแน่น สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. ในเครือข่ายได้

รูปแบบของการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

รูปแบบที่ ๑ หน่วยบริการเดี่ยว (ประชากรมากกว่า ๓๐,๐๐๐ คน/แห่ง)

เขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. ประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิมีประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สามารถจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) จำนวน ๑ cluster แบ่งเป็น ๓ ทีม สำหรับในพื้นที่นอกเขตเทศบาล มี รพสต.เครือข่ายที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดูแล ให้จัดกลุ่ม รพสต.เป็นกลุ่มตามเกณฑ์ประชากร

ที่กำหนด คือ ๑๐,๐๐๐ คน/ทีมและรวม ๓ ทีมเป็น ๑ Cluster รพสต.ทุกแห่งอยู่ในสังกัดของสาธารณสุขอำเภอตามเดิม ภายใน Cluster ของกลุ่มรพสต.ให้เลือกผู้ประสานงานภายใน PCC นั้นๆ แสดงดังภาพที่ ๓ ต่อไปนี้

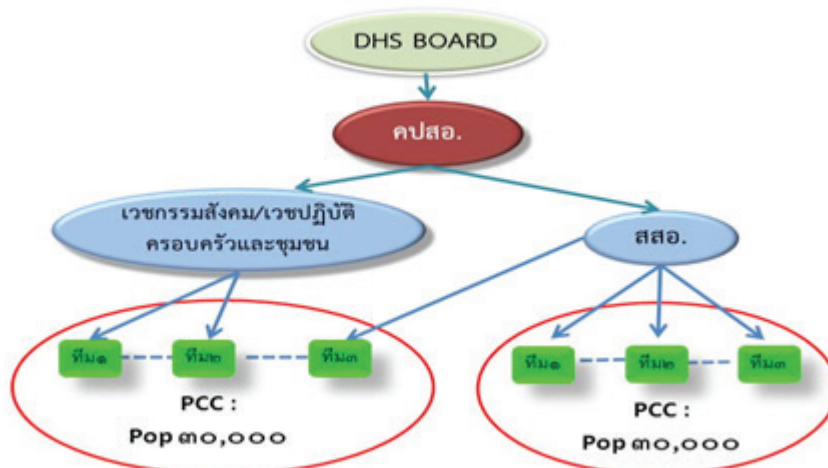


ภาพที่ ๓ แสดงการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แบบหน่วยบริการเดี่ยว

รูปแบบที่ ๒ การจัดแบบรวมหน่วยบริการ

เขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. มีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ คน (โดยประมาณ) ให้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) สามารถรวมกลุ่ม กับทีมของ รพสต.ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกันให้ได้จำนวนประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน และให้มีผู้จัดการประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) นี้ ส่วน รพสต.อื่นๆ ให้จัดเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดและให้ทุกคลินิกหมอครอบครัว (PCC) มีการมอบหมายผู้ประสานงานและจัดการ แสดงดังภาพที่ ๔

Primary Care Cluster : รูปแบบที่ ๒

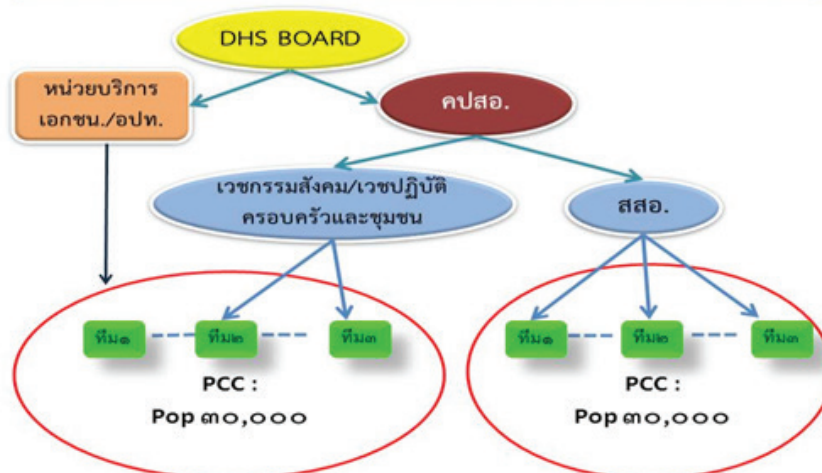


ภาพที่ ๔ แสดงการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แบบการจัดแบบรวมหน่วยบริการ

รูปแบบที่ ๓ กรณีที่มีหน่วยบริการเอกชนร่วมจัดบริการ หรือ หน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอก กระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่รับผิดชอบมีหน่วยบริการเอกชนหรือหน่วยบริการอื่นสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมจัดบริการ สามารถรวมเป็นกลุ่มหน่วยบริการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวได้ โดยให้กำหนดพื้นที่และประชากรให้รับผิดชอบชัดเจน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แสดงดังภาพที่ ๕

Primary Care Cluster : รูปแบบที่ ๓



ภาพที่ ๕ แสดงการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แบบหน่วยบริการเอกชนหรือสังกัดอื่นร่วมจัดบริการ

อย่างไรก็ตามทีมผู้ให้บริการสามารถเลือกจัดเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบโดยยึดหลักจำนวนประชากรที่รับผิดชอบความสะดวกในการเข้าถึงบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ สำหรับการจัดการภายในเครือข่ายจำเป็นต้องจัดให้มีคณะทำงานประสานงานภายในเครือข่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การจัดทีมสหวิชาชีพ

การจัดให้มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพดูแลประชากรที่รับผิดชอบ แต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากรสายวิชาชีพต่างๆ ตามตารางที่ ๑ (ดังปรากฏในบทนำ) โดยจำนวนของบุคลากรที่กำหนดในทีมหรือใน Cluster ตามตารางนั้นเป็นจำนวนขั้นต่ำที่กำหนดให้มี หากที่ใดสามารถจัดบุคลากรได้ในสัดส่วนที่มากกว่านี้สามารถจัดได้ตามบริบทของแต่ละแห่ง เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่

สำหรับบุคลากรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงานภายในคลินิกหมอครอบครัวที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ งานด้านการเงิน, งานข้อมูลและคอมพิวเตอร์, งานจัดการทั่วไป เป็นต้น จึงได้จัดให้มีบุคลากรสายสนับสนุนตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนบุคลากรสายสนับสนุนในคลินิกหมอครอบครัว

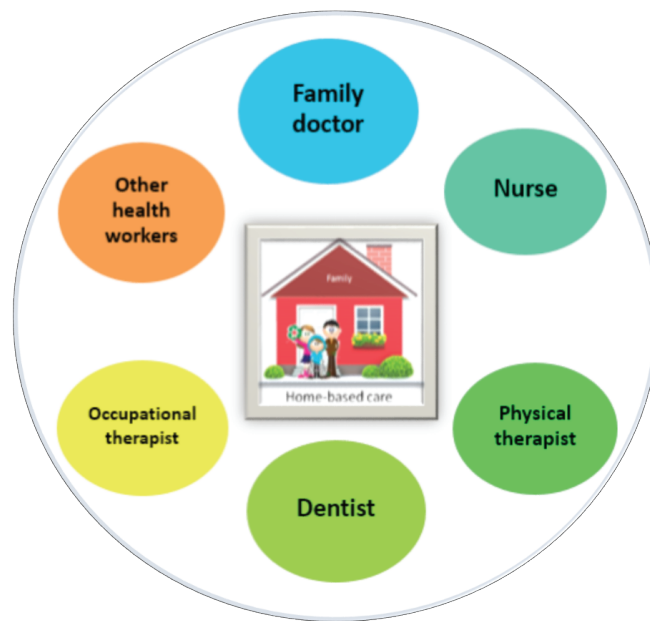
ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/ ๑ ทีม	จำนวนรวม/ ๑ PCC
๑	เจ้าหน้าที่ธุรการ	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๒	เจ้าหน้าที่การเงิน	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๓	พนักงานพิมพ์	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๔	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๕	แม่บ้าน	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๖	คนงาน	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓

หมายเหตุ จำนวนบุคลากรที่แสดงนี้เป็นกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำที่ควรมีใน PCC

กรอบอัตรากำลังของบุคลากรที่จัดไว้นี้ ให้เป็นการจัดเพิ่มเติมจากกรอบอัตรากำลังปกติที่มีอยู่เดิม เช่น แพทย์ให้ตำแหน่งอยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยให้เป็นอยู่ในกรอบอัตรากำลังของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ให้จัดทำคำสั่งส่งไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย เป็นต้น

กำหนดให้แพทย์ต้องเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีวุฒิเป็นวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หากไม่มีแพทย์ที่มีวุฒิดังกล่าว สามารถให้แพทย์ที่สนใจเข้าร่วมงานโดยต้องผ่านการอบรมระยะสั้น (Short course training) ที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับรองหลักสูตรแล้ว ส่วนบุคลากรอื่นๆ ที่ขาดแคลนให้ทำแผนจัดหาอัตราากำลังเพิ่มเช่นกัน

การทำงานของทีมสหวิชาชีพ



ภาพที่ ๖ แสดงการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

จากภาพที่ ๖ แสดงให้เห็นความเป็นกลุ่มของทีมสหวิชาชีพที่มาร่วมตัวกันโดยมีประชาชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเปรียบเสมือนทีมสหวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่ร่วมกันดูแล ในการทำงานจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญของทุกคนในทีมมาผสมผสานกัน เช่น องค์ความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว องค์ความรู้ในเรื่องชุมชนที่อยู่อาศัยและความรู้เฉพาะทางของวิชาชีพต่างๆ

เทคนิคในการทำให้วิชาชีพกลายเป็นทีมนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะแต่ละคนมีความเก่งเฉพาะตัว จึงต้องมีการจัดวางตำแหน่งในการแสดงบทบาทของแต่ละคนในทีมให้เหมาะสม หลักการสำคัญที่ควรนำไปใช้ คือ

- การดูแลที่ยึด “ผู้ป่วยและครอบครัว” เป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากการประเมินภาวะความเจ็บป่วย (Illness) เป็นหลักก่อน ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจโดยการประเมินอาการทางคลินิกและความซับซ้อนทางด้านจิตใจ ครอบครัว
- จัดให้ทีมมีส่วนร่วมดูแลรับผิดชอบสุขภาพ โดยมอบบทบาทในการประเมินตามความถนัดเฉพาะด้านของสาขาวิชาชีพนั้นๆ

- จัดทำแผนการดูแลในลักษณะ Skill mix และทำแผนการดูแลในทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ให้เกิดการดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองานหลังจากให้บริการ ควรทำการติดตาม ประเมินผล สถานการณ์ของงาน และสุขภาพของประชาชนเป็นระยะ

ผู้จัดการระบบงานภายในคลินิกหออครอบครัว และ ผู้จัดการคลินิกหออครอบครัวระดับอำเภอ

สำหรับการจัดตั้งคลินิกหออครอบครัวที่ประกอบด้วยทีมงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ หลายๆ หน่วยมารวมกัน จึงจำเป็นต้องกำหนดให้มีผู้ที่มีหน้าที่ในการประสานงาน เพื่อให้เกิดความเรียบร้อยในการจัดการ ควรกำหนดให้มีตำแหน่งต่างๆ ดังนี้

๑. ผู้จัดการภายในทีม ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานในแต่ละทีม
๒. ผู้จัดการระบบงานภายในคลินิกหออครอบครัว (Cluster) ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมต่างๆ ที่อยู่ภายใน Cluster เดียวกันและประสานงานกับแม่ข่าย
๓. ผู้จัดการคลินิกหออครอบครัวในระดับอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่ประสานงานกับ Cluster ต่างๆ ที่เป็นลูกข่าย ควรจัดให้มีผู้จัดการทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วย

ผู้จัดการคลินิกหออครอบครัวระดับอำเภอ ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก และประสานงานระหว่าง Cluster กับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยบทบาทของผู้ประสานงานดังกล่าวอาจจะเป็นบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการหน่วยใดๆ ในกลุ่มก็ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาตามความเหมาะสมและให้เป็นการมอบหมายหน้าที่โดยคณะกรรมการบริหารระดับอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑. **ผู้ประสานนโยบาย** มีหน้าที่สำคัญคือการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบาย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้นผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่ติดตามความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และมองเห็นความสอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้

๒. **ผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ** เพื่อให้ทราบสถานการณ์และความคืบหน้าของแผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบ

๓. **ผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม** ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นไม่บ่อยอาจเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบ หากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หลายครั้ง ดังนั้นผู้ประสานงานต้องเป็นผู้เข้าใจระบบต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอและกลุ่มของตนเป็นอย่างดี

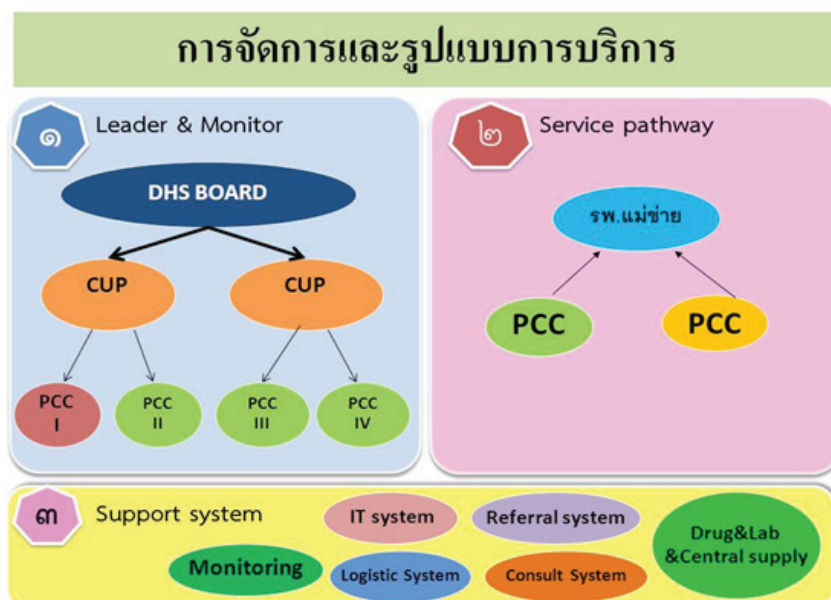
๔. ผู้ประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง ประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกกระบวนการสุขภาพด้วย อีกทั้งยังต้องกำหนดวิธีการสื่อสารระหว่างสหสาขา มิเช่นนั้นจะเกิดการดูแลคนไข้ในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วยและญาติได้ และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้

แนวทางการบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย/ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย/ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นจุดชี้ขาดถึงความสำเร็จของคลินิกหมอครอบครัว นั้นทีมบริหารของคณะกรรมการประสานงานเครือข่ายสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จึงต้องให้ความสำคัญกับบริหารจัดการรวมถึงกำหนดให้มีโครงสร้างและมอบหมายหน้าที่ ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวระดับอำเภอ อย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว

บทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการบริหารจัดการและสนับสนุนคลินิกหมอครอบครัวสามารถแบ่งเป็น ๓ ส่วนใหญ่ๆ คือ

๑. ด้านการนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor)
๒. ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย (Service Pathway)
๓. ด้านการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Support system)



ภาพที่ ๗ แสดงการบริหารจัดการและรูปแบบบริการภายในเครือข่ายอำเภอ

โดยแสดงรายละเอียดของแต่ละด้าน ดังนี้

๑. การนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor)

การนำและการอภิบาลระบบ ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่จะขึ้นกับคณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ (District Health Board) ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน โดยมีผู้ดำเนินการในระดับที่ลดหลั่นขึ้นกับบริบทพื้นที่แสดงรายละเอียดของกลไกในการจัดการแต่ละระดับได้ดังนี้

๑. คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board - DHB) ประกอบด้วยผู้นำหุ้นส่วนสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ครบทุกมิติ ทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ พึ่งพสุขภาพ และป้องกันโรค ตอบสนองนโยบายเขตสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยผ่านนโยบายลงสู่งานบริการปฐมภูมิทางคณะกรรมการประสานงานเครือข่ายสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือ CUP Board (Contracting unit of primary care Board)

๒. คณะกรรมการประสานงานเครือข่ายสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือ CUP Board (Contracting unit of primary care Board) ประกอบด้วยตัวแทนผู้ให้บริการทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ ร่วมกันกำหนดและบริหารแนวทางการจัดบริการโดยประสานงานเรื่องเงื่อนไขการให้บริการและการสนับสนุนด้านการเงินการคลังกับกองทุนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการ DHB คณะกรรมการชุดนี้ส่งนโยบายให้กับ ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ระดับอำเภอ ให้เป็นผู้ดำเนินการ

๓. ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ระดับอำเภอ เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานงาน รพสต./ศสม. ใน Cluster ทั้งเรื่อง คน เงิน ของ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของงานปฐมภูมิของ Cluster นั้นๆ เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกัน

การบริหารด้านการเงินการคลัง การจัดการด้านการเงิน โดยกำหนดแผนรายรับ-รายจ่าย

๑. กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนบริการ, ต้นทุนเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และ ต้นทุนบุคลากร เป็นต้น

๒. กำหนดให้ทีมบริหารจัดการของปฐมภูมิ เป็นผู้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจบริหารจัดการโดยใช้บัญชีรับจ่ายเสมือนจริง (Virtual Accounts) ที่ให้ทีมสนับสนุนรวบรวมข้อมูลและจัดทำขึ้นเพื่อให้สามารถเห็นภาพการรับเข้าและไหลออกของทรัพยากรที่คลินิกหมอครอบครัว

ได้ใช้ไป รวมถึงเห็นจำนวนของผลผลิตหรืองานที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทุกกิจกรรม เช่น การให้บริการผู้ป่วยนอก, การให้บริการดูแลที่บ้าน, ผลผลิตจากโครงการต่างๆ เป็นต้น โดยวัตถุประสงค์ของการจัดทำบัญชีดังกล่าวต้องการให้เกิดการวิเคราะห์ต้นทุนและผลผลิตที่ได้ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ที่จะส่งผลในระยะยาวต่อการจัดการงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้มีการจัดสรรที่เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และ/หรือ งบประมาณป้องกันโรค (PP)

๓. การจัดทำบัญชีรับจ่ายเสมือนจริงนี้ ต้องทำการรวบรวมงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้เป็นชุดรวมกัน ทั้งงบผู้ป่วยนอก, งบกองทุน PP-Basic service, บางส่วนของงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, งบประมาณกองทุนแพทย์แผนไทยและงบสนับสนุนโรคเรื้อรังหรืออื่นๆ (ถ้ามี) รวมเข้าเป็นหมวดรายรับให้โรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดแยกทรัพยากรต่างๆ ที่จัดสรรให้กับคลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่งซึ่งจะเป็นหมวดรายจ่ายรวมถึงการจัดเก็บรวบรวมยอดผู้ป่วยที่รับและส่งต่อแยกตามตามความรับผิดชอบของแต่ละ Cluster ด้วย เพื่อนำไปคำนวณเป็นหมวดรายจ่ายของแต่ละ Cluster (รายละเอียดการจัดทำบัญชีรับจ่ายเสมือนจริงอยู่ในภาคผนวก)

๔. การบริหารงบส่งเสริมป้องกันโรค ได้แก่ PP-Basic Service มอบให้ คปสอ. เป็นผู้บริหารจัดการ, PP Area-based และ PP Community มอบให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ

๕. โรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องจัดทำแผนการเงิน แสดงทั้งรายรับ-รายจ่าย ดำเนินการบริหารจัดการการเงินในส่วนของงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ทั้งหมด เพื่อให้มีข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งจะต้องนำไปใช้ในการวิเคราะห์ประเมินผลและใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

๖. ด้านต้นทุนของบุคลากร ให้นำต้นทุนบุคลากรทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มอื่นๆ ของทุกคนที่เข้าปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวมาใช้ในการคำนวณต้นทุน หากมีบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปปฏิบัติงานเป็นการชั่วคราวให้มีการบันทึกเวลาทำงานของบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายตามจำนวนชั่วโมงที่ลงไปปฏิบัติงานเพื่อนำกลับมาใช้เป็นข้อมูลต้นทุนบุคลากรด้วย

๒. การกิจด้านการรับส่งต่อในระบบบริการ (Service pathway)

ในการให้บริการจำเป็นต้องมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ใหญ่ที่สุด ในแต่ละคลินิกหมอครอบครัวสามารถออกแบบระบบการส่งต่อภายในด้วยตนเองได้ในแต่ละเครือข่ายโดยพิจารณาตามความปลอดภัย ความสะดวกและความเหมาะสมในด้านต่างๆ (ในกรณีที่มีที่ตั้งของหน่วยบริการหลายจุดเกินจำนวนแพทย์ที่มี) เมื่อเกินขีดความสามารถจึงจะส่งต่อเข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการส่งต่อนี้จะเป็นถือเป็นรายจ่ายของคลินิกหมอครอบครัวแต่ให้เน้นหลักการของความปลอดภัย การเข้าถึงบริการเป็นได้อย่างต่อเนื่อง หากต้นทุนด้านนี้สูงมากทีมบริหารควรพิจารณางานด้านส่งเสริมป้องกัน หรือการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีศักยภาพในการจัดการต่างๆ เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม

๓. ด้านการจัดระบบสนับสนุนให้แก่คลินิกหมอครอบครัว

ภารกิจในการบริหารจัดการและประสานเครือข่ายที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

ระบบเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ (Drug & Instrument)

จัดให้มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีบัญชียาภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

๑. บัญชียาเครือข่ายมีการใช้บัญชียาร่วมกัน สามารถแบ่งบัญชีรายการยาตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่

๒. การกระจายและการขนส่ง มีการจัดระบบการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ ควบคุมคุณภาพการขนส่ง โดยเฉพาะระบบ Cold chain ในการเบิกจ่ายวัคซีน

๓. การนิเทศคลังยา ได้แก่ การตรวจเยี่ยมคลังยา ประเมินคุณภาพในการจัดเก็บยา ประเมินกระบวนการจ่ายยาใน รพสต. เป็นต้น

ระบบบริการด้านชันสูตรโรค (Lab & Investigation)

การจัดระบบบริการด้านชันสูตรโรคในคลินิกหมอครอบครัวตามความจำเป็น เพื่อบริการที่มีขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ และเป็นการอำนวยความสะดวกต่อผู้รับบริการ แต่ไม่จำเป็นต้องให้การชันสูตรได้เท่าเทียมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยสามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตรโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อความคุ้มค่า และมีการกำกับคุณภาพมาตรฐานในการชันสูตร

ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านวิชาการ (Conference case)

๑. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นหรือข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยที่จัดทำโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้มีการดูแลเป็นทิศทางเดียวกัน

๒. การจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อให้บุคลากรใน PCC มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ในการพัฒนางานวิชาการนั้น นอกจากการจัดอบรมดังกล่าว ยังสามารถสอดแทรกความรู้เชิงวิชาการได้ทุกเมื่อ อาจเป็นการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานประจำ (On the job training) หรือการจัดประชุม Conference case รวมถึงการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งได้มีการจัดเป็นประจำ

ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System)

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ ๔๓ แฟ้มมาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านคลังข้อมูลระดับอำเภอและจังหวัด ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือ และ

สามารถนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการดังนี้

๑. จัดให้มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่าย และมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ที่มีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระดับพื้นที่ (ระดับอำเภอ) ต้องมีจำนวนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เสริมคอมพิวเตอร์ (Computer Accessories) ให้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ และสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมและประมวลผลข้อมูล โดยจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Validation) และส่งให้ทันเวลา

๒. การนำระบบข้อมูลสารสนเทศไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเพื่อการบริหาร เป็นการประมวลผลและสรุปข้อมูลที่สำคัญ เพื่อใช้ในการวางแผนงาน การจัดสรรทรัพยากร ด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเพื่อการบริหาร จัดระบบบริการด้านต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการและความครอบคลุมโดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิ การรักษาต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในขณะเดียวกันจะต้องคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลด้วย โดยต้องกำหนดลำดับขั้นของผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยที่รัดกุม

ระบบขนส่งภายในเครือข่าย (Logistic system)

เป็นระบบพื้นฐาน ที่ใช้สำหรับการขนส่งทุกอย่างภายในเครือข่ายอำเภอ ได้แก่ การส่งเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา, วัสดุทางการแพทย์, การส่งเลือด/สิ่งส่งตรวจชั้นสูตรโรค, การรับขยะติดเชื้อกลับเข้าสู่โรงพยาบาล เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในการบริหารจัดการเพื่อให้ครอบคลุมภารกิจงานทั้งหมดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเหมาะสมทั้งจำนวนและวิชาชีพซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดทำให้เพียงพอด้วย

หัวใจสำคัญของการดำเนินงาน Primary Care Cluster “คลินิกหมอครอบครัว” คือ การดูแลคนไข้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Person & Patient-centered primary care) อาศัย ทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำเอาความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขาวิชาชีพมาทำให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเต็มประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ครอบครัว แข็งแรง (Healthy family) และชุมชนเข้มแข็ง (Community care) เพื่อให้เกิดลักษณะบริการ “สร้างนำซ่อม” หรือมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยการออกแบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของประชาชน ซึ่งไม่เพียงเป็นการเข้าถึงคลินิกบริการ แต่ต้องเป็นการเข้าถึงชีวิตและจิตใจ ระบบต้องมีพื้นที่ ให้ประชาชนสามารถเรียนรู้วิธีการที่จะมีสุขภาพดี เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองยามเจ็บป่วยตั้งแต่ขั้นต้น ไปจนถึงสิ้นสุดศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ ดังนั้นบริการปฐมภูมิซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องมีช่องทางสร้างความสัมพันธ์กับประชาชนทุกกลุ่มทั้งกลุ่มป่วย หรือกลุ่มปกติ ทุกเพศหรือ ทุกวัย บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในระบบปฐมภูมิจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะนำเอาความเป็นมืออาชีพ ด้านสุขภาพสอดแทรกเข้าไปในรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ที่ตนดูแล จึงต้องมีความเข้าใจในความ เป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดี กล่าวได้ว่า ระบบบริการที่ดีควรมีความเป็นเนื้อเดียวกับบริบทของชุมชนนั้นๆ เครื่องมือที่สำคัญที่จะทำให้เกิด การดูแลในรูปแบบที่ไฝฝืนนั้น คือ หลักคิดของการแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นการ แพทย์สาขาที่มีอัตลักษณ์ในการดูแลคน มากกว่าดูแลโรค เน้นองค์รวมมากกว่าดูแลด้านใดด้านหนึ่ง เพียงอย่างเดียว และเน้นการดูแลต่อเนื่องทุกช่วงของการเจ็บป่วยและดูแลคนทุกคนในครอบครัว ไม่จำกัดการดูแลเพียงบางเพศหรือบางกลุ่มวัย

ในปี ค.ศ.๑๙๙๘ ที่ผ่านมา WHO Regional office for Europe ได้ตีพิมพ์ลักษณะที่สำคัญ ของการแพทย์สาขานี้ไว้ใน Framework for Professional and Administrative Development of General Practice & Family Medicine” ซึ่งมีรายละเอียดสำคัญ ๗ ประการ ดังนี้

๑. ทั่วไป (General) ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่เลือกเพศ อายุ ชนชั้น หรือโรค

๒. ต่อเนื่อง (Continuity)

๓. เบ็ดเสร็จ (Comprehensive) ทุกด้านครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ป้องกันโรค (Disease prevention) รักษา (Curative) และฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ควบคู่กับการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๔. การประสานงาน (Coordinated) กับภาคีส่วนต่างๆ
๕. ความร่วมมือ (Collaborative) ทำงานเป็นทีม
๖. เข้าถึงครอบครัว (Family oriented)
๗. เข้าถึงชุมชน (Community oriented)

ในการดูแลโดยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ผู้ให้การดูแลไม่ได้เป็นเพียงผู้ให้บริการ (Provider) แต่ยังต้องเป็นทั้งที่ปรึกษา เป็นครู เป็นเพื่อน และในบางครั้งบางคราวยังต้องทำหน้าที่ประสานงานขอความช่วยเหลือจากฝ่ายต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนอีกด้วย

อีกประการที่สำคัญในการดูแลการเจ็บป่วยของคนหนึ่งคนอาจมีความทุกข์ทรมานของคนอีกหลายๆ คนซ่อนอยู่ เคยสังเกตหรือไม่ว่า.....

.....ผู้ป่วยหลายคนที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ถูกตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษมากมายแล้วก็ยังพบมีอาการอยู่.....หรือ.....ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกันแต่มีอาการไม่เท่ากัน การฟื้นคืนสภาพร่างกายไม่เหมือนกัน และอาการเจ็บปวดไม่เท่ากัน.....

จึงเป็นความจริงที่ว่า “ธรรมชาติของการเจ็บป่วยจะประกอบไปด้วย โรคและความทุกข์ บางอย่างผสมผสานอยู่ด้วยเสมอ” Klein man & Good เสนอสมการการเจ็บป่วยและรูปแบบ ดังนี้

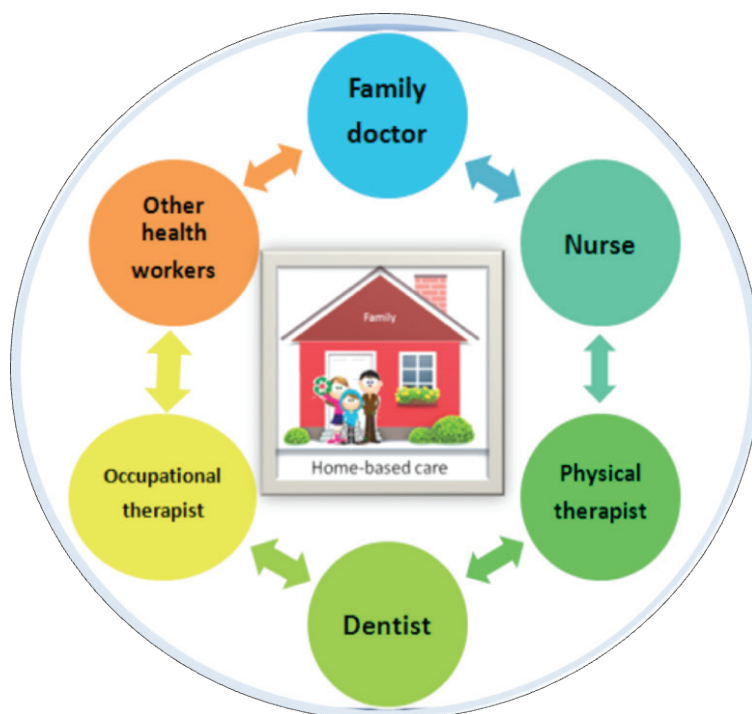
$$\text{Sickness} = \text{Disease} + \text{Illness}$$



ภาพที่ ๘ แสดง Klein man & Good Model

ดังนั้นการดูแลที่ดีต้องดูให้ลึกซึ้งว่ามีสิ่งใดซ่อนอยู่ กระบวนการในการค้นหาสิ่งที่ซ่อนเร้นสามารถนำหลักการหรือเครื่องมือทางวิชาการต่างๆ ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้นำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล “คน” ซึ่งเป็นได้มากกว่าการรักษา “โรค”

แกนหลักสำคัญในการดำเนินการให้ระบบบริการเกิดขึ้นได้ คือ บุคลากร และบุคลากรสำคัญของระบบบริการ “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster ต้องเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีหัวใจในการดูแล มีความเข้าใจยึดมั่นในหลักของการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชน ดังแผนภาพ ๙



ภาพที่ ๙ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยสหวิชาชีพ

ดังภาพที่ ๙ นี้จะเห็นว่าแก่นภายในของการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ คือ Family และ Home-based care นั้นหมายถึง การดูแลที่ใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สามารถแบ่งการดูแลออกได้เป็น ๒ ระดับ คือ

- การดูแลในระดับบุคคล (Personal care) และครอบครัว (Family care)
- การดูแลในระดับชุมชน (Community care) หรือดูแลกลุ่มประชากร (Population care) รวมถึงมีรูปแบบการดูแล ๓ รูปแบบ คือ
 ๑. Home-based directed care
 ๒. Community-based service
 ๓. Professional service ที่ประกอบไปด้วย การรักษา (Primary medical care) และการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพ (Professional support service)

ดังนั้นผู้ที่อยู่ในทีมสหวิชาชีพของ Primary Care Cluster “คลินิกหมอครอบครัว” จำเป็นต้องมีการศึกษาเนื้อหาของเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ฝึกฝนนำองค์ความรู้มาใช้เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว มีทักษะในการนำเครื่องมือของเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีอยู่อย่างหลากหลายมาใช้ให้เกิดผล

เครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดูแลแบบ Family medical care team เกิดผลได้ คือ “การคิดให้ถูก มองให้ตรง ทิศทาง” ประโยคนี้มีความหมายลึกซึ้งมาก อยู่ในชีวิตการทำงานประจำวันของเรา ซึ่งมักจะทำงานลื่นไหลไปตามเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตรงหน้า บ่อยครั้งที่เราลืมหรืออาจมองไม่ลึกถึงแก่นแท้ในการดูแล คือ การยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือที่สำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวมีหลายชิ้นและมีความลุ่มลึกในความหมาย มีรายละเอียดที่ต้องทำการศึกษาและทำความเข้าใจให้ถ่องแท้จะสามารถช่วยให้การดูแลเกิดผลสำเร็จได้ดียิ่ง ในที่นี้ขอยกเครื่องมือของเวชศาสตร์ครอบครัวสังเขป ดังนี้

เครื่องมือชิ้นที่ ๑ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ทักษะ	เนื้อหาพอสังเขป
ทักษะการสื่อสาร	การสื่อสารที่ดีนั้น คือ การที่ผู้รับสารได้รับประโยชน์จากสิ่งที่เราสื่อไป หลักสำคัญคือ การสื่อสารได้ตรงกับความต้องการยอมทำให้เกิดการสื่อสารที่สมบูรณ์ ดังนั้นผู้ที่สื่อสารต้องให้ความสำคัญกับผู้ฟังให้มากกว่าตัวเราเอง เพื่อค้นหาให้เจอว่าความต้องการที่แท้จริงคืออะไร จึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาตัวเองให้เป็นนักสื่อสารที่ดีควรพัฒนาทักษะดังนี้ ๑. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ๒. การฟังอย่างลึก (Deep listening) เป็นการรับรู้ทั้งความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของผู้ฟัง ๓. การพูดให้เกิดแรงจูงใจ แรงผลักดัน และสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดกับผู้ฟัง ๔. การเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ เข้าใจในตัวตนและบุคลิกลักษณะของผู้ที่เราสื่อสารด้วย ๕. ไม่มีอคติในการรับรู้สารที่ถูกล้อมา

ทักษะ	เนื้อหาพอสังเขป
	อย่างไรก็ตามในการสื่อสารต่างๆ ต้องพึงระลึกไว้เสมอว่า การสื่อสารนั้นไม่ได้ใช้เพียงภาษาที่เป็นเสียงหรือเป็นตัวอักษรที่ได้อ่าน ได้เห็น ได้ยิน ได้ฟังเท่านั้น แต่ยังไม่สิ่งที่เป็น อวัจนภาษา ทั้งภาษากาย สีหน้า ท่าทาง แม้กระทั่งการแต่งกายก็ยังถือว่าเป็นสารทั้งสิ้น อีกประการหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการสื่อสาร มี ๓ ส่วน คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร หากการเชื่อมต่อของผู้ส่งสารกับผู้รับสารไม่ดี ช่องทางมีเครื่องขวางกั้น อาจเป็นสัญญาณเสียงหรือภาพสะดุด แม้กระทั่งการมีอคติหรือทัศนคติลบกับผู้ส่งสารก็อาจทำให้การแปรสารผิดไปได้ เปรียบเสมือนนักกีฬาวิ่งผลัดที่ถือไม้วิ่ง หากวิ่งๆ ไปแล้วเท้าแพลงสะดุดขาตนเองล้มก็อาจทำให้วิ่งกระโผลกกระเผลก เมื่อมาถึงจุดส่งไม้การเชื่อมต่อไม้จากมือหนึ่งสู่อีกมือหนึ่งก็คงเป็นไม่ได้ดังที่คาดหวัง หรือไม้สั้นมากจากเหงื่อผู้ถือ สารนั้นอยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะแก่การส่งต่อก็ทำให้พลาดหลุดมือได้ ดังนั้นการที่เราจะเป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ในการปฏิบัติงาน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารจำเป็นต้องทำการพัฒนาทักษะนี้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นธรรมชาติในตัวเองในท้ายที่สุด
ทักษะการให้คำปรึกษา	การปรึกษา เป็นวิธีการบำบัดช่วยเหลือวิธีหนึ่งซึ่งจำเป็นต้องใช้บ่อยๆ ในงานปฐมนุญ สิ่งที่สำคัญคือการช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดได้เห็นปัญหาที่แท้จริงที่ซุกซ่อนอยู่ด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นปัญหาผิวเผิน ช่วยสะท้อนตัวตน และช่วยให้เขาตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง ผู้ให้คำปรึกษาต้องเปิดพื้นที่ในการสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงออกอย่างอิสระ ต้องมีทักษะในการสังเกตอย่างลึกซึ้งและมีทักษะในการฟัง การรับรู้ที่ดี ต้องควบคุมอารมณ์ขณะรับฟังไม่คล้อยตามกันไป จำเป็นต้องไวต่อการรับรู้ความรู้สึก แต่ไม่ใช่ผู้รับคำปรึกษาเศร้าผู้ให้คำปรึกษาเศร้าตามแล้วนั่งร้องไห้ไปด้วย สิ่งสำคัญอีกประการ คือ การสังเกตกลไกการป้องกันตนเองของผู้รับคำปรึกษา ควรสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายไม่ตึงเครียดจะทำให้ค้นหาข้อมูลและได้ข้อเท็จจริงมากขึ้น สุดท้ายในการเลือกทางออกให้ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาอาจชี้ทางออกหลายๆ ทาง ให้เขาพิจารณาหาทางที่ดีที่สุดเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่อาจตามมาเป็นความเสียหายได้

ทักษะ	เนื้อหาพอสังเขป
	และผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักการมุ่งที่ปัจจุบัน (Immediacy) เป็นเทคนิคที่ใช้ได้ในบ่อยๆ บางครั้งเรียกว่า เทคนิค “ขณะนี้” หรือ Hear and now บ่อยครั้งที่ผู้เข้ารับคำปรึกษามักจะมีการนำเอาความรู้สึก ความกังวลใจ ความวุ่นวายเป็นเหตุให้เกิดความสับสน การฝึกให้รู้จักหยุดอยู่กับปัจจุบัน รู้จักมองให้เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแบบที่รับรู้เฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้น ไม่ต้องตั้งคำถาม ไม่ต้องเติมความรู้สึกใดๆ จะเกิดประโยชน์มาก ไม่ไปยังอดีตและไม่ต้องกังวลถึงอนาคต อย่างไรก็ดีการให้คำปรึกษาแนะนำจะได้รับความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการจะต้องมีทัศนคติที่ดี มีทักษะสามารถนำเอาความรู้และวิทยายุทธต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในจังหวะและช่วงเวลาที่เหมาะสมด้วย
ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ	การเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถใช้ได้ตลอดเวลาในทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งหนึ่งในวิธีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation enhancement therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีพลัง ใช้แรงแห่งการคิดและรับรู้จากภายในจูงใจให้คนปรับเปลี่ยนแนวความคิดส่งผลถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ประกอบด้วยเทคนิคที่สำคัญอยู่ ๓ ประการ คือ ๑.) เทคนิคการประเมินสภาวะสุขภาพทั้งกายและใจ ๒.) เทคนิคการสะท้อนกลับ และ ๓.) เทคนิคการเพิ่มแรงจูงใจภายใน อาจใช้ศิลปะการพูดหักมุมเพื่อให้กระตุ้นให้เกิดการชะงักงันในความคิดแล้วท้าทายหรือเสนอหนทางเลือกต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดคิดเอง แก้ปัญหาโดยใช้ศักยภาพของตนเอง เมื่อเริ่มพบว่าผู้รับการดูแลเริ่มมีแรงจูงใจและเริ่มปรับเปลี่ยนแล้ว ควรดำเนินการสร้างแรงจูงใจให้เกิดในทิศทางบวกอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม

เครื่องมือชิ้นที่ ๒ การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือ Patient-centered care

การให้ความสำคัญกับความจำเป็นหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย เพื่อสร้างแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป ผู้ดูแลต้องเข้าใจสภาพจริงของผู้ป่วยแต่ละราย ให้การวินิจฉัยทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ไปด้วยกัน การที่จะทำความเข้าใจมุมมองแบบ Patient-centered care นั้น ต้องทำความเข้าใจคำ ๒ คำ คือ โรค (Disease) และ ความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งมีความแตกต่างกัน โรค (Disease) หมายถึง กระบวนการทางพยาธิวิทยาที่ใช้อธิบายรูปแบบของความเจ็บป่วย มีทฤษฎีรองรับชัดเจน อธิบายในผู้ป่วยทุกรายเหมือน ๆ กัน ส่วนความเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต ในความเป็นจริง เฉพาะของแต่ละบุคคล หลากหลาย ซับซ้อน สามารถอธิบายได้แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตเป็นการดูแลรักษาเฉพาะราย ไม่เหมารวม ซึ่งต้องอาศัยทักษะที่แตกต่างจากการดูแลแบบ Doctor-centered หรือ Disease-centered care ดังตารางที่ ๓ ต่อไปนี้

ตารางที่ ๓ แสดงทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบ Doctor-centered และ แบบ Patient-centered

ประเด็น	Disease-centered	Patient-centered
การวินิจฉัย	ใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการวินิจฉัย “โรค” โดยอาศัยความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ สรีระวิทยา และพยาธิวิทยาในการอธิบายการเกิดโรค ซึ่งจะมีความเห็นเหมือนกันหมดในผู้ป่วยทุกคน	ทำการวินิจฉัย ๒ ส่วน คือ การวินิจฉัยโรคแบบเดียวกับทางการแพทย์อื่นๆ ร่วมกับการใช้ทักษะต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจการคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง และความกังวล เรียนรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยปัญหาเชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมของผู้ป่วย
การดูแลรักษา	ให้การรักษาโดยใช้ความรู้ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การให้ยารักษา, การผ่าตัด, การฉายแสง, การให้ความรู้หรือให้สุขศึกษา เป็นต้น	ให้การดูแลแบบผสมผสานความรู้ทางการแพทย์เข้ากับการดูแลเชิงจิตวิทยา สังคม นำการดูแลด้านต่างๆ เข้ามาใช้อย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลไปถึงครอบครัวของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ทางเลือกต่างๆ ตามความเชื่อของผู้ป่วยร่วมในการดูแลอีกด้วย

แนวทางการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบ่งได้เป็น ๖ ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ การสืบค้นโรค (Disease) และ ค้นหาความเจ็บป่วย (Illness) มีแนวทางดังนี้ - โรค (Disease) ทำการประมวลข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษอื่นๆ ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ เพื่อวินิจฉัยโรค - ความเจ็บป่วย (Illness) ใช้หลัก IFFE คือ - I = Idea หมายถึง ความคิด - F = Feeling หมายถึง ความรู้สึก - F = Function หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันหลังจากที่มความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว - E = Expectation หมายถึง ความคาดหวังรวมถึงความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและทีมแพทย์
ประเด็นที่ ๒ การทำความเข้าใจชีวิตและครอบครัว เป็นการเรียนรู้ชีวิตเพื่อเข้าใจความเป็นอยู่ ความคิดอ่าน ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว โดยอาศัยเครื่องมือของเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ - ผังครอบครัว หรือผังเครือญาติ - ผังครอบครัวตามกาลเวลา - ประเมินวงจรชีวิตครอบครัว
ประเด็นที่ ๓ ทีมผู้ดูแลร่วมกับผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการดูแล - สรุปปัญหาร่วมกัน - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา - วางแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำการตั้งเป้าหมายหรือตั้งผลลัพธ์เป็นระยะๆ ด้วยความสนใจของผู้รับบริการ โดยใช้หลักฐานทางวิชาการเป็นแนวทางการแก้ไข
ประเด็นที่ ๔ การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/ฟื้นฟูสภาพ
ประเด็นที่ ๕ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี จำเป็นต้องอาศัยทักษะพื้นฐานโดยเฉพาะด้านการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจ สัมผัสความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องรู้จักอารมณ์ของตนเอง มีสติ รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเราโดยไม่ใช้อารมณ์ตนเองนำและมีทัศนคติที่ดีกับผู้รับการดูแล
ประเด็นที่ ๖ การดูแลบนวิถีของความเป็นจริง ไม่คาดหวังในสิ่งที่เกินขีดความสามารถ ไม่นำความคิดความกังวลต่ออนาคตมาใช้

หมายเหตุ การนำหลักการดูแลแบบ Patient-centered care ทั้ง ๖ นี้สามารถพิจารณาเลือกการดูแลได้ตามความเหมาะสม ไม่จำเป็นต้องเรียงเป็นลำดับ หรือใช้ทั้งหมดในทุกครั้งที่พบผู้ป่วย

เครื่องมือชิ้นที่ ๓ แผนภูมิครอบครัว หรือผังเครือญาติ (Family genogram)

เป็นเครื่องมือแผนภาพที่รวบรวมข้อมูลของครอบครัวนำมาวาดเป็นผังความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เป็นผังแสดงโครงสร้างของครอบครัว ที่จัดทำขึ้นให้เห็นความเชื่อมโยงของคนในครอบครัว ซึ่งจะบ่งชี้ความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งในเชิงพันธุกรรม เชิงพฤติกรรม เชิงสังคม และอื่นๆ

โครงสร้างหลักของแผนภูมิครอบครัว ประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ อาชีพ ฐานะทางสังคม การสมรส
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย โรคทางพันธุกรรม โรคเรื้อรัง
- นิสัยและพฤติกรรม
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ในครอบครัว

ตัวอย่าง ผังเครือญาติหรือผังครอบครัว

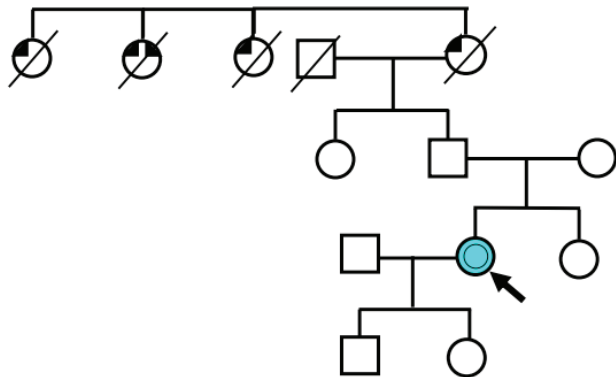
Three-Generation Genogram

•Grandparents
(Great Aunts and Uncles)

•Parents
(Aunts and Uncles)

•Patient
(Siblings and Spouse(s))

•Children



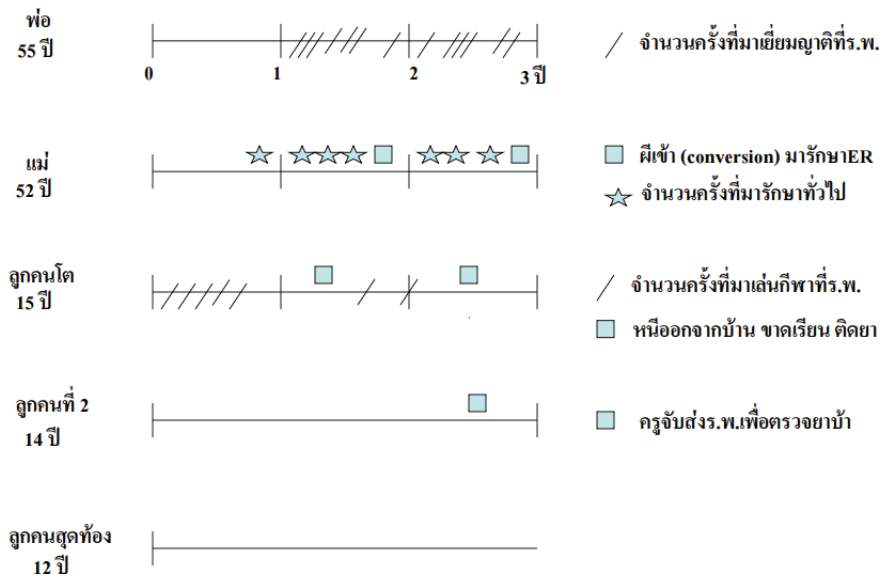
ประโยชน์ของผังเครือญาติหรือผังครอบครัว

๑. ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ทำให้เข้าใจชีวิตของคนในครอบครัวมากขึ้น
๒. ช่วยในการค้นหาศักยภาพของครอบครัวนั้นๆ ได้
๓. เนื่องจากเป็นข้อมูลที่บอกความสัมพันธ์ของครอบครัว สามารถใช้ถอดรหัสพฤติกรรมกลไกภายในครอบครัว สามารถใช้คาดเดาพฤติกรรม อารมณ์ของคนในครอบครัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการสร้างความสัมพันธ์หรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้
๔. ช่วยในการค้นหาความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ
๕. ทำให้มองเห็นภาพลักษณะหรือพฤติกรรมบางอย่างที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นกลไกการจัดการภายในครอบครัว การแก้ไขปัญหาหรือแม้แต่คาดการณ์โอกาสเกิดปัญหาในครอบครัวได้

เครื่องมือชิ้นที่ ๔ ผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time flow family chart)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลหรือเหตุการณ์ที่สำคัญๆ ของครอบครัวตั้งแต่อดีตมาถึงปัจจุบัน เป็นลักษณะของแผนภูมิบ่งบอกเหตุการณ์ต่างๆ ที่รวมทั้งความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ต่างๆ ไปที่กระทบต่อความเป็นอยู่หรือความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

ตัวอย่างของผังครอบครัวตามกาลเวลา



ประโยชน์ของผังครอบครัวตามกาลเวลา คือ

๑. ใช้ในการทำความเข้าใจครอบครัว เพื่อทำครอบครัวบำบัด
๒. สามารถใช้เฝ้าระวังความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวในอนาคตและวางแผนในการดูแลระยะยาวได้
๓. ใช้ในการทำจิตบำบัดให้กับสมาชิกในครอบครัว

เครื่องมือชิ้นที่ ๕ วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle)

เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ทีมหมอบครอบครัวมีความเข้าใจระยะต่างๆ ของครอบครัว หรือ “วงจรชีวิตครอบครัว (Family life Cycle)” เพื่อจะได้ประเมินสถานการณ์ของครอบครัว ตลอดจนภาวะเครียดที่พบได้บ่อยในแต่ละระยะ ในทุกๆ ระยะมีความเป็นธรรมชาติและลักษณะเฉพาะของภารกิจในช่วงนั้นและจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันไป

วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) คำว่า “วงจรชีวิต” หรือ Life cycle นั้นหมายถึง กระบวนการพัฒนาการในแต่ละระยะของช่วงชีวิต เริ่มตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ระยะต่างๆ ในวงจรชีวิตสามารถถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นได้ ดังนั้น “วงจรชีวิตครอบครัว” หรือ Family

life cycle จึงหมายถึง กระบวนการพัฒนาการของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว จากระยะเริ่มต้นสร้างครอบครัว ไปจนถึงระยะที่ครอบครัวขนาดเล็กลง โดยในแต่ละระยะจะมีงานพัฒนาการให้สมาชิกในครอบครัวร่วมพัฒนาเพื่อนำเอาครอบครัวเข้าสู่ระยะต่อไปได้โดยสมบูรณ์

ระยะที่ ๑ New Couple	เริ่มสร้างครอบครัว
ระยะที่ ๒ Birth of First child	ครอบครัวเริ่มมีบุตร (อายุ ๐-๒ ๑/๒ปี)
ระยะที่ ๓ Childbearing Family	ครอบครัวที่มีบุตรเล็ก (อายุ ๒ ๑/๒ - ๖ปี)
ระยะที่ ๔ Family with school-age children	ครอบครัวที่มีบุตรวัยเรียน (อายุ ๖ - ๑๓ ปี)
ระยะที่ ๕ Family with adolescent	ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น (อายุ ๑๓ - ๑๘ ปี)
ระยะที่ ๖ The launching Family	ครอบครัวที่บุตรแยกออกจากบ้านอายุ > ๑๘ ปี
ระยะที่ ๗ Retirement Family	ครอบครัวที่อยู่ในวัยเกษียณ อายุ ๖๐ ปี
ระยะที่ ๘ The old age Family	ครอบครัวที่อยู่ในวัยชราอายุ > ๖๐ ปี

ครอบครัวจะมีการพัฒนาการ คือ กระบวนการที่ครอบครัวจำเป็นต้องเผชิญ เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันทำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถผ่านระยะครอบครัวปัจจุบันเพื่อเข้าสู่ระยะต่อไปได้อย่างสมบูรณ์ โดยพัฒนาการแต่ละระยะของแต่ละครอบครัวนั้นมีความแน่นอน ชัดเจน และทุกครอบครัวต้องผ่านกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเหมือนกัน หากครอบครัวใดสามารถสร้างพัฒนาการในระยะปัจจุบันได้ดี จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข ไม่มีปัญหา และคาดการณ์ได้ว่า ระยะต่อไปจะประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวใดไม่สามารถผ่านขั้นพัฒนาการแต่ละขั้นได้ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของคนในครอบครัวด้วยเช่นกัน เพราะจะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภายในครอบครัว มีความไม่ราบรื่น ความเครียดและความกังวลในครอบครัว ดังนั้น ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับครอบครัว แพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึงระยะครอบครัวและงานพัฒนาการในระยะนั้นๆ เสมอ

การประเมินวิเคราะห์ระบบครอบครัว

๑. ทำความเข้าใจกับวงจรชีวิตของครอบครัวแต่ละระยะ ประเมินว่าอยู่ในระยะใด
๒. การวิเคราะห์ระบบของครอบครัว ได้แก่ มีใครในระบบนี้ (Family as a system), อยู่กันอย่างไร ใครมีหน้าที่อะไรกันบ้าง มีมั่งเล็กมั่งใหญ่ในครอบครัวอย่างไร
๓. ประเมินว่า ครอบครัวสามารถพัฒนาการผ่านระยะต่างๆ ได้หรือไม่ ปฏิบัติภารกิจที่สำคัญได้สำเร็จหรือไม่
๔. เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวมีการปรับตัวอย่างไร (Coping) และรูปแบบการแก้ปัญหา นั้นได้ถ่ายทอดข้ามรุ่นหรือไม่ (Family pattern)
๕. ใครคือผู้ที่อาจจะมีโอกาสเกิดปัญหาในอนาคตได้บ้าง

เครื่องมือขั้นที่ ๖ การเยี่ยมบ้าน (Home Care)

เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ทรงพลังของการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตั้งแต่การนำไปใช้เพื่อการตรวจประเมิน การศึกษาพยาบาล การส่งเสริม ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านนั้นเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่องกับ ผู้ป่วยหรือผู้พิการ พร้อมทั้งครอบครัวที่บ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษา สุขภาพ และการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ลดภาวะ แทรกซ้อนหรือความพิการซ้ำซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เป็นการช่วยให้ ความเจ็บป่วยเหลือน้อยที่สุด และยังรวมถึงการเยี่ยมในระยะท้ายของชีวิตอีกด้วย

การเยี่ยมบ้านตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นทั้งกิจกรรมที่ใช้สำหรับการดูแล รักษา หรือใช้สำหรับการค้นหาปัญหาในอีกแง่หนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้เห็นภาพรวมของชีวิตผู้ป่วย หรือประชาชนในชุมชนได้มากขึ้น จะทำให้ประมวลสถานการณ์ที่แท้จริงได้มากที่สุด ดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นเครื่องช่วยให้การดูแลแบบองค์รวมเป็นไปได้สำเร็จ ในการเยี่ยมบ้านมีทั้งความเป็นศาสตร์และศิลป์ ผู้ที่ใช้เครื่องมือนี้จะต้องรู้จักศาสตร์หรือมีองค์ความรู้ ว่า จำเป็นต้องตรวจประเมินเรื่องใดบ้าง ซึ่งส่วนใหญ่ยึดหลัก INHOMESSS ซึ่งครอบคลุม ทั้งการประเมินบุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีศิลปะในการใช้ งานเครื่องมือนี้ เมื่อไรหรือใช้จังหวะใดทำการประเมินเรื่องใด ซึ่งไม่จำเป็นต้องประเมินได้ครบถ้วน ในครั้งเดียวก็ได้

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านไม่ได้จำกัดเฉพาะการบริการทางการแพทย์หรือทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมเพื่อสังคม การประเมินภาวะโภชนาการ การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการการจัดหาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์เท่านั้น ยังรวมถึงการติดต่อประสานงาน กับโรงพยาบาลและแหล่งทรัพยากรอื่นๆ ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการได้อย่างทันที และเหมาะสม

เครื่องมือขั้นที่ ๗ ตารางส่องกายส่องใจ (Disease & Illness Analysis)

เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวิเคราะห์ว่าเมื่อไรที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลครอบครัว ลักษณะของเครื่องมืออยู่ในรูปแบบของตารางที่ทำการแบ่งกลุ่มประชากรโดยไม่ได้นำถึงสภาวะ ด้านโรคหรือด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่คำนึงถึงองค์ประกอบด้านจิตใจ ครอบครัว สังคมคู่กับ องค์ประกอบด้านร่างกาย เพื่อนำไปสู่การวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม

ตารางส่องกายส่องใจ (Disease & illness Analysis)

กระบวนการดูแล	ดูแลระดับบุคคล	ครอบครัวมีส่วนร่วม	ชุมชนมีส่วนร่วม
กระบวนการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน	A	B	C
ติดตามดูแลต่อเนื่อง +/- เยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ไม่สามารถเฝ้าระวังติดตาม และประเมินได้	D	E	F
เน้นการดูแลโดยแพทย์และทีม สหวิชาชีพ +/- เยี่ยมบ้านในกรณี ที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้	G	H	I

การแปลผล

- A เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับบุคคล โดยไม่จำเป็นต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- B เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- C เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องการให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- D เป็นกลุ่มที่เน้นติดตามดูแลต่อเนื่องในระดับบุคคล โดยไม่จำเป็นต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนช่วยเสริมการดูแล
- E เป็นกลุ่มเน้นติดตามดูแลต่อเนื่องที่ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- F เป็นกลุ่มที่เน้นติดตามดูแลต่อเนื่องที่ต้องการให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- G เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับบุคคลโดยไม่จำเป็นต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมาช่วยเสริมการดูแล
- H เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับบุคคลที่ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- I เป็นกลุ่มที่เน้นดูแลโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพต้องการให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

ตัวอย่าง การประเมินแยกประเภทผู้สูงอายุโดยใช้ตารางส่องกายส่องใจ

กลุ่มผู้สูงอายุ		
A	ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	กำลังใจดี ไม่ซึมเศร้า
B	ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกอยากตายบ้างบางเวลา แต่ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ยังคงดำเนินกิจกรรมประจำวันได้
C	ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	ซึมเศร้า หดหู่มากและตลอดเวลา หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
D	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยผู้อื่น บางครั้ง หรือบางเวลา	กำลังใจดี ไม่ซึมเศร้า
E	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยผู้อื่น บางครั้ง หรือบางเวลา	ซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกอยากตายบ้างบางเวลา แต่ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ยังคงดำเนินกิจกรรมประจำวันได้
F	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยผู้อื่น บางครั้ง หรือบางเวลา	ซึมเศร้า หดหู่มากและตลอดเวลา หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
G	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันทุกอย่างหรือตลอดเวลา	กำลังใจดี ไม่ซึมเศร้า
H	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันทุกอย่างหรือตลอดเวลา	ซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกอยากตายบ้างบางเวลา แต่ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ยังคงดำเนินกิจกรรมประจำวันได้
I	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันทุกอย่างหรือตลอดเวลา	ซึมเศร้า หดหู่มากและตลอดเวลา หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ

- ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
- ตารางส่องกายส่องใจ (Disease & Illness Analysis) สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังหรือไม่มีความพิการ ในกรณีที่มิโรคเรื้อรังหรือมีความพิการให้ใช้ตารางส่องกายส่องใจสำหรับโรคเรื้อรังและพิการตามลำดับ

เครื่องมือขั้นที่ ๘ การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning)

เครื่องมือขั้นนี้เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการทำงาน เนื่องจากการทำงานที่เน้นผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นหมายถึงการที่ต้องรับรู้ รับฟัง และทำความเข้าใจกลุ่มคนซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dynamics) โดยธรรมชาติจะไม่มีกรอบนิ่งๆ ที่มหาวิทยาลัยที่อยู่ในชุมชนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา สามารถหยิบเอาสถานการณ์ต่างๆ ที่รายล้อมรอบตัวมาเรียนรู้ได้ในทุกๆ ประเด็น และยังเป็นวิธีในการถ่ายทอดเอาความรู้ที่อยู่ภายใน (Intrinsic knowledge) ของบุคคลต่างๆ ส่งต่อไปยังรุ่นอื่นๆ ต่อไปได้อย่างแยบยลอีกด้วย

การเรียนรู้ในชุมชนนี้ไม่มีกฎแน่นอนตายตัวตามตำรา สิ่งที่สำคัญ คือ การเฝ้าสังเกต การนำทักษะในการสื่อสารซึ่งเป็นเครื่องมือขั้นที่ ๑ ถือเป็นเครื่องมือที่มาเป็นลำดับแรกที่บุคลากรต้องมีติดตัว แล้วจึงหยิบเอาเครื่องมือขั้นอื่นๆ มาใช้ตามสถานการณ์ให้เหมาะสม การนำเอาองค์ความรู้ต่างๆ มาปฏิบัติจนเกิดผลสำเร็จจนเป็นทักษะที่ติดตัวตลอดไป

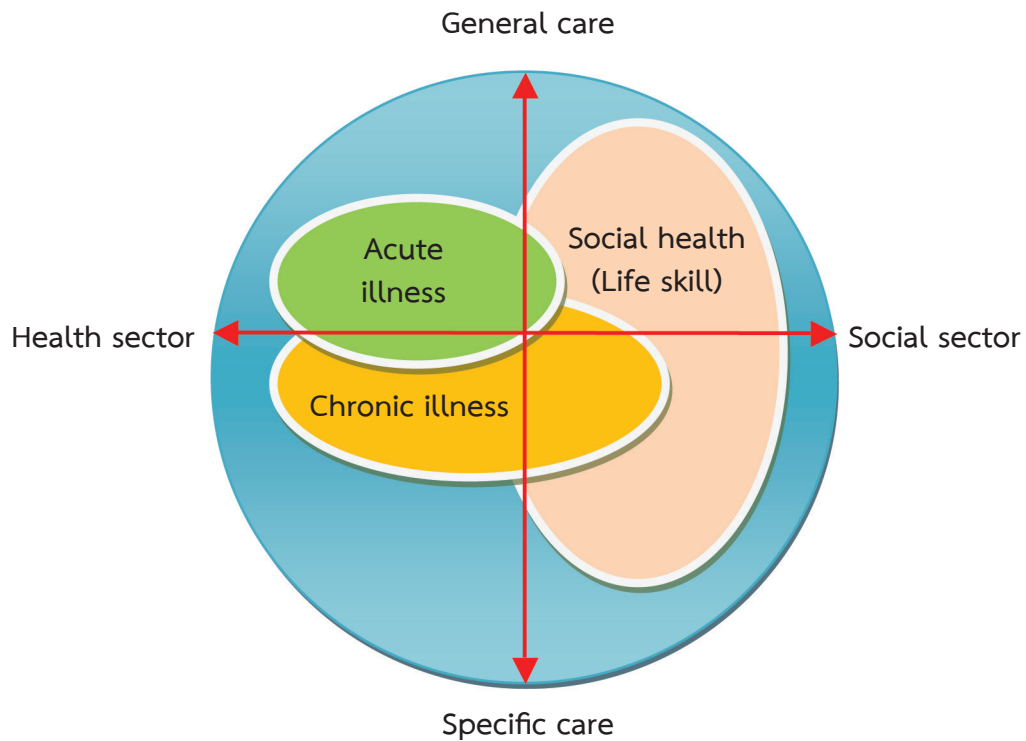
รูปแบบการจัดบริการเพื่อให้เกิดคุณค่า

นอกเหนือจากการนำเอาเครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้หยิบยกขึ้นมาแสดงในตอนที่ผ่านมาแล้วนั้น เมื่อสังเกตให้ดีจะพบว่า สิ่งที่สำคัญคือ การนำเอาไปใช้และการจัดบริการที่สามารถรองรับผู้ป่วยหรือครอบครัวซึ่งได้ผ่านกระบวนการประเมินด้านต่างๆ อย่างเป็นองค์รวมจนสามารถค้นพบปัญหาที่แท้จริงซึ่งต้องการการแก้ไข หากคลินิกหมอครอบครัวมีรูปแบบการจัดบริการแบบทั่วไปจะไม่สามารถตอบโจทย์การดูแลแบบใช้ผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Client-centered care) ได้เลย ประเด็นที่ต้องเรียนรู้และนำไปปฏิบัติต่อไป มี ๒ ประเด็นที่สำคัญ คือ

๑. การนำเครื่องมือประเมินตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้
๒. การจัดบริการที่ก่อให้เกิดคุณค่าตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัว

การนำเครื่องมือประเมินตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ ยังสามารถแบ่งได้เป็น ๒ ขั้นตอน คือ

๑.๑ การประเมิน หมายถึง การนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริง จะเป็นหนึ่งในข้อแตกต่างของการประเมินในรูปแบบการแพทย์ทั่วไปกับการแพทย์แบบเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นแบบ Multidimensional approach ดังภาพที่ ๑๐ ซึ่งในกลุ่มที่เป็น Acute illness จะเป็นการดูแลแบบทั่วไปและเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลัก

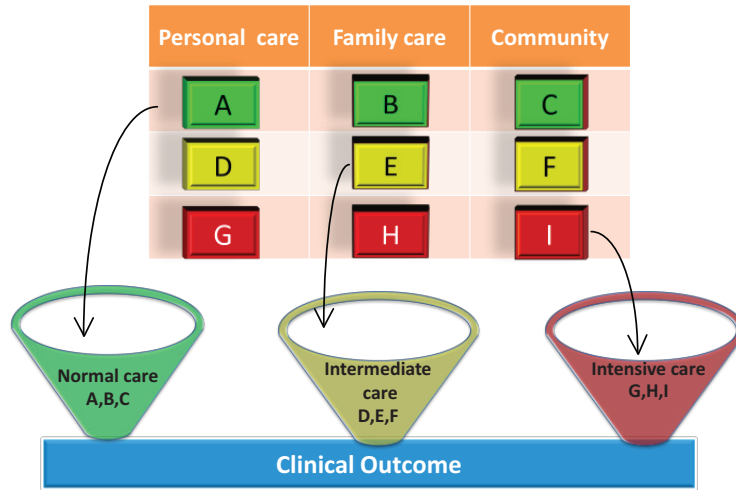


ภาพที่ ๑๐ แสดงการดูแลแบบ Multidimensional approach

สำหรับกลุ่มที่เป็น Chronic illness มักเป็นกลุ่มที่มีความต้องการในการดูแลเฉพาะเจาะจงมากขึ้น บ่อยครั้งที่เจอปัญหาเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ร่วมด้วยและจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยด้านครอบครัว ชุมชนและสังคมเข้ามาใช้ในการดูแลซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนของปัญหาและมีความจำเพาะในการดูแลเพิ่มขึ้น

ในการดูแลกลุ่มที่มีความสลับซับซ้อนไม่ตรงไปตรงมานี้จะอาศัยเครื่องมือขึ้นในการประเมินหลายชิ้น เครื่องมือชิ้นที่สำคัญอีกชิ้นที่ช่วยในการประเมิน คือ ตารางส่องกายส่องใจ หรือ Disease-Illness analysis ซึ่งช่วยแบ่งให้เห็นปัญหาและรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน อาศัยการมีส่วนร่วมเข้ามาช่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้ารับการดูแลแบบองค์รวมผสมผสานได้ (Integrated & Comprehensive care) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลได้ ดังภาพที่ ๑๑

Integrated & Comprehensive care



ภาพที่ ๑๑ แสดงการดูแลแบบ Integrated & Comprehensive care

หากเป็นการดูแลในภาพรวมของกลุ่มประชากรต่างๆ ได้ทำการแบ่งเป็นกลุ่มประชากรตามวัย ในแต่ละกลุ่มวัยเริ่มตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็ก ๐-๕ ปี กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งในการแต่ละกลุ่มพบว่ามีปัญหาทางสุขภาพกายและใจเฉพาะของแต่ละกลุ่ม มีความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันไป ได้มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือเป็นสิทธิประโยชน์ หรือ Service package ให้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆ (ดังแสดงไว้ใน บทที่๔) ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์นี้ได้แสดงบริการด้านส่งเสริมป้องกันซึ่งเป็นการบริการเชิงรุกของแต่ละกลุ่มให้เห็นชัดเจน และยังต่อเชื่อมกับ Service plan แต่ละสาขา เพื่อให้เกิดการดูแลแบบ “สร้างนำซ่อม” ขึ้น

๑.๒ การวางแผน หมายถึง การวางแผนให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงาน ยึดหลักการสำคัญ คือ การเปิดพื้นที่ในทีมให้แต่ละสาขาวิชาชีพได้นำความสามารถของตนออกมาใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวิชาชีพมากที่สุดบนพื้นฐานของการดูแลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดี (Outcome oriented) ในแต่ละสาขาวิชาชีพต่างๆ มีเครื่องมือการประเมินเพื่อการดูแลที่แตกต่างกัน ในการจัดการดูแลร่วมจำเป็นต้องให้แต่ละวิชาชีพได้นำเครื่องมือที่ตนมีออกมาใช้แล้วส่งผลการประเมินในแพทย์หัวหน้าทีมเป็นผู้ประมวลผลเพื่อให้การวินิจฉัยสุดท้าย แล้วตัดสินใจให้การดูแลโดยวางแผนการดูแลของสหสาขาไปร่วมกัน

แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่นำมาแสดงในบทนี้เป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติแบบสั้นๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวควรทำการศึกษาหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว เครื่องมือต่างๆ และการนำไปใช้เพิ่มเติมได้จากคู่มือต่างๆ เพื่อให้ได้ความรู้ที่ละเอียดลึกซึ้งขึ้นจะช่วยให้การปฏิบัติงานได้รับผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน เครือข่ายต่างๆ เพื่อให้การดูแลประชาชนที่มีคลินิกหมอครอบครัวเป็นแกนหลักสร้างให้เกิดรูปแบบการให้บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี สามารถสรุปได้ว่ามีรูปแบบบริการที่สำคัญ ดังนี้

๑. บริการผสมผสานในสถานบริการ
๒. บริการต่อเนื่อง ได้แก่ บริการตรวจเยี่ยมที่บ้าน (Home visit and Home care), การติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน, การส่งต่อไปหน่วยบริการอื่นๆ, การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นต้น
๓. บริการเชิงรุกในชุมชน
๔. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม
๕. การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน

ตารางที่ ๓ แสดงรูปแบบการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
๑	การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ (สามารถใช้วิธีร่วมกันจัดคลินิกบริการได้)	หน่วยบริการภายใน “คลินิกหมอครอบครัว” ต้องจัดให้มีบริการที่ครบถ้วนทุกด้าน โดยเป็นบริการที่เน้นการดูแลรักษาในระดับต้น มีครอบคลุมถึงการส่งเสริมป้องกัน โดยกำหนดให้มีบริการ ดังนี้ • การดูแลรักษาแบบผสมผสาน • การจัดบริการสำหรับกลุ่มวัย เช่น EPI, การตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก, การฝากครรภ์ (Antenatal care or ANC) • การให้บริการป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนต่างๆ เป็นต้น • การให้บริการทันตกรรม • การให้บริการฟื้นฟู • การให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพ เช่น เช่น ดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คลินิกลดพุง, คลินิกพัฒนาการเด็ก, คลินิกวัยรุ่น เป็นต้น

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
		• การให้บริการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย, แพทย์แผนจีน • บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ ตรวจเลือด, ตรวจภายใน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น
๒	การบริการต่อเนื่อง	การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) โดยมีกิจกรรม ดังนี้ ๑. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ หรือให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน ๒. การบริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผล, การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก เป็นต้น ๓. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน ๔. บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย • การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสาน และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งหมด • การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
๓	การบริการเชิงรุกในชุมชน	• การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการวัคซีน, การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน, ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการอาหารปลอดภัย เป็นต้น • การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค ได้แก่ การสอบสวนโรค, การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน, การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน การจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น • การดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจประเมินสถานประกอบการ เช่น การผลิตน้ำดื่ม, น้ำแข็ง, ผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพรต่างๆ เป็นต้น • การประเมินมาตรฐานสุขภาพตำบลต่างๆ เช่น ประเมินตลาด, ประเมินมาตรฐานเรือนจำ, ประเมินโรงอาหารในโรงเรียน เป็นต้น

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
๔	การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม	- สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน, การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน, การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน, การร่วมดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ, การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เป็นต้น - การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคคุณภาพ ได้แก่ เครือข่ายร้านยาคุณภาพ, ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย “Clean food Good taste” เป็นต้น - การพัฒนาศักยภาพของอสม.
๕	การรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน	- การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำ Web Application หรือระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น - การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมหมอครอบครัว เช่น การจัดตั้ง Line group สำหรับทีมหมอครอบครัว เป็นต้น

กระบวนการดูแลที่สร้างคุณค่า

สิ่งที่มุ่งหวังในการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว คือ การจัดบริการที่ดีจะสามารถดูแลประชาชนได้เสมือนญาติมิตร ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถดูแลตนเองได้ก่อนเจ็บป่วย รู้จักความเสี่ยงที่ตนมี หากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็สามารถดูแลใกล้ๆ บ้าน ไม่ต้องไปลาบาก รอคอยคิวยาวนานในโรงพยาบาลใหญ่ หากเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการที่จำเป็นต้องพึ่งพาการตรวจรักษาแพทย์เฉพาะด้านเกินกว่าศักยภาพที่คลินิกหมอครอบครัวจัดบริการให้ได้ก็สามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลใหญ่ได้สะดวก ดังนั้นการบริการจึงจำเป็นต้องจัดแบบครบวงจรในชุมชนและเชื่อมโยงให้ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ได้ เกิดกระบวนการดูแลแบบ “Seamless system” ซึ่งสามารถแสดงการเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆ ทั้งในชุมชนต่อเนื่องกับโรงพยาบาลได้ดังภาพที่ ๑๒



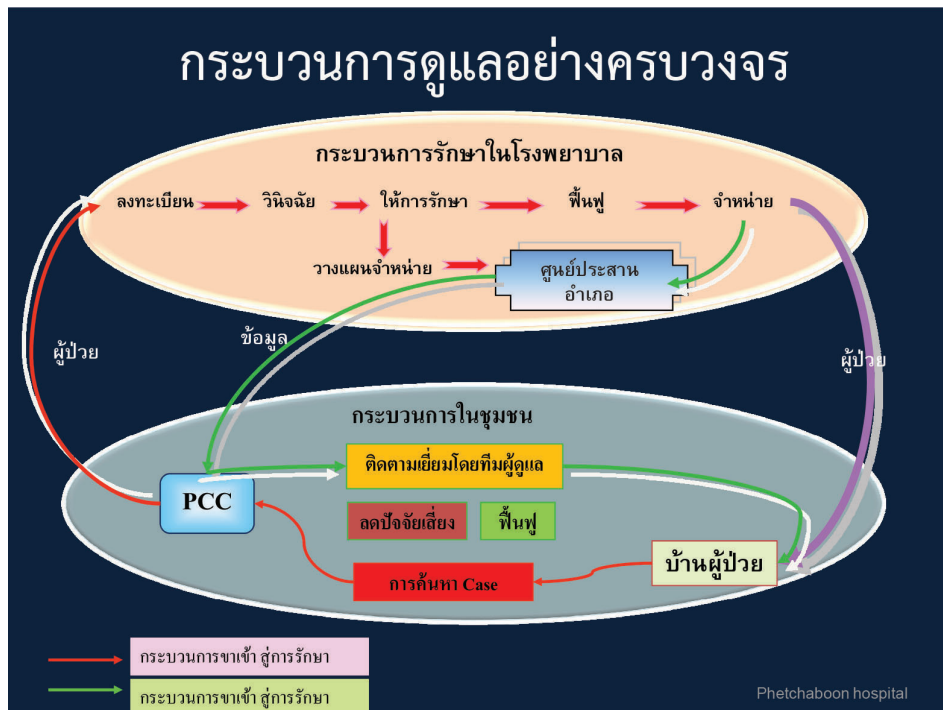
ภาพที่ ๑๒ แสดงการเชื่อมโยงระบบดูแลระหว่างระบบภายในชุมชน (Community based) กับโรงพยาบาล

จากภาพที่ ๑๒ ข้างต้นจะเห็นว่า บริการในชุมชน (Community based) มีการให้บริการทุกรูปแบบทั้งบริการที่เกิดขึ้นภายใน PCC, บริการเชิงรุกและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งเป็นกระบวนการภายในชุมชน มีระบบการดูแลต่อเนื่อง และมีภาคีที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องเข้ามาอยู่ในระบบร่วมกัน ในแต่ละรูปแบบของบริการต่างๆ มีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

๑. กระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องครบวงจร

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ จำเป็นต้องออกแบบระบบให้ประกอบไปด้วย

- การดูแลที่บ้าน (Home care) ซึ่งมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลัก
 - การเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน (Case finding) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่
 - การฟื้นฟูสุขภาพภายในชุมชน
 - การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน
- สามารถแสดงเป็นกระบวนการดูแลได้ ดังนี้



ภาพที่ ๑๓ แสดงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

จากภาพข้างต้นนี้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแล หรือ Care process ที่เชื่อมโยงการดูแลจากในโรงพยาบาลไปถึงชุมชน โดยมีการเชื่อมประสานด้วยศูนย์ประสานงานกับคลินิกหมอครอบครัว ให้มีการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดกระบวนการภายในชุมชนที่มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) เป็นผู้จัดการวางแผนการดูแลให้เกิดขึ้นภายในชุมชน

๒. การบูรณาการงานเชื่อมต่อกับบริการภายในโรงพยาบาลแม่ข่าย ตาม Service Plan

หมายถึง การนำเอาบริการของปฐมภูมิไปเชื่อมกับ Service Pplan สาขาต่างๆ เป็นการเชื่อมโยงนโยบายการจัดระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในระดับปฐมภูมิเป็นการดูแลตามกลุ่มวัยหรือกลุ่มประชากรที่สำคัญ แต่ Service Plan เป็นการดูแลรายโรคหรือรายอวัยวะ ในการเชื่อมกันนี้จะอาศัยกิจกรรมที่หลากหลายตาม Primary Service Package ที่ได้รวบรวมไว้ดังนี้

Primary Service Package บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา

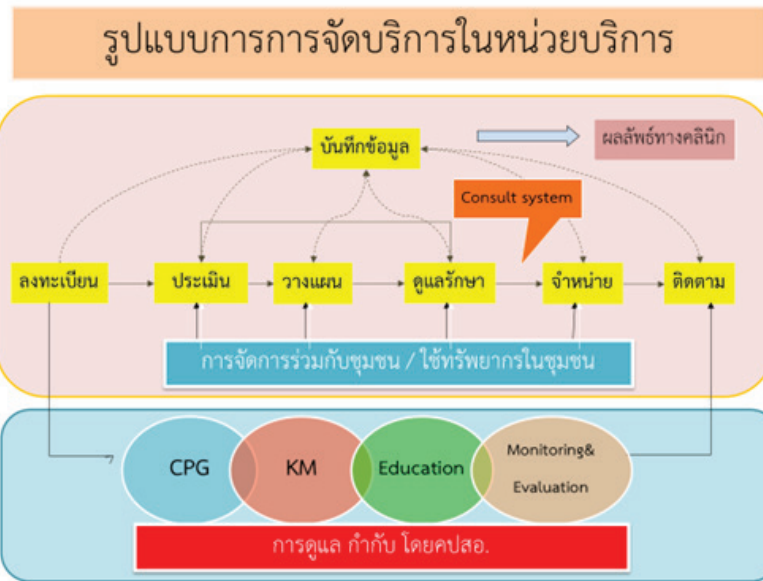
	สตรีและเด็ก ปฐมวัย (๐-๕ ปี)	เด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	วัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ ปี)	วัยทำงาน (๑๕-๕๕ ปี)	ผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) และผู้พิการ
Service Plan	Newborn, OB (ANC), Ped (Growth and development), ทันตกรรม	Ped (โภชนาการ, DHF), ทันตกรรม, จิตเวช (IQ, EQ, MQ)	- OB (ท้องไม่พร้อม), Ped, จิตเวช (ยาเสพติด สุรา), Trauma (อุบัติเหตุ)	STEMI, Stroke, Cancer (มะเร็ง ตับ ท่อน้ำดี เต้านม ปากมดลูก ลำไส้ใหญ่), Trauma, จิตเวช (สุรา บุหรี่), NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม	STEMI, Stroke, Cancer จิตเวช (สุรา บุหรี่), NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม
เป้าประสงค์	๑. ฝากครรภ์ คุณภาพ ๒. วัคซีน ครบคลุม ๓. พัฒนาการ สมวัย ๔. สุขภาพช่องปากดี	๑. ลดอ้วน ๒. สุขภาพช่องปากดี ๓. เสริม IQ, EQ, MQ ๔. ลดการจมน้ำ ๕. ลดไข้เลือดออก	๑. ท้องเมื่อพร้อม ๒. ลดนักดื่มหน้าใหม่ ๓. ขับขี่ปลอดภัย ๔. เพศสัมพันธ์ปลอดภัย	๑. คัดกรอง พฤติกรรมเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ อ้วน สุขภาพจิต ๒. แก้ปัญหา พฤติกรรมแบบสหปัจจัยเสี่ยง ๓. ส่งต่อ ภาวะฉุกเฉินได้	๑. อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ๒. เข้าถึงบริการ และได้รับสิทธิประโยชน์ ๓. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
ส่งเสริม (การสร้างเสริมสุขภาพ วัคซีน)	- ANC คุณภาพ - วัคซีนตามกำหนด - WBC คุณภาพ - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - วัคซีนตามกำหนด - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - พัฒนาทักษะชีวิต	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง ๓ ด้าน คือ ADL, ๕ โรคที่พบบ่อย และ Geriatric syn. - สุขภาพช่องปาก

	สตรีและเด็ก ปฐมวัย (๐-๕ ปี)	เด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	วัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ ปี)	วัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)	ผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) และผู้พิการ
ป้องกัน (คัดกรองความเสี่ยงและตรวจ)	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรองพัฒนาการล่าช้า ๔ ช่วง (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน)	- บริการ ๕ ด้าน - เน้นจัดการภาวะอ้วน - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรอง ๒Q/๔Q ในกลุ่มผู้ป่วย DM - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มผู้ป่วย - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มเสี่ยงสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง
รักษา (Warning sign/refer Network)	- อาการครรภ์เสี่ยงสูง - ระบบปรึกษาแพทย์ - ระบบปรึกษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบปรึกษาแพทย์ - ระบบปรึกษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบปรึกษาแพทย์	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นโรค CKD CLINIC NCD CLINIC	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นโรค CKD CLINIC NCD CLINIC
ฟื้นฟู (ติดบ้าน ติดเตียง ดูแลต่อเนื่อง ประคับประคอง)	- ดูแลหลังคลอด - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อสังคม - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ - ส่งปรึกษาทำฟื้นฟู
พัฒนา Settings	- สถานบริการสาธารณสุข ANC, LR, WCC - ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (School health)	- คลินิกวัยรุ่น - เฝ้าระวังพฤติกรรม - สร้างกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียน	- CKD NCD คุณภาพ - Stroke STEMI Alert	- คลินิกผู้สูงอายุ รพช.

	สตรีและเด็ก ปฐมวัย (๐-๕ ปี)	เด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	วัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ ปี)	วัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)	ผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) และผู้พิการ
การมีส่วนร่วม ของครอบครัว และชุมชน	- ครอบครัวอบอุ่น - สายใยรัก - โรงเรียนพ่อแม่ - ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบลนมนแม่	- ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบล IQ ดี EQ เด่น - ชุมชนหมู่บ้านไอโอดี	- วัยรุ่นใส่ใจสุขภาพห่างไกลยาเสพติด - ไม่ติดเกมส์ ไม่ติดการพนัน - ยุติความรุนแรง - ตำบลจัดการสุขภาพ - online training	- สถานที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ - โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ - ชุมชน ๓ อ ๒ ส - ปลอดสารเคมี กัดศัตรูพืช - SRRT concern - ตำบลจัดการสุขภาพ	- ชุมชนสังคมเกื้อกูลตำบลจัดการสุขภาพ - Long term care - Palliative care

๓. กระบวนการให้บริการภายในหน่วยบริการ

โดยปกติเมื่อเราคิดถึงบริการในหน่วยบริการมักคิดถึงลักษณะการให้บริการแบบ OPD ทั่วไป หรือ ไม่ใช่บริการแบบ Extended OPD ไม่มุ่งเน้นบริการแบบ Acute care แต่จะให้บริการที่มีการสอดแทรกความเป็นเชิงรุกหรือการดูแลองค์รวมไว้ในการดูแลทุกๆ จุด อาจมีการนำครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นร่วมบำบัดรักษา, ร่วมเรียนรู้การดูแลตนเอง, ร่วมจัดบริการ, การจัดกลุ่มบำบัด (Group therapy) หรือ การจัดชมรมผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการดูแลซึ่งกันและกัน เป็นต้น ให้นำเอาเครื่องมือของหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในทุกจุด มีการวิเคราะห์ปัญหาแบบรอบด้านเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยแล้วดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นให้ตรงจุด อาจมีการส่งทีมไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสร้างกระบวนการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามก็สามารถแสดงกระบวนการดูแลในหน่วยบริการ ได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ ๑๔ แสดงกระบวนการดูแลในหน่วยบริการที่ใช้ชุมชนมีส่วนร่วมและโรงพยาบาลแม่ข่าย
เป็นฐานวิชาการ

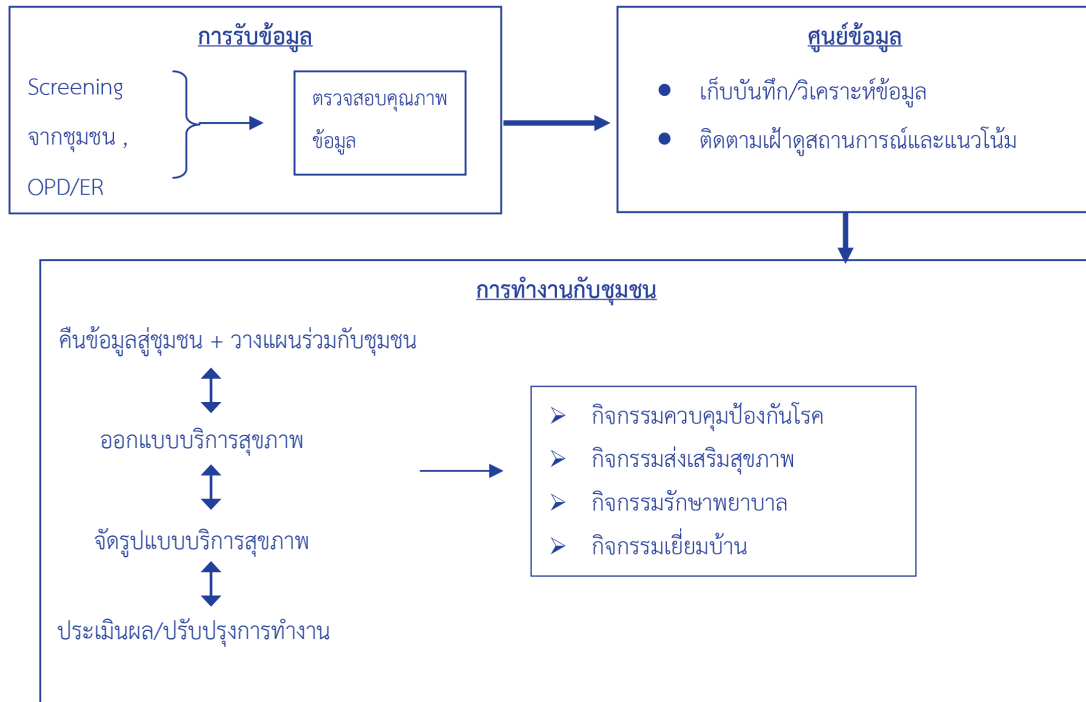
จากภาพที่ ๑๔ จะเห็นว่าสามารถสร้างการจัดการร่วมกับชุมชนได้ในเกือบทุกจุดของกระบวนการดูแลจึงทำให้การดูแลลักษณะนี้แตกต่างจาก OPD ทั่วไป อย่างไรก็ตามเพื่อให้กระบวนการมีคุณภาพจำเป็นต้องมีการกำกับดูแล มีการพัฒนาเชิงวิชาการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพื้นฐานด้วย

๔. การจัดการสุขภาพชุมชน

เป็นการลักษณะหนึ่งของบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค หรือการสร้างนำซ่อมสำหรับประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยาในการคัดกรองประเมินความเสี่ยงและความเจ็บป่วยจัดแยกประชากรเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน และการดูแลประชากรเป็นกลุ่มได้อย่างตรงเป้าหมายด้วย ทีมจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ หาปัญหาชุมชนจากนั้นจึงใช้กระบวนการภายในชุมชนสร้างการสื่อสารสาธารณะซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักขึ้นในชุมชนร่วมมือกันสร้างสุขภาพ เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้น สรุปได้เป็นกระบวนการต่อไปนี้

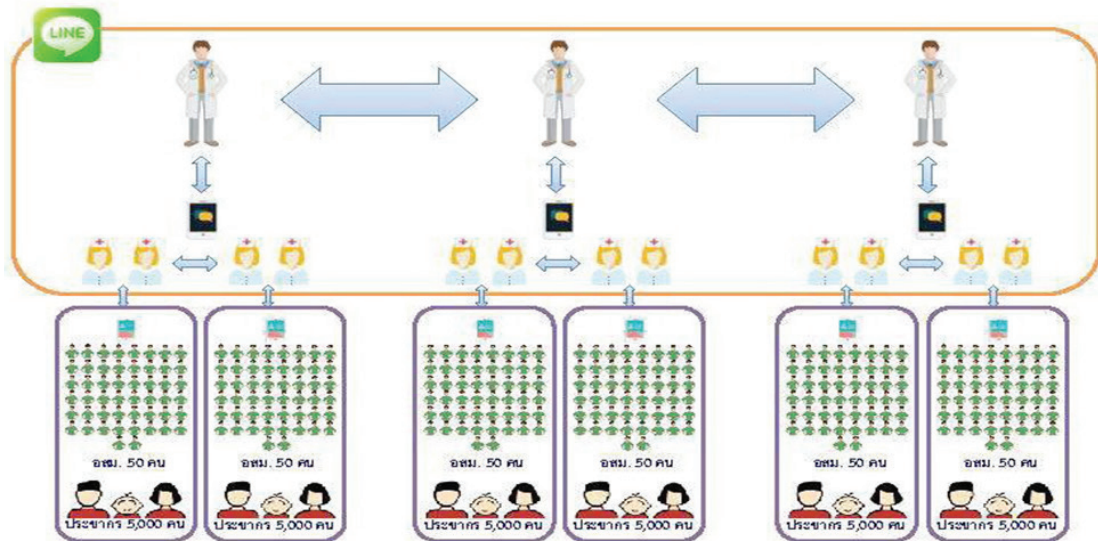
กระบวนการจัดการสุขภาพชุมชน



๕. การดูแลให้คำปรึกษาทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี

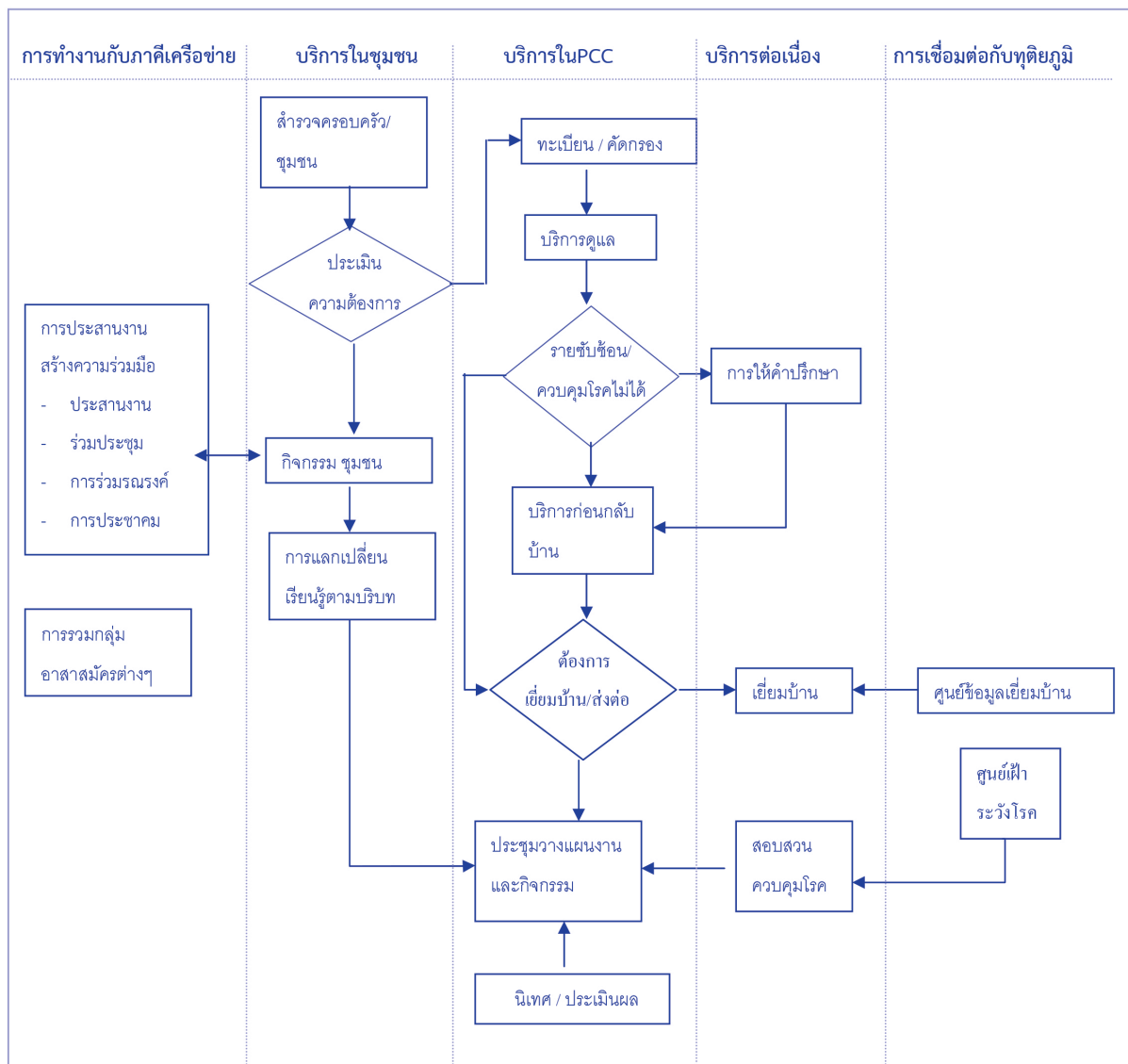
เป็นการดูแลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกันได้ตลอดเวลาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น Line group, Facebook, Mobile phone เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนผู้ป่วยมีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษาหารือในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกับบุคลากร เป็นการสร้างช่องทางให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยเครือข่าย (Network) อาจเป็นเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข, ชมรม/จิตอาสาต่างๆ เข้าร่วมดูแลประชาชนร่วมกัน โดยมีการส่งข้อมูลหรือคำปรึกษาในกลุ่ม ประชากรอาจติดต่อถึงอาสาสมัครดูแลของครอบครัวตนเอง หรือติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงก็ได้ขึ้นกับการจัดการภายในของแต่ละทีมและความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล มีตัวอย่างของผังการจัดรูปแบบการส่งคำปรึกษา ดังภาพที่ ๑๕

ความเชื่อมโยงการให้การปรึกษาของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



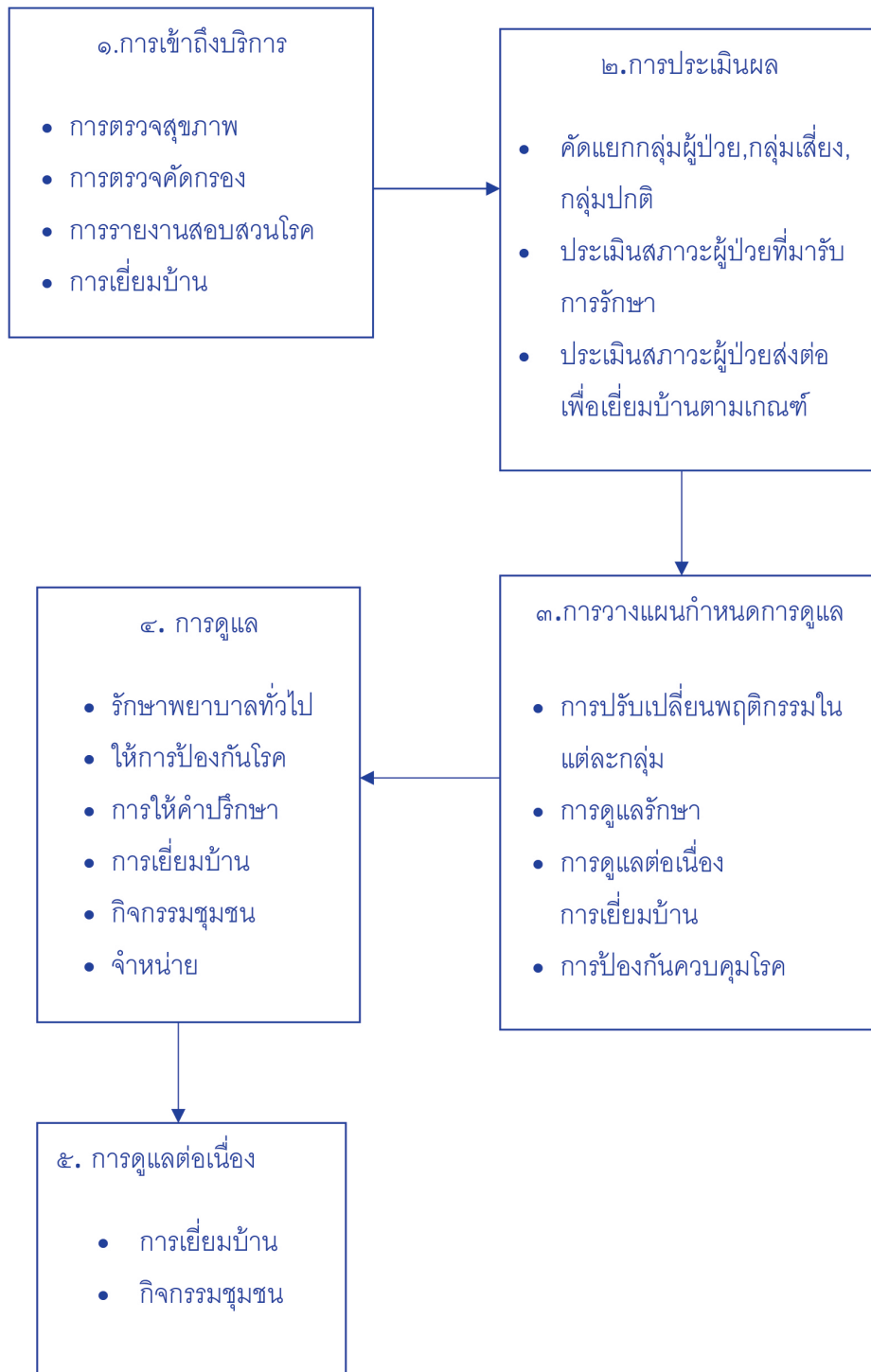
ภาพที่ ๑๕ ความเชื่อมโยงการให้การปรึกษาของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างของการจัดรูปแบบบริการที่รองรับการดูแลโดยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างจากการบริการในรูปแบบ Doctor-centered หรือ Disease-centered อย่างชัดเจนและมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชน ทำให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถดูแลผู้คนได้อย่างครบถ้วน จึงเป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้กับระบบปฐมภูมิอย่างแท้จริง



ภาพที่ ๑๖ แสดงสรุปกระบวนการดูแลแบบ Integrated care

กระบวนการหลักสำคัญ



แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ

แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

หลักการทำงานของ DHS คือ UCARE

U = Unity District Health Team การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

C = Community participation การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือการทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่ทอดทิ้งกัน

A = Appreciation and Quality การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่นการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่เน้นดูรายได้ต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ผู้รับบริการและประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

R = Resource sharing and human development การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้มีความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

E = Essential care การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม หลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (๑A๔C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

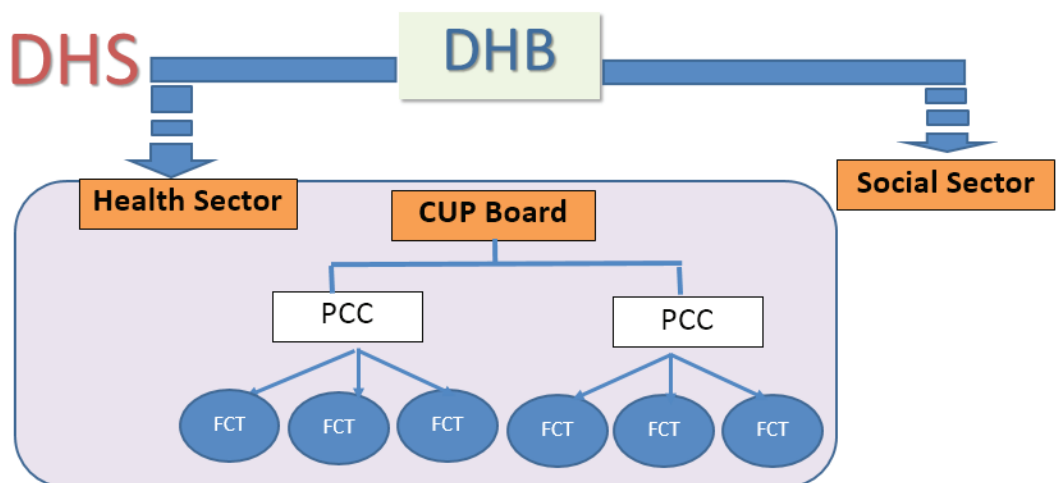
ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นหลักการและแนวคิดเพื่อพัฒนาระบบโดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ให้ดีขึ้น สำหรับประเทศไทย ใช้พื้นที่ของอำเภอในการดำเนินการ เนื่องจากอำเภอเป็นพื้นที่ที่พอเหมาะ มีทรัพยากร จากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ที่สามารถบูรณาการช่วยกัน ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลประชาชนทุกระดับ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสามารถประสานดูแลส่งต่อระดับตติยภูมิได้

ในด้านการบริหารจัดการมีนายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ เป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น ท้องที่ และภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอเป็นเป้าหมายร่วม ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

ในปัจจุบัน ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ได้รับการสนับสนุนและมีปัจจัยเอื้อในการดำเนินการ ในหลายส่วนทั้งในรัฐธรรมนูญ นโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามแนวทาง “ประชารัฐ” เน้นการส่งเสริม ป้องกันโรค ให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนเจ็บป่วยและเน้นการจัดการสุขภาพระดับตำบลและการดูแลซึ่งกันและกันของชุมชน



ภาพที่ ๑๗ กรอบแนวคิดเพื่อการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS concept Model)



ภาพที่ ๑๘ โครงสร้างภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาแนวทางและเครื่องมือในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม คือ

DHS-PCA (เยี่ยมเสริมพลัง)	เครื่องมือและแนวทางการเยี่ยมเสริมพลังให้พื้นที่ตาม UCCARE เพื่อให้พื้นที่ได้เกิดการร่วมเรียนรู้และพัฒนาตามบริบท
DHML (โรงเรียนสุขภาพอำเภอ)	เครื่องมือและแนวทางที่ทำให้เกิดความร่วมมือ โดยทำให้เกิดความสัมพันธ์ภายในพื้นที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ เรียนรู้ และพัฒนาพื้นที่ร่วมกันอย่างมีเป้าหมายและมีความสุข
FCT (ทีมหมอครอบครัว)	เครื่องมือและแนวทางที่ทำให้เกิดทีมงานที่เป็นรูปธรรมทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในการที่มีสหสาขาอาชีพเข้ามาร่วมดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
DHB (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ)	เครื่องมือและแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมในรูปแบบที่มีความชัดเจนจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
PCC (คลินิกหมอครอบครัว)	เครื่องมือและแนวทางที่จะทำให้เกิดโครงสร้างและบุคลากรประจำเพื่อดูแลประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบบูรณาการ เป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

บูรณาการระบบสุขภาพอำเภอกับคลินิกหมอครอบครัว

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) กับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) นั้นเป็นนโยบายที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ระบบสุขภาพอำเภอนั้นมีเป้าหมายให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวในอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยคณะกรรมการ DHS มีบทบาทในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ทั้งอำเภอเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยจุดสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ คือ การพัฒนาให้ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิภายในอำเภอมีความเข้มแข็ง ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พ้นพสุสุขภาพ และรักษาพยาบาล จนเป็นที่พึงของประชาชนอย่างใกล้ชิดบ้านใกล้ใจ นโยบายคลินิกหมอครอบครัวจึงเป็นนโยบายที่ต่อยอดและหนุนเสริมระบบสุขภาพอำเภอให้มีความเข้มแข็ง โดยการจัดการให้เกิดทีมหมอครอบครัวและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลประชาชนที่รับผิดชอบในขนาดที่พอเหมาะ เพื่อให้เกิดการดูแลเป็นไปตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ เกิดพลัง

สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอย่างเห็นผลได้ ขณะเดียวกันจุดปฏิบัติการที่จะทำให้ระบบสุขภาพอำเภอเกิดผลจริง คือ ระดับพื้นที่ตำบล การทำงานของคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นการรวมและร่วมกันจัดการทรัพยากรในการดูแลขนาดประชากรที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละอำเภอ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในระดับพื้นที่ปฏิบัติการตามหลัก รวมงาน รวมคน รวมทรัพยากร

เพื่อให้การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวสอดคล้องไปกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จึงควรพัฒนาการปฏิบัติงานของคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลัก UCCARE ดังนี้

Unity team มีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว ที่ควรเป็นการทำงานและวางระบบร่วมกันระหว่าง รพ. สสอ. และ รพ.สต. นอกจากนั้นยังควรมีการลงทำงานในพื้นที่ ร่วมกันผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ทั้งในด้านการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ และการทำโครงการต่างๆ ร่วมกับชุมชน

Community focus ในฐานะที่คลินิกหมอครอบครัวอยู่ใกล้ชิดชุมชน ต้องคอยรับฟังความต้องการของประชาชน และนำมาผสมผสานให้สอดคล้องกับงานนโยบาย การทราบถึงความต้องการของประชาชน ทำได้ทั้งในแบบที่เป็นทางการเช่น การทำประชาคม การจัดประชุม ผู้แทนชุมชน หรือการสำรวจความต้องการอย่างไม่เป็นทางการ เช่น จากการตรวจผู้ป่วยแต่ละวัน การลงเยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังความต้องการ โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่เข้าถึงบริการได้ยาก และคนชายขอบของสังคม

Community participation คือการเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน คลินิกหมอครอบครัวต้องเชื่อมโยงความต้องการของประชาชน ผสมผสานให้สอดคล้องกับงานนโยบาย และสร้างกระบวนการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเป็นเจ้าของร่วมของงานสุขภาพ เพราะงานสุขภาพในยุคนี้ เป็นงานที่เกิดจากเหตุปัจจัยอันซับซ้อน การทำงานของภาคสาธารณสุขอย่างเดียวย่อมยากจะประสบความสำเร็จ การที่ชุมชนเข้ามาเป็นเจ้าของ และขับเคลื่อนอย่างจริงจังย่อมมีโอกาสก่อให้เกิดความสำเร็จได้มากกว่า แต่กระบวนการเช่นนี้ต้องอาศัยการเป็นพี่เลี้ยงของคลินิกหมอครอบครัวโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

Appreciation การชื่นชมกันเป็นกระบวนการขับเคลื่อนการทำงานมิใช่การยกยอกัน แต่เป็นการชื่นชมอย่างจริงใจ ในคุณค่าที่แต่ละคน แต่ละวิชาชีพมีไม่เหมือนกัน และนำมาเติมเต็มซึ่งกันและกัน ชื่นชมการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา แม้ในระยะแรกอาจจะยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมก็ตาม สิ่งที่สำคัญควบคู่การชื่นชมกันคือการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะจะทำให้เราเห็นจุดเด่นของเพื่อนร่วมงาน ที่จะช่วยเติมเต็มกันได้

Resource sharing ทรัพยากรในระดับอำเภอนั้นหากมองเพียงงบประมาณจากราชการ ก็จะเห็นว่าไม่มาก แต่หากทีมคลินิกหมอครอบครัวมองเห็นทรัพยากรที่ซ่อนอยู่ในชุมชน ทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่มีจิตอาสาร่วมแรงร่วมใจโดยไม่หวัง

งบประมาณ เป็นตัวตั้ง ทรัพยากรความรู้จาก สหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร และปราชญ์ชาวบ้าน ทรัพยากรทุนที่อาจจะระดมได้จากชุมชน และการบูรณาการนโยบายของส่วนราชการ หากทำเช่นนี้ ได้โดยมีจุดร่วมจุดเน้นเดียวกัน ย่อมก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัด ไม่ใช่ทุนเป็นเบี้ยหัวแตก ที่ไม่เห็นผลเป็นชิ้นเป็นอัน

Essential care คือการเน้นไปที่บริการหรือเป็นความต้องการของประชาชนจริงๆ บริการเช่นนี้บางครั้งเป็นบริการเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่ต้องการทำให้ดีขึ้น สะดวกขึ้น หรืออาจจะเป็น บริการใหม่ซึ่งยังไม่เคยมีเลย การทำให้บริการที่สำคัญเช่นนี้เกิดภาพชัด เห็นผลจริง มักจำเป็นต้องใช้ ทรัพยากรมาก ทุ่มเทแรงกายแรงใจ และความร่วมมือของทุกฝ่ายในทุกระดับ จึงอาจจะต้องเน้น ปีละเพียง ๑-๒ เรื่องที่เป็นเรื่องเด่นของปีนั้น ซึ่งเป็นที่มาของการทำงานลักษณะ ODOP (one district one project) เป็นโครงการที่เน้นคุณภาพที่แท้จริงแก่ประชาชน

แนวทางการบูรณาการและบทบาทสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอและ DHB ในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัว

๑. วางแผนระยะยาวเพื่อให้เกิดคลินิกหมอครอบครัวและทีมหมอครอบครัวดูแล ประชาชนทุกคนที่อยู่ในอำเภอตามแผนแม่บทและนโยบายคลินิกหมอครอบครัว โดยตั้งเป้าหมายว่า ประชาชนทุกคนในประเทศไทยมีคลินิกหมอครอบครัวดูแลภายในปี ๒๕๖๙

๒. สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศสม. หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ทั้งในด้านแพทย์และการ สาธารณสุข รวมถึงการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพ

๓. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับ ได้แก่ ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวระดับ อำเภอ หรือผู้ประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

๔. วางแนวทางการสนับสนุนงบประมาณในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดการทำงาน ที่มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว

๕. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการภายในอำเภอ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้มีการดูแล อย่างต่อเนื่อง ดูแลให้มีการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ ระบบยา เวชภัณฑ์และ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์รวมถึงการชันสูตรเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลประชาชนภายในคลินิก หมอครอบครัว

๖. วางแนวทางร่วมกันในระดับอำเภอเพื่อให้เกิดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนร่วมกันทั้งในระดับอำเภอและตามสภาพปัญหาชุมชนที่คลินิก หมอครอบครัวรับผิดชอบ

๗. สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้มีส่วนร่วม ในการดูแลประชาชนทั้งด้านการดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนที่คลินิก หมอครอบครัวรับผิดชอบ

นโยบายคลินิกหมอครอบครัว เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ โดยอาศัยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว นโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์และสหสาขาวิชาชีพอีกหลายสาขา ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพต่างๆ ในทีมของ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) จึงมีความสำคัญมาก สามารถสรุปภารกิจของทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

๑. เป็นผู้ให้การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ครอบครัวตลอดช่วงอายุวัย
๒. การดูแลรักษาพยาบาล ช่วยเยียวยาบำบัดและเป็นที่พึ่งให้ประชาชนและครอบครัว ในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วยในภาวะต่างๆ ให้การรักษาพยาบาลทั้งเชิงรับและเชิงรุก
๓. การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จัดระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถสร้างทักษะในการจัดการตนเองให้ได้ เพื่อให้เกิด การควบคุมโรคที่ลดภาวะแทรกซ้อน
๔. การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะเปราะบางต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ เป็นต้น ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการจัดระบบดูแล ร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลที่บ้านอย่างดีที่สุด
๕. ให้คำปรึกษาแนะนำ โดยประชาชนสามารถมีช่องทางในการปรึกษากับแพทย์และ ทีมหมอครอบครัว ผ่านทางเทคโนโลยีหรือช่องทางอื่นๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย
๖. การจัดการส่งต่อในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น แพทย์และ สหสาขาวิชาชีพ มีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้เกิดการ ส่งต่อที่ดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและผู้รับบริการมีความอุ่นใจและติดตามหลังการส่งต่อจนสิ้นสุด ปัญหาความเจ็บป่วย
๗. การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ ทั้งระดับบุคคล (Personal health record) และ ระดับครอบครัว (Family Health Status) เพื่อให้รู้ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางในการส่งเสริม สุขภาพของคนในครอบครัวโดยแพทย์และทีมหมอครอบครัวต้องเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของ ประชาชนและครอบครัว รวมถึงเข้าใจเรื่องราวความสัมพันธ์เหล่านั้น เพื่อพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

ภารกิจต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ทำให้ “คลินิกหมอครอบครัว” จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อนหลากหลายมิติ ที่มีผู้ให้บริการของ คลินิกหมอครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะที่หลากหลายสาขา (multidisciplinary) ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข พหุติกรรมศาสตร์ สังคม และการบริหารจัดการ บุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว จึงต้องแสดงบทบาทที่มีความหลากหลาย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

๑. ผู้ให้บริการ (health care provider) ให้บริการเบ็ดเสร็จดังกล่าวก่อน
๒. ครู (teacher) / ที่ปรึกษา (consultant) / ผู้แนะแนว (counselor) ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถกระทำได้ในสถานบริการในบ้าน และในชุมชน
๓. นักจัดการ (manager) บริหารจัดการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ
๔. ผู้ประสานงาน (coordinator) / ผู้สนับสนุน (supporter) ประสานงานกับหน่วยงานภายในภาคสาธารณสุข (intrasectoral) และนอกภาคสาธารณสุข (intersectoral) และสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น
๕. นายประตู (gate-keeper) ฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วยของบุคคล ปัญหาสังคม ปัญหาครอบครัว โรคระบาด เป็นต้น และหาทางป้องกันและแก้ไขให้ทันกาล
๖. เป็นแบบอย่างที่ดี (role model) ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย อาหาร สุขภาพ การควบคุมอารมณ์ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดให้โทษ การมีครอบครัวที่อบอุ่นการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น
๗. เป็นนักรณรงค์ (advocate) / ผู้นำชุมชน (community leader) เป็นผู้นำและรณรงค์สนับสนุน ให้เกิดโครงสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การลดละบุหรื แอลกอฮอล์ เป็นต้น
๘. เป็นผู้นำ (leader) พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ด้านอยู่ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตและแก้ไขปัญหาต่างๆ จนเกิดผลสำเร็จ ความภูมิใจและความสุข

ในการสร้างบริการที่สามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ต่างๆ ให้บรรลุผลของภารกิจที่ตั้งไว้ มีหัวใจสำคัญคือ การดำเนินงานด้วยสหวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นเนื้อเดียวกัน การจัดการระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกันได้ดี ดังนั้น การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีผู้จัดการระบบงาน หรือผู้ประสานงานภายในกลุ่มเครือข่ายหน่วยบริการที่มาประกอบกันเป็น Cluster หรือ คลินิกหมอครอบครัว ที่สามารถเปิดพื้นที่ให้กับแต่ละสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างวิชาชีพได้อย่างแนบเนียน นอกจากนั้นต้องดำเนินการสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอก Cluster เพื่อให้เกิดการนำทรัพยากรที่จำเป็นมาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและส่งต่อได้ราบรื่นจึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้

บทบาทของสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคลินิกหมอครอบครัว

บทบาทของแพทย์

แพทย์ในคลินิกหมอครอบครัว คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิและได้ผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทุกๆ ทีมต้องมีแพทย์ ๑ ท่าน โดยสามารถสรุปบทบาทของแพทย์ได้ดังนี้

๑. **เป็นแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ** โดยปฏิบัติงานในพื้นที่ปฐมภูมิอย่างเต็มรูปแบบ เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลให้บริการครบวงจรแก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบร่วมกับทีมหมอครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและทำงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง รวมถึงอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการโดยยึดหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว

๒. **เป็นผู้นำ (Leader)** ในการใช้แนวคิดหรือหลักการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จะต้องมีความรู้และทักษะในการประยุกต์หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ากับชุมชน (Community based practice) รวมถึงการนำเอาความรู้มุมมองทางการแพทย์ (biomedicine) มีความเข้าใจใน Etiology ของโรค เพื่อนำมาใช้กำหนดกระบวนการดูแลหรือวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะได้อย่างดี ทำให้ทีมสหวิชาชีพได้เข้าร่วมกระบวนการดูแลได้ตรงตามประเด็นสำคัญทางคลินิกตามระยะของโรค ขณะเดียวกันก็ต้องมีความเข้าใจความละเอียดอ่อนในความเป็นมนุษย์ สามารถให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ปัญหาที่ไม่ซับซ้อนด้านเทคนิค แต่ซับซ้อนด้านกาย-จิต-สังคม (difficult cases) ได้

๓. **เป็นครู** ถ่ายทอดวิชาความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่บุคลากร ทุกสาขา เช่น ฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (case conference) เป็นต้น

๔. **เป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชนและทีมงาน** ในการให้การสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ชุมชนในทางการแพทย์ มีบทบาทและทักษะในการชี้แนะทางออกของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ และร่วมวางแผนเพื่อสร้างแผนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลและจัดการตนเองได้ นำไปสู่การเกิด Self care ต่อไป

๕. **เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ** แพทย์มีบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาและวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในชุมชน วางแผนดำเนินการ ประเมินโครงการ และสรุปบทเรียนร่วมกับทีมซึ่งจะเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในการแก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

หน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวใน “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster)

๑) ด้านการจัดบริการ แบ่งระดับการให้บริการเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

๑.๑) การดูแลระดับบุคคล

ด้านการรักษา

- ตรวจรักษาเบื้องต้น
- ประเมินความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- รับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในด้าน psychosocial หรือ Family problem ที่ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาล

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน

- เป็นที่ปรึกษาและโค้ชในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

๑.๒) การดูแลระดับชุมชน

- ทำหน้าที่เป็นที่เสี่ยง เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในคลินิกหมอครอบครัว
- ให้การดูแลกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบโดยการจัดแบ่งตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือจัดแบ่งตามระดับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง

๒) ด้านวิชาการ

๒.๑) จัดการเรียนรู้ในกิจกรรมบริการต่างๆ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน (ongoing clinical supervision)

๒.๒) เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพในด้านการดูแลเชิงคลินิก

๓) ด้านบริหารจัดการ ทำหน้าที่ในการออกแบบระบบงานในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น

๓.๑) จัดระบบบริการสนับสนุนการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD Support)

๓.๒) จัดระบบงาน Long term care

๓.๓) จัดระบบงาน Home ward, Intermediate ward ในชุมชน

๓.๔) จัดระบบดูแลแบบ Daycare สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่มารับบริการได้

๓.๕) จัดระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอครอบครัว

๑) ด้านการดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัวทั้งเชิงรับและเชิงรุก

ก. ให้การดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้องของครอบครัวที่รับผิดชอบ
ข. มีการดูแลที่บ้านในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเข้าถึงบริการได้ยาก มีการพิจารณาถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบจากครอบครัวต่อผู้ป่วยจากมุมมองของทุกฝ่ายเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน

ค. ประยุกต์ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ตรงตามความต้องการของครอบครัวมากที่สุด สร้างทางเลือกการดูแล

ง. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล (Evidence base practice) และยึดความคุ้มค่า คำนึงเหมาะสมตามบริบทของครอบครัว

๒) สนับสนุนพลังอำนาจของครอบครัว (Empowerment) ค้นหาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนรอบข้างเพื่อวางแผนการดูแล และนำวิธีการต่างๆ เช่น การสอน, การเป็นพี่เลี้ยง ในการฝึกปฏิบัติการ เป็นต้น มาใช้พัฒนาหรือดึงเอาศักยภาพที่แฝงอยู่ภายในออกมาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองตามบริบทที่แท้จริง

๓) ให้คำปรึกษา/แนะนำ ด้านสุขภาพ แก่ครอบครัวที่รับผิดชอบ เพื่อให้ครอบครัว ดูแลตนเองได้ และหรือมีการให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีที่ครอบครัว เช่น โทรศัพท์, line เป็นต้น

๔) มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน ทั้งในทีมด้านสุขภาพ และทีมด้านสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชน บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ใช่ทำงานแบบสั่งการกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้สึกร่วมในการรับผิดชอบต่อปัญหาออกมาใช้ในการสร้างทีม

๕) การพิทักษ์สิทธิครอบครัวในความรับผิดชอบ

๖) ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อและติดตามภายหลังส่งต่อ ดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง จนกระทั่งจบปัญหานั้นๆ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะ Care manager หรือ Disease manager ในระดับทีม

๑) จัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครอบครัวในเขตความรับผิดชอบ

๒) ร่วมกับทีมสหสาขาในการวิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเขตความรับผิดชอบ รวมถึงการกำกับติดตาม ประเมินผลการแก้ไขปัญหา

๓) ประสานการดูแลกับทีมสนับสนุนในทุกๆ ระดับ เช่น การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ, ประสานกับ อปท.ร่วมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ เป็นต้น

๔) ค้นคว้า ศึกษาหาแนวทางใหม่ๆ และพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของพื้นที่

ในสถานการณ์ปัจจุบันของสังคมไทย ทั้งการเป็นสังคมผู้สูงอายุ, สถานการณ์ของโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงการเดินทางคมนาคมที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งทำให้มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถนะทางด้านร่างกายเพิ่มขึ้นเป็นผลพวงตามมา ทำให้นักกายภาพบำบัดจัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการในทุกระดับของระบบบริการ สำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพและการจัดการในบ้านของผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน รวมถึงผู้ที่มีปัญหาบกร่องทางกายที่เกิดจาก การทำงานที่ผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งงานกายภาพบำบัดในคลินิกหมอครอบครัวออกเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

๑. การดูแลในระดับบุคคล เป็นการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความต้องการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายด้วยกิจกรรมทั้งเชิงรับเชิงรุกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยแสดงบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลตามกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญในชุมชนได้ ดังนี้

๑) การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute phase) ในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันนั้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันซึ่งมีโอกาสฟื้นฟูให้กลับมาเคลื่อนไหวเป็นปกติได้ หากได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่เพียงพอ แต่หากไม่ได้รับการฟื้นฟู ก็อาจกลายเป็น ผู้พิการและเป็นภาระให้แก่ ครอบครัวและสังคม เป็นต้น รวมถึง ผู้ป่วยในระยะเรื้อรังที่ยังมีศักยภาพสามารถฝึกฝนให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระแก่ครอบครัวและชุมชนลงได้

๒) การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่มีความพิการถาวร ไม่สามารถฟื้นฟูให้สมรรถนะฟื้นคืนขึ้นมาได้นั้น ยังคงต้องการการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาโรคแทรกซ้อนหรือภาวะพิการซ้ำซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติด การติดเชื้ทางเดินหายใจจากภาวะนอนนาน ภาวะโหล่หลุด เป็นต้น การดูแลด้วยการช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือการใช้เครื่องช่วยเหลือต่างๆ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

๓) การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการคงสภาพร่างกายหรือการฟื้นฟูด้านต่างๆ เช่น เด็กพิการ, ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง, ผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งสามารถให้การบำบัดฟื้นฟูเพื่อคงสภาพร่างกาย หรือกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีการทำงานได้เพิ่มขึ้นในการรักษาร่างกายให้คงสภาพ เป็นอีกหนึ่งในบทบาทที่สำคัญของนักกายภาพบำบัดในสังคมผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาปวดหลังปวดเข่า ข้อยึดติด การทรงตัวลำบาก คงสภาพโครงสร้างของร่างกาย เป็นต้น และยังมีการดูแลร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ต้องคงสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ไว้ให้นานที่สุด

๒. การดูแลระดับชุมชน หรือการสร้างระบบงานฟื้นฟูในชุมชน เป็นการออกแบบระบบบริการฟื้นฟูร่วมกับภาคีหรือผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อนำเอาศักยภาพของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพ ในภาวะที่ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ลักษณะของการดำเนินงาน ได้แก่ การสำรวจและวางแผนงาน สร้างกลุ่มผู้ดูแล (Care giver) หรือจิตอาสาในชุมชนที่มีศักยภาพ ในการให้บริการฟื้นฟูในระดับต้น การสร้างโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูหรือออกกำลังกาย รวมถึง สร้างแผนการรักษาให้แก่ผู้พิการหรือผู้ป่วยที่อยู่ตามบ้าน การออกแบบวิธีการคัดกรองระดับความพิการอย่างง่ายให้กับจิตอาสาในชุมชนเพื่อค้นหาผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการเพื่อนำมาดูแล เป็นต้น

บทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม

สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน มีมากมายนับวันจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งทำให้มีการใช้ยาเพิ่มขึ้น ประกอบกับพฤติกรรมของคนในสังคมปัจจุบันซึ่งเข้าถึงร้านยาได้ง่าย และมีการค้นหาความรู้ด้วยตัวเองมากขึ้น มีการซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง ซึ่งส่งผลต่อการใช้อย่างไม่สมเหตุผลเพิ่มขึ้นด้วย สรุปปัญหาที่พบพอสังเขป ดังนี้

๑) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในระดับบุคคลและครอบครัว เช่น การใช้ยาเองตั้งแต่ ๑ ขนานจนถึง ๑๓ ขนาน, ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง, ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ได้รับยาในขนาดที่ต่ำและสูงเกินไป, การได้ยาที่อันตรกิริยาต่อกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือทิ้งที่ไม่ได้ใช้ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุ เป็นจำนวนมาก เป็นต้น

๒) ปัญหาเกี่ยวกับยาในระดับชุมชน พบยาอันตรายกระจายอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมาก การเข้าถึงยาอย่างเสี่ยง การใช้อย่างไม่สมเหตุผล การใช้ยาเกินจำเป็น มีความนิยมใช้ยาตามโฆษณาทางวิทยุ ผู้ป่วยใช้ยาจากหน่วยบริการหลายแห่งพร้อมๆ กันจากแหล่งเข้าถึงยาที่เพิ่มขึ้น และเข้าถึงได้สะดวกขึ้น เช่น โรงพยาบาลคลินิก ร้านขายยา (Poly pharmacy), การแพทย์ซ้ำของผู้ป่วย เป็นต้น พบมีผู้ประกอบการไม่มีความรู้ในการส่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น การดื้อยา การแพ้ยาอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

บทบาทหน้าที่งานเภสัชกรรมในคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย

๑. การพัฒนาระบบยาในคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่

- การบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่ การพัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของคลินิกหมอครอบครัว
- การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การส่งมอบยา เป็นต้น โดยผลลัพธ์จากกิจกรรมนี้คือผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย

๒. การดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหา ใช้ยา การให้ความรู้ การเสริมพลังด้านยาและสุขภาพ การวางแผน ร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้าน ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

๓. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ซึ่งมีได้มีบทบาทเพียงแค่นักงานเจ้าหน้าที่ ในการ ตรวจสอบ แต่ครอบคลุมบทบาทถึงการจัดการความเสี่ยง ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Risk management) การให้ความรู้ การรณรงค์ และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้าน ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Empowerment)

๔. การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

บทบาทของทันตบุคลากร

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงต่อสุขภาพโดยรวมในทุกช่วงวัย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ ไปจนถึงผู้สูงอายุ การเกิดโรคปริทันต์เป็นโรคที่เกิดจากภาวะผิวกายผิดปกติของกลไกเมตาบอลิก ของร่างกายจึงจะส่งผลต่อทารกในครรภ์และมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด สำหรับช่วงวัยเด็ก ใน ๓ ขวบปีแรกของชีวิตเป็นช่วงสำคัญที่เด็กจำเป็นต้องได้อาหารครบถ้วนเพื่อมีพัฒนาการที่สมวัย ปัญหาโรคฟันผุ ในเด็กเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เด็กไม่สามารถได้รับสารอาหารเพียงพอและส่งผลต่อ ภาวะเตี้ยและมีผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาภาวะเตี้ยมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องมาในกลุ่มเด็กวัย เรียนและเยาวชน นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับภาวะ ภูมิแพ้ที่พบอุบัติการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ ในวัยทำงานและผู้สูงอายุที่เผชิญต่อปัญหากลุ่มโรค NCD การมีสุขภาพช่องปากทั้งโรคปริทันต์ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันล้วนมีผลต่อการเกิดโรค NCD โรคปริทันต์มีผลกับภาวะ Stroke เบาหวาน และภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดูแล สุขภาพช่องปากจะช่วยทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นด้วย

การดูแลด้านทันตกรรมในระดับปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นจุดคานงัด ที่จะยกระดับพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้ คลินิกหมอครอบครัวจึงมีความสำคัญมาก ในการดำเนินงานบริการเพื่อมุ่งสู่สุขภาพประชาชน โดย มีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

๑. การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมาย อยู่ในบริบท ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ควรดำเนินการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และองค์กร อาทิ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย การรณรงค์ ครอบครัวอ่อนหวาน ตู้เย็นปลอดน้ำอัดลม การจัดระเบียบ ร้านค้าในชุมชน เป็นต้น การให้บริการทันตกรรมป้องกัน จำแนกประชากรเสี่ยงและให้บริการป้องกัน ได้แก่ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ การให้บริการเคลือบ หลุมร่องฟัน

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดการบริการตามความจำเป็น ได้แก่ การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (Potentially malignant disorder) และกลุ่มที่ควรเข้ารับการรักษา

๓. การให้บริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เน้นการจัดการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ การรักษาป้องกันเบื้องต้น (กรณีมีทันตบุคลากร) อุดฟัน ขูดหินปูนถอนฟันอย่างง่าย เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุมภาวะฟันผุภายในช่องปาก รับส่งต่อจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่เครือข่ายและพิจารณาส่งต่อไปหน่วยบริการที่สูงขึ้น และติดตามผลการส่งต่อประสานการส่งต่อเพื่อรับการบริการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อน และติดตามกรณีที่มีการส่งกลับมาเพื่อดูแล

๔. การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ กรณีเด็กเล็กที่จำเป็นต้องฝึกพ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้สามารถทำความสะอาดช่องปากให้ลูกได้อย่างถูกวิธี กรณีของผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอาการต่อเนื่องหรือในบางครั้งให้บริการรักษาที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคปริทันต์ ซึ่งจะต้องควบคุมสภาพในช่องปากไม่ให้เกิดโรคซ้ำอีก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคทางระบบซ้ำซ้อนอยู่ด้วย อาการของโรคในช่องปากและสุขภาพกายโดยรวมจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยการทำหน้าที่ของงานทันตกรรม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนคลินิกหมอครอบครัวให้เกิดการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและต้องครอบคลุม ทั้งสามประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนด้านวิชาการและด้านบริหารจัดการเพื่อวางระบบการดูแล (Supporter and Setting care system) ออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการรับส่งต่อ (Consultation and Referral system) ร่วมให้บริการโดยเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว (Provider)

บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข

นักวิชาการหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขถือเป็นตำแหน่งที่สำคัญยิ่งในคลินิกหมอครอบครัว ทั้งงานด้านวิชาการ ข้อมูลทางระบาดวิทยา ด้านสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม การสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ การสุขาภิบาล ซึ่งงานต่างๆ เหล่านี้สอดแทรกอยู่เกือบทุกกิจกรรมในคลินิกหมอครอบครัว สามารถแสดงบทบาทที่สำคัญของนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ คือ

๑. บทบาทด้านการบริการ

- ปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค ตรวจโดยทำการคัดกรอง ตรวจและดูแลเบื้องต้น สอบสวนสืบสวนโรค ติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส เพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพที่ดี

- ร่วมประเมินสิ่งแวดล้อมทั้งในที่ทำงาน ประเมินสถานประกอบการ สถานบริการ สาธารณะ สถานที่สาธารณะทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ

- มีบทบาทในการส่งเสริม ควบคุม กำกับมาตรฐาน การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒. บทบาทด้านวิชาการหรือเทคโนโลยี มีบทบาทในการจัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้น เช่น ข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ข้อมูลประชากร สถานสุขภาพของประชากรในเขต ดูแลด้านระบาดวิทยา ประมวลผลข้อมูลเพื่อนำไปใช้

๓. บทบาทด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่สร้างความเข้าใจด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในระดับต่างๆ เพื่อให้ประชาชน มีความรู้ สามารถป้องกันตนเองจากโรคและภัยสุขภาพ

๔. บทบาทด้านการสนับสนุนงานบริการให้กับทีมสุขภาพ ทำการตรวจสอบสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้มีคุณภาพและเหมาะสมแก่การนำไปใช้งานอยู่เสมอ รวมทั้งสนับสนุนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุข เพื่อให้การบริการดังกล่าวเป็นไปอย่างราบรื่น

๕. มีบทบาทในการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและจิตอาสา ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และทำการกำกับดูแล นิเทศ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๖. ในการพัฒนางาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรค พื้นที่เสี่ยง และกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการทำงานให้กับคลินิกหมอครอบครัว และร่วมจัดทำโครงการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๗. บทบาทด้านการประสานงานร่วมกันกับทีม โดยทำการประสานงานทั้งภายในและภายนอก โดยเฉพาะการติดต่อเชื่อมโยงการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การสุขภาพบาล เพื่อให้เกิดการทำงานไปพร้อมกัน เป็นการสร้างหุ้นส่วนในการดูแลชุมชนร่วมกัน

บทบาทวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา

ในบางคลินิกหมอมอบครอบครัวที่สามารถจัดนักจิตวิทยาร่วมบริการต้องให้การดูแลอย่างครบถ้วนในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูในชุมชน ในโรงพยาบาล ในสถานศึกษา ประกอบด้วย

๑. ให้บริการคำปรึกษา แก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (NCD) ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ผู้พิการ บุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพ การประเมินคัดกรองทางเขavnปัญญา / พัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและปัญหาการเรียนรู้

๒. ร่วมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด

๓. เป็นผู้ประสานงานการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ในรายการที่มีความจำเป็น เช่น ประสานงานกับผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือด้านการดูแลที่พักอาศัยในกรณีที่พักจำเป็น (เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือถูกปล่อยปละละเลย) การจัดหาเบี้ยยังชีพตามสิทธิผู้พิการด้านจิต ตลอดจนการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลจิตเวชฯ

๔. เป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ ให้แก่ทีมหมอมอบครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนต่างๆ รวมถึงประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และร่วมดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร

๕. ให้บริการการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อ บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วย) และประชาชนทั่วไป การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาอย่างง่าย เช่น แบบประเมินหรือแบบคัดกรองทางจิตวิทยาหรือทางสุขภาพจิต การถ่ายทอดความรู้ทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพแก่ชุมชน ตลอดจนงานเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ หรือเหตุการณ์ไม่สงบจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

๗. สร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้โดยง่าย ผ่านทีมสหวิชาชีพและทีมสหสาขา เพื่อนำไปขยายผลในพื้นที่ของตนเอง

๘. เป็นผู้รวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในชุมชนและข้อมูลงานสุขภาพจิตในชุมชน (งานพัฒนาวิชาชีพและองค์ความรู้ของตนเอง) เพื่อกำหนดเป็นแผนหรือแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยาเก็บข้อมูลเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญา หรือความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยการคืน ข้อมูลดังกล่าวให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทาง ในการวางแผนจัดชั้นให้เหมาะสมต่อไป เป็นต้น

๙. มีการประชุมเพื่อทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมแลกเปลี่ยนความรู้และปัญหาอุปสรรค เพื่อแก้ไขให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น เช่น การจัดประชุมครูอนามัยที่ดูแลเด็กพิเศษประจำสถานศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือทบทวนองค์ความรู้ ทางสุขภาพจิตแก่ อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น

บทบาทคลินิกหมอครอบครัวในการประสานเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

๑. ทำการสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และ ค้นหากลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับบริการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดำเนินงานร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. ประสานงานกับทีมโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการจัดบริการที่เหมาะสมให้กับประชาชน กลุ่มเป้าหมาย วางแนวทางการส่งต่อต่างๆ (Service pathway) เช่น ประสานงานกับ นักกายภาพบำบัดในการดูแลฟื้นฟูในระดับสูงขึ้นไป เป็นต้น อาจมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่าง ทีมคลินิกหมอครอบครัวกับทีมโรงพยาบาลในบางกรณีที่ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการหรือ การใช้วัสดุที่มีความเฉพาะเจาะจงเพิ่มมากขึ้นกว่ากรณีปกติ

๓. ประสานงานเพื่อให้เกิดช่องทางในการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือ ต้องการการรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง

๔. ทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว จะเป็นผู้รับดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาล แม่ข่าย โดยจะต้องให้การวิเคราะห์ข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วย จัดแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับ ทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

บทบาทคลินิกหมอครอบครัวในการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆ

๑. มีการถ่ายทอด และสร้างความเข้าใจ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของคลินิกหมอ ครอบครัว เพื่อสร้างแรงสนับสนุนในการดำเนินงานจากชุมชน

๒. เชิญชวนภาคีทุกภาคส่วนเข้าร่วมเป็นสมาชิกในการดำเนินงานของคลินิกหมอ ครอบครัว

๓. นำเสนอข้อมูลให้ชุมชนได้รับทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชน

๔. ประสานให้ทุกกลุ่ม (อปท./อสม./จิตอาสา/อสค./ผู้นำชุมชน) ได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดทำแผนสุขภาพ

๕. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น อปท. อสม. จิตอาสา อสค. ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา และเครือข่ายพัฒนาสังคม รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

๖. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เป็นหน่วยงานหลักในเรื่อง การดูแลจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.แม่ข่าย และ รพ.ระดับจังหวัด ตลอดจนการรับผู้ป่วยกลับ (บางกรณี)

๗. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ในหลายๆ ด้าน เช่น การดำเนินการรื้อรื้อนักบริหารให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแล ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย การจัดหางบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

บทบาทสาธารณสุขอำเภอในการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะเป็นผู้นำของคลินิกหมอครอบครัว ในพื้นที่ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจึงควรเข้าใจบทบาทหน้าที่ต่อการพัฒนาคลินิก หมอครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

๑. ชี้แจงและกำหนดผู้รับผิดชอบงาน กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานของทีม ในทุกระดับ (ระดับอำเภอ/ตำบล)

๒. สร้างความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มบุคลากรทุกฝ่าย ได้แก่ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ คลินิกหมอครอบครัว

๓. วางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

๔. กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกสาขาวิชาชีพในการดำเนินงาน

๕. ร่วมกำหนดองค์ประกอบและโครงสร้างของคลินิกหมอครอบครัว

๖. ชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวให้แก่ องค์กรชุมชน ภาคประชาชนและผู้บริหารระดับอำเภอ

๗. ร่วมมือกับคลินิกหมอครอบครัวในการ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหา สถานะสุขภาพ ของพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน

๘. ให้คลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่ง วิเคราะห์ตนเอง และวิเคราะห์ ส่วนขาด ตามแนวทางการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดทำแผนการสนับสนุน

๙. จัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ทั้งงบประมาณบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

๑๐. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้

๑๑. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

๑๒. รายงานผลการดำเนินงานให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทราบ

๑. วางโครงสร้างการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ บุคลากร
๒. สนับสนุนให้การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกหมอครอบครัว อำนวยความสะดวกให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
๓. ติดตาม กำกับการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว
๔. ประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวและวางแผนสนับสนุน แก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด
๕. สนับสนุนด้านวิชาการ (งานวิจัย/นวัตกรรม) นำสู่ความยั่งยืน
๖. จัดให้มีผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว โดยเป็นการบูรณาการงานต่างๆ ในโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้เหมาะสมกับการขับเคลื่อนงาน โดยให้เป็นรูปแบบของคณะกรรมการ ที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน โดยให้มีคณะกรรมการที่ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข, ด้านพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล, ด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค, ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย เป็นต้น

บทที่ ๗

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว และภาคีที่เกี่ยวข้องในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ที่มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาเกือบ ๔๐ ปี เป็นจุดสำคัญในการเริ่มต้นให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกทั่วไปว่าเป็นกิจการสาธารณสุขมูลฐานที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งในโลก โดยมีเป้าหมายพัฒนาสุขภาพของประเทศที่มุ่งหวังให้ประชาชนไทยทั้งระดับบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (Self-care)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมต่อกับระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการและหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชนตนเอง บทบาทสะพานเชื่อมนี้มีความหมายเป็นอย่างยิ่ง เช่น การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประสานการส่งต่อไปยังสถานบริการ ประสานความช่วยเหลือด้านสังคมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสะพานเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ การมีอสม. จึงเป็นกลไกการทำงาน เป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) โดยมีบทบาท ดังนี้

๑. มีส่วนร่วมในการกระบวนวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนนั้นๆ เช่น การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชน แผนพัฒนาระบบสุขภาพของหมู่บ้าน/ตำบล แผนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับตำบล (ตำบล Long Term Care) เป็นต้น

๒. มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เฝ้าระวังโรคที่พบบ่อย เป็นต้น

๓. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ติดบ้าน-ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔. สื่อสารข้อมูลชุมชนภายในทีมงาน เพื่อรายงานสถานการณ์ ข้อมูลด้านสุขภาพ ปัญหา ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ช่วยในการวางแผน ดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในชุมชน เพื่อให้มาฝากครรภ์ภายใน ๑๒ สัปดาห์, เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการหรือได้รับวัคซีนไม่ครบหรือมีปัญหาภาวะโภชนาการ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดนัดไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง, ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว, ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลแม่ข่าย/รพ.อื่นๆ โดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อจากคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

๕. เป็นผู้สื่อข่าวสารสนเทศสุขระหว่างทีมหมอครอบครัวและประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข เจ้ข่าวสารสนเทศสุข เช่น การเกิดโรคระบาด ในท้องถิ่น เป็นต้น

๖. สำรวจ คัดกรอง และจัดทำข้อมูลสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว เช่น คัดกรอง ภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ คัดกรองแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ คัดกรองผู้พิการในชุมชน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เป็นต้น

๗. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล

๘. ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ สุขศึกษาให้แก่เพื่อนบ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) และแกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัย ในแข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยในน้อยที่สุด

๙. ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสุขภาพ

๑๐. เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) เพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

บทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ปี ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานสร้างเครือข่ายเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุขสู่ครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ ด้วยการนำบุคลากร ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง (LTC) ผู้ดูแลผู้ด้อยโอกาส ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป และ ๕ กลุ่มวัย โดยนำบุคลากรดังกล่าวที่ได้รับการคัดเลือก มีความสนใจ และเต็มใจมาเข้ารับการอบรมหรือเรียนรู้ร่วมกับญาติ เมื่อไปรับบริการในคลินิกหมอครอบครัว หรือ เรียนรู้ทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้จะต้องได้รับการเสริมทักษะ เพิ่มพูนความรู้และฟื้นฟูต่อเนื่องจากอส. โรงเรียนอส. โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนนวัตกรรม ศูนย์เรียนรู้ชุมชน เป็นต้น

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้กับครอบครัวและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

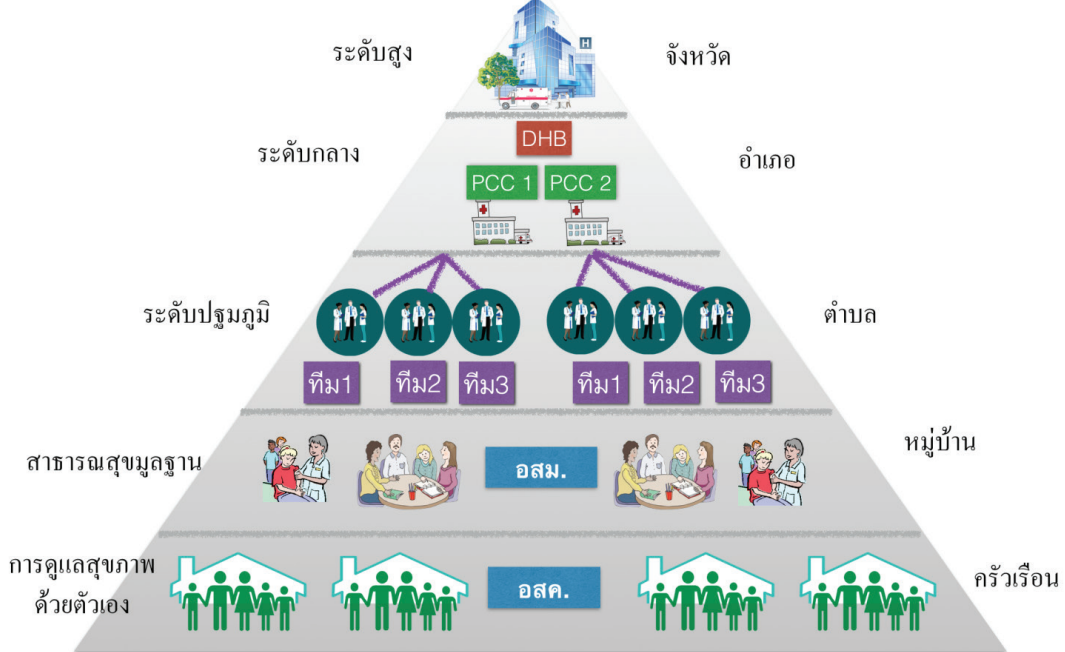
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีดังนี้

๑. ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พร้อมทั้งวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนนำสมาชิกในครอบครัวมารับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหา
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
๓. ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ภาวะพึ่งพิง
๔. เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
๕. บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสค. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว
๖. ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยง เป็นเครือข่ายร่างแห ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความรู้เพิ่มเติมและรับคำปรึกษาจากอสม. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพจากคลินิกหมอครอบครัว
๗. เสนอแนะความคิดเห็นในการพัฒนาครัวเรือนและร่วมเป็นทีมของคลินิกหมอครอบครัว

อาสาสมัครประจำครอบครัวจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวที่จะเชื่อมต่อและช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานของอสม.และคลินิกหมอครอบครัว

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

“เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”



ภาพที่ ๑๙ แสดงเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชน มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ เช่น ปัญหาการไม่เข้าถึงบริการของรัฐเนื่องจากฐานะยากจน ขาดผู้ดูแล การคมนาคมไม่สะดวก เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ฯลฯ ได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ระบุไว้ว่า ระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกัน ดังนั้น การปฏิรูประบบสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มีกลไกของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม ประสานการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภาคีสำคัญในชุมชนที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพชุมชน ยังให้เกิดความเป็นธรรม ความเท่าเทียมกันของประชาชน โดยสามารถตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ที่มีความจำเพาะแตกต่าง และหลากหลาย

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.) ดังนี้

๑. กำหนดนโยบายของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการบริหารจัดการของคลินิกหมอครอบครัว และสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

๒. เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

๓. เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาด้วยแนวทางของตนเอง

๔. มีการระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหา และใช้กระบวนการมาตรการทางสังคมเป็นแรงหนุน

๕. สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล เช่น สนับสนุนงบประมาณโครงการ/กิจกรรม ที่เกิดจากแผนสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานตามโครงการ/กิจกรรม ที่ได้วางไว้ รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ๓ อ. ๒ ส.

๖. สนับสนุนการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านสุขภาพของ อสม. และประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ยายเพิ่ม...ยังดูเหนื่อยไม่หายเหมือนคนวิ่งร้อยเมตรมา ฉันจึงขอวัดสัญญาณชีพให้แก่ชีพจรแถมเต้นเร็วผิดปกติ ๑๑๐ ครั้ง/นาที ฉันให้แกนั่งหลับต่ายื่นมือมาข้างหน้า เพื่อดูอาการมือแกสั่นเหงื่อไหลทั้งที่อากาศไม่ได้ร้อนเลย ฉันซักประวัติเพิ่ม แกบอกว่าแกหงุดหงิด บางคนหาว่าแกบ้าไปกับลูกด้วย คนข้างๆ บ้านบอกว่า “ให้เอามันสองแม่ลูกไปป่วย (รักษา) แน่หมอ..แม่มันก็บ้าคือกัน” เพราะคนในละแวกนั้นเขารู้ว่า สองแม่ลูกไปด้วยกันแม่จะเดินตามหลังลูกตลอดไม่ให้คลาดสายตา บางคนเห็นแกนั่งบนคนเดียว พุดคนเดียวสายตาดูตาโปน ฉันว่ามันน่าจะมีอะไรผิดปกติมากกว่าบ้าแน่ๆ จึงแอบวินิจฉัยโรคในใจ เตรียมข้อมูลปรึกษาอาจารย์เอก ซึ่งอาจารย์เป็นหมอเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว

ท่านเป็นอาจารย์ กูGoogle... ที่ให้คำตอบที่ฉันถามได้ชัดเจน ฝนเริ่มซาเมฆทะมึนเริ่มหายจางไปจากท้องฟ้า สมองฉันเริ่มสว่างเหมือนน้ำค้างบนยอดหญ้า เอ้า..เราไปเยี่ยมผู้ป่วยรายอื่นได้แล้ว

วันต่อมา..ฉันขึ้นเวรเข้าพอดิเจอฟีน้า แกเป็นพี่สาวที่แสนดีเราคนหน่วยปฐมภูมิรู้จักกันแกมีหน้าที่ประสานงานและให้คำปรึกษาได้สุดยอด ฟีนามากินข้าวเที่ยงด้วยฉัน จึงได้โอกาสปรึกษาเรื่องอาการของยายเพิ่ม ฉันสงสัยว่ายายเพิ่มแกเป็นโรคคอกพอกเป็นพิษ เพราะอาการและอาการแสดงเข้าข่าย แต่ก็มีหลายคนบอกว่าแกเป็นบ้า น่าจะรักษากินยาจิตเวชได้แล้ว ฉันจึงขอเจาะเลือดตรวจคอกพอก ฟีน้าเห็นด้วยภายใต้ รับคำสั่ง อาจารย์ เอก ตอนเย็นฉันกลับบ้านจึงโทรศัพท์บอกให้แกว่าฉันจะตรวจเลือดให้แกวันพุธหน้า เพราะส่งเลือดตรวจได้ทุกพุธเท่านั้น ฉันออกเยี่ยมบ้านในเขต รพ.สต.เหล่าไหงามทุกวันพุธถือเป็นโอกาสเหมาะ พุธนี้ฉันตื่นเช้าเป็นพิเศษเพราะต้องเข้าไปเจาะเลือดยายเพิ่มที่บ้านแกมาตรวจตามที่นัดไว้ก่อนเวลาทำงาน และต้องมาส่งที่โรงพยาบาลให้ทันเวลาห้องตรวจเลือดเปิด จากนั้นฉันก็ออกเยี่ยมบ้านตามปกติ จนกระทั่งวันนั้นบ่ายสามโมงเราจึงกลับเข้ามาถึงโรงพยาบาลฉันจึงไปตามผลการตรวจเลือดของยายเพิ่มที่ต้องตรวจเลือด

โอ้..แม่เจ้า..อะไรกันเนี่ยะ..ฉันรู้ว่าฉันคิดถึงใครเป็นคนแรก ฉันรีบเดินกึ่งวิ่งไปหาอาจารย์เอก ที่ PCU บัวขาว อาจารย์ประชุมที่ห้องสุขภาพจิต ฉันจึงถือโอกาสเคาะประตูถือผลการตรวจเลือดไปให้อาจารย์ดู ฉันคิดในใจว่าฉันดีใจมากที่ฉันหาโรคให้ยายเพิ่มได้ แกไม่ได้เป็นบ้าอย่างที่ชาวบ้านเขาว่ากัน อาจารย์เห็นผลการตรวจเลือดแล้วมองหน้าฉัน “แอม..ถ้าช้ากว่านี้แกคงหัวใจวายตายแน่ๆ ..” อาจารย์บอกพร้อมรอยยิ้ม เพราะผลปรากฏว่าแกเป็นไฮเปอร์ไทรอยด์ ต้องรีบให้ยา คอกพอกด่วน อาจารย์สั่งยาให้ฉันอมยิ้มในใจ เพราะอาจารย์เคยบอกว่า การออกเยี่ยมบ้าน “เราไม่ได้เยี่ยมบ้าน แต่เราไปเยี่ยมครอบครัวเขา ดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย” พอฉันได้คำสั่งยาเสร็จก็มาเบิกยาที่ห้องยา กว่าเสร็จก็เกือบสี่โมงครึ่ง วันนี้ฉันขับรถกลับบ้าน พร้อมถือถุงยาใบใหญ่มาฝากยายเพิ่ม ฉันขับรถมาที่เหล่าไหงามอีกครั้งเกือบห้าโมงเย็นแล้ว ฉันจอดรถที่หน้าบ้านสนมัยพอแกเห็นฉันก็รีบวิ่งไป

บอกแม่ “ แม่ๆ หมอแอมมาหา ” ยายเพิ่มเติมมาหาฉันท่าทางตื่นเต้นกระหืดกระหอบ “ ยายเพิ่ม.. เจ้าบ่ได้เป็นบ้าเต๋อ..หมอผลการตรวจเลือดแล้ว เจ้าเป็นโรคคอกพอกเป็นพิษ..นี่ยาหมอพื้นฝักเอามาให้เจ้ากิน ” ยายเพิ่มมองดูถุงยาพร้อมเอื้อมมือมาหยิบสั้นเทา ฉันเห็นรอยยิ้มที่ใบหน้าแถมมองหน้าฉันอย่างขอบคุณ “ หมอ..ขอยขอบใจหมอหลายเต๋อ..ขอยบ่ได้เป็นบ้าคือเขาว่าอีหลี ” แยกมือไหว้ฉันท่วมหัว นี่หรือคือความรู้สึกของการได้ดูแล ความภูมิใจยิ่งใหญ่ของฉัน ที่หาซื้อไม่ได้ ในท้องตลาด ฉันยิ้มในหัวใจเพราะมันเป็นกำลังใจและความดีเล็กๆ ที่ทำให้ฉันเดินต่อเพื่อเติมบุญแห่งความดีได้อีกนาน

ฉัน..อธิบายผลการตรวจเลือดให้แก่และลูกฟัง อธิบายเรื่องยาและแผนการรักษาจนแก่รับทราบเข้าใจ คนข้างบ้านที่ขอบอยากรู้อยากเห็นเดินมาถามฉัน “ ตกลงแม่มันก็บ้าอีกคน..แมนบ่หมอ ” หญิงวัยกลางคนจ้องหน้าถามฉัน ฉันจึงได้อธิบายอาการและโรคที่ยายเพิ่มเป็นให้ทราบว่าอาการที่แก่เป็นคืออาการคอกพอกเป็นพิษ กินยารักษาให้หายได้ เขาทำสีหน้าผิดหวังแต่ก็รับฟังแต่โดยดี..แกลงเป็นหออกระจายข่าวเล่าสู่กันฟังอีกหลายคน และคงมียายเพิ่มที่ถูกตราหน้าว่า แม่ผีบ้าในทางตรงกันข้ามแน่ฉันคิดในใจ

ยายเพิ่มได้รับการวินิจฉัยแล้ว แต่ตายศ..สามียายเพิ่มที่แกบอกว่า เป็นโรคหอบหืดเรายังไม่เคยพบแกละ ฉันคงต้องดูแลครอบครัวนี้ทีละคน ช่วยกันแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ “ เพื่อให้ผู้ดูแล ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยให้ได้อีกนาน ” ฉันได้เรียนรู้ว่าการเป็นพยาบาลครอบครัว ต้องดูให้เพื่อให้ครบใช้ความรู้ที่มี บูรณาการการดูแลให้มีประสิทธิภาพ เต็มความสามารถเท่าหนึ่งสมองและสองมือ ฉันคงได้รับโอกาสให้ทำงานดีๆ ที่มีคุณค่านี้ เพื่อดูแลสุขภาพ.....ของคน ในชุมชนแผ่นดินบ้านเกิดของฉัน...

“ยาต้านวัณโรค CAT ๕”

วิณณา แสงฤทธิ์

พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบัวขาว
รพ.สมเด็จพระยุพราชภูซำนาญรายณ์ จ.กาฬสินธุ์

วัณโรคถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของหลายๆ พื้นที่ จากตัวของโรคเอง จากยาต้านวัณโรคที่มีผลข้างเคียงที่ค่อนข้างไม่เป็นที่ประทับใจ หรือก่อเกิดการรบกวนชีวิตคนไข้มากที่สุด แม้กระทั่งในด้านขององค์ความรู้ ของโรค การดูแลตนเอง และการดูแลเมื่อมีสมาชิกที่เจ็บป่วยที่สำคัญไปกว่านั้นคือ เป็นโรคที่สังคมยังไม่รังเกียจ ไม่อยากเข้าใจ กลัวการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องประสบกับความทุกข์ยากเป็นอย่างมาก สุดท้ายเมื่อมีปัญหารุมเร้ามากขึ้น ทำให้ไม่มารับยาที่ต่อเนื่อง หรือหยุดการรักษาไปเลย

กาก้า เป็นผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่อยู่ในการดูแลของเรา ได้รับส่งต่อจากงานคลินิกวัณโรคว่า กาก้าไม่มารับยาตามนัด บ่ายวันแรกที่เรามาเยี่ยมบ้าน ภาพที่เห็น สภาพบ้านปูนชั้นเดียว ขนาดไม่ใหญ่มากนัก ประตูไม้เก่าๆ ถูกปิดไว้ เสมือนว่าไม่น่าจะมีคนอยู่บ้าน เราจึงไปถามข้างบ้าน

“บ้านหลังนี้มีคนอยู่มั๊ย หมอจากโรงพยาบาลบัวขาวมาเยี่ยม “

“ เขาอยู่ในนั้น แหละ เรียกดังๆ ะ เลย”

แล้วเขาก็มาเรียกคนไข้ช่วยเรา “กาก้า หมอมาเยี่ยม กาก้าตื่นหรือยัง” เสียงประตูไม้เก่าๆ ดังเอี๊ยด แล้วค่อยๆ เปิดออก ภาพวัยรุ่น ผอมกระเซิง ตัวผอมๆ ะ หน้าตายังไม่สว่างนอน เสียงเนือยๆ ะ ในการตอบคำถาม

“กาก้า หมอที่โรงพยาบาล บอกว่า กาก้า ขาดยา ไม่ไปรับยา มีปัญหาอะไรให้หมอช่วยหรือเปล่าคะ “

“หมอ วันนี้ข้าวผมก็ยังไม่ได้อกินเลย ผมไม่มีแรงไปหาหมอหรือก เงินค่ารถไปหาหมอกก็ไม่มี”

คำถามที่ฉันทถามออกไป กับคำตอบที่ได้มา มันช่างเป็นคำถามที่ไม่ตรงคำตอบเอาเสียเลย

“ผมเหนื่อย ผมอยากนอน”

คำพูดคำสุดท้ายจบลง พร้อมกับมือผอมๆ ข้างนั้นก็ดึงประตูไม้เก่าๆ ปิดตามเข้าไปด้วย

โอ้.....ไม่นะ..เธอทำกับฉันแบบนี้ไม่ได้นะ....ฉันมาเยี่ยมเธอนะ....ฉันได้แต่คร่ำครวญในใจ

เมื่อทีมเยี่ยมบ้านเราขึ้นมาอยู่บนรถพร้อมกัน แต่ละคนก็ได้แสดงความคิดเห็นไปต่างๆ นานา บ้างก็บอกว่าปล่อยเขาไปเถอะ อย่าไปยุ่งกับเขาเลย บางคนก็บอกว่าน่าสงสาร และกลุ่มที่ว่าน่าสงสารมีเยอะกว่ากลุ่มแรก คือ ๒ ต่อ ๑ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็รวมทั้งฉันด้วย แล้วเราก็เริ่มวางแผนกันใหม่ ว่าเราจะเข้ามาหากาก้าได้อย่างไร

“กาก้า หมอเอาข้าวมาฝาก มีเงาะด้วย”

สักครู่ประตูบานที่ปิดใส่เราเมื่อวานก็แง้มออกมา แล้วตัววัยรุ่นผอมๆ ท่าทางโหมโหมคนหนึ่งก็เดินโผล่ออกมาหาเราที่ได้ต้นมะยมหน้าบ้าน และยื่นมือผอมๆ มารับถุงข้าวกับผลไม้ไปถือไว้ และยกมือไหว้กล่าวขอบคุณ พร้อมแวตาทที่ดีใจ

“พรงนี้หมอมานเยี่ยมอีกได้ไหม “

กาก้าพยักหน้า และกล่าวขอบคุณเราอีกครั้งสำหรับข้าวมือนี้ แล้วเราก็พากันขึ้นรถเพื่อไปเยี่ยมคนไข้รายอื่นๆ ต่อไป แต่บทสนทนาของเราบนรถวันนี้ช่างแตกต่างจากเมื่อวาน ทีมงานเยี่ยมบ้านทุกคนมีความสุข และทุกคนได้คุยกันถึงเรื่องพรงนี้ว่าเราจะทำอย่างไรต่อไป

“กาก้า หมอเอาข้าวมาฝาก ”

วันนี้ก้ามาเยี่ยมเราที่ได้ต้นมะยมหน้าบ้าน และใบหน้าที่ดูมีพลังชีวิตมากกว่าเมื่อวาน ฉันจึงเริ่มต้นถามเรื่องครอบครัวของกาก้า เพราะตั้งแต่ที่เรามาเยี่ยมเรายังไม่เห็นคนอื่นๆ ในบ้านหลังนี้เลย และแล้วเรื่องราวต่างๆ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบันก็พรั่งพรูออกมา กาก้ามีพี่น้อง ๓ คนพี่ชายและน้องชาย พ่อแม่แยกทางกัน ตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อเรียนจบประถมหก ก็ไปทำงานรับจ้างกับญาติที่กรุงเทพฯ และด้วยชีวิตวัยรุ่นที่ขาดครอบครัวยึดเหนี่ยวทำให้ใช้ชีวิตที่ไร้ทิศทางเงินที่ได้มาจากการทำงานอันน้อยนิดก็เที่ยวเตร่ ไม่มีใครให้ผูกพัน แล้ววันหนึ่งร่างกายก็ทรุดโทรม ไม่รู้จะเหลียวหน้าไปหาใครที่อยู่ในเมืองหลวง จึงได้กลับมาที่บ้านเกิด โชคดีที่ยังมีบ้านหลังเก่าๆ ที่ขายได้ส่งเสียไว้ก่อนตายว่าเก็บไว้ให้ลูกหลานที่ไม่มีที่อาศัย ไม่ให้มีใครเป็นเจ้าเข้าเจ้าของโดยเด็ดขาด กาก้าจึงได้มีที่พอกุ้มแดดคุ้มฝนบ้าง ส่วนพี่น้องคนอื่นๆ ก็หาเลี้ยงใส่ปากใส่ท้องตนเองก็แทบไม่พอยาไส้ ส่วนแม่ก็ไปมีสามีใหม่และฐานะก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เขาไม่รู้ว่าแต่ละวัน จะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร วันๆ จึงมีแต่นอนโดยไม่รู้วันเวลา อยากนอนหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมา หลังจากที่ได้ฟังเรื่องราวาก้าแล้วทุกคนรู้สึกเห็นใจเขาอย่างมาก เมื่อกลับมาที่ทำงานเราประชุมทีมใหญ่กันถึงแนวทางการช่วยเหลือกาก้า โดยเป้าหมายหลัก คือ กาก้าต้องมีข้าวกิน เพราะไม่เช่นนั้นแล้วเราไม่อาจพูดเรื่องการกินยา

วัดโรคกับเขาได้เลย ซึ่งข่าวที่เราเล็งเห็นนั่นก็คือข่าวโรงครว้นเอง เพราะโดยปกติคนไข้วัดโรคที่มีปัญหาเรื่องการกินยาแพทย์จะต้องให้อนโรงพยาบาลเพื่อให้อยู่รับยาที่ห้องแยกโรคอยู่แล้ว กาก้าก็ถือว่าเข้าเกณฑ์เพียงแต่เปลี่ยนจากห้องแยกโรคโรงพยาบาลเป็นที่บ้านคนไข้ และให้วันละมื้อหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อเปิดโอกาสให้คนไข้ได้ช่วยตนเองบ้าง คำนวนเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วถูกกว่ามาก หลังจากเป็นมติที่ประชุมของเราแล้ว พี่ป้อมได้อาสาที่จะเป็นผู้เจรจาทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับข่าวที่โรงครว

“กาก้า วันนี้เป็นข่าวมันไถ่นะ ได้มาลุงบ่อเร่อเลย พี่ที่โรงครวใจดีมากกลัวกาก้าไม่อิม”

“วันนี้ดูหน้าตาสดใสขึ้นมากเลยนะ ดูหล่อกว่าเมื่อก่อนตั้งเยอะเลย”

“พี่ขออุสมุดบันทึกการกินยาและยาที่เหลือหน่อยสิ “

“โอ้โฮ เก่งจังเลย บันทึกได้ถูกต้อง ตัวหนังสือก็สวยด้วย “

สำหรับเรื่องการบันทึกการกินยานั้น ตอนแรกเราได้นำปฏิทินไปให้เขาทำเครื่องหมายกากบาทในวันที่กินยาและเราเป็นคนลากลงสมุดให้ เนื่องจากบอกให้เขาทำแล้วเขาไม่ยอมทำ จึงต่อรองให้ทำเครื่องหมาย ส่วนเรื่องยา เป็นระบบการเติมยา โดยเริ่มจาก ๕ วัน ดูว่ากินได้ถูกต้องก็เพิ่มเป็นอาทิตย์ ขยับเป็น ๒ อาทิตย์ แล้วในที่สุดก็เป็นเดือนและบันทึกลงสมุดเองโดยที่เราไม่ต้องบอก

“กินยาครบ ๒ เดือนแล้ว ต้องไปตรวจเอกซเรย์ปอดที่โรงพยาบาลนะ ไปได้มัย เอาเสมหะไปตรวจด้วย พี่จะเอาดลับไว้ให้ละ และจะทำบัตรรอไว้ “

วันแห่งปาฏิหาริย์ ของเช้าวันจันทร์ ซึ่งเป็นวันคลินิกวัดโรค เราได้เห็นกาก้ามายืนอยู่ที่หน้า PCU ทุกคนพากันตื่นเต้น และดีใจมากเหมือนสิ่งที่เราแอบหวังและลุ้นอยู่ลึกๆ แล้วมันเป็นจริงขึ้นมาหลังจากที่ทักทายกันแล้ว ฉนรีบไปทำบัตรและได้ไปส่งเขาที่ห้องเอกเรย์

ตอนนี้กาก้ารับยาเดือนสุดท้าย อีกไม่กี่วันก็จะครบ แ ต่เราไม่ได้เอาข่าวไปให้เขาแล้ว เพราะเขาสามารถที่จะทำงานรับจ้างที่ร้านขายของส่งและมีรายได้เพื่อดูแลตนเอง และบางครั้งมีญาติๆ เพื่อนๆ แวะเวียนมาที่บ้านเพื่อเยี่ยมยามถามข่าว

“CAT ๕ ใช้สำหรับผู้ป่วย TB ที่ไม่มีข่าวกิน TB ที่นอนทั้งวัน เพราะไม่รู้จะตื่น มาทำไม ตื่นมากก็ไม่มีข่าวกิน”

แม่สีบ้า

พว.เพ็ญศรี ปรียัติ

รพ.สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

ครืนๆ เสียงฟ้าร้องดังมาแต่ไกล เมฆหมอกสีดำทะมึนบนท้องฟ้า ฝนใหญ่ตั้งเค้ามาเยือนอีกครั้ง การกิจสำคัญรอฉันและทีมงานตรงหน้า รถเยี่ยมบ้านป้ายแดงโค้งตามถนนลูกรังมาถึงจุดหมาย ฝนเม็ดแรกพร้อมพายุพัดกระหน่ำอย่างไม่เกรงใจผู้มาเยือน เราวิ่งเข้าไปหลบฝนที่หน้าบ้านสนมภัย ยายเพิ่มแม่ของสนมภัยออกมาต้อนรับ หมอลอบฝนก่อน ปกติฉันจะมาเยี่ยมครอบครัวนี้ทุกสองสัปดาห์เพราะผู้ป่วยในบ้านนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่ยังมีความหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้ายกลัวตำรวจจะมาจับ บางวันก็ทุบตีแม่ ทำลายข้าวของ ฉันจึงดูแลควบคุมอาการเขาไม่ให้คลาดสายตาฉันสังเกตเห็นว่ายายเพิ่มดูผิดปกติขณะที่แกลเดินออกมาหาฉัน แกมีอาการเหนื่อยหายใจหอบ ท่าทางลุกลี้ลุกกลน มือสั่นเทา ยายเพิ่มเหนื่อยเหลือ ฉันถาม ค่ะหมอ..นอนก็ไม่ค่อยหลับ ฉันคงทำงานมากไปมั้ง จุดหมายของเราคือผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพอเห็นหน้าฉัน แกก็รีบวิ่งไปนอนบนเสื่อปดตะขงกางเกงเคลียร์พื้นที่ให้ฉันฉีดยา ฉันทักประวัติ วัดความดันโลหิต และอาการของสนมภัยเสร็จฉีดยาให้โบว์น้องกายภาพบำบัดลงบันทึก กุ้งน้องผู้ช่วยเภสัชดูแลเรื่องยาแล้ว ฉันเขียนใบนัดผู้ป่วยซึ่งกากบาทวันที่ลงในปฏิทินนัด อธิบายการนัดหมายให้รับทราบ

ฉันและทีมงานยังไปเยี่ยมต่อไปไม่ได้เพราะฝนยังไม่อยากสั้มฟ้าเลย ฉันจึงถามหาพ่อของสนมภัยเพราะเรามาเยี่ยมไม่เคยเจอแกลเลย ยายเพิ่มบอกว่าแกลไปหาปลาที่อ่างวังนองมาขาย ปกติแกลมีอาชีพเป็นยามที่โรงงานน้ำตาล แต่แกลแกล้งทำไม่ไหว จึงลาออกแกลมีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัวคนเดียว เพราะยายเพิ่มเองต้องคอยตามสนมภัยไปทุกที่เพื่อคอยดูแล ส่วนน้องชายสนมภัยคนที่สองเคยติดกาว เป็นคนไม่เต็มบาทที่ชาวบ้านเรียก แต่สามารถรับจ้างเล็กๆ น้อยๆ ได้เท่าที่มีคนจ้างทำน้องชายคนเล็กไปทำงานรับจ้างที่กรุงเทพฯ รายได้พอเลี้ยงตัวเองบางเดือนไม่พอจ่ายค่างวดมอเตอร์ไซด์ ต้องขอเงินทางบ้าน พ่อจึงแบกรับภาระครอบครัวอย่างหนัก ตอนนี้แกลป่วยเป็นโรคหอบหืดอาศัยยาจากอนามัยประจำอาการ ไม่มีเวลาไปหาหมอที่โรงพยาบาล เพราะกลับจากหาปลาก็ตะวันตกดินออกจากบ้านอีกทีก็ตีสี่

ประเด็นคำถามที่พบบ่อย

คำถาม : ทำไมต้องมีคลินิกหมอครอบครัว ?

คำตอบ : การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทำขึ้นเพื่อสนองตอบปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย ที่ปัจจุบันพบว่าเป็นการขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดความแออัดและรอรับบริการนาน เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษา สร้างความไม่พึงพอใจในการกลุ่มผู้รับบริการ อีกประการหนึ่งคือ เป็นการดูแลรายโรค (Disease) ไม่มีเจ้าภาพในการดูแลแบบองค์รวม

อีกทั้งยังเป็นจุดที่สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขช่วยให้มีการดูแลที่เกื้อกูลระหว่างระดับปฐมภูมิกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และจะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนมากขึ้น

คำถาม : โครงสร้างการบริหารจัดการของคลินิกหมอครอบครัวเป็นอย่างไร ?

คำตอบ : สามารถแบ่งการบริหารจัดการเป็น ๒ ระดับ คือ

- ระดับอำเภอ ทุกกลุ่มหรือทุก Cluster จะอยู่ในการบริหารโดย DHS Board บางพื้นที่มีหลาย CUP ในแต่ละ CUP มีหลาย Cluster ก็ได้ แต่ CUP ต่างๆ ก็ยังต้องอยู่ใต้การบริหารจัดการของ DHS Board สำหรับการปฏิบัติงานให้แต่ละอำเภอมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงาน PCC ระดับอำเภอเป็นผู้ประสานงานกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- ระดับ Cluster ให้จัดระบบการประสานงานภายใน cluster โดยให้แต่ละ Cluster ทำการคัดเลือกผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานนี้ ซึ่งต้องทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและประสานงานทั้งภายในและภายนอก cluster (อาจเป็น ๑ คนหรือเป็นทีมประสานงานก็ได้) และให้ CUP Board เป็นผู้ออกคำสั่งมอบหมายภารกิจประสานงาน (รายละเอียด ในบทที่ ๒ เรื่องการบริหารจัดการและบทที่ ๕ บทบาทของทีมผู้เกี่ยวข้อง)

สำหรับแต่ละหน่วยบริการภายใน Cluster ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมเป็นผู้บริหารจัดการดูแลความเรียบร้อย และอยู่ในการกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองให้มีอยู่ในโครงสร้างการบริหารจัดการของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนดั้งเดิม

คำถาม : ใครทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะให้แพทย์มีบทบาทเป็นผู้อำนวยการ รพสต.หรือไม่ ?

คำตอบ : ให้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ปฏิบัติหน้าที่บริหารจัดการภายใน รพสต.หรือทำการประสานงานกับภาคีต่างๆ ในชุมชน เป็นบทบาทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และทีมชุมชนเดิม

สำหรับแพทย์กำหนดตำแหน่งให้อยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ยังคงเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลเช่นเดิมไม่ให้ออกจากไปอยู่ รพสต. ส่วนตำแหน่งให้อยู่ในโครงสร้างของกลุ่มภารกิจปฐมภูมิ ได้แก่ ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มงานเวชกรรมสังคม, ในโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในภารกิจของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน

คำถาม : คลินิกหมอครอบครัวจะทำให้การทำงานแตกต่างจากเดิมหรือไม่?

คำตอบ : แตกต่างแน่นอน ครั้งนี้ถือเป็นการปฏิรูประบบปฐมภูมิ โดยจัดให้มีสหวิชาชีพไปปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิแบบเป็นงานประจำ ไม่ใช่เจียดเวลาของสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จากเดิมๆ จะพบเหตุการณ์ว่า “ถ้าวันนี้ไม่ว่างก็ไม่ต้องไป หรือ งานในโรงพยาบาลก็เยอะแล้วทำไมต้องไปดูข้างนอกอีก”

สำหรับสิ่งที่แตกต่างอีกข้อ คือ การนำแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปเป็นแพทย์ประจำทีมปฐมภูมิจะทำให้รูปแบบการทำงานแตกต่างจากเดิมซึ่งไม่มีแพทย์ประจำแน่นอน การพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบองค์รวม และการจับประเด็นทางคลินิกจะชัดเจน บทบาทของงานของเวชศาสตร์ครอบครัวชัดเจนขึ้น การประสานกับภาคีเครือข่ายจะเกิดพลังมากยิ่งขึ้น

นอกเหนือจากวิชาชีพแพทย์แล้วยังมีการเติมเต็มวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลประชาชนในสภาวะปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ เป็นภาระลูกหลาน หรือ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตที่นอนอยู่ที่บ้านที่มีการคาสยสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพหรือการดูแลอย่างถูกวิธีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องไปนอนโรงพยาบาลบ่อยๆ หรือลดความพิการซ้ำซ้อน เป็นต้น ในทีมสหวิชาชีพจึงได้จัดให้มีนักกายภาพร่วมทีมเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านเป็นการประจำ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการใช้ยา ซึ่งบ่อยครั้งไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ควบคุมโรคได้ไม่ดีกว่าไปพบปัญหาและสาเหตุจากการดูแลต่อเนื่องและช่วยในการควบคุมโรคที่บ้านได้ เป็นต้น ทำให้รูปแบบการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวจัดได้ว่า เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ เป็นการขยายบริการให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยการดูแลเดิมยังคงอยู่ ถ้าย้อนรอยจากอดีตพบว่า การดูแลในปฐมภูมิเดิมเน้นการพัฒนาสาธารณสุขภาคเพื่อสร้างสุขอนามัยในครัวเรือน เช่น การสร้างส้วม เป็นต้น ต่อมาเมื่อสาธารณสุขภาคดีขึ้นได้พัฒนาการดูแลในชุมชน สร้างการเข้าถึงบริการป้องกันโรคมาสู่การสร้างทีมดูแลในชุมชนเป็นทีมหมอครอบครัวมาจนถึงปัจจุบันซึ่งเป็นการต่อยอดเพิ่มศักยภาพให้สูงขึ้น ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ ๒๐ แสดงพัฒนาการของระบบปฐมภูมิจากอดีตสู่ปัจจุบัน

คำถาม : แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องนั่งอยู่ประจำเต็มเวลาในศูนย์บริการของคลินิกหมอครอบครัวหรือไม่ ?

คำตอบ : ไม่จำเป็นต้องนั่งประจำตลอด ๘ ชั่วโมงการทำงานในเวลาราชการ สิ่งสำคัญคือการยึดหลักการดูแลประชาชนที่ถูกมอบหมายให้รับผิดชอบ (Catchment Population) ให้ไม่เจ็บป่วย หากป่วยก็ให้รักษา หากจำเป็นต้องส่งต่อก็ให้เป็นผู้จัดการส่งต่อและรับดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลมาดูแลในชุมชน

ในการทำงานจริงจำเป็นต้องมีกิจกรรมทั้งการรักษาแบบคนไข้นอก การดูแลต่อเนื่อง การควบคุมป้องกันโรค มีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นตามบทบาทของแพทย์ผู้ดูแลประชาชนในพื้นที่ทำให้ต้องใช้ช่วงเวลาในการจัดการปัญหาต่างๆ ในภาพรวมเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมด้วย รวมถึงการเสริมศักยภาพและการอบรมฟื้นฟูความรู้ทางด้านวิชาการ/การดูแลผู้ป่วยแล้วแต่เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งสิ้น

คำถาม : จำเป็นต้องหาสถานที่ใหม่หรือจัดสร้างศูนย์บริการขึ้นมาใหม่หรือไม่ ?

คำตอบ : ไม่จำเป็น ในการดำเนินงานสามารถใช้สถานที่เดิมที่มีอยู่ โดยให้คำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน และความปลอดภัยกับความสามารถในการจัดบริการให้ครอบคลุมกับความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป็นสำคัญ หากสถานที่เดิมเหมาะสมอยู่แล้วก็ให้ใช้สถานที่เดิม และไม่จำเป็นที่ทุกทีมต้องมีสถานที่เป็นของตัวเอง ขอเพียงจัดบริการได้ตามหลักสำคัญของคลินิกหมอครอบครัวก็เพียงพอและเหมาะสมแล้ว ให้ถือว่าโครงสร้างเรื่องอาคารสถานที่ (Structure) เป็นเรื่องสำคัญรองลงมาจากบริการ (Service)

คำถาม : หากจบบัณฑิตชุดนี้แล้วนโยบายคลินิกหมอครอบครัวจะจบตามไปด้วยหรือไม่ ?

คำตอบ : แนวทางการดำเนินการปฏิรูปการสาธารณสุขด้วยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หรือการจัดระบบคลินิกหมอครอบครัวในครั้งนี้ ไม่ได้เป็นเพียงนโยบายในลักษณะเดิมๆ แต่มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับผ่านประชามติ ปีพ.ศ.๒๕๕๙ ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขระบุให้มิแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม นั่นคือ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนทุกครอบครัวมีหมอที่ทำหน้าที่เสมือนญาติของครอบครัวให้การดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ

คำถาม : การมีแพทย์ไปทำงานใน รพสต.จะทำให้ระบบปฐมภูมิพังหรือไม่ ?

คำตอบ : ในการดำเนินงานครั้งนี้เน้นให้แพทย์ที่เข้าไปปฏิบัติงานในระบบเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความเข้าใจในการดูแลปัญหาเน้นที่การดูแล “การเจ็บป่วย (Illness) ดูแลคน” ไม่ใช่เพียงดูแล “โรค (Disease) หรือดูแลรายอวัยวะ (Organ)” และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความเข้าใจในบริบทของ “คน” จึงต้องดูแลทั้งครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมแต่มีอิทธิพลสูงสุดต่อคนหนึ่งคนและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีความเข้าใจว่าการขับเคลื่อนงานของระบบปฐมภูมิจำเป็นต้องสร้างบริการให้เกิดการดูแลรอบด้านหรือการดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง

คำถาม : ลักษณะการทำงานของแพทย์ในคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นอย่างไร ?

คำตอบ : ลักษณะการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวไม่ใช่ Extended OPD และไม่เน้นการดูแลผู้ป่วย Emergency ในโรงพยาบาล แพทย์กลุ่มนี้จะต้องมีพื้นที่และประชาชนในการดูแลรับผิดชอบชัดเจน ดูแลใกล้ชิดเป็นกันเอง เป็นทีมประจำดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้มีหน้าที่ไปออกตรวจ OPD GP หรืออยู่เวรแบบทั่วไปแต่จะเป็นเวรรับ Consult ให้กับทีมเพื่อดูแลประชากรในเขตของตัวเอง ไม่ต้องไปอยู่ประจำหอผู้ป่วยแบบเดิม จะต้องมีบทบาทเป็น Health manager คือ การดูแลในด้านบริการเชิงคลินิก และเป็นหัวหน้าทีมในการจัดการด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย มีหน้าที่คิดร่วมกับทีมในการดำเนินการให้ประชาชนในเขตของตนเองมีการดูแลตนเอง (Self care) เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาจต้องไปทำงานสร้างส่วนร่วมกับภาคีต่างๆ ในชุมชนก็ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับทีมชุมชน

คำถาม : การจะเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถึง ๖,๕๐๐ คนจะอย่างไร นอกจากแพทย์แล้ววิชาชีพอื่นๆ จะมีการพัฒนาอย่างไร?

คำตอบ : มีการวางแผนกำลังคนทั้งทีมเพิ่มเติมให้โรงพยาบาลจะเป็นส่วนที่เพิ่มเติมจาก FTE สำหรับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้ใช้แผนกำลังคนตามสัดส่วนประชากรที่ได้วางไว้



แล้ว สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกันผลิตให้ได้จำนวน ๖,๕๐๐ คนภายใน ๑๐ ปี โดยมีแผนแบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ ๑ ทำการรับสมัครแพทย์ที่เกียติอายุราชการหรือแพทย์นอกราชการรวมถึงแพทย์ผู้สนใจเข้าสู่ระบบ โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจัดการอบรมระยะสั้น (Short course) โดยต้องเป็นหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยให้การรับรองมาตรฐาน เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวางแผนผลิตปีละ ๑๒๐ ถึง ๑๕๐ คน เน้นให้เป็นการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นเท่านั้น

รูปแบบที่ ๒ เป็นการฝึกอบรมโดยใช้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อม รวมถึงในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำอยู่เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง กลุ่มนี้จะได้รับการรับรองมาตรฐานจากราชวิทยาลัย เป็นหลักสูตรวุฒิปัตร

ในภาพรวมของการผลิตสหวิชาชีพนั้น มีแผนการผลิตเพิ่มเติม พร้อมกับแผนระยะยาว ในด้านการเรียนการสอนแบบใหม่ที่ให้นักศึกษาแพทย์ได้รับความรู้จากการเรียนในระดับอำเภอ พร้อมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอีกด้าน คือ ระบบแรงจูงใจเพื่อให้มีผู้มาปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวโดยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเงินเพิ่มพิเศษอื่นๆ ตามนโยบายให้ได้รับค่าตอบแทน พตส. มากกว่าสาขาอื่นๆ และมีแผนด้านการเงินการคลังให้จัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานครั้งนี้ให้อยู่ในเงินรายได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมจากเดิม จำนวน ๑๐๐ - ๒๐๐ บาทต่อประชากร

คำถาม : ข้อแตกต่างระหว่าง PCC ในเขตเมืองกับ PCC ในเขตชนบท

คำตอบ : มีทั้ง ๒ ด้าน คือ จุดที่แตกต่างและไม่แตกต่าง จุดที่เหมือนกัน คือ เป้าหมายในการดำเนินการและรูปแบบบริการที่เป็น บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี แต่สิ่งที่แตกต่างกัน ได้แก่

๑. วิธีการให้บริการ เนื่องจากในเขตเมือง ประชาชนมีวิถีชีวิตแตกต่างจากชนบทมาก และพบความเหลื่อมล้ำได้สูงมาก บางพื้นที่ในเมืองเป็นอาคารใหญ่โต ถัดออกมาอีกเล็กน้อยเป็นชุมชนแออัด หรือที่พักอาศัยเป็นหอพักหรือคอนโดมิเนียม มีการจัดระบบความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวทำให้เข้าถึงตัวกลุ่มเป้าหมายยาก ดังนั้นวิธีการในการเข้าถึงประชาชนจะแตกต่างจากวิธีการในเขตชนบท

๒. การบริหารจัดการ สิ่งสำคัญคือ การจัดตั้งทีมงานและการบริหารจัดการภายในทีมให้สามารถขับเคลื่อนให้เกิดงานได้ ในเขตเมืองที่เป็นพื้นที่ของโรงพยาบาลดูแลที่มีประชากรน้อยกว่า ๒๐,๐๐๐ คนต้องรวมทีมกับ รพสต.เพื่อให้ได้ประชากรในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับ ๓๐,๐๐๐ คน ส่วนในเขตชนบทเป็นทีมของ รพสต.มารวมกลุ่มกันทั้งหมด

๓. โครงสร้างสถานที่ ในเขตเมืองที่มีปัญหาเรื่องหน่วยบริการเข้าถึงลำบาก หรือไม่มีพื้นที่ตั้งหน่วยบริการอาจต้องพิจารณาจัดสร้างหน่วยบริการเพิ่มเติม หากไม่มีปัญหาเรื่องที่ตั้งของหน่วยบริการก็ไม่จำเป็นต้องสร้างใหม่ ส่วนในเขตชนบทให้ใช้หน่วยบริการเดิมไม่ต้องสร้างใหม่

คำถาม : การดำเนินงาน PCC ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปแตกต่างกับในโรงพยาบาลชุมชนต่างกันหรือไม่?

คำตอบ : ในระยะเริ่มต้น กรณีที่ รพช.มีจำนวนแพทย์น้อยมาก อาจมีปัญหาในการจัดแบ่งหน้าที่ของแพทย์ซึ่งเดิมให้ตรวจผู้ป่วยนอก รับเวรนอกและเวรใน แต่ใน รพศ./รพท.มีการแบ่งภารกิจการหว่างปฐมภูมิกับทุติยภูมิและตติยภูมิชัดเจนอยู่แล้ว การจัดแบ่งแพทย์และพื้นที่ทำงานจะง่ายกว่า

ในการจัดการของ รพช.ต้องจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแบ่งประชากรออกมาให้ชัดว่า จะให้แพทย์ดูแลพื้นที่ใดบ้าง ซึ่งผู้ป่วยนอกทุกๆ ไปของพื้นที่นั้นๆ จะถูกแบ่งออกไปตรวจรักษาที่ PCC ทำให้ภาระงานในแผนกผู้ป่วยนอกของ รพช.ลดลง ส่วนใน PCC จะต้องออกแบบระบบงานให้มีการดูแลแบบองค์รวม อาจมี Acute care บ้าง ส่วน Chronic care จะต้องถูกจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองเป็นการดูแลแบบองค์รวมให้ได้ หากเกินขีดความสามารถในการดูแลใน PCC จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลก็ส่งให้แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลต่อ แพทย์ประจำ PCC สามารถร่วมดูแลในด้านที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในด้านครอบครัวและสังคม (Psychosocial problem) เป็นต้น

คำถาม : จะเริ่มต้นจัดตั้ง PCC ตามนโยบายนี้ได้อย่างไร?

คำตอบ : ให้ดำเนินการตามหลัก ๓ S = Structure, Staff และ System

๑. ควรทำการสำรวจความพร้อมของบุคลากร ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้ทราบข้อมูลศักยภาพที่มีอยู่

๒. จัดกลุ่ม Catchment populationให้ได้ ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน/ทีม และจับทีมเป็นกลุ่ม (Cluster) โดยให้พิจารณาความเหมาะสมของบริบทด้านการเดินทางของประชาชนและความห่างไกล

๓. เมื่อได้ทีมครบถ้วน ๓ ทีมให้จัดรูปแบบของการบริการให้เป็นตามที่กำหนด

๔. ในกรณีที่ทีมไม่ครบถ้วน ให้วิเคราะห์หาส่วนขาดของบุคลากรแล้วจัดทำแผนการพัฒนา



คำถาม : บทบาทของ สสจ.กับนโยบาย PCC

คำตอบ : สามารถสรุปได้สั้นๆ ดังนี้

๑. การขับเคลื่อนนโยบาย โดยการพัฒนาพื้นที่และบุคลากร เพื่อสร้างทีมสหวิชาชีพ
รวมเป็นคลินิกหมอครอบครัว

๒. การประสานงานกับองค์กรภายนอกเพื่อความเข้าใจ และสร้างความร่วมมือ
โดยเฉพาะกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำถาม : พื้นที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะเริ่มต้นทำคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างไร

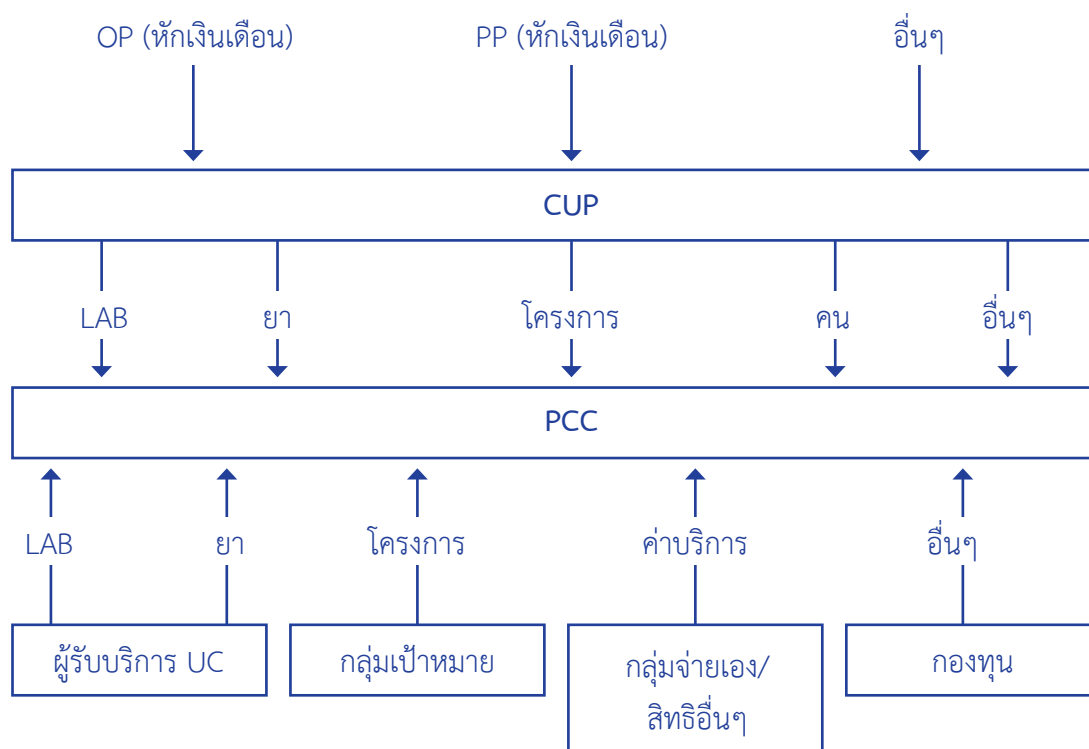
คำตอบ : หากไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จัดว่าไม่ครบทีม จะไม่สามารถจัดตั้งคลินิก
หมอครอบครัวได้ ต้องจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร เช่น จัดหาแพทย์ที่สนใจทำงานในพื้นที่ PCC
เข้าอบรมในหลักสูตร ที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับรองเท่านั้น หากอบรมระยะสั้น
เป็นหลักสูตร ๖ เดือน จะได้รับประกาศนียบัตร หากเรียนในหลักสูตรระยะยาวสำเร็จ จะได้วุฒิบัตร
หรืออนุวุฒิบัตร ทั้ง ๒ กลุ่มนี้สามารถเข้าทำงานใน PCC ได้ แต่จะมีความแตกต่างกันในด้าน
ค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เฉพาะทาง เช่น พตส. หรือค่าวิชาชีพขาดแคลน เป็นต้น

วิธีการจัดทำบัญชีเสมือน (Virtual Account) ในระดับกลุ่มบริการ (๑ Cluster)

บัญชีเสมือน (Virtual account) หมายถึง การจัดทำบัญชีรายรับและรายจ่ายทั้งหมดของคลินิกหออครอบครัว (PCC: Primary care cluster) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบต้นทุนที่แท้จริงในการดำเนินงานของคลินิกหออครอบครัว นำไปสู่การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ต้องแยกการจัดการด้านการเงินออกจากการเงิน CUP จึงใช้คำว่าบัญชีเสมือน หรือ Virtual account

ก่อนจัดทำบัญชีนี้ควรทำความเข้าใจภาพรวมของทรัพยากรทั้งหมดที่เข้าและออกในคลินิกหออครอบครัวก่อนดำเนินการ ในแต่ละ PCC อาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปขึ้นกับบริบท ดังนั้นผู้จัดการคลินิกหออครอบครัวระดับอำเภอและผู้ประสานระดับ Cluster จำเป็นต้องทำการแจกแจงรายละเอียดของทรัพยากรที่เข้า-ออกของคลินิกหออครอบครัวให้ชัดเจน เพื่อให้เห็นภาพของทรัพยากรที่ไหลเข้าซึ่งจะรวมเป็นรายรับ และส่วนที่ไหลออกซึ่งจะเป็นรายจ่าย สามารถแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ ๑ แสดงภาพรวมของทรัพยากรที่ไหลเข้าออกของ PCC



วิธีการจัดทำบัญชีเสมือน

๑. ด้านรายรับ นำข้อมูลการรับเงินทุกส่วน ได้แก่ รายได้ UC, รายได้ Non-UC และอื่นๆ ได้แก่

- รายได้ UC เช่น รายรับ Fix cost, รายรับ PP (ตามโครงการ) เป็นต้น
- รายได้ค่าบริการข้าราชการและประกันสังคม ตามที่ได้รับจริง
- รายได้จากกองทุนต่างๆ
- เงินสนับสนุนอื่นๆ

๒. ด้านรายจ่าย ให้คำนวณหาต้นทุนบริการทุกรายการแบ่งเป็น ๒ ประเด็น ได้แก่

๒.๑ ต้นทุนการบริการของ PCC ได้แก่ ต้นทุนบุคลากร, ต้นทุนเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์, ต้นทุนพัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น

๒.๒ ต้นทุนการบริการของโรงพยาบาลแม่ข่าย คำนวณเฉพาะการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ เช่น

- ต้นทุนการบริการ ANC ในโรงพยาบาลแม่ข่าย, ต้นทุนการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

- กรณีที่ผู้ป่วยในเขตเข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งส่งต่อและไม่ได้ส่งต่อ

๒.๓ การตามจ่ายของโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีที่ส่งผู้ป่วยออกนอกเขตบริการ

๒.๔ รายจ่ายต้นทุนอื่นๆ เช่น เงินเดือน (กรณีที่จ้างเอง), ค่าสาธารณูปโภค, ค่าดำเนินการเงินจัดทำโครงการ เป็นต้น

๓. กรอกรายรับและรายจ่ายทั้งหมดใส่ในตารางรับ-จ่าย หาส่วนต่างการรับ-จ่ายเพื่อนำไปประมวลผลงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

ตัวอย่าง ตารางการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย และต้นทุน

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงยอดรวมรายการมูลค่าของการรับเข้าของ PCC

ลำดับ	รายการรับเข้า PCC	เป็นเงิน
๑	รายการต้นทุนคงที่ (Fixed cost)	
๒	ค่าบริการ รักษา ส่งเสริม	
	๒.๑ มูลค่าเบิกพัสดุ-ครุภัณฑ์	
	๒.๒ มูลค่าเบิกจากคลังยา	
	๒.๓ มูลค่าเบิกทางห้องปฏิบัติการ	
	๒.๔ มูลค่าเบิกจากวัสดุการแพทย์	
๓	ค่ารักษาสิทธิต่างๆ ที่รับเอง	
๔	เงินสนับสนุนอื่นๆ	
	๔.๑ ค่าจ้างบุคลากร	
	๔.๒ เงินกองทุนสนับสนุน	
๕	โครงการต่างๆ ในการส่งเสริมป้องกัน	
	๕.๑ สนับสนุนตาม PP-expressed demand	
	๕.๒ งบ PP-area based	
รวมทั้งสิ้น		-

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงยอดรวมของรายการจ่ายทั้งหมดของ PCC

ลำดับ	รายการจ่ายของ PCC	เป็นเงิน
๑	ค่าบริการ OP สำหรับผู้ป่วยเขตรับผิดชอบ (PCC.....) ที่ได้รับการรักษาใน รพ.แม่ข่าย จำนวน ครั้ง	
๒	โครงการต่างๆ ในการส่งเสริมป้องกัน	
	๒.๑ ค่าจัดทำโครงการตาม PP-expressed demand	
	๒.๒ ค่าจัดทำโครงการตาม PP-area based	
๓	๓.๑ มูลค่าเบิกยาที่จ่าย (หักจากคงคลัง)	
	๓.๒ มูลค่า LAB	
	๓.๓ อื่นๆ	
๔	ยอดรวมการตามจ่ายผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังหน่วยบริการนอกสังกัด สธ. หรือส่งออกนอก CUP	
รวมทั้งสิ้น		-

ตารางที่ ๓ ตารางแสดงต้นทุนของผู้ป่วยในความรับผิดชอบของ PCC ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย

ที่	เดือน	จำนวนVisit ใน รพ.	มูลค่ายา	มูลค่า LAB	อื่นๆ	รวมทั้งหมด
๑	ตุลาคม					
๒	พฤศจิกายน					
๓	ธันวาคม					
๔	มกราคม					
๕	กุมภาพันธ์					
๖	มีนาคม					
๗	เมษายน					
๘	พฤษภาคม					
๙	มิถุนายน					
๑๐	กรกฎาคม					
๑๑	สิงหาคม					
๑๒	กันยายน					
รวมทั้งหมด						



คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster

