การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 8

นพ.วิวรรธน์ ก่อวิริยกมล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

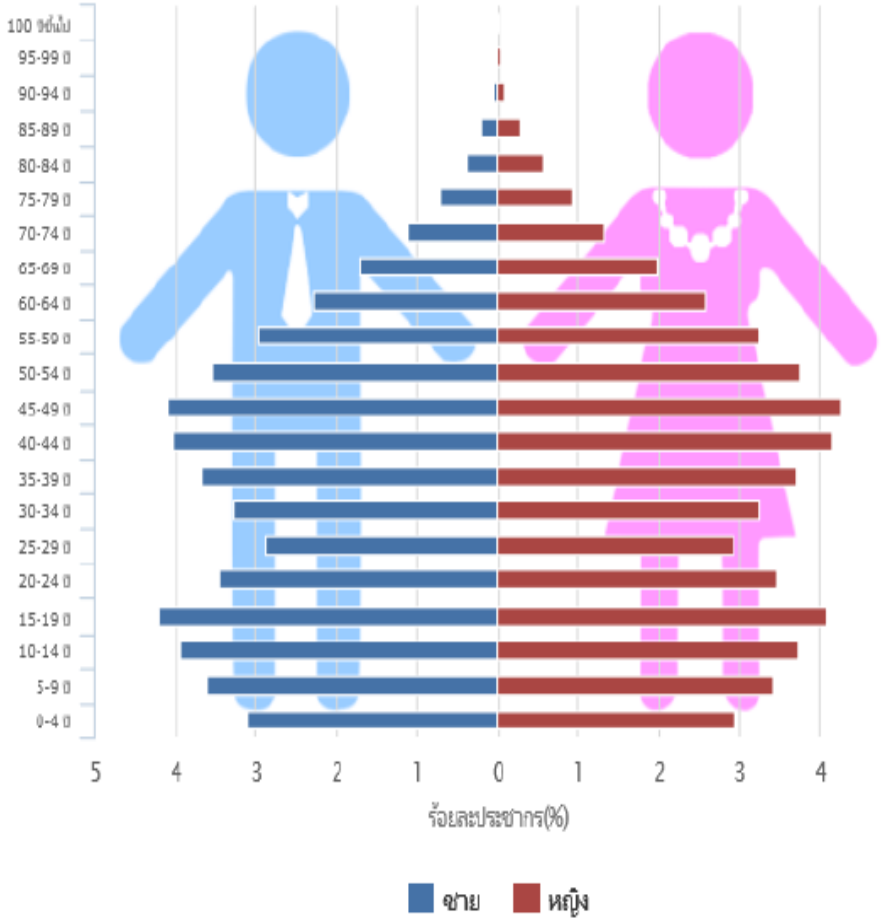
ประธานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

เขตสุขภาพที่ 8

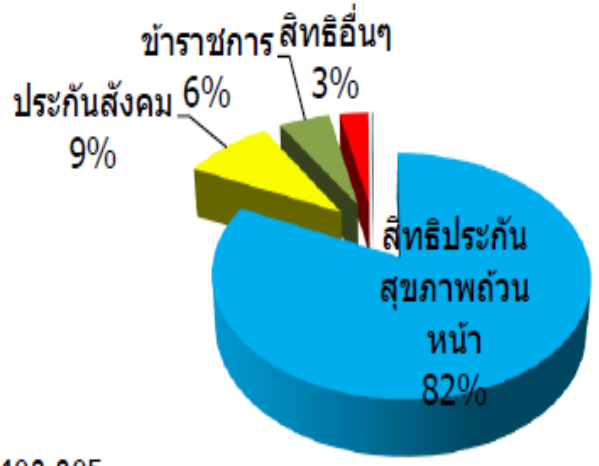
ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 8

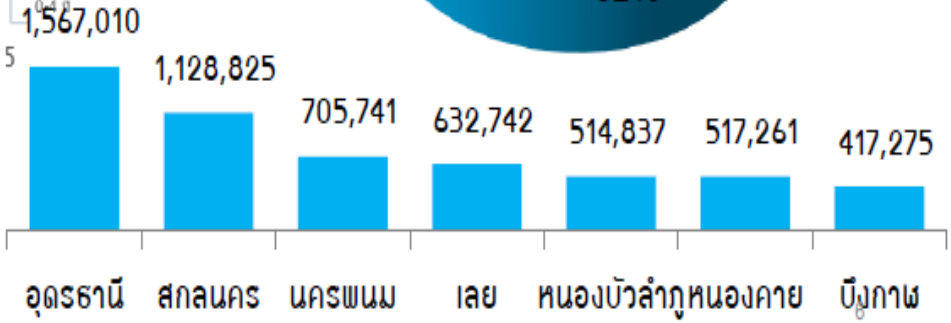
- ประชากร 5.5 ล้านคน
- ผู้สูงอายุ 12.97 %
- ประเทศ 14.09 %

ปิรามิดประชากร ปี 2559



จำนวนประชากรตามสิทธิการรักษา





มาตรการหลัก/ยุทธศาสตร์

- กลยุทธ์เชิงรุก
- จุดแข็งสู่ความเป็นเลิศ (Excellent)
- พัฒนาระบบบริการแบบ Psychosocial Clinicทุกระดับ

- กลยุทธ์เชิงรับ
- จุดอ่อนสู่จุดแข็ง (Strength)
- การป้องกันและลดปัญหาอัตราการฆ่าตัวตาย

- กลยุทธ์สนับสนุน
- สู่สุขภาพที่ดีแบบยั่งยืน (Support)
- ขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะอนุกรรมการประสานการบังคับใช้พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551ระดับจังหวัด

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

1.1 พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิต

1.2 พัฒนาระบบเครือข่ายTraining Center

1.3 เพิ่มพูนทักษะการตรวจ วินิจฉัยและรักษา

1.4 จัดระบบทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยภาวะวิกฤต

2. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1 พัฒนาระบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

2.2 พัฒนาระบบเครือข่าย Training Center ตำบลจัดการสุขภาพ

2.3 ติดตามสนับสนุนระบบงานสุขภาพจิตในชุมชน

3. มาตรการป้องกันและลดปัญหาอัตราการฆ่าตัวตาย

3.1 หน่วยงานมีการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

3.2 หน่วยบริการมีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและส่งต่อดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างครบวงจร

3.3 หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

3.4 หน่วยบริการมีบุคลากรผู้รับผิดชอบและบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย

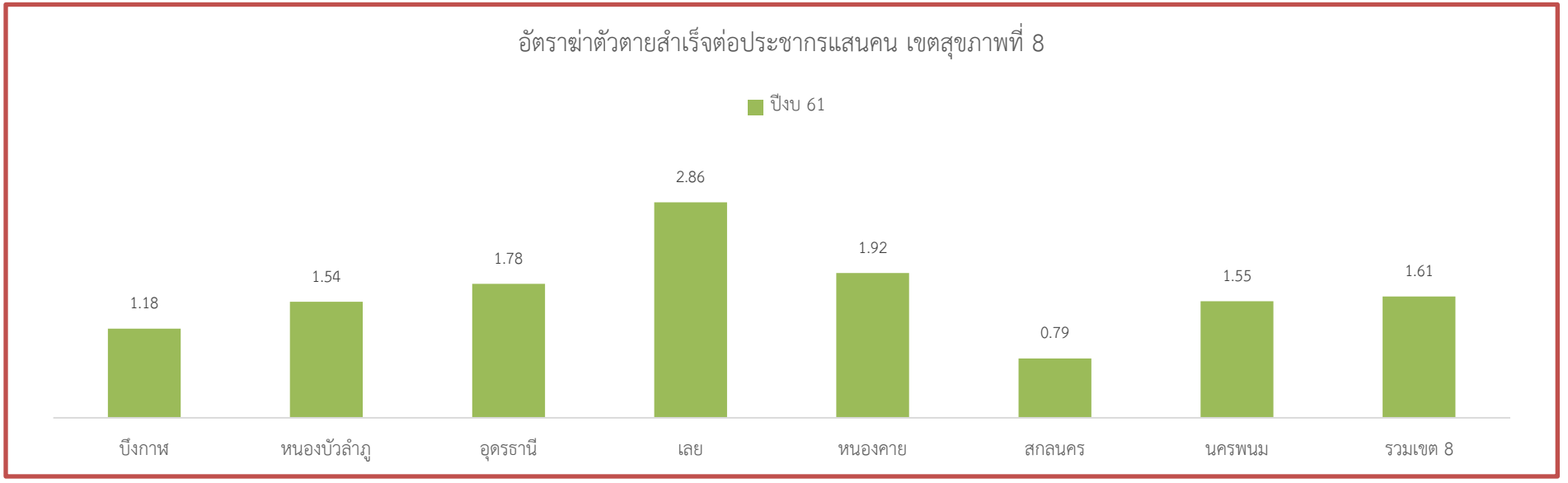
เป้าประสงค์ปีงบประมาณ2561

งานสุขภาพจิต	• อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
งานสุขภาพจิต	• ร้อยละของผู้ป่วยโรคกลุ่มเสี่ยง (โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก) เข้าถึงบริการ
งานยาเสพติด	• อัตราผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ1

ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับจังหวัดที่มีการดำเนินงานเข้มแข็ง

สรุปภาพรวมตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 8

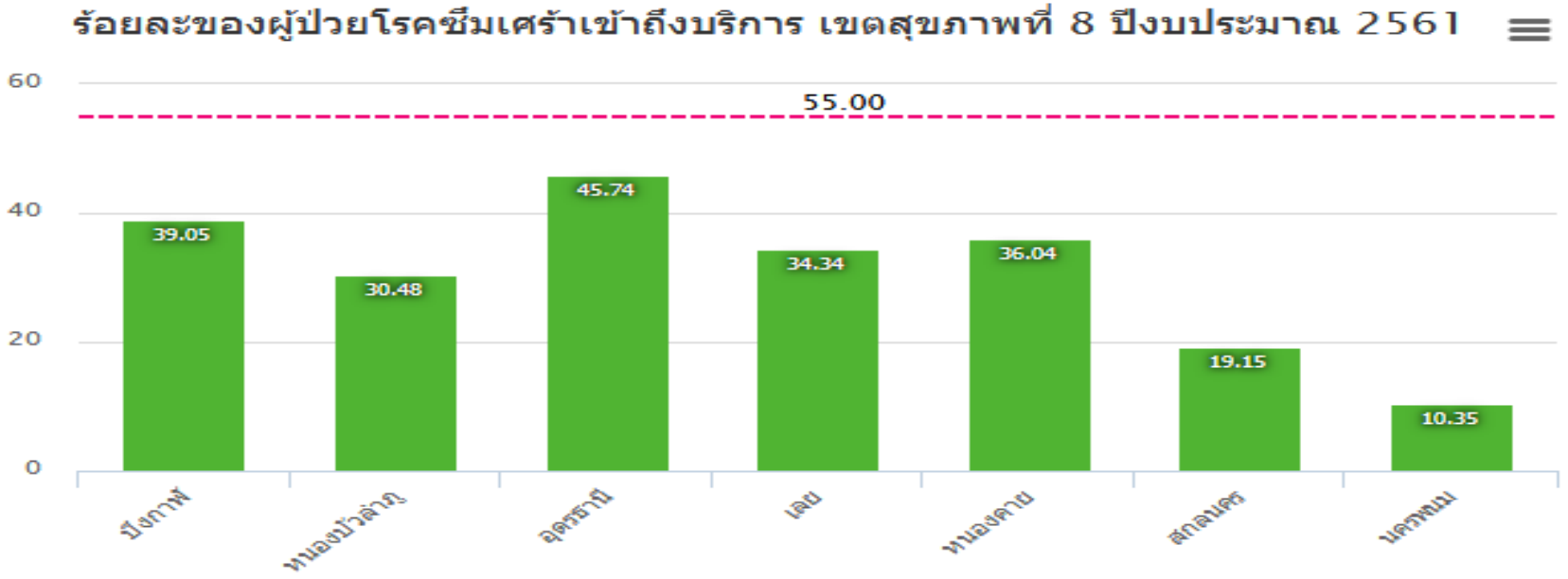
การเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 6.3 ต่อแสน ปชก.	6.09 (336 ราย)	1.61 (89 ราย)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (*ข้อมูล รพ.พระศรีฯ*)	≥ ร้อยละ 55	59.72	63.29
ร้อยละจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม	ร้อยละ 2	88 ราย	89 ราย (เพิ่มขึ้น 1.14)
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90		100%
ร้อยละของผู้ติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 1	17.14	18.08 (เพิ่มขึ้น 0.94)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 9	6.69	9.38



ปี 2561 ระหว่าง 1 ตค - 31 ธค.60,

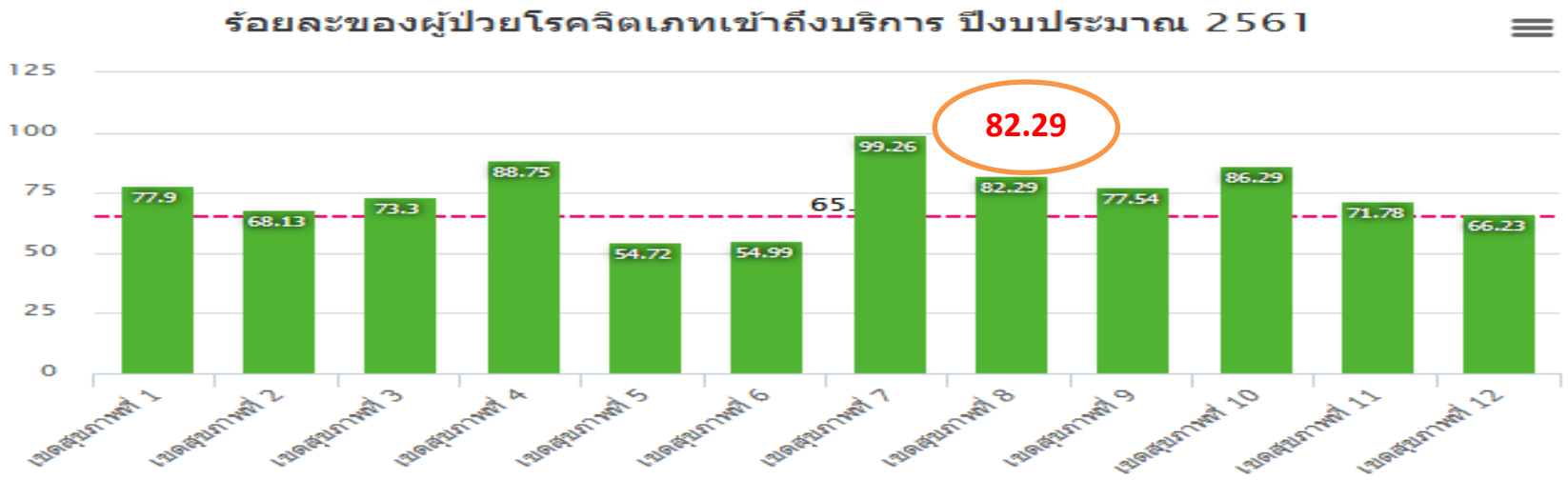
เขตสุขภาพ

จังหวัด

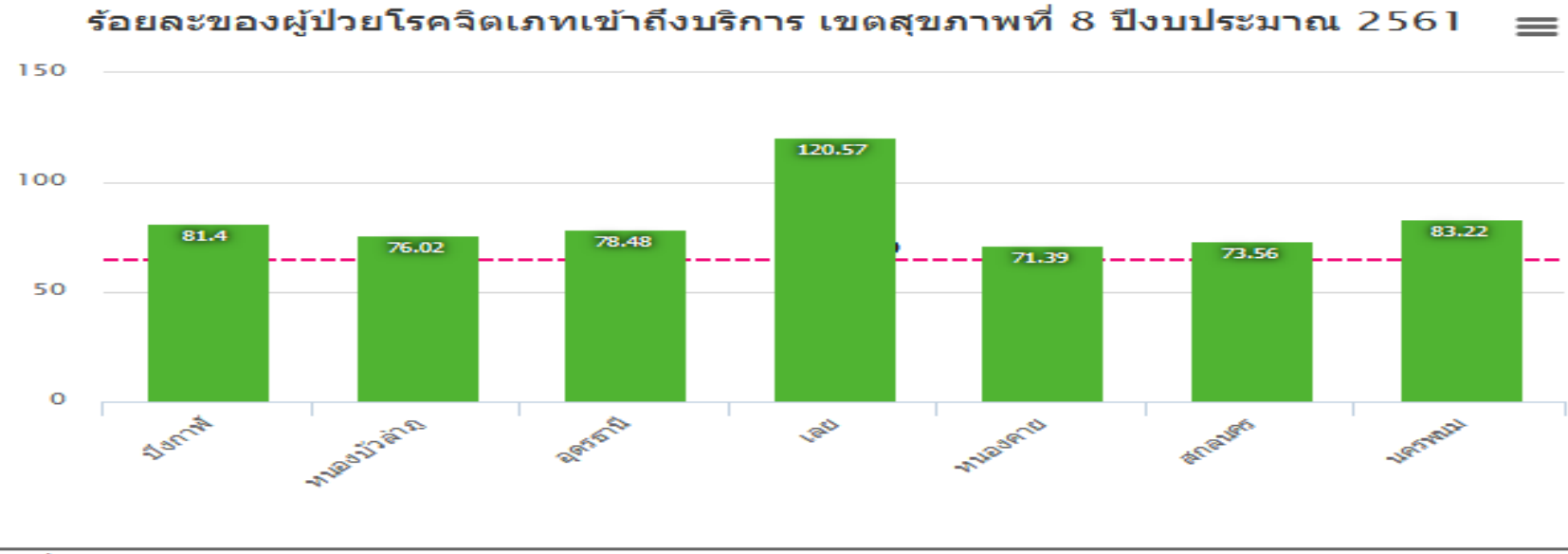


ที่มา ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 22 มิถุนายน 2561

เขตสุขภาพ



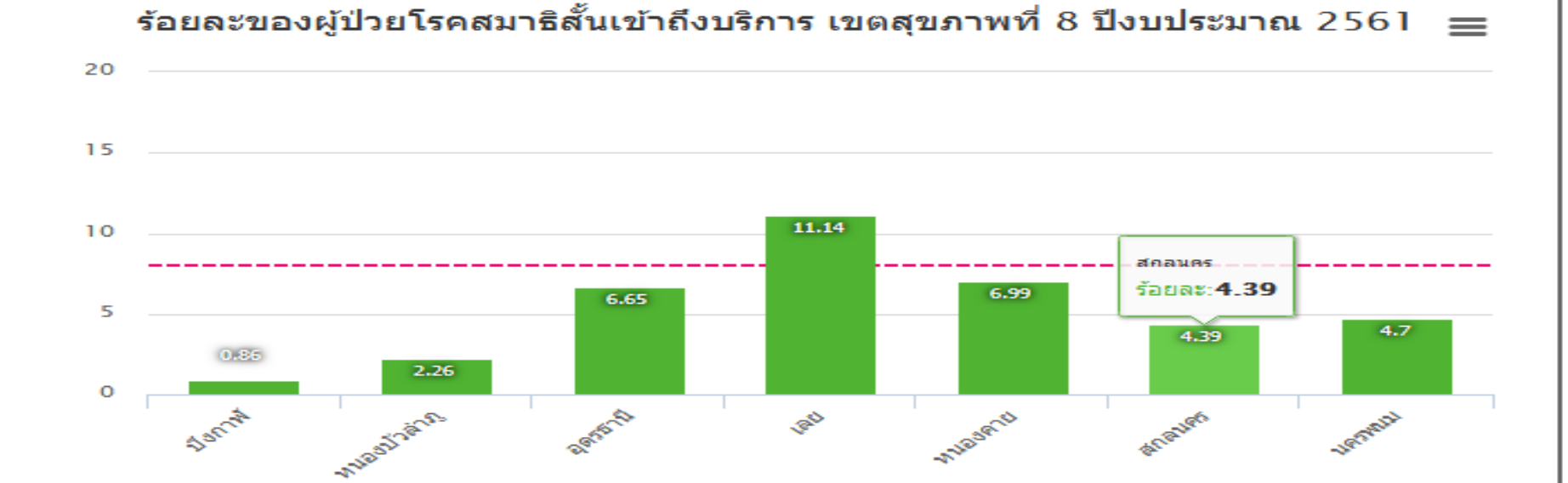
จังหวัด



ที่มา ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 22 มิถุนายน 2561

เขตสุขภาพ

จังหวัด



ที่มา ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 22 มิถุนายน 2561

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 8

ข้อค้นพบ

1. การดำเนินงาน มีความเชื่อมโยงเป็นระบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยรับผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน
2. คัดกรอง และติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช หรือพยาบาลทั่วไปปฏิบัติงานแทน
3. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นยังน้อย
4. มีแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยเชื่อมกับ DHB เน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต
5. เครือข่ายจังหวัดเข้มแข็ง และทีมสหวิชาชีพเข้มแข็ง ร่วมกันพัฒนาวางแผนการ การดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. สร้าง Empowerment และการสนับสนุนทางวิชาการให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และสร้างNodeบริการเครือข่ายที่เข้มแข็ง
2. เครือข่ายจังหวัดร่วมกันพัฒนาวางแผนการจัดการระบบข้อมูล
3. การวางแผน coaching พื้นที่ในการดำเนินงานระบบบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
4. ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชน โดยบูรณาการงานกับ พชอ.
5. เน้นการสร้างความใจ และความตระหนักให้กับประชาชนถึงการค้นหา ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
6. ระบบรายงาน ข้อมูล หลายฐานและไม่ตรงกัน เพื่อลดภาระและอิงข้อมูลที่เชื่อถือได้ ควรมี data center แหล่งเดียว

ขอขอบคุณ

กระบวนการการดำเนินงานพาระบบบริการสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช รูปแบบ Seven Building Blocks

1. Service Delivery

ระดับ A 2 แห่ง

เปิด Ward จิตเวช (รพ.หนองบัวลำภู 20 เตียง) รพศ. อุดรธานี

จัดคลินิกสุขภาพจิต/จิตเวชแยก และมีมาตรฐาน

จัดหอผู้ป่วยเฉพาะจิตเวชในเรือนจำ

ทีม MCATT การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

ศูนย์ระบบส่งต่อ/ติดตามผู้ป่วย พ.ร.บ.สุขภาพจิต

ระดับ P 874 แห่ง

พัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องเยี่ยมบ้าน ทีมหมอครอบครัว ระดับตำบล

ระดับ F 136 แห่ง

ระดับ M 8 แห่ง

ระดับ S 5 แห่ง

ส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มปกติ

2. Workforce

ระดับ A 2 แห่ง

พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต
และจิตเวช ให้เข้มแข็ง
พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ
ให้สามารถวินิจฉัย
common disease
ได้ทั้ง10โรค

ระดับ P 874 แห่ง

อบรม อสม.ภาคี
เครือข่าย ทีมหมอ
ครอบครัว ให้ได้รับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต
เวชเบื้องต้น

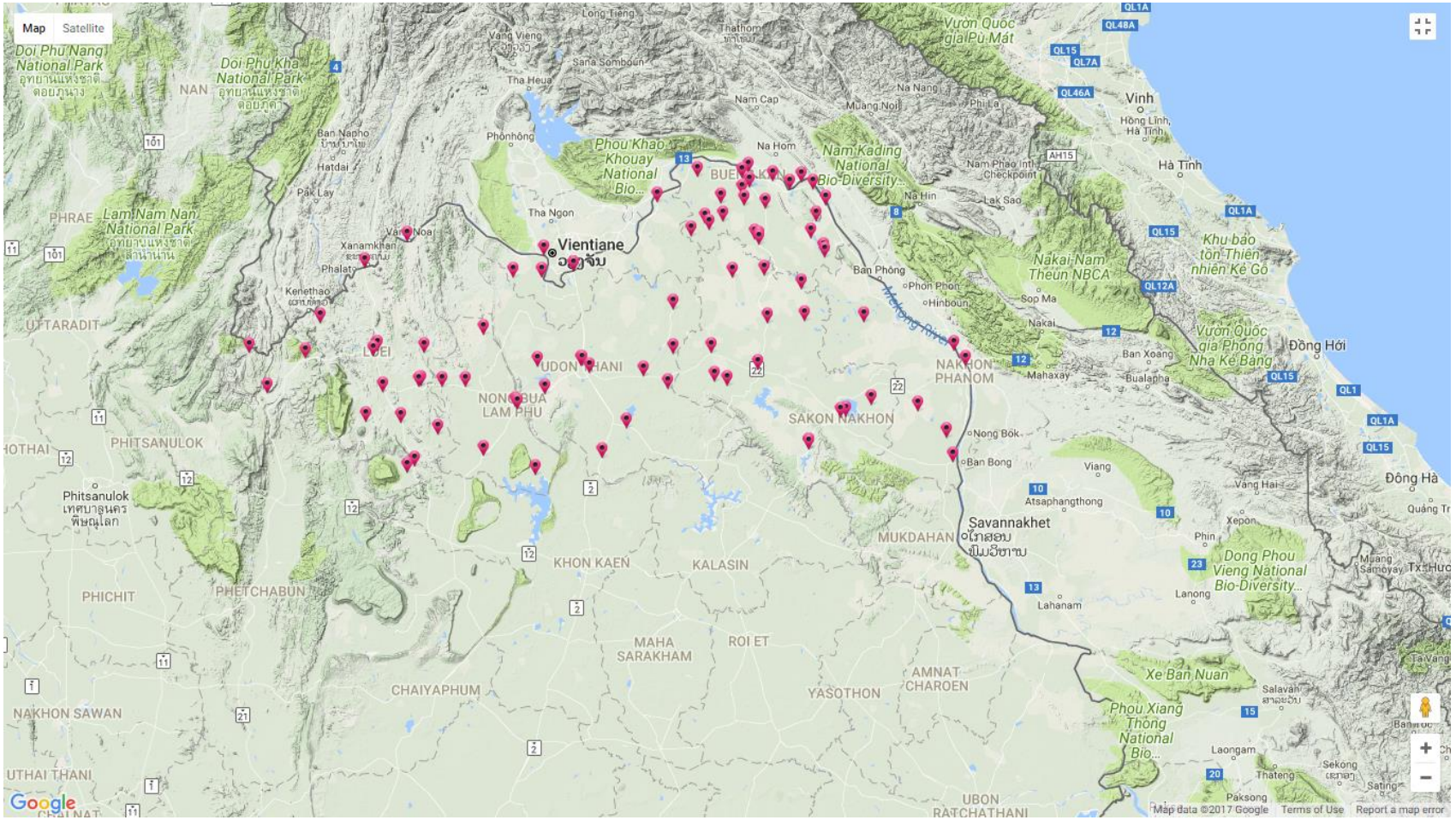
ฝึกทักษะ อสม.เกี่ยวกับการใช้
เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า
และจิตเภท

ระดับ S 5 แห่ง

ระดับ M 8 แห่ง

ระดับ F 136 แห่ง

การกระจายบุคลากรสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8



แผนอัตรากำลัง

อัตรากำลัง	ความต้องการ	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1) จิตแพทย์ (A-M1)	5	3 S	2 M1	2 หนองบัว	-	-
2) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (A-S)	6	1 A	5 S	-	-	-
3) กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม	6	2 A	4 S	-	-	-
4) นักจิตวิทยา (A-F3)	82	19	20	19	16	8
5) พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (A-F3)	45	10 (A-M2)	23 F1-2	12 F3	+ 25 (A-M2)	+63 (F1-3)
6) พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้ใหญ่ (A-F3)	30	5 (A-F3)	+ 25 (A-M2)	+63 (F1-3)	-	-
7) พยาบาลเฉพาะทางผู้ใช้ยาและยาเสพติด (A-F3)	60	12 (A-M2)	36 F1-2	12 F3	-	-

3. Information Technology

ระดับ **A 2** แห่ง

จัดหาเทคโนโลยี พัฒนาระบบ CPG

บันทึกข้อมูล และจัดส่งรายงานการตรวจ วินิจฉัย รักษา

จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย/ระบบยาจิตเวช

ระดับ **P 874** แห่ง

ข้อมูลผู้รับบริการและผลลัพธ์

-ข้อมูลรับและการส่งต่อจากเครือข่าย

ฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า และจิตเภท ผ่านการบันทึกโปรแกรม Hosxp

ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยการประเมิน 2Q 9Q

-ฐานข้อมูลรับและการส่งต่อ

ระดับ **S 5** แห่ง

ระดับ **M 8** แห่ง

ระดับ **F 136** แห่ง

4. Drug and Equipment

ระดับ A 2 แห่ง

-จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการรักษา

-จัดหายาจิตเวช 6 กลุ่ม 32รายการ

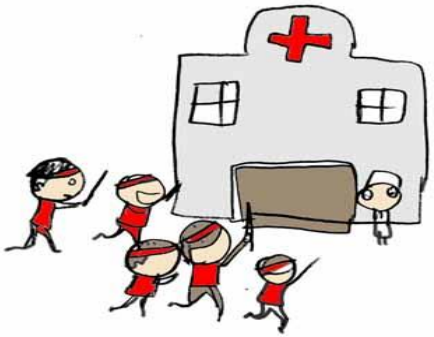
ระดับ P 874 แห่ง

จัดระบบยาแบบ DOT

-.แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า และโรคจิต

-แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

ระดับ S 5 แห่ง



ระดับ M 8 แห่ง

ระดับ F 136 แห่ง

แผนครุภัณฑ์

ครุภัณฑ์	ความต้องการ	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (ECT)	2	1	-	1	-	-
2 เครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการ	88	88 (A-F3)	+ 25 (A-M2)	-	-	-
3 เครื่องมือทางจิตวิทยา		**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
เชาว์ปัญญา		8	-	2	8	2
เชาว์เล็ก		11	-	-	-	-
บุคลิกภาพ		2	8	-	2	8
Organic		-	2	8	-	-
CIDI		-	11	-	-	-
Organic		-	-	1	-	-
กลุ่มอื่นๆ		-	-	11	11	11

5. Financing

ระดับ **A 2** แห่ง

- กระทรวงสาธารณสุข
- งบประมาณโรงพยาบาล
- เขตสุขภาพ
- สป.สช.

ระดับ **P 874** แห่ง

งบประมาณรพ.

สต. /กองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ระดับ **S 5** แห่ง

ระดับ **M 8** แห่ง

ระดับ **F 136** แห่ง

งบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง

หอผู้ป่วยจิตเวช โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร (A)

รายการ	งบประมาณ (บาท)	60	61	62	63	64
-ปรับปรุงโครงสร้าง หอผู้ป่วยในจิตเวช	2,000,000	อุดร		สกล		
-เครื่อง ECT= 1 เครื่อง	800,000	อุดร		สกล		
- เตียงเหล็กผู้ป่วยสามัญ (510) 10x11,000	110,000	อุดร		สกล		
- เตียง Flowler (511) 2x19,800	37,600	อุดร		สกล		
- ราวกั้นเตียง Stanless (516) 5 คู่ * 7,040	35,200	อุดร		สกล		
- รถ Emergency	50,000	อุดร		สกล		
-ตู้เก็บของข้างเตียงผู้ป่วย 10x2,860	28,600	อุดร		สกล		

6. Governance

ระดับ A 2 แห่ง

- สสจ./รพจ.จิตเวช / ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
-คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS
-คณะทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอ
- ทีม MCATT
- กรรมการ ตาม พรบ.สุขภาพจิต

ระดับ P 874 แห่ง

คณะทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตำบล
-.คณะทำงานการดูแลวิกฤติสุขภาพจิต MCATTและ การดูแลผู้ป่วยตาม พรบ. สุขภาพจิตระดับตำบล

ระดับ S 5 แห่ง

ระดับ M 8 แห่ง

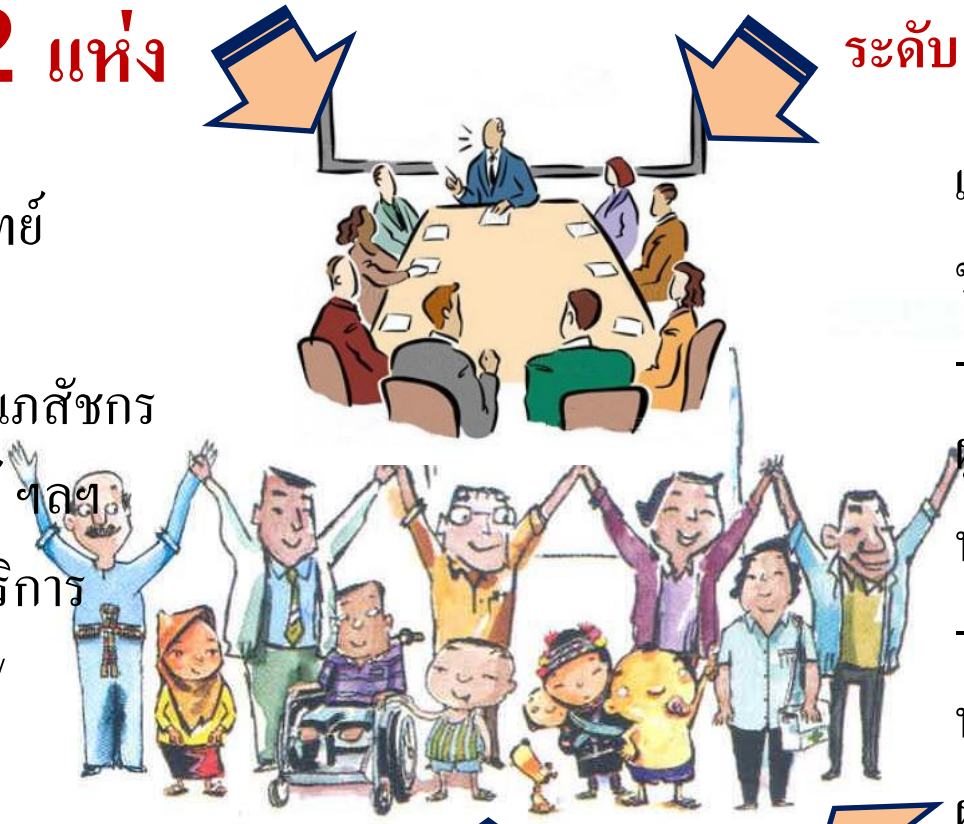
ระดับ F 136 แห่ง

7. Participation

ระดับ **A 2** แห่ง

-สหวิชาชีพ จิตแพทย์ แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลเฉพาะทาง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ

- เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ รพจ.สสจ./รพ/สสอ./รพ.สต.



ระดับ **P 874** แห่ง

เครือข่ายภาคีสุขภาพ ในชุมชน อปท.

-อสม. อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ

-เครือข่ายภาคีในชุมชน หมู่บ้านครอบครัวของผู้ป่วย

ระดับ **S 5** แห่ง

ระดับ **M 8** แห่ง

ระดับ **F 136** แห่ง

ข้อเสนอแนะ

1. **ควรจัดตั้งให้มีหน่วยงานศูนย์กลางรวบรวมและประมวลผลข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิต**
2. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชกับโรงพยาบาลชุมชน เชื่อมโยงด้วยระบบฐานโปรแกรมการบันทึกข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ความต้องการสนับสนุน(ต่อส่วนกลาง)

1. **โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการให้บริการ**

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้าที่ครอบคลุมระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (เฉพาะโรค) โดยแยกจากการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทั่วไปในระดับโรงพยาบาลชุมชน และทั้งนี้สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นด้วยระบบการป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลด้วย

ขอขอบคุณ