**ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence**  
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

**แผนงานที่** 7 **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**

**โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด**

**โครงการ**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด** | **อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร** | | | |
| **สถานการณ์/**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.26 ต่อแสนประชากร (จำนวน 385 ราย) กลุ่มอายุ ที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด ช่วงอายุ 30-39 (ร้อยละ24.59) เพศชายร้อยละ 85.11 ด่านกั้น Barriers (ล้มเหลว) การเข้าถึงวัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่เกิดเหตุ วิธีการผูกคอร้อยละ 91.26 อำเภอที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ จังหวัดเลย 7.51 ต่อแสนประชากร (มี) ปัจจัยเสี่ยง ติดสุรา สารเสพติด ร้อยละ 29.12 โรคจิตเวช ร้อยละ 27.50 โรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ22.65 (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ10.67 (มี) ปัจจัยกระตุ้น ทรมานจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 23.62 เศรษฐกิจ หนี้สิน ร้อยละ25.88 ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) ทะเลาะกับ คนใกล้ชิดร้อยละ 24.91 น้อยใจ ถูกดุด่า ร้อยละ 23.94 มีปัญหาการปรับตัว ปัญหาขาดความอบอุ่นในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์มีภาวะมึนเมาขณะทำร้ายตนเองร้อยละ13.91 ปัจจัยเฝ้าระวังป้องกัน(ล้มเหลว) พบสัญญาณเตือน (หลังเกิดเหตุ) ร้อยละ27.83 จุดรับแจ้งเหตุ กรณีพบผู้ที่มีสัญญาณเตือน ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (365วัน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ปีงบประมาณ 2566 ทำได้ร้อยละ96.88 ผู้ทำร้ายตนเอง เข้าถึงบริการ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.24  **ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8 ตามตัวชี้วัด**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผลงานปีงบประมาณ 2566 รอบ 12 เดือน (ร้อยละ)** | | | | | | | |  |  | **บึงกาฬ** | **เลย** | **สกลนคร** | **หนองคาย** | **หนองบัวลำภู** | **อุดรธานี** | **นครพนม** | | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ | (ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร) | 4.5 | 7.51 | 7.15 | 4.64 | 6.88 | 8.04 | 5.58 | | | | |
| **GAP** | **ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน**  1 การพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัว ชุมชน การส่งต่อข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา เช่น Warning sing การฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุม ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มนอกระบบการคัดกรองและติดตาม  2 กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่อยู่นอกระบบเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงปัญหาสุรายาเสพติด ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาวเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงขึ้น  V”  **สำหรับพื้นที่**  1. การพัฒนาแนวทางการดูแล ในครอบครัว ชุมชน การส่งต่อข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา เช่น Warning sing ภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุม ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มนอกระบบการคัดกรองและติดตาม  2. กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่อยู่นอกระบบเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงปัญหาสุรายาเสพติด ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาวส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงขึ้น  - สื่อสารสร้างความตระหนัก สังเกตสัญญาณเตือนให้กับประชาชน : รู้แนวทางสังเกตคนใกล้ตัวและทราบช่องทางส่งต่อดูแล อสม. : สามารถสอดส่อง สังเกตอาการ ใส่ใจรับฟังและส่งต่อเชื่อมโยง ชุมชน /ภาคีเครือข่าย : สื่อสารสร้างความตระหนัก การดูแลจิตใจ ผ่านหน่วยงานประชาสัมพันธ์และสื่อมวลชน สร้างเครือข่ายแจ้งเตือนจากครอบครัว สู่การช่วยเหลือ  - คัดกรองเชิงรุก Active case finding ด้วยการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า วางแผนประเมินกลุ่มเปราะบาง ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In และ การติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้วยโปรแกรม R8EOC และ ติดตามต่อเนื่องผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในชุมชน  - นำเสนอข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดหรือการประชุมจังหวัดและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดอย่างต่อเนื่อง  **สำหรับส่วนกลาง**  - สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในการ คัดกรอง ส่งต่อ รักษา ติดตามในชุมชน ให้เป็นระบบที่เข้าถึงง่ายและเชื่อมต่อตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การติดตามเยียวยา ยับยั้งผู้ที่มีความเสี่ยง ส่งต่อดูแลรกษาในสถานพยาบาล และติดตามต่อเนื่องในชุมช | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ยุทธศาสตร์/**  **มาตรการ** | **ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุก กลุ่มวัย** | **พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช** | **การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค** | **สร้างความตระหนักแลความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต** |
| **กิจกรรมหลัก** | 1.พัฒนารูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย  2.สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย  3 บูรณาการประเด็นใน พชอ.  - การสร้างภูมิคุ้มกันทางใจด้วยวัคซีนใจ  - การสร้างความเข้มแข็งทางใจ  - การสร้างความเข้มแข็ง ความสัมพันธ์ ความอบอุ่น ภายในครอบครัว  - การลดใช้ความรุนแรง | 1.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน  2.พัฒนาระบบบริการดูแลหอผู้ป่วยจิตเวชในของสถานพยาบาลทุกระดับ  3.พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษาและดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551  3 พัฒนา รพช. Node สามารถจัดระบบ Medical care service ให้มี Psychiatrics Corner ward ในการดูแลกลุ่ม Acute phase  4.พัฒนารพท./รพศ. มี Psychiatrics Corner ward ดูแลกลุ่ม Acute phase และดูแลในโซนได้สามารถส่งต่อผู้ป่วย ไปยัง รพ.จิตเวชฯ และมีข้อมูลการติดตาม | 1.พัฒนาแนวทางการสังเกต (Early warning sign) กลุ่มที่เคยและยังไม่เคยทำร้ายตนเอง  2.Active Surveillance โดยใช้ Mental Health Check In  3. เฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง เข้าถึงการดูแล R8EOC  4.เฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย R506Dashboard 506S  5.ฟื้นฟู/พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานสุขภาพจิต  6. ค้นหาปัจจัยเสี่ยง จัดระบบการรายงานการสอบสวนโรค (SDV) และบันทึกฐานข้อมูล R506S  7.มีระบบเฝ้าระวังและส่งต่อดูแลรักษา  8. อสม./รพสต.และ คนในชุมชน รู้สัญญาณเตือน(Warning sign) การขาดยา/กำเริบ ของผู้ป่วยจิตเวชหรือสัญญาณการ ฆ่าตัวตาย และสามารถส่งต่อดูแลรักษาที่ รพ. | 1. การใช้ Early warning sign / 3 ส.พลัส / การลดใช้ความรุนแรง  - ระดับบุคลากร อสม.  - ระดับประชาชน  - สื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชน องค์กร  2..บูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรอื่นเพื่อสื่อสารความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต  3..ค้นหาบุคคลต้นแบบที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตเพื่อลดอคติ  4.ติดตามแผนระบบดูแล care giver support และการคัดกรอง Burden |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความ**  **สำเร็จ** | **ไตรมาสที่ 1**  1.ร้อยละของสถานบริการทุกระดับสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ได้ตามมาตรฐาน  2.ร้อยละของสถานบริการทุกระดับมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานระดับ1 ( รพศ./รพท. A ,S รพช. M1-F3)  3..ร้อยละของสถานบริการโรงพยาบาลชุมชนมีจัดตั้งกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด  4.ร้อยละของสถานบริการ รพร.รพท./ รพศ.มีระบบการดูแลหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด | **ไตรมาสที่ 2**  1.ร้อยละ30 ของประชาชนได้รับการคัดกรอง/ประเมิน2Q9Q  2.ร้อยละ30ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง/ประเมิน 2Q 9Q  3.ร้อยละ30ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ | **ไตรมาสที่ 3**  1.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการ (โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา )  2.ร้อยละ60ของประชาชนได้รับการคัดกรอง/ประเมิน2Q 9Q  3.ร้อยละ60ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง/ประเมิน2Q 9Q  4.ร้อยละ60ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ | **ไตรมาสที่ 4**  ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิตเข้าถึงบริการเพิ่ม และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง |

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

**แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**

**โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด**

**โครงการ**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/**  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด** | **ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ≥ ร้อยละ 60** | | | |
| **สถานการณ์/**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | ปัจจุบันสถานการณ์การเผยแพร่ระบาดของยาเสพติด ยังคงระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงกำหนดให้การป้องกันและแก้ไขยาเสพติด เป็นแนวนโยบายที่สำคัญและเร่งด่วนในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติด ภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากลไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนเน้นการดูแลสุขภาพและสังคม โดยยึดหลัก " ผู้เสพ คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” คือเข้าใจถึงบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ โดยกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 6 ยุทธศาสตร์คือ 1) การส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาและสารเสพติด 2) การบำบัดฟื้นฟูลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน 4) การปรับปรุงกฎหมาย 5) ข้อมูลและการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และ 6) ระบบบริหารจัดการ  การดำเนินงานด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2565 ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.38) กลุ่มอายุ 18-24 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32) รองลงมา กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 17.20) ลำดับ 3 คือ กลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี (ร้อยละ 14.86) อาชีพ รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 26.77) รองลงมาคือ การเกษตร (ร้อยละ 20.76) ลำดับ 3 ผู้ใช้แรงงาน(ร้อยละ 18.99) โดยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า (ร้อยละ 92.58) จำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นผู้เสพมากที่สุด ร้อยละ 63.82 รองลงมาเป็นผู้ติด ร้อยละ 29.14 และผู้ใช้ ร้อยละ 7.02 ระบบสมัครใจมากที่สุด (ร้อยละ 57.95) รองลงมา ระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 35.02) และระบบต้องโทษ (ร้อยละ 7.03)  จากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เขตสุขภาพที่ 8  ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ในภาพรวมเขตมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Retention Rate) ร้อยละ 66.14 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 60)  การบำบัดรักษาระบบสมัครใจ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 ปี ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดอุดรธานียังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย | | | |
| **GAP** | **ปัญหาอุปสรรค**   * การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA ยาเสพติด) ยังไม่ถึงเป้าหมาย * การให้บริการ/ การเข้าถึงและให้การบริการ บ้าบัดรักษาฯ และบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติ * พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดยังไม่ครอบคลุม * กรณีการบําบัดรักษา [ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการชุมชนเข้มแข็งทำให้กระบวนการบำบัดรักษายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร](https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/cbtx.pdf) * รพช.ทุกแห่ง ควรจะมีเตียงรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อย่างน้อย แห่งละ 2 เตียง พร้อมทั้งมีการวางแผนเพิ่มบุคลากรเพื่อเตรียม รองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ | | | |
| **ยุทธศาสตร์/**  **มาตรการ** | **การบริหารจัดการองค์กรสู่**  **ความเป็นเลิศ** | **สนับสนุนการบำบัดฟื้นฟู**  **ผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็น**  **ศูนย์กลาง (CBTx)** | **เพิ่มการเข้าถึงบริการด้าน**  **การบำบัดรักษาและฟื้นฟูตาม**  **หลักการลดอันตรายจากการใช้**  **ยาเสพติด** | **เพิ่ม Retention Rate** |
| กิจกรรมหลัก | 1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายการบำบัดรักษาฟื้นฟู  2.พัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการบำบัดรักษาฟื้นฟู  3.บริหารจัดการทรัพยากรด้านการบำบัดฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (คน เงิน ของ ถ่ายทอดนโยบาย) | 1. ส่งเสริมการมีสวนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติด (CBTx)  2. สนับสนุนการขยายพื้นที่ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูแบบ(CBTx) และบูรณาการการลดอันตรายจากยาเสพติด  (Harm Reduction) ในทุกระบบการรักษา | 1.เพิ่มการเข้าถึงการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามหลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด  2.พัฒนาระบบบริการบำบัด/ฟื้นฟูตาม Service Plan (ศูนย์ธัญญารักษ์)  3.พัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูและการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ | 1.พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วย  ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด  2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก สธ. |
| **ระดับความ**  **สำเร็จ** | **ไตรมาสที่ 1**  ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานยาเสพติดผ่านการอบรม /พัฒนาสมรรถนะ ตามหลักสูตรของกรมการแพทย์ /กรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนองค์ความรู้ครอบคลุมด้านการพัฒนาบุคลากร และเทคโนโลยีครอบคลุมบุคลากร ร้อยละ80 | **ไตรมาสที่ 2**  1. มีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx & HR)  2. ผลการดำเนินงานด้านการให้บริการด้านการลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด(Harm Reduction) มีการประชุมชี้แจงสื่อสารทำความเข้าใจมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด และการจัดบริการด้านการลดอันตราย หรือผลกระทบจากยาเสพติด  (Harm Reduction) | **ไตรมาสที่ 3**  1. ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ของ สป.สธ. (ข้อมูลจาก ระบบ บสต. )เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา  2. ผลการดำเนินงานด้านกาบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ของภาคีเครือข่าย (ข้อมูลจาก ระบบ บสต. ) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | **ไตรมาสที่ 4**  ผลการดำเนินงานด้านการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนกาบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (Retention Rate)ร้อยละ 60 |

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

**แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**

**โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช**

**โครงการ**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/**  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด** | ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน | | | |
| **สถานการณ์/**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | เขตสุขภาพที่ 8 ปี งบประมาณ 2566 มีเด็กที่ต้องได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 148,580 ราย พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด 426 รายคิดเป็นร้อยละ 0.29 เด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองด้วย DSPM สงสัยพัฒนาการล่าช้าที่อยู่ระหว่างการติดตาม ติดตามไม่ได้ กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์และหายไป จำนวน 32,517 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.96 ซึ่งมีแนวโน้มพบอาการร่วมและเสี่ยงต่อการเกิด 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก ได้แก่ ออทิสติก สมาธิสั้น เรียนรู้ช้า และสติปัญญาบกพร่อง  ปี 2566 มีเด็กอายุ 6-11 ปี จำนวน 657,884 คน จากความชุกร้อยละ 5.40 ต้องพบเด็กกลุ่มนี้จำนวน 35,527 ราย แต่พบว่ามีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 7,071 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.90 ระบบบริการด้านสาธารณสุข ข้อมูลด้านทรัพยากรของเขตสุขภาพที่ 8 มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งหมด 2 คน มีพยาบาล PG เด็กครอบคลุมทุกจังหวัด จำนวน 70 คน และมียาสมาธิสั้นในโรงพยาบาลทั้งหมด 17 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 87 อำเภอ | | | |
| **GAP** | **ปัญหาอุปสรรค**  - การมีส่วนร่วมของครู หมอ พ่อแม่ โรงเรียน ชุมชน ภาคีเครีอข่าย และพชอ. ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต อารมณ์พฤติกรรมและ 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก ยังไม่ครอบคลุมในหลายพื้นที่  - ยังขาดความรอบรู้ในสัญญานเตือน (Warning Sign) ใน 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก และโรคทางอารมณ์  - ยาสมาธิสั้นยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล | | | |
| **ยุทธศาสตร์/**  **มาตรการ** | การประกาศนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | การค้นหา คัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น | พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต  และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น | เสริมสร้างสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต(+ (Promotion) |
| **กิจกรรมหลัก** | 1. ขับเคลื่อนคณะกรรมการสุขภาพกลุ่มวัย  2. สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ การพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก  3. สนับสนุนยาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  4. สร้างภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุข  (4 กระทรวงหลัก) | 1. พัฒนาศักยภาพการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก  2. พัฒนาศักยภาพครอบครัว ผู้ปกครอง ครู  3. ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้หลักการ Triple-P และ PLH ในครอบครัว เข้าสู่ระบบโรงเรียน (ศพด./อนุบาล)  4. App HERO | 1.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน รพ. ทุกระดับ  2.พัฒนาระบบการดูแลเด็กและวัยรุ่นในโรงเรียน  3.สร้างระบบจิตแพทย์พี่เลี้ยงผ่าน Teleconference | สร้างความรอบรู้ในสัญญานเตือน (Warning Sign)  ใน 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก และโรคทางอารมณ์ และเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูลูก |
| **ระดับความ**  **สำเร็จ** | **ไตรมาสที่ 1**  1. จัดทำแผน กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลทั้งระบบบริการและแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม  2. ประชุมชี้แจงวางระบบการคัดกรองดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามต่อเนื่อง  3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร | **ไตรมาสที่ 2**  ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน | **ไตรมาสที่ 3**  ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน | **ไตรมาสที่ 4**  ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน |

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

**แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**

**โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด**

**โครงการ**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/**  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด** | การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) | | | |
| **สถานการณ์/**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เขตสุขภาพที่ 8 สะสม(คน)ปีงบประมาณ 2559-2565 จำนวน 460 คน รายใหม่(คน)  ในปีงบประมาณ 2566 51 คน ก่อความรุนแรงซ้ำ(คนเดิมที่สะสมถึงปัจจุบัน)ก่อความรุนแรงในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 5 คน | | | |
| **GAP** | Pre Hospital  1. MHL สัญญาณเตือนและความตระหนักอาการของกลุ่มเสี่ยง/การคัดกรอง  2. ความรู้ของประชาชนในการใช้พรบ.สุขภาพจิต  3. การทำงานกับสหวิชาชีพในการนำส่ง ขอบเขตหน้าที่ และการประสานงาน  4. ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่  In Hospital  1. ขาดแคลนจิตแพทย์ ความเพีบงพอของบุคลากร  2. การจัดการสิ่งแวดล้อมของเตียงผู้ป่วยจิตเวช  3. แนวทางการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย SMIV  Post Hospital  1. MHL สัญญาณเตือน และความตระหนักอาการกำเริบของกลุ่มเสี่ยง  2. ความรู้ของประชาชนในการใช้พรบ.สุขภาพจิต  3. ขาดความรู้ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย  **ปัญหาอุปสรรค**  ความรู้ความเข้าใจ ต่อ พรบ.สุขภาพจิต การกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้กับแพทย์ บุคลากรสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย SMIV ทุกระยะ (Pre-In-Post Hospital) ปัญหายาเสพติดในชุมชน | | | |
| **ยุทธศาสตร์/**  **มาตรการ** | **ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ** | **ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการ** | **ด้านนวัตกรรม** | **ด้านบริการไร้รอยต่อ** |
| **กิจกรรมหลัก** | 1. กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V  2. วางระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง | 1. บูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตด้วยระบบการดำเนินงาน พชอ. / ทุกอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  2. ประชุมการใช้กฎหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผ่าคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด  3. บูรณาการการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับตำรวจภายใต้โครงการหน่วยนาคาพิทักษ์รักษ์ประชา | 1. จังหวัด/อำเภอทีมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวช แบบบูรณาการร่วมกับ LTC, Thai COC และจิตเวช  2. การใช้และพัฒนาระบบ Telepsychiatry | 1. Telemedicine การประสานงานระดับจังหวัด  2. ทุกโรงพยาบาลชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้อต้นก่อนส่งต่อ รพ.จิตเวชฯ ได้  3. เปิด Corner Ward ผู้ป่วย พร้อมให้คำปรึกษาเครือข่ายใน รพ. Node  4. พัฒนาระบบพัฒนาระบบบริการแบบ Psychosocial Clinic ทุกระดับหน่วยบริการ |
| **ระดับความ**  **สำเร็จ** | **ไตรมาสที่ 1**  1. จัดทำแผน กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย  SMI-V ทั้งระบบบริการและแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม  2. ประชุมชี้แจงวางระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง  3. พัฒนาศักยภาพและซักซ้อมความเข้าใจในการดูแลส่งต่อ | **ไตรมาสที่ 2**  1. มีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการ  2. ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด  2. ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน  3.ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง | **ไตรมาสที่ 3**  1. ประชุมติดตาม พัฒนา วางแผนระยะ 6 เดือนหลัง  2. ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด  2. ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา  3.ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง | **ไตรมาสที่ 4**  ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา  3.ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง |