**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ**

**หัวข้อ 2.3 การพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช**

1. **สถานการณ์**

กรมสุขภาพจิต รับผิดชอบตัวชี้วัดกำกับติดตาม (Monitor) จำนวน 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

* ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (≥ ร้อยละ 55)
* อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน)

**55**

**ภาพที่ 1** ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

**ที่มา :** รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561

**รายงานโดย :** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต <http://www.thaidepression.com>

จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกำกับติดตามที่ 2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561) พบว่า จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561 โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาพรวมของประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 65.17 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้   
(≥ ร้อยละ 55) โดยมีเพียงเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.75 ดังภาพที่ 1 เนื่องจาก แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช   
และขาดข้อมูลจากโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

**55**

**ภาพที่ 2** ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

**ที่มา :** HDC กระทรวงสาธารณสุข https://hdcservice.moph.go.th ข้อมูล ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2561

จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2561 พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาพรวมของประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 34.18 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (≥ ร้อยละ 55) โดยเขตสุขภาพที่ 1 มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงที่สุด ร้อยละ 48.59 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3, 2 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 46.73, 42.10 และ 42.04 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ข้อมูลทั้ง 2 ฐานยังคงมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

**6.3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เขต** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **กทม.** | **รวม** |
| **จำนวน** | 437 | 169 | 148 | 249 | 197 | 296 | 207 | 202 | 311 | 172 | 219 | 149 | 124 | 2,880 |

**ภาพที่ 3** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

**ที่มา :** สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ตุลาคม 2560 - มิถุนายน 2561)   
 ข้อมูล ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2561   
**รวบรวมและวิเคราะห์โดย :** งานดิจิทัลสุขภาพ 2 <http://healthkpi.moph.go.th>

จากรายงานจากข้อมูลจำนวนและอัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย (ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561)   
ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2561 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมประเทศเท่ากับ 4.41 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า มี 6 เขตสุขภาพ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างสูง ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ เขตสุขภาพ 1, 11, 6, 3, 2 และ 4 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.84, 4.97, 4.95, 4.93, 4.89 และ 4.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ   
ดังภาพที่ 3 ทั้งนี้ ในเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง อาจเนื่องจากสภาพปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมมีความยากลำบาก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล  
ในชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิเคราะห์เชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ของแต่ละเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงต่อไป

1. **มาตรการสำคัญ**
   1. การพัฒนาระบบข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายควบคู่กับวางระบบการดูแลต่อเนื่อง
   2. การพัฒนาศักยภาพการเก็บข้อมูลให้กับบุคลากร
   3. การรายงานและทำนโยบายเสนอผู้บริหาร
   4. การวางระบบการให้ screening intervention follow-up ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
   5. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช
2. **ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง**
   1. การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และไม่ครอบคลุม
   2. การส่งต่อและนำส่งข้อมูล ทำให้ฐานข้อมูลระหว่าง Thaidepression.com และฐานข้อมูล HDC ยังมีความแตกต่างกันมาก
   3. แพทย์ที่รักษาโรคเรื้อรังทางกายมีการจ่ายยาโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ไม่ได้ลงวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทำให้ข้อมูลโรคซึมเศร้าต่ำกว่าความเป็นจริง
   4. ผู้ป่วยทางจิตเวชเกิด Stigma ทำให้ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง
   5. ขาดความครอบคลุมการบูรณาการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกหน่วยบริการ เช่น คลินิกโรคทางกายเรื้อรัง คลินิกสุรา ฯลฯ
   6. การติดตามผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการลง ICD-10 รหัส X พบว่า แพทย์ไม่ได้วินิจฉัย เนื่องจาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียสิทธิในการเบิกค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ
   7. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบการรักษา
3. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง**
   1. ระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและระบบดูแลช่วยเหลือใน CUP วัดสิงห์ (พัฒนา 2Q plus) จังหวัดชัยนาท เขตสุขภาพที่ 3
   2. ระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอศรีรัตนะ แบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10
   3. One Province One Hospital “สุขภาพจิต วชิระ ตอง หลาง” โดยจิตแพทย์ออกตรวจในโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 2 แห่ง และเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษากรณีมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต เขตสุขภาพที่ 11
   4. Model “เพื่อนคู่ใจ” ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน มีการขยายผล ทุกอำเภอ จังหวัดสุพรรณบุรี เขตสุขภาพที่ 5
   5. ผู้ป่วยโรคจิตและจิตเภทไม่ฆ่าตัวตายด้วยหลักการ 4 ดี โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9
   6. การคัดกรองความเครียดตำรวจทุกอำเภอ โดยเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นความร่วมมือ  
      ของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกระดับ ที่ประสานการทำงานกันได้เป็นอย่างดี จังหวัดนราธิวาส เขตสุขภาพที่ 12