

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ

นางนิตยา สิ้นธุ์ภูมิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 082-3165357 E-mail : goodtime_101@hotmail.co.th

ความเป็นมา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง หรือขาดผู้ดูแล ขาดการเอาใจใส่ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบ ก่อความรุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน และมีปัญหาในการใช้ชีวิตในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล ครั้งแล้วครั้งเล่าด้วยอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน

ในปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนับวันจะเพิ่มมากขึ้น จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2552 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 12 หรือประมาณ 5 ล้านคน อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรจำนวน 77,704 คน จากปี พ.ศ. 2558 –2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสะสม 298 , 352 และ 393 คนตามลำดับ (ฐานข้อมูลผู้ป่วย รพ.อาจสามารถ, 2559) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 4 รองจาก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด ภายใน ๒ ปีที่ผ่านมา (2558-2559) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 57 ราย และ 69 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 27 และ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.36 และ 31.88 ตามลำดับ และจากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ refer ด้วยอาการกำเริบ มักเป็นผู้ป่วยรายเดิมซ้ำๆ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มที่ เพราะในกระบวนการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุด ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรคคือการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อยู่ในครอบครัวและชุมชน อย่างปกติสุข แต่ที่ผ่านมายังไม่มีระบบการจัดการที่ดีพอ แก่ปัญหาอย่างไม่ตรงจุด ชุมชนยังขาดความเข้าใจ หวาดระแวงในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับความใส่ใจจากคนในครอบครัว จนในที่สุดก็มีอาการกำเริบซ้ำ จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2538) พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านอย่างถูกต้อง แต่ญาติก็ยังรู้สึกไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน และต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยม และสอนการจัดการกับอาการผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับซ้ำที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองจิต วลัยศรี(2551) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน สามารถดูแลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับญาติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ และการสำรวจเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ ไม่ทราบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และที่สำคัญไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตได้หวังว่า สักวัน ญาติ ครอบครัว และคนในชุมชน จะมีความ

มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเอง ไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ไม่มีอาการที่รุนแรง และผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุขโดยเริ่มต้นที่ตัวญาติและผู้ป่วยเอง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติอยู่ และบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อสม. ที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ

คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลอาจสามารถได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทบทวนและนำกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยสร้างทีมงานขึ้น ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขทั้งจาก โรงพยาบาล ,รพ.สต., อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตำรวจและประชาชนในพื้นที่ ภายใต้ระบบจัดการสุขภาพอาจสามารถเมืองแห่งความสุข สุขกาย สุขใจ สักคองบสุข เน้นให้ชุมชนและคนในครอบครัวผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างจริงจัง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย
กิจกรรมการพัฒนา

1. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภออาจสามารถ โดยแยกตามสถานบริการแต่ละ รพ.สต.และ คำนวณข้อมูลแก่พื้นที่ในการสำรวจ ติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง
2. จัดอบรมพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตแก่ บุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกำหนดทิศทางในการดำเนินงาน
3. จัดอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรอง และเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า แนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามให้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง ตามนัด และแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามความจำเป็น
4. รพ.สต.และแกนนำ อสม.สำรวจและประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตนเอง รณรงคค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา และการสำรวจผู้ป่วยรายเก่า โดยแบ่งระดับผู้ป่วยเป็นระดับ 1 2 3 ตามแบบประเมิน 9 ด้าน เพื่อง่ายต่อการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 1 ให้การเยี่ยมและดูแลโดย อสม. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 2 เยี่ยมและดูแลโดยเจ้าหน้าที่จากรพ.สต. ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 3 ถือว่ามีปัญหา จะได้รับการเยี่ยมและดูแลโดยพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย
5. จนท.ในเครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
6. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน และรายที่จัดอยู่ที่ ระดับ 3 เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ
7. สร้างช่องทางในการติดต่อสื่อสารประสานงาน ระหว่าง รพ.สต.,สสอ.และ รพ.แม่ข่าย ในการให้คำปรึกษา หรือกรณีที่มีปัญหาในพื้นที่

8. สรุปผลการติดตามเยี่ยมของแต่ละพื้นที่ในแต่ละเดือนส่งที่ ผู้ประสานงานสุขภาพจิตระดับ สสอ. หากพบว่ามีปัญหาจากการติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ทีมเยี่ยมจะรวบรวมข้อมูลมารวมปรึกษา กับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลและทีมระดับอำเภอ เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือต่อไป

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอ อาจสามารถมีส่วนร่วม ทำให้พบว่า

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 76.03 เป็นร้อยละ 86.90 ในปี 2560

2. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากคนในชุมชน แบบใกล้บ้านใกล้ใจ ชุมชนเองก็ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดอาการกำเริบและอาการกลับ เป็นซ้ำที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถใช้ชีวิตโดยรวมดีขึ้น อยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุข

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย มีจำนวน ลดลงจาก 19.60% ในปี 2559 (refer 69ราย) เป็น 6.63% ในปี 2560 (refer 25ราย)

4. ญาติและชุมชนมีความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 86 ในปี 2559 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.50 ในปี 2560 (ข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจในผู้ป่วยนอกสุขภาพจิต รพ.อาจสามารถ)

ประโยชน์ของผลงานที่มีต่อหน่วยงาน/ประชาชน

1. เป็นต้นแบบในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่
2. เป็นการแสวงหากาศีเครือข่าย อปท.,อสม. ในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ
3. ผู้ป่วยสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีปัญหา ความรุนแรงในพื้นที่ และชุมชนให้โอกาส การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น
4. ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล

การขยายผลเพื่อเป็นแนวทางแก่หน่วยงานอื่น

1. สร้างและสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายในการดูแลผู้รายโรคอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ
2. ผสมผสานบูรณาการงานสุขภาพจิตให้มีการขับเคลื่อนภายใต้ระบบจัดการสุขภาพอำเภอ
3. เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ งานด้านสุขภาพจิตแก่หน่วยงานอื่นๆ ได้

แนวทางการพัฒนาปี 2561

1. เยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ครบ 100 %
2. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ไปใช้ในเรื่องการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระตุ้นเครื่องตีแอลกอฮอล์ในชุมชน
3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพจิต และนำเสนอนวัตกรรม ในระดับเครือข่าย สุขภาพอำเภอปีละ 1 ครั้ง

การพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

นพ.อดุลย์ ราชณูวงศ์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ

นางราตรี ศรีหนา

บริบท

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีประชากร 10,520 คน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 81,892 คน คิดเป็นความชุก 655 ราย มีผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ 484 ราย คิดเป็น 73.89 % การจัดบริการด้านสุขภาพจิตเน้นการคัดกรอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษา การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบปัญหาการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา สาเหตุจากการคัดกรองในชุมชนยังไม่ครอบคลุม การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังขาดการบูรณาการร่วมกันของคนในชุมชน ผู้ดูแลยังขาดความรู้ปัญหาการใช้ สารเสพติด สุรา ยาบ้า ทำให้ผู้ป่วยทางจิตรายเก่าขาดยา อาการกำเริบ ผู้ป่วยทางจิตรายใหม่ไม่ได้รับการดูแลรักษา ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น และพบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ได้รับการดูแลรักษา และผู้ป่วยจิตเวชรายเก่าได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โรงพยาบาลเกษตรวิสัยร่วมกับCUP เกษตรวิสัย จึงได้พัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้ตามมาตรฐาน

ผลการพัฒนาระบบบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	ตามเป้า	39.54	43.74	65.67
อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต	60	72	88.50	73.89
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร	8.73	12.37	5.71
อัตราการเข้าถึงบริการเด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีปัญหาทางสมาธิสั้น	>15	NA	24.38	4.10
อัตราการเข้าถึงบริการเด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียน	>15	NA	28.77	8.14

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ระบบบริการในโรงพยาบาล

1.1 เปิดบริการคลินิกสุขภาพจิตระบบ One Stop Service

- ระบบนัดในโปรแกรม Hos. XP
- คัดกรองประเมินผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรอง ประเมิน ADR โดยพยาบาลและเภสัชกร, ติดตามตรวจ LAB ในผู้ป่วยที่กินยา High alert drug
- จัดกลุ่มให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา
- ส่งพบแพทย์ ปรึกษา นัดต่อเนื่อง

- กรณีไม่มาตามนัด ประสานรพ.สต. ติดตามผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรงประสานตำรวจ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล-Admit-Refer-ดูแลต่อเนื่อง-นัดติดตาม

1.2 คัดกรองซึมเศร้าในผู้รับบริการ 15 ปีขึ้นไป

1.3 2Q Positive ส่งคลินิกให้คำปรึกษา ส่งพบแพทย์รักษา / ส่งต่อ ตามแนวทางป้องกันเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

1.4 กรณีมี Case suicide ส่งให้คำปรึกษาทุกราย และส่งต่อติดตามต่อเนื่องในชุมชน

1.5 ติดตามนิเทศงานสุขภาพจิตในรพ.สต.ร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาล 1 ครั้ง / ปี

1.6 จัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

ระบบบริการในเครือข่ายรพ.สต.

1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรอบรมเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 4 คน , ส่งแพทย์อบรมการดูแลรักษาโรคทางจิตเวช

1.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชให้รพ.สต. ติดตามเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานการประเมิน 9 ด้านครอบคลุมทุกราย

1.3 คัดกรองซึมเศร้าในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง แนวทางป้องกันเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า , ประเมินพัฒนาการเด็กให้ครอบคลุม และส่งต่อตามแนวทาง

1.4 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

1.5 กรณีมีปัญหาซับซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว

1.6 บูรณาการร่วมกับงานยาเสพติด กรณีผู้ป่วยดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด

1.7 ร่วมกับงานยาเสพติดคัดกรองผู้ดื่มสุราในชุมชน และทำประชาคมร่วมกับชุมชนเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทั่วไป

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (Key success factor)

1. ด้านบุคลากร

- ผู้บริหารระดับ CUP ให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ได้ตาม Service plan
- ทำงานเชื่อมโยง โดยทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัวร่วมกันทั้งเครือข่าย
- เครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง

2. ระบบงาน

- มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน
- แนวทางปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามมาตรฐาน
- การส่งต่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนใช้แนวทางประเมิน 9 ด้าน ใช้แนวทางเดียวกันครอบคลุมทุกราย
- ระบบการส่งต่อ / การประสานงานที่สะดวก กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวในชุมชน
- ระบบการเบิกยาที่สะดวก กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาด้วยตัวเอง
- แม่ข่ายให้การดูแลช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน และมีระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย

ปัญหา / อุปสรรค / แนวทางแก้ไข

1. ผู้รับผิดชอบงานมีหน้าที่หลายบทบาท การบริการไม่เพียงพอกับการดูแลผู้ป่วย
2. แพทย์ เปลี่ยนบ่อย เช่นย้าย ไปศึกษาต่อ/ผ่านการอบรมน้อย ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย
3. ปัญหาการใช้สารเสพติด เช่นสุรา ยาบ้า
4. ผู้ดูแลหลักขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

แนวทางแก้ไข

1. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลเพิ่มการอบรมพยาบาล

เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

2. ประสานแม่ข่ายการอบรมแพทย์เรื่องการดูแลรักษาโรคทางจิตเพิ่มขึ้น
3. จัดอบรมเพิ่มทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลหลัก/อสม.

แนวทางการพัฒนา ปี 2561

1. การเฝ้าระวัง/การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา
2. จัดทำแผนการให้การบริการเชิงรุกมากขึ้น เน้นการติดตามเยี่ยม การคัดกรองในชุมชนกรณีผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการทางจิตแต่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษา ให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม
3. การติดตามเยี่ยมบ้านโดนทีมหมอครอบครัวทุกรายกรณีพบปัญหาซับซ้อน
4. จัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการที่มีมาตรฐาน

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลโพนทอง

นางสาวรสุดา ทองรักษั พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

เบอร์โทร : 09 0275 9966 E-mail : ktwsuda@gmail.com

เรื่องที่ 1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน ตามโครงการ สปสช. 2560

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน ตามโครงการ สปสช. 2560 เป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน จำนวน 33 ราย

ประเภทผู้ป่วย	เริ่มโครงการ	เยี่ยมครบ 6 เดือน
ประเภท 1	12	4
ประเภท 2	8	12
ประเภท 3	13	17
รวม	33	33

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (key success factor) ผู้ป่วยและครอบครัว มีเจ้าหน้าที่รพ.สต./หน่วยบริการใกล้บ้านให้ความช่วยเหลือ/แนะนำการดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกาย ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น อปท.หน่วยกู้ชีพสนับสนุนการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เจ้าพนักงานตำรวจช่วยเหลือตรวจเยี่ยม/ควบคุม/นำส่งเข้าระบบบริการกรณีที่มีอาการวิกฤตที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ตนเองและ/หรือผู้อื่น

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจหรือขาดผู้ดูแลที่ดี เพราะในครอบครัวมีเพียงผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือมีอาการป่วยทางจิตอยู่ร่วมกัน หรือผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว บางรายมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ขาดการรักษา/รักษาไม่ต่อเนื่อง

4. แนวทางการรับ-ส่งต่อ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤตที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ตนเองและ/หรือผู้อื่น ครอบครัว รพ.สต. ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เจ้าพนักงานตำรวจช่วยเหลือนำส่งเข้าระบบบริการร่วมกับโรงพยาบาล โดยแพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้วางแผนการรักษาร่วมกับจิตแพทย์ มีระบบการขอคำปรึกษาจิตแพทย์ทางโทรศัพท์

5. แนวทางการพัฒนา ปี 2561 ขยายการเยี่ยมบ้านสู่ผู้ป่วยเป้าหมายอีก 251 ราย

เรื่องที่ 2 การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามโครงการ สปสช. 2560

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ เด็กแรกเกิด – 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 100 พบเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการเด็กจำนวน 521 คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ส่งไปรับการรักษาต่อ จำนวน 23 ราย

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ(key success factor) เจ้าหน้าที่รพ.สต./หน่วยบริการใกล้บ้าน ร่วมกับศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน คัดกรองพัฒนาการเด็ก ให้ความช่วยเหลือ/แนะนำการส่งเสริมพัฒนาการ ดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกาย ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น อปท.หน่วยกู้ชีพสนับสนุนการเข้าถึงบริการ และสวัสดิการ ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข ผู้ดูแลมิใช่บิดา/มารดา หรือขาดผู้ดูแลที่ดีเพราะในครอบครัวมีเพียงผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือมีอาการป่วยโรคเรื้อรังอยู่ร่วมกัน ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้มีเวลาจำกัดในการช่วยฟื้นฟูพัฒนาการเด็ก

4. แนวทางการรับ-ส่งต่อ กรณีที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ผิดปกติ ผ่านการส่งเสริมพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่แล้วไม่ดีขึ้น/มีความซับซ้อนกุมารแพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้วางแผนการรักษา ร่วมกับจิตแพทย์ มีระบบการขอคำปรึกษาจิตแพทย์ทางโทรศัพท์ จิตแพทย์จากสถาบันพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่นมาตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก/ให้การรักษา ปีละ 2 ครั้ง

เรื่องที่ 3 การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการจำนวน 564 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.02 (จากประชากร 15 ปีขึ้นไป 90,276 คน ประชากรเป้าหมายร้อยละ 2.4 เป็นจำนวน 2,167 คน) โดยมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากผู้มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง 15,430 คน คัดกรองผู้รับบริการทั่วไปจำนวน 34,280 คน คลินิกโรคทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง จำนวน ผู้ป่วยที่ส่งไปรับการรักษาต่อ จำนวน 2. ราย

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (key success factor) เจ้าหน้าที่รพ.สต. คลินิกหน่วยบริการคัดกรอง พบ 2Q ผลบวก 9Q ผลบวก 8Q ผลบวก จะส่งต่อคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อประเมินซ้ำ ให้จิตบำบัดก่อนส่งพบแพทย์ รพ.สต. ให้ความช่วยเหลือ/แนะนำการดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกาย ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้นำชุมชน/อปท.หน่วยกู้ชีพสนับสนุนการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ มีส่วนร่วมในการดูแล

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข ขาดผู้ดูแลที่ดีเพราะในครอบครัวมีเพียงผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือมีอาการป่วยโรคเรื้อรังอยู่ร่วมกัน /อยู่ตามลำพัง ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยฟื้นฟู

4. แนวทางการรับ-ส่งต่อ กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง/มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น แพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้วางแผนการรักษา ร่วมกับจิตแพทย์ มีระบบการขอคำปรึกษาจิตแพทย์ทางโทรศัพท์จิตแพทย์จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

5. แนวทางการพัฒนา ปี 2561 ทบทวนการคัดกรองคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่รพ.สต. คลินิกบริการ อสม. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

เรื่องที่ 4 การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรค Dementia

1. ผลการพัฒนาาระบบบริการ มีผู้ป่วยโรค Delerium เข้ารับบริการจำนวน 18 ราย โดยมีการคัดกรองภาวะ Delerium จากผู้มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในคลินิกโรคทั่วไป จำนวน 15,430 คน

2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ(key success factor) คลินิกหน่วยบริการ คัดกรอง พบผลบวกจะส่งต่อคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อประเมินซ้ำ ให้จิตบำบัดก่อนส่งพบแพทย์ รพ.สต. ให้ความช่วยเหลือ/แนะนำการดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกาย ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้นำชุมชน/อปท.หน่วยกู้ชีพสนับสนุนการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ มีส่วนร่วมในการดูแล

3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข ขาดผู้ดูแลที่ดีเพราะในครอบครัวมีเพียงผู้สูงอายุที่อ่อนแอ หรือมีอาการป่วยโรคเรื้อรังอยู่ร่วมกัน /อยู่ตามลำพัง ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือ/ฟื้นฟู

4. แนวทางการรับ ส่งต่อ กรณีที่ผู้ป่วยอาการในระดับรุนแรง แพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้วางแผนการรักษา ร่วมกับจิตแพทย์ มีระบบการขอคำปรึกษาจิตแพทย์ทางโทรศัพท์จิตแพทย์จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

5. แนวทางการพัฒนา ปี 2561 ทบทวนการคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่รพ.สต. คลินิกบริการ อสม. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

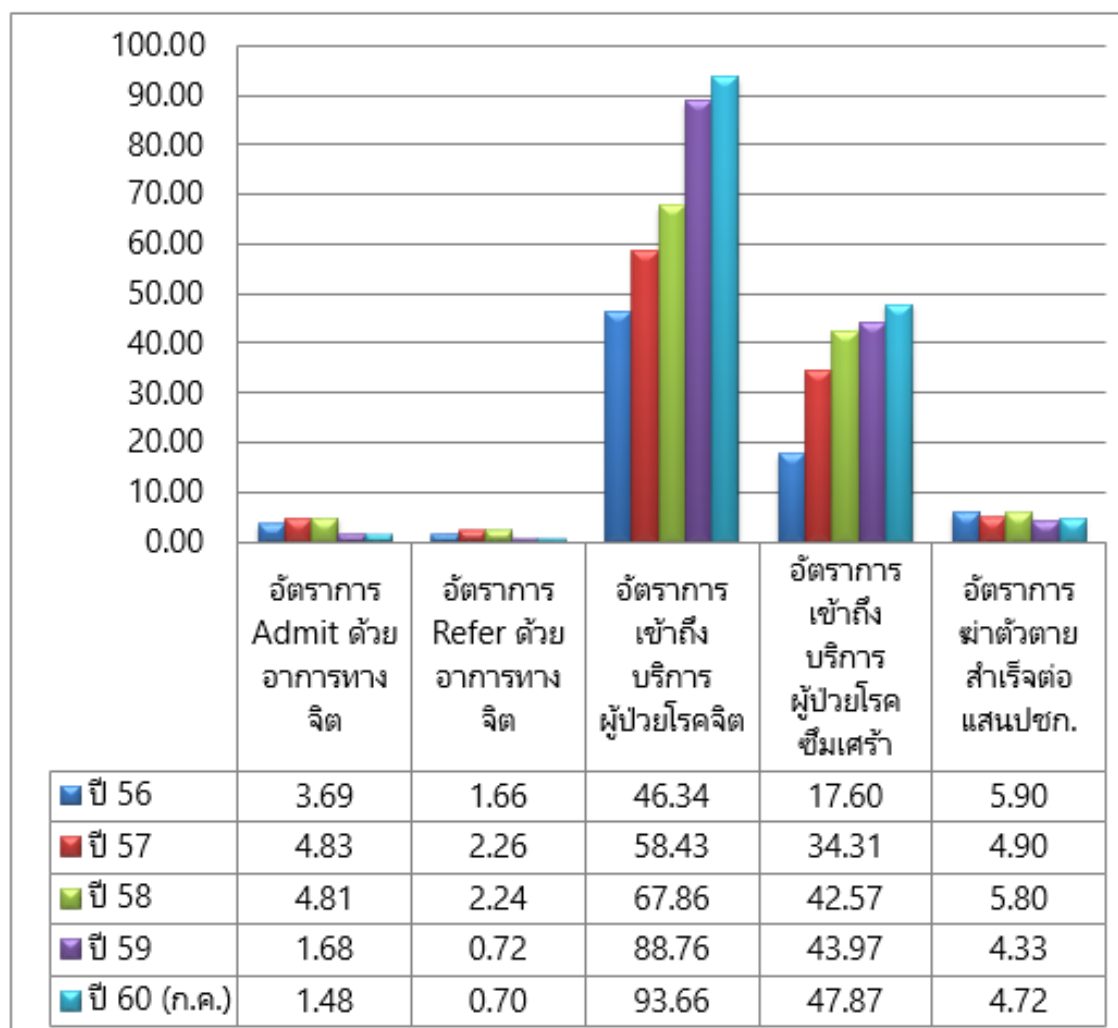
รูปภาพแสดงติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช รพ.โพนทอง/เครือข่ายรพ.สต./อสม.



Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ

ผลการดำเนินงาน	ปี 56	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60 (ก.ค.)
จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคจิตทั้งหมด (คน)	696	735	700	772	1,009
จำนวนผู้รับบริการด้วยโรคจิตทั้งหมด (ครั้ง)	3,840	3,886	3,964	4,265	4,509



2. Key success Factor

1. มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวชผู้ใหญ่ 2 คน จิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยา
2. มีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้รับการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง
3. มีระบบติดตามเยี่ยมในชุมชน

3. แนวทางการรับ – ส่งต่อ

1. เมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน
 - ในเวลาราชการ ประสานพยาบาลจิตเวช
 - นอกเวลาราชการ ประสานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. พยาบาลจิตเวช ประเมิน คัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิตก่อนส่งพบแพทย์
3. มีระบบปรึกษาจิตแพทย์กรณีมีปัญหาหรือส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อรักษาต่อในกรณีที่ซับซ้อน รุนแรงเกินความสามารถ

4. ปัญหา/อุปสรรค

1. วัฒนธรรมการดื่มสุราตามประเพณีต่างๆของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเพศชายส่วนมากยังนิยมดื่มสุรา ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ ควบคุมอาการได้ยาก
2. ผู้ป่วยจำนวนมากมีฐานะยากจน ไม่มีผู้ดูแล ทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางส่วนย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ยากต่อการติดตาม

5. แผนพัฒนาปี 2561

1. โครงการออกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. โครงการพัฒนาระบบการคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตแบบองค์รวม และชุมชนมีส่วนร่วม ใน CUP ราชบุรี

1. หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจ บุคลิกภาพร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่ การงาน สังคม จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิต พบอัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง มีจำนวนปีของการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) พบว่าโรคจิตเวชพบมากที่สุดและคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ใน ค.ศ. 2020 ซึ่งทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นหน่วยงานสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกันบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ มีการจัดตั้งคลินิกให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ในรูปแบบผู้ป่วยนอกทุกวัน เวลาราชการ จากสถิติของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2557,2558,2559 พบว่าเป็นผู้มารับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจำนวน 2,803 3,204 และ 4,385 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.45 ,38.79และ41.49 และในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 83.79 , 85.44 และ 83.86 ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาที่พบร้อยละ 56 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ร้อยละ 22 เป็นปัญหาความเครียดและวิตกกังวล และร้อยละ 8 เป็นปัญหาทางจิตที่เกิดจากสุรา(เวชระเบียนโรงพยาบาลราชบุรี,2559) รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลราชบุรีที่ผ่านมาเป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบแล้วจะให้การรักษาด้วยยา ไซยาหรับประทุหรือฉีด เพื่อควบคุมอาการและนัดผู้ป่วยมาเป็นระยะ เพื่อรับยา การให้การปรึกษา การให้บริการติดตามเยี่ยม/ให้บริการเชิงรุกที่บ้าน โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลก่อน เช่น ผู้ป่วยไม่เคยมารับการตรวจเลยมานานถึง 1 ปี มีเฉพาะญาติมารับยาแทนผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองและทำร้ายญาติ ผู้ป่วยที่ญาติไม่สนใจ หรือไม่มีญาติดูแลผลที่ได้ผู้ป่วยยังขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีอัตราการกำเริบซ้ำเพิ่มมากขึ้น ในการประสานงานในรูปแบบ CUP พบว่ามีการส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาในระบบส่งต่อ แต่เนื่องด้วยระยะทางที่ไกล และไม่มีค่าเดินทาง นอกจากนั้นจากการที่มีอาการทางจิตประกอบกับ ไม่มีญาติดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษา จากการซักประวัติการเจ็บป่วยเมื่อญาตินำผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาพบว่ามีความสาเหตุหลัก 3 ด้าน คือ 1. ตัวผู้ป่วย 2.ครอบครัว และ 3. ชุมชน

ด้านตัวผู้ป่วย พบว่าเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค บางรายไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รู้สึกเบื่อหน่ายเพราะรับประทานยามาเป็นเวลานาน มีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ง่วงนอนมากจนไม่สามารถทำงานได้ บางรายทิ้งยาเนื่องจากหวาดระแวงว่าเป็นยาอันตรายหรือกลัวถูกวางยา บางรายรับประทานยาเกินขนาด ปรับยาเองหรือหยุดยาเนื่องจากคิดว่าตัวเองหายแล้ว บางรายใช้สารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ กาแฟ ฯลฯ อาการของโรคจึงไม่ทุเลา

ด้านครอบครัว ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ท้อแท้ กังวล กลัว รู้สึกเป็นภาระ เสียเวลา สูญเสียเงินทอง รายได้ บางครั้งถูกผู้ป่วยทำร้ายและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาซึ่งมี อาชีพทำนา

ทำไร่ ต้องออกไปทำงานตอนเช้าและกลับในตอนเย็น บางรายทำงานในตัวเมือง ทำให้ต้องทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถดูแลได้ในขณะที่มีอาการกำเริบ เช่น เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว

ทางด้านชุมชน ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคทำให้มีความหวาดกลัว ไม่กล้าให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนด้วย ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ยอมให้ทำงานด้วย บางรายรังเกียจ มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่ยอมให้บุตรหลานพูดคุยด้วย ตีตราผู้ป่วยว่าเป็นบ้าอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะไม่มีชุมชนใดขับไล่ผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรังอย่างต่อเนื่องนับเป็นหัวใจสำคัญในงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานการณ์การเจ็บป่วย ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยผ่านระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลไปยังที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวใช้ชีวิตในครอบครัวและในชุมชนเร็วขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลือที่ต้องการการบำบัดดูแลจากทีมสุขภาพจากเหตุผลดังกล่าวคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลธวัชบุรีจึงมีโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมและชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ เน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้น และมีการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น

2. วัตถุประสงค์/เกณฑ์/เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
3. เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต ครอบครัวและชุมชนที่ประสบปัญหาซับซ้อนจากผู้ป่วยโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

ผู้มีปัญหาทางจิตและครอบครัว ที่มารับบริการในโรงพยาบาลและใน CUP อำเภอธวัชบุรี จำนวน 12 ตำบล 147

หมู่บ้าน

ตัวชี้วัด

1. อัตราการกำเริบซ้ำซ้อนและอัตราการขาดยาลดลง 80 %
2. ผู้มีปัญหาทางจิตสามารถอยู่ร่วมในครอบครัว ครอบครัวและชุมชนยอมรับ
3. มีระบบการดูแลและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
4. ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีคุณภาพ
5. ผู้มีปัญหาทางจิตได้รับการดูแลครอบครัวและต่อเนื่อง

3. กิจกรรมเดิม

โรงพยาบาลธวัชบุรีไม่มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รูปแบบการให้บริการเป็นการจัดคลินิกเฉพาะผู้มีปัญหาสุขภาพจิต บุคลากรที่ให้บริการเป็นพยาบาลที่จบเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช รูปแบบการให้บริการมีการตรวจคัดกรองแยกผู้ป่วยรายใหม่/เก่าเพื่อรับยาต่อเนื่อง (แบบผู้ป่วยนอก) บริการให้คำปรึกษา มีระบบการเยี่ยมบ้าน มีระบบการติดตามผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเยี่ยมบ้าน

ในรายที่มีอาการทางจิตสงบ ส่วนในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีอาการกำเริบทางจิตจากสาเหตุต่างๆ พบว่าไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ จะส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดหรือโรงพยาบาลจิตเวชเอง โดยการขอให้ตำรวจในเครื่องแบบ ควบคุมตัวพาไปหาจิตแพทย์ การดำเนินงานในเครือข่ายยังมีการดำเนินงาน แต่ยังไม่ชัดเจน

4. กิจกรรมปรับเปลี่ยน

ระยะที่ 1 ได้นำรูปแบบ THAWAT Model มาปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 13 หมู่บ้าน

ระยะที่ 2 เล็งเห็นความสำคัญ มีการนำเข้าไปในแผนงาน นำแผนงานเสนอผู้บริหารเพื่อขออนุมัติ สนับสนุนงบประมาณ

ระยะที่ 3 ดำเนินการอย่างเป็นทางการ สรุปลงผลการดำเนินงานและนำมาประกาศใช้ในที่ประชุม

ระยะที่ 4 เสริมสร้างความร่วมมือ โดยการประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น เทศบาล พระภิกษุ นำมาอบรมให้ความรู้และดำเนินการจัดตั้งเครือข่าย ในการประสานงานและการส่งต่อ มีการลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกัน

ระยะที่ 5 ขยายผล นำผลงานที่ได้นำไปใช้กับพื้นที่ของ CUP ธวัชบุรี และมีการประสานงานกับ แม่ข่ายในการดำเนินงานต่อไป

ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาล

มีระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิก มีการขึ้นทะเบียน ระบบการนัดผู้ป่วย วางแผนเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาต่อเนื่องในครอบครัวและบุคคล ในตึกผู้ป่วยในมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ทำ Discharge planning นัดF/U เข้าคลินิกตามวัน มีการทำ Case management ในรายที่ซับซ้อน ทำ Grand round ร่วมกับจันท.ผู้ป่วยใน

ระบบการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตในครอบครัวและชุมชน

1. ทำ AIC หาปัญหาทางจิตในชุมชนร่วมกับแกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิและ พระภิกษุ ญาติผู้มีปัญหาทางจิต เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนตระหนัก ยอมรับ เข้าใจและมีส่วนร่วมในการ แก้ปัญหาด้วยตัวเอง สามารถประเมินและรู้อาการที่ผิดปกติ สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ถ้าเกินความสามารถจะส่งต่อให้สถานบริการใกล้บ้านได้

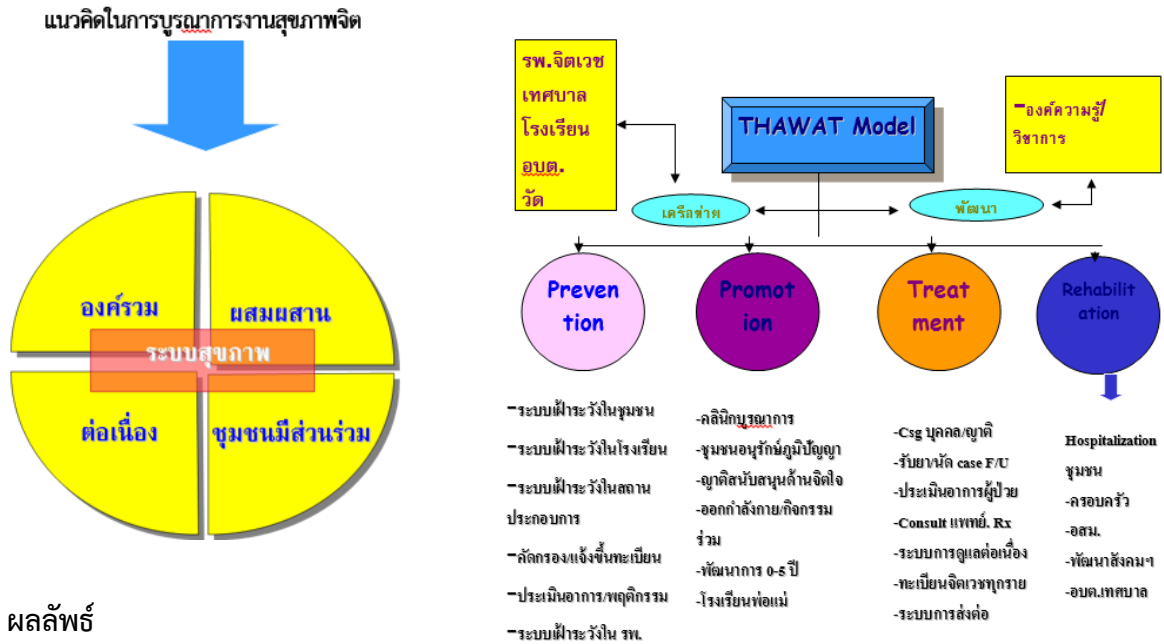
2. ในรูปแบบ CUP ธวัชบุรี ได้นำรูปแบบ THAWAT Model มาใช้และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

3. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ โดยได้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ อย่างเหมาะสม เช่น line Facebook เป็นต้น

ระบบการดูแลต่อเนื่อง

เป็นการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว ชุมชน โดยส่งผ่านระบบที่มีชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นการทำงานที่มีเครือข่ายประสานงานเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

การดูแลผู้มีปัญหาทางจิตแบบองค์รวม



5. ผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ 90 % มีการดูแลต่อเนื่อง ทั้งจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน และจากบ้านเข้ามาสู่โรงพยาบาล
2. ลดอัตราการกำเริบซ้ำซ้อนลง 80 %
3. ลดอัตราการขาดยา 80 %
4. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ตามอัตถภาพ
5. ครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลผู้มีปัญหาทางจิตได้ ด้วยศักยภาพและอย่างมีคุณภาพ
6. ผู้มีปัญหาทางจิตได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ภาย จิต สังคม มากขึ้น

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2561

- สร้างเครือข่าย ผู้ให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต แสวงหาความร่วมมือจากทุกส่วนของชุมชนทั้งภาครัฐ/เอกชน
- จัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพและกระจายอยู่ในหน่วยงานต่างๆของชุมชน
- จัดเตรียมและรวบรวมฐานข้อมูล แล้วคืนข้อมูลให้กับชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนตระหนักสร้างขวัญกำลังใจให้เข้มแข็งและสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมากขึ้น
- พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ และสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย
- จัดทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมของโรงพยาบาลเครือข่าย
- จัดอบรมสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ อสม. และญาติผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวชุมชน ยอมรับ เข้าใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับบุคคลในชุมชนได้
- ศึกษาการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพจิต เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีและชุมชนมีความเข้มแข็งต่อการจัดการปัญหา โดยอาศัยศักยภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ใช้เทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกกลุ่มวัย