

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช (รอบ 12 เดือน) ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 8

Focal point: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

1.สถานการณ์ /สภาพปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วนไว้ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ (1)โรคจิต (2)โรคซึมเศร้า (3)โรคสมองเสื่อม (4)โรคซึมเศร้า (5)ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด (6)ความผิดปกติทางพัฒนาการ (7)ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก และ (8) การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย สำหรับประเทศไทยมีปัญหาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ได้รับการดูแลรักษาและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 33.77 พบว่าทุกจังหวัด ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 (ข้อมูล ณ 10 ตุลาคม 2561 รายงานจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข) ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 94.86 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มากกว่าร้อยละ 65 ทุกจังหวัด สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2560 ร้อยละ 5.79 ต่อแสนประชากร ปี 2561 ยังสูงเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมาย 6.68 (ค่าเป้าหมายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) ส่วนขีดความสามารถเครือข่ายบริการและการเข้าถึงบริการ ยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (จิตแพทย์ พยาบาล PG สุขภาพจิตและจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก) ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำแนกตามกลุ่มวัยของระดับเขต กลุ่มวัยเด็ก ประเด็น IO ต่ำ และพัฒนาการเด็กไม่สมวัย โรคสมาธิสั้นในเด็ก ออทิสติก เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I รวมทั้งยังพบปัญหาฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มสูงขึ้นในรายจังหวัด และผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลต่อเนื่องยังมีอัตราความครอบคลุมต่ำ

3.ผลการดำเนินงาน 3 ปี (2560-2562) เขตสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2560		ผลงานปี 2561		ผลงานปี 2562	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ¹	(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65)	28,397	23.7	36,069	29.96	73,952	61.04
2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ²	(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)	29,303	82.67	26,854	75.28	32,146	89.55
3.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ³	(ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)	320	5.79	348	6.29	229	5.4
4.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ ⁴	(มากกว่าร้อยละ 80)	-	-	-	-	874	19.37
5.ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ⁵	(มากกว่าร้อยละ 9)	1,618	4.23	2,827	7.5	4,420	11.77
6.ร้อยละของผู้ป่วยโรคสุราเข้าถึงบริการ ⁶	เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 1	49	0.06	3,506	4.6	1,965	1.24

หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ² ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ⁴ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ⁵ (ที่มา: อ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข)

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ³ (ที่มาปี 2560-2561 : อ้างอิงจากฐานข้อมูล ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ปี 2562 ข้อมูลตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2

3. ผู้ป่วยโรคสุราเข้าถึงบริการ⁶ (ที่มา: อ้างอิงจากฐานข้อมูล ศูนย์ป้องกันการจัดการปัญหาสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 8 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 พบว่า อัตราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 61.04 ผลงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ค่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65) หากวิเคราะห์ข้อมูลรายจังหวัดพบว่าจังหวัดหนองคายมีอัตราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากที่สุด ร้อยละ 74.8 รองลงมา จังหวัดเลย ร้อยละ 72.07 ส่วนจังหวัดอื่นมีผลงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย จำนวน 5 จังหวัด ส่วนข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จแม้ว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ค่าเป้าหมาย (6.3 ต่อแสนประชากร) แต่ทว่ามีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ในปี 2561 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย เลย และจังหวัดสกลนคร รวมถึงอัตราการของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการในภาพรวมยังต่ำ ร้อยละ 19.37

วิเคราะห์ข้อมูลรายจังหวัดในปีงบประมาณ 2562 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการทุกจังหวัดมีผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าร้อยละ 65 มีเพียงจังหวัดหนองคายและจังหวัดเลย สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 74.8 และร้อยละ

72.07 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เกือบทุกจังหวัดมีค่าสูงกว่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 75 ยกเว้น จังหวัดบึงกาฬยังต่ำ พบเพียงร้อยละ 48.07 เท่านั้น

สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีจังหวัดเลย และจังหวัดนครพนม มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 6.85 และ 6.60 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ 6.3 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการซึ่งการได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกจังหวัดยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าร้อยละ 80

สำหรับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 มีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 9 ยกเว้น จังหวัดบึงกาฬ ผลงานต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีเพียงร้อยละ 3.36 เท่านั้น

สถานการณ์ด้านผู้ป่วยโรคสุราเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้นต่อปีอย่างน้อยร้อยละ 1 พบว่ามีจังหวัดที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 1 ได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย และจังหวัดอุดรธานี เท่ากับร้อยละ 1.71, 1.68 ,1.27 และ 1.07 ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 2562 (ร้อยละ)						
		บึงกาฬ	เลย	สกลนคร	หนองคาย	หนองบัวลำภู	อุดรธานี	นครพนม
1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ¹	(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65)	44.23	72.07	56.54	74.8	59.65	62.05	56.84
2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ²	(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)	48.07	90.28	88.89	84.39	85.04	88.8	122.56
3.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ³ (รวม 253 คน)	(ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)	5.42 (23คน)	6.85 (40คน)	5.09 (47คน)	2.43 (13 คน)	4.28 (22 คน)	3.85 (61คน)	6.60 (47 คน)
4.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ ⁴	(มากกว่าร้อยละ 80)	7.4	47.71	16.35	12.5	24.64	14.66	17.29
5.ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ⁵	(มากกว่าร้อยละ 9)	3.36	18.22	9.22	12.34	5.93	9.74	23.56
6.ร้อยละของผู้ป่วยโรคสุราเข้าถึงบริการ ⁶	(เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 1)	0.87	1.27	1.71	1.68	0.95	1.07	0.78

หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ² ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ⁴ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ⁵ (ที่มา: อ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข)

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ³ (ที่มา: ปี 2560-2561 : อ้างอิงจากฐานข้อมูล ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ปี 2562 ข้อมูลตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2

3. ผู้ป่วยโรคสุราเข้าถึงบริการ⁶ (ที่มา: อ้างอิงจากฐานข้อมูล ศูนย์ป้องกันการจัดการปัญหาสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

3. Best Practice /นวัตกรรม

- 3.1 เรื่องการรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่นำร่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดเลย
- 3.2 เรื่องการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอปากชม จังหวัดเลย
- 3.3 เรื่องเครือข่ายบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู
- 3.4 เรื่องโครงการจิตเวชเรื้อรังในชุมชนจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2562

4. รางวัลที่ได้รับระดับเขต/ภาค/ประเทศ

- 4.1 ผลงานการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยระบบ Dashboard R 506 เขตสุขภาพที่ 8 อดรรณานิพนธ์ในการประชุมสัมมนาวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ปี 2562 ณ จังหวัดเชียงใหม่
- 4.2 รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ระดับดี ปี 2562 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 ผลงานเด่น ได้แก่ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยระบบ Dashboard R 506 เขตสุขภาพที่ 8 อดรรณานิพนธ์

5. ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

5.1 จังหวัดบึงกาฬ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
การค้นหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทำให้การเฝ้าระวัง ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	จัดลำดับกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงอย่างใกล้ชิด ติดตามเยี่ยมโดยใช้โปรแกรม Dashboard	พัฒนาและผลักดันให้มีการรายงานข้อมูลในระบบ Dashboard เพิ่มการติดตามข้อมูลกลุ่ม MDD ที่ได้เข้ารับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน
การคัดกรองโรคสุขภาพจิต ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง	ขาดจิตแพทย์ยังเป็น GAP ด้านความครบถ้วนของบุคลากรในระดับจังหวัด	เน้นการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุกในการค้นพบผู้ป่วย
การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย นอกกรอบเฝ้าระวังใน IPD เช่น กลุ่มทุนหันหลังเล่น	พัฒนาระบบแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุก และส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชน	สร้าง Health literacy ด้านสุขภาพจิต ให้กับประชาชนเพื่อสอดส่อง ดูแล ใส่ใจคนรอบข้างและตนเอง รวมถึงทราบข้อมูลการส่งต่อในระบบได้ และใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยากับปัญหาฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะตอนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. สร้าง Health literacy ด้านสุขภาพจิต ให้กับประชาชนเพื่อสอดส่อง ดูแล ใส่ใจคนรอบข้างและตนเอง รวมถึงทราบข้อมูลการส่งต่อในระบบได้
2. ค้นหาและจัดลำดับกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่มีโอกาสฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สุราและสารเสพติด ติดตามเยี่ยม โดยใช้โปรแกรม Dashboard
3. ใช้โปรแกรม 3 ส พลัส (3 ส 2 ข) ในพื้นที่นาร่องที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย (3 ส. สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง ส่วน 2 ข. คือ (ให้) ข้อมูล (ช่วยให้) เข้าถึงบริการ)

5.2 จังหวัดเลย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
พยาบาลยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร การ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช (PG เด็กมีผู้ผ่านการ อบรมใน อ.ด่านซ้าย/ เชียงคาน/ วังสะพุง ส่วน PG ผู้ใหญ่ เหลือ อ.ด่านซ้าย/ ปากชมยังไม่ผ่านการอบรม)	- อยากให้พื้นที่เห็นความสำคัญในการส่ง พยาบาลไปอบรมเฉพาะทางให้ครบทุก โรงพยาบาล	- พัฒนาและประชาสัมพันธ์หลักสูตร การ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ สื่อสารเพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่อยู่ในกลุ่มเฝ้าระวัง (R506 Dashboard)	วางแผนร่วมกันในการดูแลกลุ่มที่อยู่นอกระบบ เฝ้าระวัง (R506 Dashboard) เน้นการส่งเสริม และป้องกันในครอบครัว โดยการเพิ่มเกี่ยวกับ mental health literacy ให้กับครอบครัว ใน การเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิต	- สร้าง Health literacy ด้าน สุขภาพจิต ให้กับประชาชนเพื่อ สอดส่อง ดูแล ใส่ใจคนรอบข้างและ ตนเอง - การบูรณาการงานสุขภาพจิตกับ พชอ. ในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายให้ถึงสัญญาณ เตือนของการฆ่าตัวตาย และเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต พร้อมทั้ง การพัฒนาแนว ทางการดำเนินงานของ รพสต. อสม. ใน สุขภาพจิตระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ควรเพิ่มการคัดกรอง 2Q ,9Q และ 8Q ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ, หญิงตั้งครรภ์
2. ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการอารมณ์ การสวดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อผู้ป่วย แก่ประชาชนโดยเน้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุและหญิงตั้งครรภ์
3. ใช้โปรแกรม R506 Dash board ในการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ

5.3 จังหวัดหนองบัวลำภู

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตาย แยก รายอำเภอยังทำได้ไม่ชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้	นำข้อมูลรายอำเภอมาวิเคราะห์และแยกแยะ ปัญหาให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรง ประเด็น และเป็นรูปธรรม	พัฒนาและผลักดันให้มีการรายงาน ข้อมูลในระบบ Dashboard
การคัดกรองโรคสุขภาพจิต ยังทำได้ไม่ ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง	ควรเฝ้าระวังและให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือน เรื่องการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นทุกกลุ่มอาชีพ ทุกกลุ่มวัย และจัดลำดับกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่มี โอกาสฆ่าตัวตายสูง อย่างใกล้ชิด ติดตามเยี่ยม โดยใช้โปรแกรม Dashboard	
การจัดการข้อมูล ยังทำได้ไม่ครอบคลุม ทำให้การแก้ปัญหายังไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย	นำข้อมูลพื้นที่มาจัดลำดับความสำคัญ ความ เร่งด่วนของปัญหา สร้างการมีส่วนร่วมให้กับ ประชาชนในการป้องกันและแก้ปัญหการฆ่า ตัวตาย	

ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1.ควรเฝ้าระวัง เน้นการตรวจจับสัญญาณเตือน และให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเรื่องการฆ่าตัวตายที่มีเพิ่ม มากขึ้นทุกกลุ่มอาชีพ ทุกกลุ่มวัย และจัดลำดับกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง อย่างใกล้ชิด
- 2.ควรเฝ้าระวังโดยใช้โปรแกรม Dashboard และติดตามผลเนื่องจากสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายคือกลุ่มที่ อยู่ในระบบเฝ้าระวังที่ติดตามได้
- 3.ระบบ 506Dashboard ควรมีการขยายกลุ่มเฝ้าระวังเพิ่มเติมในการติดตามกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ นอกจาก IPD เช่น กลุ่มติดสารเสพติด, กลุ่ม NCD
- 4.ให้ความรู้ญาติผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้รับทราบยาต่อเนื่องพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เฝ้าระวังการใช้ แอลกอฮอล์/ในผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยง

5.4 จังหวัดหนองคาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การจัดเก็บข้อมูลเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำภายในจังหวัดและการค้นหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย R506 Dashboard ควรมีการเฝ้าระวังและจัดการข้อมูลที่เป็นระบบ - นำข้อมูลจากการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มที่เคยทำร้ายตนเองมาเป็นระบบข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาและผลักดันให้มีการรายงานข้อมูลในระบบ Dashboard
การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และระบบการรายงานการเข้าถึงโรคซึมเศร้า ยังมีข้อมูลไม่ตรงกันของฐาน HDC และ Depression Thailand	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีข้อตกลงในระดับเขตเรื่องการเลือกใช้ฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า - โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีการจัด Coaching บุคลากรในพื้นที่ 	ควรมีข้อตกลงในระดับเขตเรื่องการเลือกใช้ฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า
พยาบาล PG ไม่ครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชน งบประมาณในการดำเนินงาน สุขภาพจิตไม่เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการงบประมาณหรือแผนงานกับสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย และพัฒนาภาคีในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและผลักดันงานสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการบูรณาการงานสุขภาพจิตกับ พชอ. ในระดับเขต

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1.ควรมีระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย R506 Dashboard
- 2.ควรมีข้อตกลงในระดับเขตเรื่องการเลือกใช้ฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า
- 3.โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีการจัด Coaching บุคลากรในพื้นที่
- 4.บูรณาการงบประมาณหรือแผนงานกับสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยและพัฒนาภาคีในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและผลักดันงานสุขภาพจิต
- 5.สำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีการคืนข้อมูลให้เครือข่ายและมีแผนในการจัดการพื้นที่ ที่มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงควรมีการบูรณาการการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมกับงานยาเสพติดให้ เป็นทีมเดียวกัน

5.5 จังหวัดนครพนม

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยงานรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การค้นหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทำให้การเฝ้าระวัง ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	ระบบเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย R506 Dashboard ควรมีการเฝ้าระวังในกลุ่มติดสุราและยาเสพติดเพิ่มขึ้น	- พัฒนาและผลักดันให้มีการรายงานข้อมูลในระบบ Dashboard - ระบบเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย R506 Dashboard ควรมีการเฝ้าระวังในกลุ่มติดสุราและยาเสพติดเพิ่มขึ้น
เจ้าหน้าที่มี gap เรื่องการคัดกรองกลุ่มติดสุราที่ต้องเข้าสู่ระบบบำบัดยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอในการพัฒนาศักยภาพการคัดกรอง	เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้านการติดสุราและยาเสพติด และควรมีการสื่อสารให้ครอบครัว ชุมชน เข้าใจและพร้อมเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	เน้นการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุกในการค้นพบผู้ป่วย โปรแกรม IMAP Health ขยายเพิ่มเป็น strategic focus ในการพัฒนาของจังหวัดนครพนม
การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายนอก ระบบเฝ้าระวังจาก R506dashboard เช่น กลุ่มทุนหันหลังเล่น	- ควรมีการเน้นการใช้สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและจิตเวช เป็น keyword ให้กับครอบครัว ชุมชน และ จนท.รพสต. รวมถึงเครือข่ายเข้าใจสัญญาณเตือน - เน้นเรื่องส่งเสริมป้องกันให้เข้มข้นในระดับสุขภาพจิตปฐมภูมิ - พัฒนาระบบแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชน	- สร้าง Health literacy ด้านสุขภาพจิต ให้กับประชาชนเพื่อสอดส่องดูแล ใส่ใจครอบครัวและตนเอง - การบูรณาการงานสุขภาพจิตกับ พชอ. ในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายให้ถึงสัญญาณเตือนของการ ฆ่าตัวตาย และเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พร้อมทั้งการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ รพสต. อสม. ในสุขภาพจิตระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- เพิ่มจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายให้ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามดูแล ในโปรแกรม dashboard
- ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้นทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
- รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การสังเกตสัญญาณเตือนต่างๆ ของการทำร้ายตนเอง
- เสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแล เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

5.6 จังหวัดสกลนคร

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตาย แยกรายอำเภอยังทำได้ไม่ชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้	นำข้อมูลรายอำเภอมาวิเคราะห์และแยกแยะปัญหาให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น และเป็นรูปธรรม	พัฒนาและฝึกต้นให้มีการรายงาน ข้อมูลในระบบ Dashboard
การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต (ฆ่าตัวตาย) ยังน้อย	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการเน้นการใช้สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และจิตเวช เป็น keyword ให้กับครอบครัว ชุมชน และ จนท.รพสต. รวมถึง เครือข่ายเข้าใจสัญญาณเตือน - สนับสนุนให้พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้ป้องกันการฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายและพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1.บูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับโครงการ TO BE NUMBER ONE / เพื่อนช่วยเพื่อนและพขอ. ในเรื่อง การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
- 2.สร้างชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย เช่น มาตรการ ข้อบังคับ นโยบาย สาธารณะ เรื่องสุรา และยาเสพติด รวมถึงการเข้าสู่อการบำบัด
- 3.สร้างความเข้มแข็ง เรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว
- 4.สนับสนุนให้มีการใช้ระบบเฝ้าระวัง Dashboard ให้ครอบคลุมมากขึ้น

5.7 จังหวัดอุดรธานี

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การค้นหา/คัดกรองเชิงรุก การสอบสวนหาสาเหตุ และการติดตาม เฝ้าระวัง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย R506 Dashboard ควรมีการเฝ้าระวังและจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ - นำข้อมูลจากการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ กลุ่มที่เคยทำร้ายตนเองมาเป็นระบบข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - เฝ้าระวังการค้นหา/คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและใช้ข้อมูลสอบสวนหาสาเหตุ Psycho autopsy ในการ กำหนดปัจจัยเพื่อหาแนวทางป้องกัน และจำแนกกลุ่มเสี่ยงพร้อมแนวทางในแต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะตอนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1.การติดตามและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้ระบบ506 dashboard โดยพัฒนาขยายกลุ่มเสี่ยงที่เฝ้าระวังเพิ่มเติม เช่น กลุ่มที่สามารถ screening และ กลุ่มติดสุรา ยาเสพติด
- 2.เสริมทักษะให้ญาติ ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและเพิ่มความตระหนักในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 3.พัฒนาการจัดตั้งเวิร์คจิเวซ รพศ.อุดรธานี ที่มีความพร้อมรองรับได้ และสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน
- 4.เร่งรัดการค้นหา/คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและใช้ข้อมูลสอบสวนหาสาเหตุ Psycho autopsy ในการกำหนดปัจจัยเพื่อหาแนวทางป้องกัน และจำแนกกลุ่มเสี่ยงพร้อมแนวทางในแต่ละกลุ่ม
- 5.ประชุมรับฟังความคิดเห็นของทีมสุขภาพจิตในการวางระบบด้านการบริการ การวินิจฉัย การวางแผน ติดตามผู้ป่วยในการรักษา และระบบรายงาน