

รายงานการประชุมการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ ในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม C71/2 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ อ.แมริม จ.เชียงใหม่

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|---|
| ๑. นางพัชราภากาญจน์ คงทวีพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| ๒. นางสาวจรนพรรณ นันทิทรรก | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| ๓. นายสุกฤษฎี เล่าห์อุทัยวัฒนา | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| ๔. นายอัศวิน นาคพงศ์พันธุ์ | ประธาน PCT กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| ๕. นางเพชรรัตน์ วงศ์วิไล | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสันทราย |
| ๖. นางปนัดดา ธีระเชื้อ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสันทราย |
| ๗. นางจุฑาภรณ์ มณีวงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสันป่าตอง |
| ๘. นายเกรียงไกร ยอดเรือน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| ๙. นางสาวนรินทร์ทิพย์ อินทะสืบ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ |
| ๑๐.นางสุชีลา ศิริลักษณ์ | สาธารณสุขอำเภอภักดีวัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีวัฒนา |
| ๑๑.นางดอกกรัก พิทาคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสันป่าตอง |
| ๑๒.นางสาวนัฐกานต์ ปัญจจักร์ | นักจิตวิทยาปฏิบัติการ
โรงพยาบาลแม่แตง |
| ๑๓.นายวิษณุกร ยาสมุทร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพสต.บ้านบวกครก ต.หนองตอง อ.หางดง |
| ๑๔.นางสาวเอมอร ภูพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| ๑๕.นางบุศยา วิทยาอารีย์กุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนปรุง |
| ๑๖.นางเพ็ญภา สุตาคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจอมทอง |
| ๑๗.นายแทนทอง รัชยานันต์ | นายแพทย์
โรงพยาบาลนครพิงค์ |

๑๘.นางสาวอภิญา ก่อธงชัย	นายแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์
๑๙.นางรัชณี ศรีหิรัญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๐.นางรัชดาภรณ์ กาวิวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่อน
๒๑.นางสาวศศิธร พัยคฆชาติ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๒.นางสาวจุฑามาศ พุทธวงค์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๓.นางสาวณภัทร สิริลอยรัตน์	นักจิตวิทยา โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๔.นางสาววันวิสาข์ พันธุ์สกุล	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๕.นางนารถฤดี วัชรศิษย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์
๒๖.นางพรทิวา กิจมานะทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๒๗.นางสาวณัฐนันท์ สิริสิงห์รัชช์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๒๘.นายรัฐวิษณุ ปัญญาวีร์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๒๙.นางสาวขวัญสุรวง ดุริยพันธ์	เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๐.นางสาวกิตติมา น้อยแดง	เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๑.นางสาวประภาพรรณ มาลากุนต๊ะ	ผู้ประสานงานโครงการยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๒.นางสาวอภิญา จูเรือ่น	ผู้ประสานงานโครงการฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๓.นายมนัส พรหมณะ	เจ้าพนักงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

๓๔.นางสาวกชพร เพ็ญแสง	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๕.นางสาวพิชญาภร ภัคสุพศิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๓๖.นางระวีวรรณ บุญเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม (ติดราชการ)

๑. นายอภิชาติ ดำรงไชย	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลสวนปรุง
๒. นางสาวโชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาเด็กราชชนครินทร์ เชียงใหม่
๓. นายณัฐวุฒิ อภิวรรณรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจอมทอง
๔. นางสาวอัญญาณี กิตติเรืองแสง	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง
๕. นางสาวอติตยาพร แก้ววรรณ	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง
๖. นางสาวบุษบถ พุกษาพนาชาติ	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

นางสาวรจนพรพรรณ นันทิทรภก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ กล่าวเปิดว่า เนื่องจากมีคำสั่งที่ ๙๔๖/๒๕๖๖ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ให้สอดคล้องกัน เพิ่มการบริการของประชาชนให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ลดอัตราการตาย สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบสุขภาพ ได้แก่ ระบบปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ ตติยภูมิ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญระดับสูงทั้งหมด ๑๘ สาขา โดยในวันนี้เป็นการประชุมในสาขาสุขภาพจิตซึ่งมีนายแพทย์อภิชาติ ดำรงไชย นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน และนางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นรองประธาน แพทย์หญิงบุษบถ พุกษาพนาชาติ โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นเลขานุการ และคณะกรรมการจากตัวแทนอำนวยการทุกระดับรวม ๒๒ คน

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

-ไม่มี

วาระที่ ๓ เรื่องเสนอเพื่อทราบ

๓.๑ นโยบายและสถานการณ์การฆ่าตัวตายจังหวัดเชียงใหม่

พญ.รจนพรรณ นันทิทรภ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ : นำเสนอข้อมูลนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตในเขตที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีปฏิรูปการบริการสุขภาพหลากหลายด้าน รวมทั้งหมด ๗ ด้าน ๑. การจัดการภาวะฉุกเฉิน ๒. การสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ๓. ระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ๔. หลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง ๕. เขตสุขภาพให้มีการบริการจัดการแบบบูรณาการ ๖. ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ๗. สุขภาพจิต โดยมีนโยบายอยู่ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ๒. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาข้อมูลระดับวิทยา ๓. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายใน/นอกระบบสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ๔. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมี พ.ร.บ.สุขภาพจิต ในการดำเนินงาน

โดยเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้น ดังนี้ เรื่องอัตราการฆ่าตัวตายซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๑ เรามีเป้าหมายไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร, ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชในกลุ่ม SMI-V ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ ๖๐, จิตเวชเด็กวัยเรียนวัยรุ่นได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นร้อยละ ๗๐ ประเด็นแบ่งออกเป็น ๔ ด้านดังนี้

- ๑.) การพัฒนาระบบบริการ จะเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน SMI-V และค้นหาคัดกรองต่อเนื่องในคนไข้ที่มีกลุ่มเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีการขยายบริการสุขภาพจิตทางไกล ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข และพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลช่วยเหลือ (Coaching)
- ๒.) ฐานข้อมูลสารสนเทศ พัฒนาข้อมูลระบบด้านระดับวิทยา (Suicide data base) พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจิตจิตเวชให้ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้เฝ้าระวัง/ติดตามในพื้นที่ได้ และบูรณาการและเชื่อมโยงฐานข้อมูลบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญระดับพื้นที่/ประเทศ
- ๓.) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายใน/นอกระบบสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เมื่อไหร่ที่ควรจะนำผู้ป่วยเข้ามารักษาเข้าสู่ระบบบริการ สร้าง Gate keeper และสร้างเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับตำรวจ กู้ภัย ทีมMCATT และผลักดันสถานศึกษา เพื่อให้เข้าถึงระบบเฝ้าระวัง ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ระดับจังหวัด และกำหนดประเด็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการติดตามผู้ป่วยจิตเวช SMI-V
- ๔.) ผลลัพธ์ในการดำเนินงานในช่วง ๑๒ เดือน ทำให้ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่ประสบภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจจนความเสี่ยงลดลง ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ได้รับการติดตามและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ ๘๗ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือการกระทำซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี และอัตราการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ ๑ ลดลงร้อยละ ๑๐ จากปีที่ ผ่านมา ร้อยละ ๗๐ เด็กกลุ่มเสี่ยงจิตเวช และร้อยละ ๗๕ เด็กเปราะบางได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

สถานการณ์การฆ่าตัวตายประเทศไทย ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ในภาพรวมระดับประเทศมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑,๕๒๔ คน คิดเป็น ๒.๓๔ รายต่อแสนประชากร จำนวนผู้พยายามทำร้ายตนเอง ๖,๖๐๔ ครั้ง เรียบลำดับ ๑๐ จังหวัดที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า เชียงใหม่ ๖๖ ราย ถ้าเปรียบเทียบกา

ดำเนินงานใน ๕ ปีย้อนหลัง (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๖) พบว่าในภาพรวมของประเทศอยู่ที่ ๖-๗ รายต่อแสนประชากร ซึ่งเป้าหมายคือไม่เกิน ๘ รายต่อแสนประชากร แต่ถ้าภาพในเขตสุขภาพที่ ๑ มีแนวโน้มสูง ๔.๐๕ รายต่อแสนประชากร เชียงใหม่สูงกว่าเกณฑ์ในระดับประเทศที่ตั้งไว้ ถ้าพิจารณาเป็นรายอำเภอ จอมทองจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง รองลงมาจะเป็นอำเภอดอยเต่า พร้าว แม่ออน ดอยหล่อ

นายสุกฤษฎี เล่าห์อุทัยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ : เสนอความเห็นเห็นว่า ข้อมูลแสดงว่า เชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด แต่ถ้าเทียบเป็นเปอเซนต์เชียงใหม่จะไม่สูงที่สุด เพราะว่าประชากรของ เชียงใหม่มีจำนวนมาก น่าจะเป็นปัญหาการลงข้อมูลไม่ครบ ลงข้อมูลไม่ทัน ถ้าดูตามกราฟ อ.หางดงไม่มีข้อมูลการฆ่าตัวตายเลย แต่ความจริงมี อาจจะต้องตรวจสอบข้อมูลใหม่ ข้อมูลที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด : แสดงความเห็นเห็นว่า ข้อมูลใช้จาก แบบฟอร์ม 506S มาจากส่วนกลางสาธารณสุขลงข้อมูล สังเกตจากหลายจังหวัดตอนประชุมร่วม ใน ๑๘ จังหวัดภาคเหนือมีบางจังหวัดที่รายงานไม่ครบ บางจังหวัดอิงข้อมูลจากใบมรณะบัตร ซึ่งคนที่เข้าถึงใบมรณะบัตรได้คือระดับกระทรวงจะได้ข้อมูลเป็นรอบ และแจ้งมายังสาธารณสุข ในปี ๖๕ แจ้งว่าในเขต ๑ รายงาน 506S สูงกว่าใบมรณะบัตรหรือใกล้เคียงกัน แต่ของภาคอื่นจำนวนใบมรณะบัตรสูงกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพราะฉะนั้นจะใช้ ๓ ตัวร่วมกันเพื่อรายงานคือ ใบมรณะบัตร รายงาน 506S และจาก hdc แต่ในปีนี้เป็นปีแรกที่ จังหวัดเรามีอัตราต่ำกว่าเขต นับเป็นเป็นอันดับที่ ๗ ของเขต แต่เนื่องด้วยประชากรใน จ.เชียงใหม่มีจำนวนมาก เมื่อคิดเป็นอัตราต่ำกว่า แต่ถ้าคิดเป็นจำนวนจะสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ

นายสุกฤษฎี เล่าห์อุทัยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ แสดงความเห็นเห็นว่า การนำเสนอข้อมูลกับทางผู้บริหาร กระทรวง เห็นควรให้เป็นการนำเสนอถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่เราเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น อ.จอมทองมียอดสูงไม่ได้แปลว่าดูแลคนไข้ไม่ดี แต่ อาจจะลงข้อมูลได้ครบถ้วน บางเคสคนไข้ไม่เคยมาที่ร.พ. แต่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อเราจะเข้าถึงเคสที่เข้าถึงยาก หรือกลุ่มในชุมชนต่อไป

นางพัชราภรณ์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กล่าวว่า ได้มีโอกาสอยู่ในที่ประชุมนำเสนอท่านผู้ตรวจ ท่านเห็นการนำเสนอข้อมูลการฆ่าตัวตายของ จ.เชียงใหม่ครั้งล่าสุด ชื่นชมข้อมูลว่านำเสนอได้ดีมาก ละเอียด ข้อมูลใกล้เคียงความเป็นจริงและสามารถค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย จ.เชียงใหม่ปี ๒๕๖๖ พบว่าปัญหาความสัมพันธ์และโรคเรื้อรังมีผลประมาณ ๓๑.๘๒% เรื่องเศรษฐกิจ การใช้สุรา โรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด เป็นปัญหารองลงมาเรียงตามลำดับ ส่วนวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายคือ ผูกคอ ๘๐.๓๐% เป็นอันดับสูงสุด ส่วนมากจะมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ๑๘.๑๘% และมีสัญญาณบ่งบอกการทำร้ายตนเอง ๓๖.๓๖% ถ้าแบ่งตามอายุจะพบว่าในกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจะพยายามฆ่าตัวตาย ถ้าเทียบกับคนฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปอาจจะสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จใน จ.เชียงใหม่พบว่า อ.จอมทอง มากกว่า ๑๒ ต่อประชากรแสนคน แต่อาจจะเป็นเพราะว่าเก็บข้อมูลได้มาก เครือข่ายการบริการและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช จ.เชียงใหม่ แบ่งตามโซนบริการ โซน ๒ ๗ รายต่อแสนประชากร โซน ๔ จอมทอง ๖.๐๓ อาจจะต้องติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง ส่วนการคัดกรองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปี ๒๕๖๖ ในแต่ละพื้นที่ยังทำได้น้อยอยู่ ๓๒.๔๘% อาจจะต้องขอความร่วมมือในพื้นที่ช่วยกันคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการ

ฆ่าตัวตาย และในด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ เข้าถึงบริการสุขภาพจิตปี ๒๕๖๖ ส่วนมากยอดสูงทุกอำเภอ ยกเว้น อ.สารภี ผาง ไชยปราการ แม่แตง เวียงแหง ที่ต่ำกว่า

การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการจัดตั้งเรียบร้อยแล้ว ๑๐ แห่งได้แก่ อ.สันป่าตอง แม่ว่าง แม่อาย พร้าว ดอยสะเก็ด ไชยปราการ เทพรัตน์ฯ หางดง แม่อน สันกำแพง ผ่านการประเมิน จากคณะกรรมการระดับเขตแล้ว ๓ แห่งได้แก่ อ.อมก๋อย สารภี ดอยหล่อ และรอคณะกรรมการระดับเขตลงประเมิน ๘ แห่ง ได้แก่ อ.แม่แตง เชียงดาว ดอยเต่า สะเมิง เวียงแหง ฮอด แม่ตืน วัฒนิง

มติที่ประชุม: รับทราบ

๓.๒ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะต่อเนื่องบนระบบดิจิทัลโดยไม่กลับไปเป็นซ้ำและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V CARE) ในชุมชน

นางบุศยา วิทยาอารีย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การประเมินผู้ป่วย SMI-V โดยกรมสุขภาพจิต มีอยู่ทั้งหมด ๔ ประเภท

๑. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงและมุ่งหวังให้เสียชีวิต
๒. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน
๓. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาเจาะจง
๔. ผู้ป่วยจิตเวชเคยมีประวัติการก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืนและวางเพลิง) และผู้ต้องขังจิตเวชที่ได้รับการปล่อยตัวจากเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งกลุ่มนี้มาจากฐานข้อมูลนิติจิตเวช

การดูแลผู้ป่วย SMI-V จะมีการติดตามไปตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้านจิตเวช ซึ่งจะมีระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยเก็บไว้ โดยจะมีการติดตามทั้งหมด ๖ ครั้ง ในเบื้องต้นปีแรกจะมีการติดตาม ๔ ครั้ง หลังจากนั้นปี ๒ เป็นต้นไป หากผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนและรับยาต่อเนื่องในชุมชนได้ จะปรับการติดตามเป็นอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี ในการติดตามจะมีด้านการไม่ก่อซ้ำร่วมด้วย เกณฑ์คือ ภายใน ๑ ปี ต้องไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

โดยยอดทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง เก็บข้อมูลจากปี ๒๕๕๙-๒๕๖๕ มีทั้งสิ้น ๒๗๓๙ คน ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วย SMI-V มากกว่าจังหวัดอื่นๆ โดยกลุ่มที่เป็นมากที่สุดจะเป็นกลุ่ม SMI-V1 ที่เป็นกลุ่มการฆ่าตัวตาย

การดำเนินการในการติดตามผู้ป่วยแต่เดิมใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์ ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนมาใช้ระบบดิจิทัลของกรมสุขภาพจิตเรียกว่า SMI-V CARE โดยแนวทางการใช้ SMI-V CARE จะต้องมี การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเข้าไปในระบบ MIS ของโรงพยาบาลก่อน ซึ่งโรงพยาบาลสวนปรุงใช้ระบบ HOS-XP มีระบบประเมินผู้ป่วย SMI-V โดยจะมีการกรอกรหัส ๔๓ แพ้ม (แพ้ม SPECIAL PP) ซึ่งจะได้รหัสของแต่ละ SMI-V ประกอบไปด้วย SMI-V1 รหัส 1B030, SMI-V2 รหัส 1B031, SMI-V3 รหัส 1B032 และ SMI-V4 รหัส ๑B๐๓๓ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตาม คือรหัส ๑B๐๓๗ ผู้ป่วยที่พบว่ามีประวัติหรืออาการอื่นร่วมด้วย คือ

รหัส ๑B๐๓๘ และการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง คือรหัส ๑B๐๓๖ ซึ่งเป็นกลุ่มเฝ้าระวังติดตาม ไม่ให้เกิดการก่อเหตุซ้ำ

ระบบติดตาม ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจะแบ่งเป็น ๔ ขั้นตอน Pre-hospital เฝ้าระวัง จำกัดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งต่อ In-Hospital ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา Post-Hospital ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ Monitor กำกับติดตาม

SMI-V CARE การติดตามต่อเนื่องในชุมชน เริ่มปีนี้เป็นปีแรก ซึ่งทางจิตเวช จ.โคราชได้ประยุกต์ care transition ซึ่งใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง SMI-V โดยเฉพาะ โดยจะมีการประเมินที่ละเอียดและเฉพาะเจาะจงในกลุ่ม SMI-V มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ๓ ระดับ ๑. ผู้ป่วยจิตเภท ๒. ผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด ๓. ซึมเศร้า ทางกรมสุขภาพจิตให้พยาบาลจิตเวชเป็นคนใช้โปรแกรมนี้ ก่อนโดยการลงข้อมูล ถ้ามีนโยบายในการติดตามผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ สามารถที่จะ plug in เข้าไปใน hos xp ได้ เบื้องต้นเป็นการนำร่องในโรงพยาบาลที่จะแบ่งกลุ่มในการติดตามก่อน ซึ่งขั้นตอนในการดำเนินงานมีการลงข้อมูล ไว้ใน HIS ก่อน ที่สำคัญคือเอกสารยินยอมให้ติดตามในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เพราะเกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย ความลับ และการที่ผู้ป่วยกับญาติไม่ยอมรับในการเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการฟ้องร้องภายหลัง

นายสุกฤษฎี เล่าห์อุทัยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ : การส่งกลับคนไข้กลับไปยังชุมชน เบื้องต้นจากข้อมูลที่ได้พบว่าทางร.พ.สวนปรุงจะแจ้งมาภายในไม่กี่วันก่อนที่คนไข้จะกลับ และมีเคสที่ discharge ออกมาอีก ๒ วันคนไข้กลับไปใช้ซ้ำเนื่องจากกลับไปอยู่ในชุมชนเดิมพื้นที่เดิม ต่อให้เราเตรียมชุมชนก็จริง ระยะเวลาไม่เพียงพอ และในคนไข้ที่พ้นโทษจากเรือนจำ ได้รับข้อมูลหลังจากที่คนไข้ถูกปล่อยตัวแล้ว ทำให้คนไข้ขาดยา และมักจะกลับไปทำซ้ำ ควรจะติดตามเป็นพิเศษ อาจจะต้องส่งล่วงหน้าเพื่อเตรียมชุมชน อยากให้เพิ่มแนวทางตรงนี้ให้ชัดเจนกว่าเดิม ให้นำการส่งข้อมูลมาช่วยให้คนไข้ไม่กลับไปทำซ้ำ ควรจะมีการประสานล่วงหน้าก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับ คัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ป่วย SMI-V เนื่องจากบางคนหวาดผวา หวาดกลัว เครียด panic จากการเกิดเหตุ จะได้ช่วยลดความเครียดในชุมชนได้

นางบุศยา วิทยาอารีย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : แต่ละโรงพยาบาลจิตเวชมีฐานข้อมูล ดูแลในกลุ่มSMI-V โดยดูแลแบบ case management และส่งต่อให้พื้นที่ ในเรื่องการส่งข้อมูล ผู้ป่วย SMI-V ทุกรายต้องแจ้งพื้นที่ วันที่จะกลับบ้าน ปกติจะแจ้งล่วงหน้าประมาณ ๒ วันที่ทราบว่าคนไข้จะได้กลับ กรณีที่เป็น SMI-V ไม่รุนแรง ถ้าเป็นวันหยุดจะแจ้งภายใน ๓ วันทำการ มีการส่งข้อมูลทางโทรศัพท์ไปยังน้องๆในเครือข่าย ส่วนเคสที่ทำซ้ำจะมีการบันทึก และทำ fast tract ในการนำส่ง และ refer แต่จะให้มีการประเมินทางกายก่อน

นายสุกฤษฎี เล่าห์อุทัยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ : เสนอความเห็นที่ ประเด็นนี้เราสามารถแจ้งได้ไหมว่าเคสไหนที่สามารถ fast tract ได้ ควรมีเกณฑ์ fast tract เป็นแนวทางเดียวกันของร.พ.สวนปรุง และ ร.พ.ที่จะ refer เพื่อลดการที่คนไข้ถูกตีกลับ เพราะบางเคสก็ไม่ทราบว่า เป็นเคสที่ต้องดูแลเป็นพิเศษหรือป่าว ทำให้เกิดปัญหาในการส่งต่อ อาจจะมีเฉพาะเจาะจงเพื่อให้การจัดการเร็วขึ้น ง่ายต่อการทำงานมากขึ้น และแนะนำ ให้แจ้งกับญาติคนไข้ว่าถ้ากลับบ้านแล้วมีอาการกำเริบสามารถกลับมาถึง ร.พ.สวนปรุงได้ เพื่อญาติจะได้ทราบ และแนะนำให้เอกสารติดตัวคนไข้ไว้ เพื่อร.พ.ปลายทางจะได้ทราบว่าถ้ามีปัญหาภายใน ๑ อาทิตย์ สามารถ fast tract ได้ ยกเว้นแต่ว่าในระหว่างนั้นมีไข้จะได้เข้าไปที่ร.พ.ก่อน ควรมีช่องทาง การันตีให้ชุมชนจะได้ปลอดภัย

นางบุศยา วิทยาอารีกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : กล่าวว่า ในประเด็นนี้ยังไม่ได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนหลังการปล่อยกลับบ้าน กำลังพิจารณาแนวทางการ refer ของ จ.เชียงใหม่ ซึ่งมีร.พ.ธัญญารักษ์เข้ามาร่วม และเรื่องของสารเสพติด จะนำแนวทางเรื่อง fast tract ปรับเกณฑ์อีกที

นางสาวเอมอร ภูพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : กล่าวว่า ส่วนมากทางร.พ.จะได้รับหนังสือช้ากว่าที่ผู้ต้องขังกลับพื้นที่ เช่น เคสล่าสุดกลับบ้านไป ๒ สัปดาห์ และ ๘ วันก็ก่อเหตุลักทรัพย์ซ้ำ

นางดอกรัก พิฑาคำ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ : เสนอความคิดเห็นว่า จากการที่ลงชุมชน พบว่า คนไข้ที่มาจากเรือนจำ คนในชุมชนจะเสียสุขภาพจิต หวาดกลัว ขอรบกวนร.พ.สวนปรุงพิจารณาแนวทางที่จะประสานกับทางหน่วยงานมหาดไทย เช่น แจ้งผู้ใหญ่บ้านให้ทราบก่อน แจ้งทางปลัด ทางอำเภอให้ทราบ เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับกฎหมาย การปกครอง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคนในชุมชน และในเคสที่มีอันตรายต่อชุมชน โดยปกติจะมีทางฝั่งปกครองเข้ามาช่วย เพราะเจ้าหน้าที่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้ เพราะฉะนั้นการที่เราจะปล่อยตัวผู้ป่วย เป็นเคสที่ตำรวจนำส่ง ควรประสานให้รับทราบเพราะมีโอกาสที่จะกำเริบซ้ำ ควรแจ้งอย่างน้อย ๑ สัปดาห์เพื่อเตรียมชุมชน ความพร้อมของประชาชน

นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ : เสนอความคิดเห็นว่า จะมีข้อมูลจากทางเรือนจำจากจังหวัดอื่นๆส่งข้อมูลคนไข้พันโทชมา ยัง สสจ.ซึ่งผู้ป่วยออกมาแล้ว และระบบหนังสือการส่งหนังสือไม่ได้ค้างอยู่ที่ สสจ. ทางสสจ.จะรีบทำแจ้งพื้นที่ทันทีที่ได้รับหนังสือ เบื้องต้นขอทางร.พ.สวนปรุงประสานไปยังเรือนจำ ขอให้แจ้งเคสผู้ป่วยที่จะพันโทชล่วงหน้า แต่ไม่ล่วงหน้านานเกินไป ในเรื่องระบบข้อมูลเรื่องที่เราเตรียมการรับเสด็จพระเจ้าอยู่หัวและพระราชินีที่ผ่านมา พบระบบฐานข้อมูลของมหาดไทย เมื่อพบผู้ป่วยที่มีประวัติจิตเวช ทางทีม MCATT จะเข้าไปดูแลในส่วนนี้ ล่าสุดพบ ๑ ราย ที่ไม่มีประวัติจิตเวชในฐานข้อมูล แต่เกิดเหตุตอนรับเสด็จ และมีการสั่งการในที่ประชุมให้ สสจ.เชื่อมข้อมูลเพื่อให้อัปเดต ซึ่งไม่สามารถเชื่อมได้เนื่องจากเป็นการรักษาความลับผู้ป่วย PDPA

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด : กล่าวว่า มีคณะกรรมการ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ของจังหวัดซึ่งมีท่านผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและมีคณะจากทางเรือนจำด้วย ซึ่งถ้ามีข้อเสนอ แนวทางสามารถแจ้งไปยังคณะทำงานนี้ได้ เช่น ต้องการให้ทางเรือนจำแจ้งหนังสือผู้ป่วยที่จะจำหน่ายออกภายใน ๑ เดือน

มติที่ประชุม: ขอความร่วมมือทางเรือนจำและร.พ.สวนปรุงส่งข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ล่วงหน้าก่อน พันโทช/จำหน่าย

๓.๓ แผนการดำเนินงานสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ และแนวทางการรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและบริหารระดับสูงทราบทันที (Director Critical Information Requirement : DCIRs)

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด นำเสนอข้อมูลว่า DCIR Director Critical Information Requirement Director หมายถึง ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ หรืออาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ในวงกว้างหรือมีความรุนแรงสูง ต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน ๒๔ ชั่วโมง จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้บริหารของหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ทราบทันทีที่ตรวจพบเหตุการณ์ (ภายใน ๑๒๐ นาที) โดยไม่จำเป็นต้องรอให้
ได้ผลการสอบสวนที่แน่ชัด

เกณฑ์การรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ
บริหารระดับสูงทราบทันที

สามารถแยกได้เป็นทั้งหมด ๑๔ ประเด็นด้วยกัน ดังนี้

๑.) ประเด็น บุคคลสำคัญ DCIRs คือ บุคคลสำคัญ และผู้บริหารระดับสูงในสังกัดกร ร.พ.สวนปรุง...
เกิดอุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน/การเจ็บป่วย รุนแรง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต รายละเอียด
บุคคลสำคัญ หมายถึง เชื้อพระวงศ์ คณะรัฐมนตรี องคมนตรี ผู้นำต่างประเทศ พระราชอาคันตุกะ เอกอัครราชทูต
และผู้บริหารระดับสูงนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้าส่วนราชการระดับกระทรวง ทบวง กรม และผู้ว่า
ราชการจังหวัด) ผู้บริหารระดับสูงในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ผู้บริหารระดับสูง เช่น รองปลัด , อธิบดี ,
รองอธิบดี ผู้ตรวจราชการ , สาธารณสุขนิเทศ , ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์ , นายแพทย์ สสจ.และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล ข้อเสนอเพื่อผู้บริหารพิจารณาสั่งการ คือ เพื่อทราบ และสั่งการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๒.) ประเด็น บุคลากรทางการแพทย์ DCIRs คือ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข เกิดอุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉินรุนแรง บาดเจ็บและเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ รายละเอียด
บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงาน
กระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว และจ้างเหมาบริหารและการจ้างในรูปแบบอื่นๆ เพื่อสนับสนุนงานด้านการแพทย์และ
สาธารณสุข ข้อเสนอเพื่อ สั่งการดำเนินการช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่

๓.) ประเด็น อุบัติเหตุรถพยาบาล DCIRs คือ อุบัติเหตุรถพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณี
การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตของบุคลากรป่วยและคู่กรณี รายละเอียด คือ รถพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หมายถึง รถพยาบาลของหน่วยงานทุกระดับ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอเพื่อ สั่งการดำเนินการ
สอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถพยาบาล และช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบจากการ
ปฏิบัติหน้าที่

๔.) ประเด็น ความรุนแรงในสถานพยาบาล DCIRs คือ เหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียด ความรุนแรงในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง เหตุการณ์
ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากร ผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลทุกระดับ เช่น เหตุทะเลาะวิวาท การทำ
ร้ายร่างกาย ทำลายทรัพย์สิน และความรุนแรงอื่นๆทุกรูปแบบที่มีผลกระทบต่อการให้บริการ ข้อเสนอเพื่อ สั่งการ
ดำเนินการสอบสวนหาข้อเท็จจริง และดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดพร้อมให้ความช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับ
ผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่

๕.) ประเด็น สาธารณภัยและเหตุฉุกเฉิน DCIRs คือ ๑.เกิดสาธารณภัยในพื้นที่ ประชาชนได้รับ
ผลกระทบ ๒.สถานบริการและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบต่อการให้บริการทั้ง
ทางตรงและทางอ้อม (ปิด/ปิดบางส่วน/ย้าย) รายละเอียด สาธารณภัยและเหตุฉุกเฉิน หมายถึง อัคคีภัย อุทกภัย
ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดในสัตว์ การระบาดของศัตรูพืชตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีผลกระทบต่อ
สาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติ มีผู้กระทำให้เกิดขึ้น หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกาย

ประชาชน...

ประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สิน ข้อเสนอเพื่อ ติดตาม รายงานสถานการณ์อย่างต่อเนื่องจนกว่า สถานการณ์จะคลี่คลาย สั่งการตรวจสอบความเสียหายและประเมินผลกระทบต่อระบบบริการ พร้อมให้การ สนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาและสนับสนุนยาเวชภัณฑ์หรือทรัพยากรอื่นๆแก่พื้นที่ กรณีที่การร้องขอรับการสนับสนุน

๖.) ประเด็น อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ DCIRs คือ อุบัติเหตุ/เหตุการณ์ ที่มีการเสียชีวิต ๕ รายขึ้นไปหรือ เจ็บป่วย ๑๕ ราย ขึ้นไป หรือเสียชีวิตและเจ็บป่วยรวมกัน ๑๕ ราย ขึ้นไป รายละเอียด อุบัติเหตุหมายถึง เหตุการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นไม่ได้คาดคิดทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ข้อเสนอเพื่อ สั่งการดำเนินการสอบสวนหา สาเหตุการบาดเจ็บพร้อมทั้งอำนวยความสะดวกสนับสนุนทรัพยากรและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๗.) ประเด็น ชุมชนประท้วงและก่อการจลาจล DCIRs คือ บุคคล หรือกลุ่มบุคคล ชุมชนที่มุ่งหวังผลตาม เงื่อนไขข้อเรียกร้องทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ข้อเสนอเพื่อ สั่งการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และ สาธารณสุขรองรับสถานการณ์และประเมินผลกระทบต่อหน่วยงาน

๘.) ประเด็น ด้านสุขภาพจิต DCIRs คือ เหตุการณ์ขนาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ความเป็นอยู่และสังคม ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต รายละเอียด อุบัติเหตุ เหตุการณ์ที่มีการเสียชีวิต ๕ รายขึ้นไป หรือเจ็บป่วย ๑๕ รายขึ้นไป หรือเสียชีวิตและเจ็บป่วยรวม ๑๕ รายขึ้นไป เหตุการณ์สังหารหมู่ที่มี ผู้เสียชีวิตมากกว่า ๑๐ รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บและเสียชีวิตมากกว่า ๒๐ รายขึ้นไป เหตุการณ์ วิกฤตสุขภาพจิตที่ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการรับรู้และความคิด ความรู้สึกของสังคมและชุมชน (Social Crisis) ได้แก่พฤติกรรมฆ่าตัว ตายที่รุนแรง ผิดปกติ พฤติกรรมก่อความรุนแรงผิดปกตินในเด็กเยาวชนที่เปราะบาง และเหตุการณ์สังหารที่มีความ รุนแรง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอเพื่อ สั่งการให้ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ และติดตาม ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ต่อเนื่องเป็นระยะต่อไป

๙.) ประเด็นกระบวนการรับแจ้งตั้งครุฑแทน DCIRs คือ กระบวนการรับแจ้งตั้งครุฑแทนที่ผิดกฎหมาย ประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการในกิจการของสถานพยาบาลเอกชน พร้อมทั้งการกำกับดูแลการอนุญาตใน สถานพยาบาล ประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาต การโฆษณา กิจการของสถานพยาบาล และเป็นที่สนใจของสังคมหรือสื่อ รายละเอียด ตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นกฎหมายคุ้มครองบุคคลที่อยู่ใน กระบวนการเกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วย ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อเสนอเพื่อ สั่งการ ดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑๐.) ประเด็น วิทยาศาสตร์การแพทย์ DCIRs คือ ตรวจพบการปนเปื้อนหรือปลอมปนโลหะหนักหรือ สารเคมีห้ามใช้ในเครื่องสำอางฯ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและประชาชนมีความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ตรวจพบการกลายพันธุ์ หรือการดื้อยาในคนไทย ตรวจพบค่ารังสีอ้างอิงในระดับที่ก่อให้เกิดการ เจ็บป่วยของประชาชนผู้มาใช้บริการ รายละเอียด การปนเปื้อนหรือปลอมปนโลหะหนักหรือสารเคมีห้ามใช้ใน เครื่องสำอางในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแต่ยังไม่พบความเสี่ยงต่อประชาชนผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ เนื่องจากยังไม่มี จำหน่ายในท้องตลาด การกลายพันธุ์หรือดื้อยาของเชื้อโรคในอาหารและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย หรือในคนจาก ต่างประเทศ แต่ไม่พบการก่อโรคในคนในประเทศ ค่ารังสีอ้างอิง (ค่าควอไทล์ที่ ๓) จากการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย ด้วยเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปมีค่าสูงกว่ามาตรฐานที่ IAEA กำหนด ในระดับที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยของบุคลากรด้าน การแพทย์ ข้อเสนอเพื่อ กำหนดมาตรการร่วมกับหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา ในการเข้าไปเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิตเพื่อตรวจยืนยัน กำหนดมาตรการร่วมกับหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค เพื่อป้องกันควบคุม กำหนดมาตรการร่วมกับหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค เพื่อสื่อสารให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพจากรังสี

๑๑.) ประเด็น ผลกระทบสุขภาพ DCIRs คือ ผลกระทบสุขภาพ ที่สื่อหรือสาธารณชนให้ความสนใจประเด็นความปลอดภัย หรือเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีผู้ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก รายละเอียด เกิดประเด็นด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพตามนโยบายหรือตามที่สั่งการ เช่น การขาดเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ อาหาร ผลิตภัณฑ์ที่มีผู้ได้รับผลกระทบ ข้อเสนอเพื่อ สั่งการตรวจสอบข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ และดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑๒.) ประเด็นภัยคุกคามทางไซเบอร์ DCIRs คือ สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับผลกระทบจากภัยคุกคามทางไซเบอร์ ที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รายละเอียด ภัยคุกคามทางไซเบอร์ หมายถึง การกระทำหรือการดำเนินการใดๆ โดยมีขอบโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือระบบคอมพิวเตอร์หรือโปรแกรมไม่พึงประสงค์โดยมุ่งหมายให้เกิดการประทุษร้าย ต่อระบบคอมพิวเตอร์ ข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง และเป็นภัยอันตรายที่ใกล้จะถึงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานของคอมพิวเตอร์ ระบบคอมพิวเตอร์ หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สระบุรี แสกเกอร์ลือระบบคอมพิวเตอร์เรียกค่าไถ่ เมื่อวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๓ ถูกโจมตีด้วย Ransomware ข้อเสนอเพื่อ สั่งการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และช่วยเหลือให้สถานบริการสาธารณสุขสามารถกลับมาใช้ได้ปกติ

๑๓.) ประเด็น ภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข DCIRs เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบหรือผลเสียต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียด เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอเพื่อ สั่งการดำเนินการตรวจสอบหากพบว่าเป็นข่าวปลอมหรือข่าวลือต่างๆดำเนินการตอบโต้ข่าวปลอม (Fake News) สื่อสารสร้างความเข้าใจกับประชาชน

๑๔.) ประเด็น กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) DCIRs เหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ต้องแจ้งไปยังองค์การอนามัยโลกและประเทศที่ได้รับผลกระทบตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) รายละเอียด ผู้ป่วยแม่เพียงรายเดียวด้วยโรคติดต่ออันตรายตามที่กำหนดไว้ในพรบ.โรคติดต่อและโรคใช้ทรัพย์สิน โปลิโอ Wild-type ใช้หวัดใหญ่ SARS เหตุการณ์ที่ประเมินแล้วพบว่ามีแนวโน้มจะเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Potential PHEIC) ตามภาคผนวก ๒ ของ PHEIC ในต่างประเทศและอาจมีผลกระทบต่อประเทศไทย ข้อเสนอเพื่อ สั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) กำหนด

นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ : ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการรายงานเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นย้ำและให้ความสำคัญมาก เนื่องด้วยเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นนักข่าวจะทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน และสอบถามไปยังปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นที่จะต้องมีการรายงานข้อมูลให้มีความรวดเร็ว

มติที่ประชุม : รับทราบ

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด : ได้ให้ข้อมูลการดำเนินงานของ จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี ๒๕๖๖ นั้นมุ่งเน้นไปที่การลดการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มของ SMI-V ได้รับการดูแลและไม่ให้มีการก่อเหตุซ้ำ ซึ่งเมื่อเดือน กันยายน ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา กลุ่มงานยุทธศาสตร์ของจังหวัด เชียงใหม่ ได้มีการเชิญผู้แทนในทั้งหมด ๒๕ อำเภอ ประชุมและทำแผนงานร่วมว่าด้วยทิศทางในการดำเนินงานปี ๒๕๖๖ ซึ่งได้วางเป้าหมายการดำเนินการในกลุ่มเสี่ยง ๓ ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) เป็นกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือในเบื้องต้นก่อน ในส่วนนโยบายของเขตสุขภาพเน้นให้ทุกจังหวัดมีการใช้ ๔ pillars ๑. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังในการดักจับ ๒. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังในการรักษา ๓. พัฒนาระบบข้อมูล ๔. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ (คณะกรรมการ Service Plan สุขภาพจิต, คณะอนุกรรมการประสานงานเรื่องการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต, คณะกรรมการด้านข้อมูลข่าวสาร)

การดำเนินการจัดประชุม

๑. ประชุมคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วย สุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ (๔ ครั้ง ครั้งแรก ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๖)

๒. ประชุมการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ (๓ ครั้ง ครั้งแรก ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๖)

๓. ประชุมพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย จังหวัดเชียงใหม่ (๓ ครั้ง ครั้งแรก เดือน มี.ค. ๒๕๖๖)

๔. อบรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและแนวทางการคัดกรองสุขภาพใจ แก่ทีมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบล จำนวน ๒๗ ตำบล (มี.ค. ๒๕๖๖)

๕. ทีมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบล ดำเนินการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย ๓ ร. ๕ ครั้ง (มี.ค. – ก.ค. ๒๕๖๖)

๖. อบรม การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย แก่คณะทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ จำนวน ๑๗ อำเภอ (พ.ค. ๒๕๖๖)

๗. การซ้อมแผน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ

๘. อบรม การสอบสวนการทำร้ายตนเอง และแนวทางการแก้ไขปัญหารายกรณี (มี.ย. ๒๕๖๖)

๙. การลงพื้นที่สอบสวนการทำร้ายตนเอง ๘ อำเภอ (ก.ค. – ส.ค. ๒๕๖๖)

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V

นางรัชดาภรณ์ กาวิวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่อน : ให้ข้อมูลโครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑.ขับเคลื่อนการบูรณาการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ๓.ชี้แจงบทบาทหน้าที่และแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ๔.ชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V

แผนการดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้ดำเนินการตั้งแต่ ม.ค. ๒๕๖๖

- ๑.เรียนแจ้งผู้บริหารแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน SMI-V
- ๒.แต่งตั้งทีมคณะขับเคลื่อนการดำเนินงาน SMI-V ระดับจังหวัด
- ๓.ประชุมชี้แจงแนวทางแก่คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน SMI-V ระดับจังหวัด
- ๔.จัดทำแผนการขับเคลื่อน Action Plan (แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด, SOP, Guideline) ๔.จัดทำแผน...
อบรม SMI-V ระดับจังหวัด อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามภารกิจที่เกี่ยวข้อง , Case Conference
- ๕.ซ่อมแผนการดำเนินงาน SMI-V (Table-Top) ซ่อมแผนระดับจังหวัดและนำร่องจำนวน ๑ อำเภอ
- ๖.เสริมพลัง ติดตาม ประเมินผล (ถอดบทเรียนจากอำเภอนำร่อง , สรุปปัญหา/อุปสรรค/โอกาสพัฒนา ,เยี่ยมเสริมพลัง)
- ๗.วางแผนขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งระดับอำเภอ/ตำบล

แผนการดำเนินงานในระดับอำเภอ

- ๑.จัดทำคณะทำงานศูนย์ฟื้นฟู ระดับตำบล
- ๒.ส่งเสริมการพัฒนาอาชีพในผู้ป่วยด้านสังคม/คุณภาพชีวิต
- ๓.ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษา การส่งต่อติดตาม
- ๔.บูรณาการค้นหา คัดกรอง และแสวงหางบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติม
- ๕.ถอดบทเรียน สรุปปัญหา/อุปสรรค/โอกาสพัฒนา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑.มีแนวทางปฏิบัติและมีการว้อมแผนอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี
- ๒.มีการซ่อมแผนแบบการหารือ (Table top exercise ทุกอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐
- ๓.ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามแนวทาง ร้อยละ ๘๐
- ๔.มีศูนย์คัดกรองร้อยละ ๑๐๐
- ๕.ผู้ป่วย SMI-V with addicted ได้รับการดูแลและติดตามมากกว่าร้อยละ ๕๐
- ๖.ผู้ป่วย SMI-V with addicted เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพร้อยละ ๑๐๐

การขับเคลื่อนหน่วยงานส่วนกลาง

โดยกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ จะจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ สลบ.สธ. จะนำเรียนและทำหนังสือเวียนแจ้ง ปลัดกระทรวงมหาดไทย อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบดีกรมการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งจัดทำระบบ บสต.ในการบันทึกข้อมูล SMI-V ให้ครอบคลุม

ระบบการทำงาน ประกอบด้วย

Pre-Hos

กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ ร่วมกับ สพฉ.

- จัดทำ SOP การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

-จัดประชุม...

- จัดประชุมชี้แจง ผู้รับผิดชอบ ๑๙๑ และ ๑๖๖๙ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน สสจ. ๓๐ จังหวัดต้นแบบ (สลบ.โอนงบประมาณให้กรมสุขภาพจิตจัดประชุม)

คัดกรองผู้ป่วย SMI-V จากโครงการ Re X-ray ของมหาดไทยและโครงการชุมชนยั่งยืนของตำรวจให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และได้รับการติดตาม ๑๐๐ % ผ่านระบบ บสต.

In-Hos

- เปิดหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดใน รพศ.รพท.ให้ครบทุกจังหวัด เพื่อรองรับการดูแลรักษา ในระยะ acute care, Sub acute

- จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ
- เลือก รพช.๑ แห่งในจังหวัดพัฒนาเป็น โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ (ที่มีความพร้อม)
- จัดทำแผนส่งต่อ ไปยัง รพ.จิตเวชและรพ.ธัญญารักษ์ในพื้นที่
- DMH refer ส่งต่อได้ ๑๐๐ %

Post-Hos

- สร้างทีม Case Manager (สุขภาพ สังคม มั่นคง)
- ส่งต่อ Case SMI-V ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ๑๐๐ % ผ่านระบบบสต.
- ติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัด ๕ ปี

แนวทางการดำเนินงานในระดับจังหวัด งบประมาณจัดสรร จังหวัดละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ประกอบด้วย

Pre Hos

พัฒนาศักยภาพทีม ๑๙๑ และ ๑๖๖๙ ในพื้นที่ที่ได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เลือกรูปแบบการดำเนินงานเป็นชุมชนจัดการตนเองของ สพฉ. หรือทีม CM ในการคัดกรอง SMI-V และการติดตาม

In Hos

พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน รพศ.รพท.ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในระยะ Acute care , Sub acute , คลินิกจิตเวชและยาเสพติดในรพช.และบุคลากรในรพช.ธัญญารักษ์ ให้มีการประชุมเพื่อจัดทำแผนการส่งต่อผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัด และซ้อมแผน Table top ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

Post Hos

อบรมบุคลากรในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในการลงบันทึกข้อมูล บสต. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมกลุ่มผู้ป่วย SMI-V และติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V

บทบาท CM ทีมสุขภาพ สังคมและความมั่นคง

เมื่อ SMIV-Scan พบ ๕ สัญญาณเตือน อาการทางจิตอย่างน้อย ๑ อาการ ๑.ไม่หลับไม่นอน ๒.เดินไปเดินมา ๓.พูดจาคนเดียว ๔.หงุดหงิดฉุนเฉียว ๕.เที่ยวหวาดระแวง แจ้งถูกฉิ่น นำส่ง รพศ./รพท.เพื่อประเมินวินิจฉัย โดยเจ้าหน้าที่ปกครองในท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานหลัก และมีความรู้ ความเข้าใจเพื่อดูแลและส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

นางจุฑาภรณ์ มณีวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง : สอบถามเรื่องของการติดตามประเภทของ SMI-V ๑ , ๒ , ๓ , ๔ , ๕ ในระยะเวลา ๕ ปี นั้นเห็นว่า SMI-V ๑ มีข้อมูลอยู่ระบบใน OPD และ

คลินิกอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นที่จะต้องติดตามเท่ากัน SMI-V ๒ , ๓ , ๔ , ๕ ซึ่งถ้ามีการติดตาม ๑๐๐ % ๕ ปี จะเป็นการเพิ่มภาระงานในการติดตามมากเกินไป

นางรัชดาภรณ์ กาวีวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่อน : ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ระบบการติดตามจะมีการกำหนดเกณฑ์การยุติการติดตามได้ในส่วนของ SMI-V ๑ , ๒ , ๓ , ๕ แต่จะให้มีการติดตาม SMI-V ๔ ที่มีประวัติการป่วยจิตเวชและก่อคดีอาญารุนแรงเอาไว้

นางบุศยา วิทยาอารีย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : เสนอว่า ในการติดตามผู้ป่วย SMIV ควรจะมีเกณฑ์ในการคัดเพื่อติดตามบางกลุ่ม เช่น กลุ่มเสี่ยงน้อย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ไม่ขาดยา ไม่ใช้สุรา สารเสพติดและได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนอย่างดี

นายสุกฤษฎ์ เล่าห์อุทัยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ : กล่าวว่า ในการดำเนินงานควรเน้นที่ที่วัตถุประสงค์ ในส่วนของ Pre Hos, In Hos, Post Hos ควรนำมาเป็นแนวทางมากกว่า แล้วนำมาประยุกต์ต่อไป

นายเกรียงไกร ยอดเรื่อน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด : เสนอว่า ควรให้มีการต่อยอดจากงานเดิมและขยายสู่พื้นที่ที่กว้างขึ้น ควรให้ความสำคัญที่ผู้ป่วย และการประสานงานกับทุกหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ตำรวจ พม. ท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วม และรับรู้บทบาทของตนเอง

นางบุศยา วิทยาอารีย์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : เสนอว่า รูปแบบ มินิรัฐธรรมาภิบาลในเชียงใหม่ อาจจะยังไม่จำเป็น อาจให้เป็นการที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยมาและสามารถส่งต่อได้อย่างเป็นระบบ ให้หน่วยงานรู้บทบาทของตนเอง แล้วค่อยนำมาต่อยอดด้านข้อมูล นำไปใส่ในระบบ SMIV-CARE ซึ่งอาจให้โรงพยาบาลสวนปรุงดำเนินการก่อน

มติที่ประชุม: รับทราบ

๔.๒ แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุข

นางปนัดดา ธีระเชื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันทราย : นำเสนอ โรงพยาบาลสันทรายมีการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เน้นบุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะที่ดี มีความสุขและอ่อนน้อมถ่อมตน โดยมีการประเมินบุคลากรร่วมกับประเมินสุขภาพทุกปี ในช่วงประมาณเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม หลังจากการประเมินสุขภาพกายก็จะดำเนินการประเมินสุขภาพจิต โดยงานสุขภาพจิต โดยวิธีสแกน QR code และส่งหนังสือเวียนไปยังทุกกลุ่มงานเพื่อให้บุคลากรได้ประเมินตนเอง หลังจากนั้นจะทำการแปลผลผ่าน Google sheet

เกณฑ์การประเมินจะแบ่งเป็น ๓ ส่วน ได้แก่ ระดับความสุข ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ในส่วนของระดับความสุข ใช้ดัชนีชี้วัดความสุข ๑๕ ข้อ ของกรมสุขภาพจิต

การประเมินความเครียด จะแบ่งการประเมินออกเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดปกติ ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และความเครียดสูงกว่าปกติมาก โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเครียดปกติ ซึ่งหากมีความเครียดสูงกว่าปกติมากจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งการประเมินเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ในส่วนภาวะซึมเศร้า

ระดับปานกลาง...

ระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะมีอาการป่วยเดิมอยู่แล้วก่อนเข้าทำงาน ซึ่งมีส่วนน้อยที่เริ่มเกิดอาการในขณะทำงาน

โดยแนวทางการดูแล จะมีการประเมินและดึงข้อมูลออกมาเมื่อพบรายที่มีความเสี่ยง จะใช้วิธีโทรศัพท์พูดคุยเป็นอันดับแรก และนัดมาประเมินซ้ำ รายใดที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการรักษาจะมีดำเนินการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาเบื้องต้น เคสที่มีความเสี่ยงสูงจะให้มีการส่งตัวเข้ารับรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จากนั้นจะมีการพบพยาบาลและนักจิตเวชเพื่อรักษา ติดตาม ในการรับยาอย่างต่อเนื่อง และแจ้งหัวหน้ากลุ่มงานเพื่อดูแลต่อไป โดยในปีที่ผ่านมาพบทั้งหมด ๒ ราย ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาส่วนตัว รองลงมาคือปัญหาจากการทำงานและเพื่อนร่วมงาน

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด : กล่าวถามว่า ประเด็นที่น่าเสนอ สอดคล้องกับผลที่ออกมาว่าในหลายๆเคสเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ทำร้ายตนเอง รวมไปถึงเคสล่าสุด ในฐานะที่เป็นคณะกรรมการ Service Plan จังหวัดเชียงใหม่ควรมีข้อเสนอแนะหรือนโยบายในการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขอย่างไร เพื่อตอบสนองเหตุการณ์ที่ผ่านมา

นางจุฑาภรณ์ มณีวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง : เสนอว่า การตอบข้อมูลในหน่วยงาน เช่น ความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงานหรือหัวหน้า อาจไม่สามารถตอบตามความเป็นจริงได้ โดยน่าจะให้มีช่องทางที่ผู้สนใจขอเข้ารับคำปรึกษาไม่ต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรืออาจให้มีช่องทางขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลอื่น ที่ไม่ใช่หน่วยงานของตนเอง

นายสุกฤษฎี เล่าห้อยวัฒนา นายแพทย์ชำนาญการ : เสนอว่า อาจให้มีการพัฒนาระบบที่เป็นทางการน้อยลง ควรมีนโยบายสร้างช่องทางพิเศษสำหรับบุคลากรเมื่อต้องประเมินผู้บริหาร งานหรือแจ้งปัญหา โดยไม่ต้องระบุตัวตน ให้หน่วยงานมีการสอดส่อง โดยอาจสังเกตบุคลากรจากสมรรถภาพในการทำงานภาพรวม ให้ความรู้ในการสังเกตและประเมินตนเอง ซึ่งส่วนมากบุคลากรที่มีปัญหาและเข้ารับการรักษาจะมาจากการสังเกตตนเอง การมีนโยบายพิเศษสำหรับบุคลากรด้านความเป็นส่วนตัวเป็นเหตุผลหลักในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

นางจุฑาภรณ์ มณีวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ : กล่าวว่า บางหน่วยงานบุคลากรมีปัญหาเยอะ การแก้ไขคือให้มองปัญหาในหน่วยงาน เช่น บุคลากรย้ายออกเยอะ ลาป่วยบ่อย อาจเกิดจากหัวหน้า สภาพการทำงาน หรือระบบการบริหาร ซึ่งส่งผลต่อบุคลากร

นายอัศวิน นาคพงศ์พันธุ์ ประธาน PCT กลุ่มงานจิตเวช : เสนอว่า โรงพยาบาลสวนดอกมีการเปิดช่องทางให้เสนอความคิดเห็นหรือแจ้งปัญหาผ่านสแกน QR code โดยเริ่มจากคนไข้ และเพิ่มเป็นเจ้าหน้าที่และนักศึกษาแพทย์ ทำให้ได้รู้ปัญหาและเกิดการวางแผนในการดำเนินการแก้ไข เสนอให้มีการสังเกต Red flag เช่น มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยเมื่อทราบให้ทำการเข้าสอบถามและประเมินสถานการณ์ของกลุ่มงานนั้นๆ

มติที่ประชุม: หน่วยงานมีการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย และมีแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตนเองโดยนำข้อเสนอแนะของที่ประชุมไปปรับใช้

วาระที่ ๕ Death Case Conference

- เลื่อนการรายงานไปการประชุมครั้งถัดไป

วาระที่ ๖ นัดประชุมครั้งถัดไป

- วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖