



# คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพของไทยในทุกมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน ในการได้รับบริการสุขภาพที่ครบวงจร มีคุณภาพ มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว มีทางเลือกในการเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกที่ ทุกหน่วยบริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ เอกชนรวมไปถึงคลินิก และร้านขายยาใกล้บ้าน โดยการใช้บัตรประชาชนใบเดียว (One ID Card Smart Hospital)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด โดยการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ การให้คำปรึกษาโดยนักจิตบำบัด ยกระดับการบำบัดในมินิกัมมิตติสถาน และทีมชุมชนล้อมรั้วโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด ทั้งนี้ มุ่งให้กรมสุขภาพจิตรับภารกิจการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจากกรมการแพทย์ และเร่งปรับปรุงโครงสร้างทั้งในระดับกรมและระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำ ได้รวบรวมแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 1 ที่ผ่านการมีส่วนร่วมของศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 1 นี้ จะเป็น กรอบแนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญของหน่วยงานทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1  
ธันวาคม 2568

# สารบัญ

หน้า

<b>ส่วนที่ 1</b>	ที่มาและความสำคัญ	1
<b>ส่วนที่ 2</b>	บริบทเขตสุขภาพที่ 1	2
<b>ส่วนที่ 3</b>	Strategy House ของส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงกับ เขตสุขภาพที่ 1 (Health Region 1)	11
<b>ส่วนที่ 4</b>	แผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 1	16

## ภาคผนวก

- 1 ) แนวทางการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ในเขตสุขภาพที่ 1
- 2.) แนวปฏิบัติตามหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน
- 3 ) แผนปฏิบัติการ (Action Plan ) ตาม Six Building Blocks
- 4 ) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan ) เขตสุขภาพที่ 1  
ปีงบประมาณ 2567
- 5 ) ชุมชมล้อมรัศมีต้นแบบ เวียงสาโมเดล จังหวัดน่าน

# ส่วนที่ 1

ที่มาและความสำคัญ

## ส่วนที่ 1

### ที่มาและความสำคัญ

“ เรื่องสำคัญที่ต้องรีบทำให้เร็วหลังจากที่เราได้ทำความเข้าใจกับในกระทรวงสาธารณสุขแล้ว เช่น **เรื่องสุขภาพจิตและยาเสพติดจะต้องไปด้วยกัน** มีการทำงานโดยใช้ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน มีการบูรณาการเพื่อดำเนินการร่วมกัน เนื่องจากการรับฟังเสียงสะท้อนโดยส่วนใหญ่แล้วเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี หากมีความชัดเจน งานจะได้ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน **อยากให้เร่งรัดดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ในระยะเวลา 1 เดือนได้ก็ยิ่งดี ขอให้นำไปเป็นนโยบายในการดำเนินการต่อไป ”**



นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายสมศักดิ์ เทพสุทิน มุ่งเป้าการผลักดันกฎหมายหลัก 3 ฉบับ คือ 1. ร่าง พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถบริหารจัดการงานด้านบุคลากรได้ด้วยตนเอง โดยคณะกรรมการที่มีความรู้และความเข้าใจบริบทการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การบริหารงานทรัพยากรบุคคลมีความคล่องตัว ปรับปรุงค่าตอบแทนได้อย่างเหมาะสม พัฒนาสายอาชีพที่เฉพาะเจาะจง เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพและรวดเร็วขึ้น สามารถกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ห่างไกลเพื่อดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง 2. ร่าง พ.ร.บ.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร่าง พ.ร.บ.อสม.) จะช่วยสร้างความมั่นคงและยั่งยืนให้แก่ อสม. กำหนดค่าป่วยการเดือนละ 2,000 บาท พร้อมสิทธิประโยชน์และสวัสดิการต่างๆ 3. ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพจิต ที่จะตั้งกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อหางบประมาณสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิตทุกมิติ และปรับนิยามให้ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชในไทยมากกว่า 70% มีปัญหาเรื่องของการใช้สารเสพติดร่วมด้วย การขับเคลื่อนแก้ไขปัญหายาเสพติดนั้น ได้ปรับภารกิจการบำบัดยาเสพติดจากกรมการแพทย์ไปยังกรมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ซึ่งการควรวรรณภารกิจยาเสพติดและจิตเวช จะช่วยยกระดับหน่วยบริการให้สามารถบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งทางกายและจิต มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ครบวงจร ลดเวลาและค่าใช้จ่าย การผลักดันชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปแบบไม่แยกส่วน โดยมุ่ง เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด โดยพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งระบบบริการให้คำปรึกษาโดย “นักจิตบำบัด” ให้มีมาตรฐาน, ยกระดับ “มินิธัญญารักษ์” และ “ทีมชุมชนล้อมรั้ว” รองรับระบบบำบัด รักษา พื้นฟูที่มีแบบแผนเฉพาะบุคคล และให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด รวมทั้งการปรับปรุงโครงสร้างในระดับกรมและระดับพื้นที่ต่อไป

# ส่วนที่ 2

บริบทและการวิเคราะห์การขับเคลื่อน  
งานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1  
ตาม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ  
(Six Building Blocks)

## ส่วนที่ 2

### บริบทและการวิเคราะห์การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

#### ตาม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

#### (Six Building Blocks)

#### 1. บริบทเขตสุขภาพที่ 1

เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัดที่ครอบคลุมพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงหลายด้านที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ซับซ้อน ความหลากหลายทางวัฒนธรรม การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต รวมถึงลักษณะภูมิศาสตร์ส่วนใหญ่ที่เป็นภูเขา ที่ราบสูง และมีชุมชนที่ตั้งอยู่กระจายตัวในพื้นที่ห่างไกลที่ส่งผลให้เกิดปัญหาและข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและควบคุมยาเสพติด

ปัญหาสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 1 มีลักษณะเฉพาะ ที่ส่งผลต่อสถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่ เช่น การว่างงาน ความไม่มั่นคงทางการเงิน และความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจ รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต ทำให้มีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นยังพบว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีอัตราสูงขึ้นในบางพื้นที่ และการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายในปัจจุบัน ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา

สถานการณ์ ด้านยาเสพติด ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2567 ของระบบ บสต. เขตสุขภาพที่ 1 มีผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการคัดกรองสะสมจำนวนรวมทั้งสิ้น 21,196 คน จากการประเมินด้วย OAS เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มสีพบว่า เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวมากที่สุดคือ 19,079 คน (ร้อยละ 90.01) รองลงมาคือ กลุ่มสีแดง 1,364 คน (ร้อยละ 7.15) กลุ่มสีส้ม 438 คน (ร้อยละ 2.07) และกลุ่มสีเหลือง 315 คน (ร้อยละ 1.49) ตามลำดับ (ข้อมูลจาก รายงานระบบ บสต. 1 ต.ค.66- 30 ก.ย.67) จังหวัดที่มีการคัดกรองมากที่สุดคือ

จ.เชียงใหม่ (8,438 คน) จ.เชียงราย (3,719 คน) จ.น่าน (2,475 คน) จ.แพร่ (1,840 คน) จ.ลำปาง (1,541 คน) จ.แม่ฮ่องสอน (1,097 คน) จ.ลำพูน (1,143 คน) และน้อยที่สุดคือ จ.พะเยา (898 คน) ตามลำดับ ผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมดที่คัดกรองแล้วได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ รพศ. รพท. รพ.สวนปรุง และ รพ.ธัญญารักษ์ เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน จำนวน 2,778 คน รักษาที่ รพช.ที่เปิดมินิธัญญารักษ์ จำนวน 626 คน รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ รพช. จำนวน 14,706 คน และได้รับการบำบัดในชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) ที่กระจายในทุกจังหวัด จำนวน 2,236 คน รวมจำนวนที่ได้รับการรักษาบำบัดสะสมรวมทั้งสิ้น 20,371 คน และได้รับการติดตามหลังบำบัดครบสะสม จำนวน 12,016 คน ผลการติดตามพบว่า ติดตามไม่ได้ร้อยละ 5.03 (604 คน) กลับไปเสพยาซ้ำร้อยละ 10.09 (1,213 คน) ถูกจับ ร้อยละ 1.42 (171 คน) เสียชีวิต ร้อยละ 0.27 (33 คน)

ส่วนภาพรวมของ Retention Rate เขตสุขภาพที่ 1 เท่ากับร้อยละ 70.22 โดยจังหวัดที่ยังมี Retention Rate น้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 62) ได้แก่ จ.แม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 55.09) จ.ลำปาง (ร้อยละ 48.16) จ.น่าน (ร้อยละ 59.50) และ จ.พะเยา (ร้อยละ 31.85)

ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเขตสุขภาพที่ 1 เท่ากับ 6.63 ต่อแสนประชากร (389 ราย) เป็นเพศชาย 302 ราย อัตรา 10.59 ต่อแสนประชากร เพศหญิง 87 ราย อัตรา 2.88 ต่อแสนประชากร พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด 3 ลำดับแรก ที่ จ.ลำปาง, จ.แม่ฮ่องสอน และ จ.น่าน โดยพบอัตรา 11.05, 9.41 และ 6.53 ต่อแสนประชากร กลุ่มวัยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน 220 ราย (ร้อยละ 56.55) กลุ่มวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 153 ราย (ร้อยละ 39.33) และกลุ่มวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 1.28) มากที่สุดในสถานภาพคู่ ร้อยละ 51.03 รองลงมาคือ โสด

ร้อยละ 24.23 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.56 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.22 วิธีการที่ใช้มากที่สุดคือการแขวนคอ ร้อยละ 84.33 ในจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด มีประวัติป่วยเป็นโรคทางจิตเวช 69 ราย โดยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 53.62 โรคจิตเภท ร้อยละ 28.99 และโรคจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 17.39 ตามลำดับ เคยมีประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อน ร้อยละ 20 มีการส่งสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 46.80 ปัจจัยกระตุ้นคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย/จิต ร้อยละ 85.11 การสูญเสียความสัมพันธ์ร้อยละ 70.21 หนี้สินและวิกฤติในชีวิต ร้อยละ 65.96

ส่วนข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 1 พบจำนวน 588 ราย คิดเป็นอัตรา 10.03 ต่อแสนประชากร โดยพบในกลุ่มวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) มากที่สุดจำนวน 172 ราย คิดเป็นอัตรา 18.50 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือวัยทำงาน (20-59 ปี) จำนวน 316 ราย คิดเป็นอัตรา 9.43 ต่อแสนประชากร วิธีการที่พบมากที่สุดคือ กินยาเกินขนาด ร้อยละ 46.17 ภาพรวมของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการและไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำเขตสุขภาพที่ 1 เท่ากับร้อยละ 97.81 (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) สถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีผู้เสพยาใหม่ที่เป็กลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อย จึงส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจหลายด้าน และเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคมที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนตามมามากขึ้น

2) การประเมิน คัดกรองค้นหาผู้มีความเสี่ยงในชุมชนโดยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชและ

ยาเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่



## 2. การวิเคราะห์การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1 ตาม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks)

### 1.งานบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด (Service delivery)

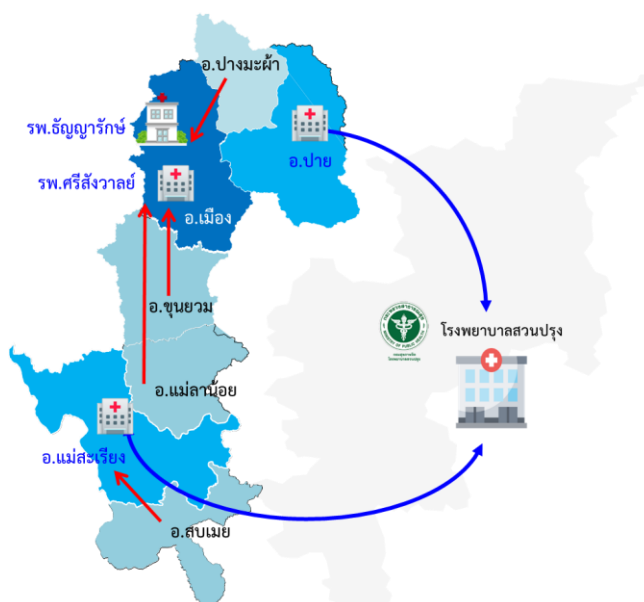
#### 1.1 การขับเคลื่อนผ่าน Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด

1.1.1 โรงพยาบาลสวนปรุงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมจัดทำเกณฑ์การรับ – ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด และได้จัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนให้ครอบคลุมกับหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 พร้อมนำไป Implement ในเขตสุขภาพ ดังนี้

เกณฑ์แนวทางการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในเขตสุขภาพที่ 1

รพ. ชุมชน/ เรือนจำ / สถานฟื้นฟู	รพศ. / รพท.	รพ. ัญญารักษ์	รพ. ัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน (กรณีไม่มีจิตแพทย์)	รพ. สวนปรุง
ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด อาการทางจิตไม่รุนแรง	ผู้ป่วยจิตเวช/สารเสพติดมีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง	ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด อาการทางจิตเล็กน้อยถึงรุนแรง	ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด อาการทางจิตเล็กน้อยถึงปานกลาง	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง
	ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษรุนแรง	ผู้ป่วยที่ต้องใช้ Methadone	ผู้ป่วยที่ต้องใช้ Methadone	ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะฟื้นฟู
OAS ระดับ 0-1-2 (บคก.กสธ.) = 2-26	OAS ระดับ 0-1-2-3 (บคก.กสธ.) = 2-26	OAS ระดับ 0-1-2-3 (บคก.กสธ.) V2 ≥ 27	OAS ระดับ 0-1-2 (บคก.กสธ.) V2 ≥ 27	OAS ระดับ 2-3 (บคก.กสธ.) V2 ≥ 27
Mild to moderate MDD	Mild/ Moderate /Severe MDD	Mild to moderate MDD	Mild MDD	Moderate to Severe MDD
Low risk Suicide	Low / Moderate / High risk Suicide	Low risk Suicide	Low risk Suicide	High risk Suicide

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นพื้นที่เฉพาะ จึงมีการจัดทำระบบ Refer แบบ Fast track ดังนี้



### บริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

- จาก อ.เมืองแม่ฮ่องสอน ใช้เวลาเดินทางถึง อ.เมืองเชียงใหม่ 5-6 ชม. ระยะทาง 240 กม.
- ทั้งจังหวัดมีจิตแพทย์จำนวน 2 คน (เด็ก1/ผู้ใหญ่1)
- โรงพยาบาลศรีสวาล เปิดหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 8 เตียง (corner ward) ซึ่งมีผู้ป่วย Admit เต็มอย่างต่อเนื่อง เปิดบริการห้องแยกสำหรับผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง 1 ห้อง กรณีเตียงเต็มส่งต่อไป Ward จิตเวชที่ รพ.ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้

### การจัดทำระบบ Refer

- รพ.สวนปรุงเปิดรับ Refer ช่องทางพิเศษจาก รพ.ธัญญารักษ์ เพื่อรองรับผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม
- รับ Refer จาก รพ.ปายและ รพ.แม่สะเรียง เนื่องจากระยะทางการเดินทางที่สะดวกกว่าและทรัพยากรพร้อมรองรับผู้ป่วยได้
- ให้การสนับสนุนรับ Refer Case จิตเวชเด็กและวัยรุ่น (15-18ปี) เนื่องจากเป็นกรณียุ่งยากซับซ้อน ศักยภาพพื้นที่ไม่สามารถดูแล/จัดการได้

ทั้งนี้ได้จัดทำ Flow การรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในเขตสุขภาพที่ 1 และในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามเอกสารแนบที่ 1

#### 1.1.2 แผนขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด

จัดทำแผนบูรณาการร่วมกับศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 1 และ Service plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางกลยุทธ์ที่สำคัญ กิจกรรมและผู้รับผิดชอบ ดำเนินการร่วมกัน รายละเอียดตามเอกสารแนบที่ 2

### 1.2 การจัดบริการจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์

1) โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ไม่มีจิตแพทย์ เปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชในจำนวน 12 เตียง ในเดือนมกราคม 2567 แบ่งเป็น Acute 4 เตียง Sub- Acute 8 เตียง โดยโรงพยาบาลสวนปรุง สนับสนุนด้านระบบยา , อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด และส่งทีมสหวิชาชีพ เข้า Coaching แบบ On the job training วันที่ 4-7 มีนาคม 2567 ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ได้ผลลัพธ์ ดังนี้

- จัดระบบการบริหารการจัดอัตรากำลังตามกรอบอัตรากำลังของสภาการพยาบาล
- ได้แนวทางและขั้นตอนต่างๆ ในการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)
- การฝึกทักษะการจับผู้ป่วย โดยจำลองสถานการณ์จริง , การสนทนาเชิงบำบัดกับผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือคนไข้
- พนักงานขับรถยนต์ ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะระบบการ Refer ตามบทบาทหน้าที่ของพนักงานขับรถ

2) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ มีจิตแพทย์จำนวน 1 คน เปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดแบบ Corner Ward จำนวน 4 เตียง ใช้ระบบการรับส่งต่อ ตามแนวทางที่ได้จัดทำระบบร่วมกันในระบบ Service plan วางแผนเปิดบริการแบบ Full Ward ในปีงบประมาณ 2568 ประชุมทบทวนแผน Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด โดย รพ.สวนปรุง, รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่, รพ.ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน, สถาบันพัฒนาการเด็กและศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

### 1.3 การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน (Psychiatry Home Ward)

- เปิดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ดูแล บำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
- 2) เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา และป้องกันการกำเริบซ้ำ
- 3) เพิ่มช่องทางและทางเลือกในการเข้ารับบริการที่อำนวยความสะดวกต่อประชาชน
- 4) ลดวันนอนในโรงพยาบาล และลดความแออัดในหน่วยบริการ

#### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19)

2. ผู้ป่วยโรคจิต (F20-F29)

3. ผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ Mood Disorder (F30-F39)

#### เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรงและอาการรายโรค
2. มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างจิตแพทย์/แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ลงชื่อยินยอม
3. ได้รับการประเมินความพร้อม และสามารถเข้าถึงช่องทางสื่อสารผ่านระบบทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตได้
4. มีบัตรประกันสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ 1

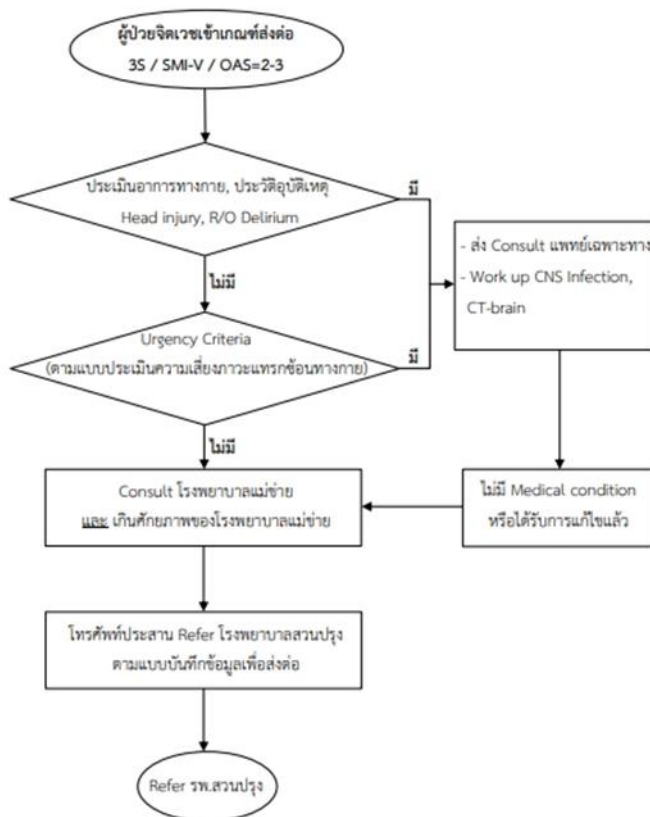
- ยอดผู้รับบริการสะสม ตั้งแต่วันที่ 4 ต.ค.2566 – 15 พ.ย.2567 จำนวน 291 ราย สูงสุดได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 92 ราย โรคจิตเภท จำนวน 72 ราย โรคจิตเวชจากสารเสพติด 49 ราย โรคจิตเวชจากแอลกอฮอล์ จำนวน 46 ราย และโรคอารมณ์สองขั้ว 32 ราย

- รพ.สวนปรุง เปิด ward ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (15-18 ปี) เนื่องจากเป็น Gap ของพื้นที่ ในเดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 15 เตียง Home Ward 5 เตียง รวม 20 เตียง โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนหนึ่งสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติด

### 1.4 การให้บริการสายด่วนยาเสพติด 1667

โรงพยาบาลสวนปรุงจัดการเข้าเวร สายด่วนยาเสพติดด้วย สหวิชาชีพ และมีให้บริการคู่สายตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อมีสายโทรเข้ามาและเป็นผู้ป่วยยาเสพติดจะดำเนินการ flow ดังกล่าว

ผังไหลการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลสวนปรุง (Call center)



### 1.5 ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวช (PEMS)

- 12 กันยายน 2566 ได้รับการอนุมัติให้เป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ ระดับที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน

- 14 พฤศจิกายน 2566 ได้รับการอนุมัติให้เป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการแพทย์ ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉินปีงบประมาณ 2567 ได้ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวช (PEMS: Psychiatric Emergency Medical Services) แบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ 1

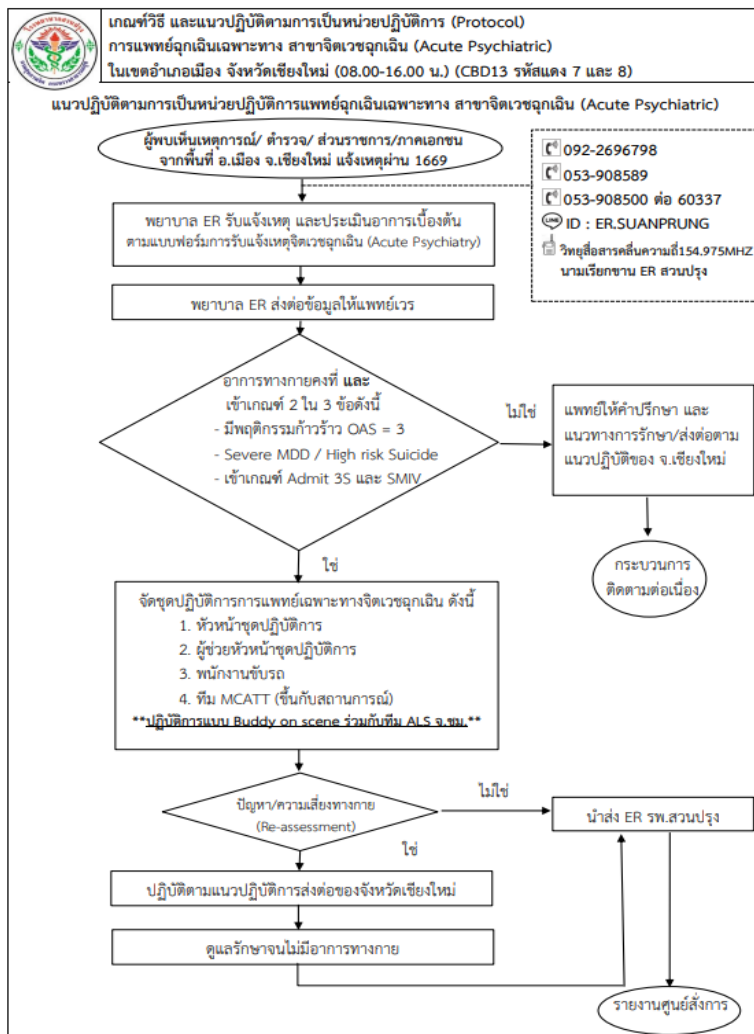
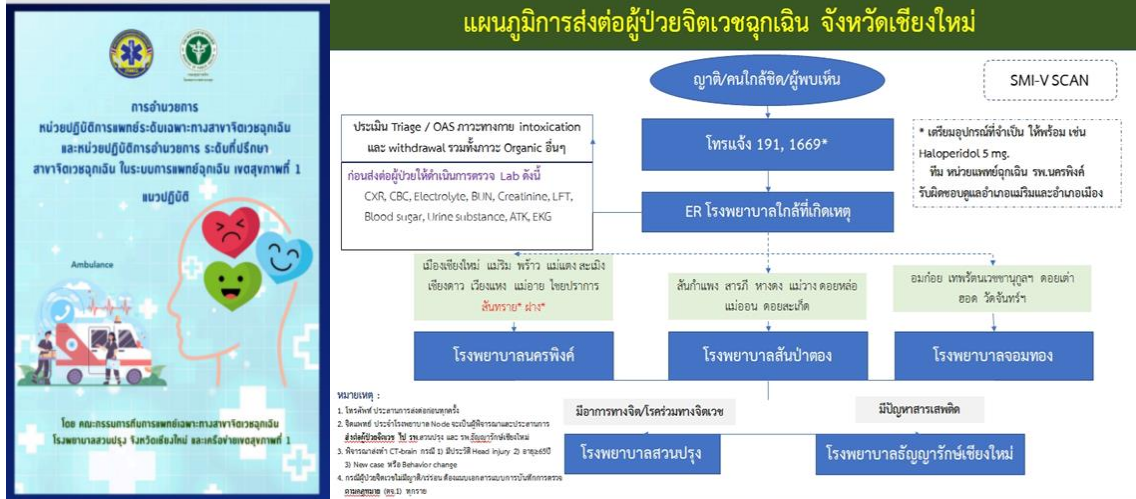
กิจกรรมที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการส่งต่อ และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวช ในเขตสุขภาพที่ 1 ระหว่างวันที่ 27-28 พฤษภาคม 2567

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการซ่อมแผนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวช (PEMS: Psychiatric Emergency Medical Services) แบบบูรณาการกลุ่มเป้าหมายผู้ปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 1 ระหว่างวันที่ 18-19 มิถุนายน 2567

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรงานจิตเวชฉุกเฉิน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567

- หลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (ACLS Provider Course)
- หลักสูตรการอบรมการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- หลักสูตรการขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล (EVOC)
- หลักสูตรหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS provider course for Non-HCP)

2. จัดโครงการพัฒนาแนวทางการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวช (PEMS: Psychiatric Emergency Medical Services) เขตสุขภาพที่ 1 (จัดทำแนวทางระบบอำนาจการที่ปรึกษาการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 1) 24-25 มิถุนายน 2567



### 3.แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2568

- เดือน กุมภาพันธ์ 2568 ประชุมเชิงปฏิบัติการการตรวจประเมินหน่วยปฏิบัติการอำนวยการระดับที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (TEMSA)
- เดือน มีนาคม 2568 ประชุมเชิงปฏิบัติการซ่อมแผนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางจิตเวช (PEMS: Psychiatric Emergency Medical Services) แบบบูรณาการกลุ่มเป้าหมายผู้ปฏิบัติการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 1
- เดือน กรกฎาคม 2568 ประชุมเชิงปฏิบัติการการตรวจประเมินหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (TEMSA)
- พัฒนาสมรรถนะพยาบาล PEMS ในการลงข้อมูลการรับแจ้งเหตุและปฏิบัติการ ITEM 4.0 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

## 2.กำลังคนด้านสุขภาพ

### แผนดำเนินการ

- จัดโครงการศึกษาดูงาน ระบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ดำเนินการเดือน ธันวาคม 2567
- พัฒนาสมรรถนะกำลังคนใน รพ.จิตเวช และ รพ.ธัญญารักษ์ ด้วย Exchange Program (On the job training แพทย์,เภสัชกร,พยาบาล,ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยดำเนินการเดือน มกราคม 2568
- สนับสนุนบุคลากรให้ไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาจิตเวชสารเสพติด (PG) เปิดการเรียนการสอนเดือนกุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 2 อัตรา
- หลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวชและสารเสพติด ได้แก่ พยาบาล เภสัช และแพทย์
- ส่งจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง หมุนเวียนไปช่วยตรวจที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

## 3.ด้านงบประมาณ

- ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลสวนปรุงจัดทำคำของบประมาณโครงการจัดระบบบริการจิตเวชในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน จำนวน 20,000,000 บาท เพื่อขยายพื้นที่ พัฒนาระบบบริการและเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และรองรับการให้บริการประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ทุกระดับความรุนแรง โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงบริการสะดวก ได้รับการบำบัดรักษา และดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด งบประมาณประกอบด้วย 1) ค่าตอบแทนบุคลากร 2) ค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ยา-มิใช่ยา/สำนักงาน 3) ค่าสาธารณูปโภค 4) ค่าใช้สอย โครงการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ 5) งบลงทุน ครุภัณฑ์ที่สำคัญ จำเป็นในหอผู้ป่วยจิตเวช 6) ค่าปรับปรุงหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้ ผลการพิจารณาไม่ได้รับจัดสรรตามคำขอดังกล่าว

- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด แผนจัดหาครุภัณฑ์ในหน่วยบริการที่มีความพร้อม ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ รพ.น่าน และ รพ.นครพิงค์ จากงบลงทุนปี 69 โดยเสนอไปยัง กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) กระทรวงสาธารณสุข

#### 4.การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

- 1.การบริหารยา Haloperidol, Chlorpromazine, Diazepam ชนิดฉีด แบบ PRN สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.การสนับสนุนยาจิตเวชให้กับ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน คือ Trifluoperazine 5 mg
3. เตรียมใช้ยา Long Acting ในผู้ป่วย SMI-V สารเสพติด

#### 5.ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

วางแผนการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ,SMI-V รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ

#### 6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Governance)

ปีงบประมาณ 2568 เขตสุขภาพที่ 1 โดย นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิตและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นประธานร่วมในคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งเขตสุขภาพที่ 1 ได้รวมคณะกรรมการสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นคณะกรรมการชุดเดียวกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 เพื่อเป็นการบูรณาการและวางแผนขับเคลื่อนงานจิตเวชและยาเสพติดร่วมกัน

# ส่วนที่ 3

Strategy House  
ของส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข  
เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพที่ 1  
(Health Region 1)



(ร่าง) Strategic House Model ระบบป้องกัน  
 บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด  
 2568-2570

ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง 2561-2580  
 “ป้องกัน ปรามปราม แก้ไขปัญหาเสพติด”

วิสัยทัศน์: สังคมไทยมั่นคงปลอดภัย ด้วยระบบดูแลผู้ป่วยยาเสพติด  
 แบบบูรณาการ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

Goals/Objectives: 1.ลดผู้เสพยาใหม่ 2. คืนคนคุณภาพสู่สังคม (remission) 3. ลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด

KPI: 1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 2. อัตราการหยุดเสพยาต่อเนื่อง 1 ปี (remission) 3. อุบัติการณ์ความรุนแรงจากยาเสพติด/แสนประชากร

<b>Ways</b>	<b>ส่งเสริมป้องกัน</b>	<b>บำบัดรักษาฟื้นฟู</b>	<b>ปกป้องคุ้มครอง (Protection)</b>
<b>Means</b>	1. สร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันยาเสพติด 2. เสริมสร้างกลไกสนับสนุนครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง 3. พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือเด็กเปราะบางชายขอบนอกระบบการศึกษาและการดูแลของรัฐ	1. เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและโรคร่วมจิตเวชอย่างมีคุณภาพ (Accessibility) 2. ยกระดับคุณภาพบริการรักษาฟื้นฟูในระบบสุขภาพทุกระดับ 3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในภาคส่วนด้านสังคมและยุติธรรม 4. สนับสนุนกลไกฟื้นฟูทางสังคมในผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา (social-community integration)	1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังควบคุม และตรวจสอบตัวยาเคมีภัณฑ์และสารตั้งต้นตามที่กฎหมายกำหนด 2. พัฒนากลไกการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อลดความเสี่ยงต่อภัยสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม
<b>Support</b>	เพิ่มกำลังคนคุณภาพเพื่อการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด		พัฒนาและเชื่อมโยงระบบสารสนเทศข้ามภาคส่วน
	พัฒนากลไกการเงินการคลัง	พัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้	พัฒนากลไกการนำและการอภิบาลระบบ



## Health Region 1

### แผนขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

#### ตัวชี้วัด

- ≥ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาใน เขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
- ร้อยละ 30 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปี (1 Year Remission Rate)
- ร้อยละ ≥10 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา

#### กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีอาการทางจิตเวชและยาเสพติด (Pre -Hospital)

มาตรการ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<b>มาตรการที่ 1</b> ค้นหาและคัดกรองผู้มีอาการทางจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน เข้าสู่ระบบ (Pre Hospital)	1.1 .คัดกรองประเมินความเสี่ยง (V-scan) <ul style="list-style-type: none"> <li>• โดยที่ระดับตำบล/อำเภอ ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ( 5 ทหารเสือ ตำรวจ ปกครอง ท้องถิ่น สร พม.)</li> <li>• สร้างชุดความรู้ความเข้าใจในการ Screening 5 สัญญาณเตือน )</li> </ul> 1.2 ศูนย์คัดกรอง sw.สต./sw. ประเมิน OAS ผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย 1.3 ซ้อมแผนเผชิญเหตุกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชคุ้มครอง SMI-V 1.4 สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด Mental Health & Drug Literacy ผ่าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุในระดับอำเภอและตำบลอย่างน้อย จังหวัดละ 1 อำเภอ 1 ตำบล</li> <li>• -กลุ่มเสี่ยงได้รับส่งต่อเข้าสู่ระบบ</li> </ul>
<b>มาตรการที่ 2</b> พัฒนากลไกและความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	2.1 กำหนด ประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด /CBTx เป็นประเด็น พขอ.และกำกับติดตาม 2.2 พัฒนาและขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 มีการดำเนินการ CBTx</li> <li>• -ร้อยละ 80 ของ พขอ.มีการกำหนดประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นประเด็นหลัก</li> </ul>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ แกนนำชุมชน/รพ.สต / อสม. / พขอ./ ตำรวจ /รพช /รพท. /สสอ /สสจ /ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1



## Health Region 1

### แผนขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

#### กลยุทธ์ที่ 2 ยกระดับระบบบริการบำบัดฟื้นฟูผู้มีอาการทางจิตเวชจากสารเสพติด (In Hospital )

มาตรการ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<b>มาตรการที่ 1</b> พัฒนาระบบบริการจิตเวชและสารเสพติดที่มีคุณภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ร่วมจัดระบบบริการใน Ward จิตเวช swค/swน /swข และมีนิรภัยารักษ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้คุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> <li>วางแผนการดูแลและติดตาม (SMI-V Case Management ) ก่อนจำหน่าย ในการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อไม่เกิดการกำเริบซ้ำหรือก่อความรุนแรงในชุมชน</li> <li>เพิ่มศักยภาพให้ swข. (ห่างไกล) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดฉุกเฉิน (Acute phase ) ได้ /emergency care ก่อนส่งต่อ</li> <li>นำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ /Tele psychiatry /Home ward</li> <li>การพัฒนาหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 ให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวช (Psychiatry - EMS)</li> <li>เพิ่มความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษา - ยาวัดด้านโรคจิตออกฤทธิ์ยาวคุณภาพสูง</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการซ่อมแผนเผชิญเหตุในระดับอำเภอและตำบล อย่างน้อย จังหวัดละ 1 อำเภอ 1 ตำบล</li> <li>-กลุ่มเสี่ยงได้รับส่งต่อเข้าระบบ</li> </ul>
<b>มาตรการที่ 2</b> พัฒนาศักยภาพ/เพิ่มสมรรถนะเครือข่ายทุกระดับ	<p>หน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข / sw.รณญารักษ์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การดูแลและนำส่งบุคคลกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพ</li> <li>การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะ Acute โรงพยาบาลจิตเวช</li> <li>การดูแลนำมารับรักษาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วม</li> <li>สนับสนุนบุคลากรอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาจิตเวชสารเสพติด (PG)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 มีการดำเนินการ CBTx</li> <li>-ร้อยละ 80 ของ พชอ.มีการกำหนดประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นประเด็นหลัก</li> </ul>
<b>มาตรการที่ 3</b> บริหารทรัพยากรร่วมกัน (Pool & Share )	<ol style="list-style-type: none"> <li>หมุนเวียนจิตแพทย์จาก sw.สวนปรุง / sw. รณญารักษ์เชียงใหม่ / sw.นครพิงค์ ไปช่วยตรวจ sw.รณญารักษ์แม่ฮ่องสอน</li> <li>บริหารจัดการเตียง (Bed Management) ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ร่วมกันผ่าน Service plan สุขภาพจิตและสารเสพติด</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการครองเตียง มีนิรภัยารักษ์ มากกว่า</li> <li>ร้อยละ 80</li> </ul>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ รพช/ รพศ / รพท / โรงพยาบาลสวนปรุง / โรงพยาบาลรณญารักษ์ / Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด



## Health Region 1

### แผนขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

#### กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Post Hospital)

มาตรการ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<p><b>มาตรการ 1.</b> พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คืบข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกสัปดาห์ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดร่วมกันทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข</li> <li>- จัดทำ Dashboard Mapping ข้อมูลผู้ป่วยจำหน่ายสู่ชุมชนและกำกับติดตามร่วมผ่าน Service plan</li> <li>- วางแผนการดูแลและติดตามอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Case Management)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ(Retention Rate)</li> <li>≥ ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</li> </ul>



# Health Region 1

## แผนขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

### กลยุทธ์ที่ 4 ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและลดปริมาณนักเสพยาใหม่ ในกลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

มาตรการ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
<b>มาตรการที่ 1</b> พัฒนากลไกและความร่วมมือในการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดตั้งคณะทำงานวิชาการร่วมระดับเขต เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงลึก ออกแบบนโยบายที่สอดคล้องกับกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีทั้งกลุ่มเมืองชานเมือง ชนเผ่า และต่างด้าว</li> <li>MOU เขตสุขภาพสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมป้องกันและนโยบายแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขการศึกษา ยุติธรรม มหาไทย พม. อบจ.ทุกจังหวัด</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประชุมคณะทำงานไตรมาสละ 1 ครั้ง</li> <li>มีแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์การดำเนินการ</li> </ul>
<b>มาตรการที่ 2</b> พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์วางแผนและติดตามประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีระบบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นในเขตสุขภาพ ประเมิน Mental Health Check In+ ASSIST อย่างน้อยปีการศึกษาละ 1 ครั้ง</li> <li>ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกสถานศึกษา เชื่อมโยงระบบขอความช่วยเหลือ Call for Help (ตัวอย่าง: Line OA: Are you ok จังหวัดพะเยา)</li> <li>ระบบ Mental Health + Substances Surveillance System ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 1 ค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกเพื่อช่วยเหลือ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 90 ของโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 1 มีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน นักศึกษาในมหาวิทยาลัย</li> </ul>
<b>มาตรการที่ 3</b> เสริมองค์ความรู้และศักยภาพภาคีเครือข่ายการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและยาเสพติด	<ol style="list-style-type: none"> <li>การส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม สร้างครอบครัวสื่อสารเชิงบวก เสริมความเข้มแข็งทางใจในครอบครัว -Triple P ปฐมวัย/7 days parenting ในวัยเรียน การสร้าง Family coach อสม. ในระดับชุมชน/swช./โรงเรียน</li> <li>การส่งเสริมทักษะชีวิตและป้องกันนักเสพยาใหม่ ทักษะจัดการอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธ ในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น (ตัวอย่าง: โรงเรียนสร้างสุข Youth Counsellor สุขภาพจิต กิจกรรมสร้างสติ Resilience program)</li> <li>ความร่วมมือกับสื่อท้องถิ่นในระดับจังหวัดการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ สร้างความตระหนักด้านสุขภาพจิต ยาเสพติด เชิงรุกในสถานศึกษา ชุมชน สื่อต่างๆ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละ 80</li> <li>ของภาคีเครือข่ายกลุ่มเป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการเสริมองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพ</li> </ul>

# ส่วนที่ 4

แผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต  
และสารเสพติดแบบบูรณาการ  
เขตสุขภาพที่ 1

## ส่วนที่ 4

### แผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 1

#### กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีอาการทางจิตเวชและยาเสพติด ( Pre – Hospital )

##### 1. สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

- ร้อยละ 64.45 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
- อุบัติการณ์ความรุนแรงจากบุคคลคลุ้มคลั่ง ที่ถูกนำส่งด้วยระบบ 1669 ร้อยละ 47.67

##### 2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด เข้าสู่ระบบบริการให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน
- 2) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดกับประชาชนในชุมชน
- 3) เพื่อส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพจิต และส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักต่อปัญหายาเสพติดในชุมชน

##### 3. แผนดำเนินงาน

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>มาตรการที่ 1 ค้นหาและคัดกรองผู้มีอาการทางจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน เข้าสู่ระบบ</b>			
1. โครงการป้องกันการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาเสพติด (SMI-V)	อสม. 100 คน	ม.ค.- มี.ค.68	โรงพยาบาลพะเยา
2. โครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุราและผู้ได้รับผลกระทบจังหวัดน่าน ปีงบประมาณ2568	เครือข่ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 100 คน	ก.พ.68	สสจ.น่าน
3.สร้างวัคซีนใจในชุมชน	ทุกอำเภอใน จ.น่าน	ม.ค.-ก.ค.68	สสอ. ทุกอำเภอ น่าน
4.ผลิตสื่อชุดความรู้ 5 สัญญาณเตือน และการ Screening	8 จังหวัด	ม.ค.-พ.ค.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
5. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เพื่อทำให้ประชาชนมีความสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	บุคลากรสาธารณสุข, ตำรวจ, ปกครอง, อปท. จำนวน รวม 230 คน	17-18 ธ.ค.67	สสจ.เชียงใหม่



โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
6. การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการ รณรงค์ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย จังหวัดเชียงใหม่ - อบรมสอบสวนโรค	รพ. สสอ. รพ.สต., อสม, ผู้นำชุมชน, ผู้แทนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (7 อำเภอ : ฝาง, วัฒนจันทร์, แม่ วาง, แม่แจ่ม, สันกำแพง, หางดง, สาราภี)	18-28 พ.ย.67  17-18 ธ.ค.67	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด จ.เชียงใหม่
<b>มาตรการที่ 2.พัฒนากลไกและความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด</b>			
1. ประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต ระดับจังหวัด	คณะกรรมการฯ	ต.ค.67-ก.ย.68 2 ครั้ง / ปี	สสจ.ทุกจังหวัด
2. ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ ดังนี้ - คณะกรรมการป้องกัน ปรามปราม บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัด/อำเภอ/ ตำบล (ศอปปส.) - คณะกรรมการบูรณาการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจังหวัด - คณะกรรมการจัดตั้งและควบคุม มาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานฟื้นฟูผู้ติด ยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	คณะกรรมการฯ	ต.ค.67-ก.ย.68 ทุกเดือน	คณะกรรมการทุก จังหวัด
3.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการทีม พชอ. 4 pillars + CBTx เพื่อทบทวน กระบวนการ 4 เสา	ทีม พชอ 200 คน งบประมาณ 34,000 บาท	ก.พ.68	สสจ.ลำพูน
4. อบรมเชิงปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติดในชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐาน การบำบัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ป่วยยาเสพติดสีเขียว 1 ตำบล (ผ่านกลไก พชอ. เมืองลำพูน ) งบประมาณ 50,000 บาท	มี.ค.68	สสจ.ลำพูน
5. ประชุมจิตเวชสัญจร ทุก 3 เดือน	Service plan สุขภาพจิต และยาเสพติดระดับ จังหวัด	ไตรมาสละ 1 ครั้ง	สสจ.น่าน
6. ซ้อมแผน SMI-V จิตเวชและ ยาเสพติด	ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน	พ.ค.68	สสอ /รพ.ในจ.น่าน



โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
7. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยจัดให้มี Psychiatric Emergency team และทีม HOPE Task Force	ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน	พ.ค.68	สสจ.น่าน/สสอ./รพ
8. จัดตั้งเครือข่ายชุมชนต้นแบบปลอดภัยเสพติดและมีสุขภาพจิตที่ดี	8 จังหวัด	6 เดือนแรก	Service plan สุขภาพจิตยาเสพติดเขต สุขภาพที่ 1
9. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ทีมดูแลสุขภาพใจ (Mental Health care giver) ระดับอำเภอ	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และยาเสพติดโรงพยาบาล, สสอ., รพ.สต. ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (ปกครอง ท้องถิ่น ตำรวจ) อำเภอละ 10 คน รวม 250 คน	ม.ค.-มี.ค.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพ ติดเชียงใหม่
10. โครงการเสริมสร้างและฟื้นฟูสุขภาพจิตในผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)	8 จังหวัด งบประมาณ 490,000 บาท จากกรมสุขภาพจิต	ม.ค.-มี.ค.68	โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
11. โครงการ Sandbox ระบบการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดแบบครบวงจรไร้รอยต่อในพื้นที่ต้นแบบ	งบประมาณ 103,000 บาท จากกรมการแพทย์	ม.ค.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่

## กลยุทธ์ที่ 2 ยกย่องระบบบริการบำบัดฟื้นฟูผู้มีอาการทางจิตเวชจากสารเสพติด (In Hospital )

### 1. สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

- โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 ทั้งหมด 103 แห่ง
- จำนวนหอผู้ป่วยจิตเวช 12 แห่ง รวม 151 เตียง /มินิธัญญารักษ์ 12 แห่ง จำนวน 164 เตียง
- CBT x ครบ ทั้ง 8 จังหวัด 34 อำเภอ ( จากทั้งหมด 103 อำเภอ) ผู้รับบริการรวม 681 ราย
- ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 21,868 ราย

## 2.วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยใน Ward จิตเวช และมินิธัญญารักษ์ให้สามารถรองรับผู้ป่วยใน Case รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ได้ ( สีแดงและสีส้ม)
- 2) พัฒนาหอผู้ป่วยจิตเวชและมินิธัญญารักษ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

## 3. แผนดำเนินงาน

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบริการจิตเวชและสารเสพติดที่มีคุณภาพ</b>			
1. ปัจฉิมนิเทศผู้ป่วยยาเสพติด	ผู้ป่วยจำนวน 50 คน	ม.ค. -มี.ค.68	โรงพยาบาลพะเยา
2. ระบบ Tele psychiatry ใน รพร.ปัว บริการตรวจ case จิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน สายเหนือ	ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	ต.ค.67-ก.ย.68	สถาบันพัฒนาการเด็กฯ รพร.ปัว จ.น่าน รร.พระปริยัติธรรม
3. สนับสนุนการบริการมินิธัญญารักษ์ อ. นาน้อย หอผู้ป่วยจิตเวช รพ.น่าน และ Corner Ward ใน รพร.ปัว	บุคลากรใน รพ.	ม.ค.-ส.ค.68	สสจ.น่าน
4. มุ่งเพิ่มการทำ Telepsychiatry ไปยัง ทุก รพช.ให้ครบทุกแห่ง (ปัจจุบัน ทำ เฉพาะในเรือนจำ + รพ.สต.เขตเมืองแพร่)	รพช. ใน จ.แพร่	ต.ค.67-ก.ย.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด จ.แพร่
5. จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดแบบเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service) ในทุกอำเภอ	รพ.ทุกอำเภอ	ต.ค.67-ก.ย.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด จ.เชียงราย
6. การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การรับรอง คุณภาพ ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด	สสจ./ สสอ./รพ. และ ภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 60 คน	มี.ค.68	สสจ.เชียงใหม่
7. ประชุมเยี่ยมเสริมพลัง และควบคุม กำกับ ติดตาม สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด 15 แห่ง	เม.ย.-มิ.ย.68	สสจ.เชียงใหม่

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
8. การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA ยาเสพติด)	รพ.10 แห่ง ที่หมดอายุปี 2568	ม.ค.-มิ.ย.68	สสจ.เชียงใหม่
9. การพัฒนาระบบบริการการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)	ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของรพช./ สสอ./รพ.สต. และอปท.ในพื้นที่อำเภอ ไชยปราการ และอำเภอเชียงดาวและตัวแทนภาคประชาสังคม		สสจ.เชียงใหม่
10. การพัฒนาระบบบริการการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)	ผู้นำชุมชน 100 คน	ต.ค.67-ก.ย.68	โรงพยาบาลพะเยา
11. จัดตั้งมินิธัญญารักษ์	อำเภออมก๋อย อำเภอไชยปราการ	ธ.ค.67 ม.ค.68	สสจ.เชียงใหม่
12. โครงการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลชุมชน งบประมาณ 700,000 บาท จากกรมการแพทย์	เม.ย.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
13. โครงการขยายบริการผู้ป่วยยาเสพติดในระบบศาล	2 ศาล งบประมาณ 15,500 บาท	ธ.ค.67- ส.ค.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
14. พัฒนาระบบ Tele – Consult ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	รพ.ธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน	ม.ค.-มี.ค.68	โรงพยาบาลสวนปรุง
<b>มาตรการที่ 2.พัฒนาศักยภาพ/เพิ่มสมรรถนะเครือข่ายทุกระดับ</b>			
1.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดด้วยไฟฟ้า	บุคลากรใน รพ. 30 คน งบประมาณ 11,850 บาท (เงินบำรุง รพ.)	ม.ค.-มี.ค.68	โรงพยาบาลพะเยา
2.โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Positive Psychology	บุคลากรใน รพ. และเครือข่ายเอกชนและภาครัฐ 50 คน งบประมาณ 23,550 บาท	เม.ย.- มิ.ย.68	โรงพยาบาลพะเยา

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
3.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (BA,BI)	บุคลากรใน รพ./สสอ/รพ.สต./แกนชุมชน/ปราชญ์/พระ/ศิราณีชม ชุน/5 ทหารเสือ งบประมาณ 51,000 บาท	ม.ค.68	สสจ.ลำพูน
4.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนไข้สุขภาพจิตและยาเสพติด(TTX)	บุคลากรใน รพ./สสอ/รพ.สต งบประมาณ 61,500 บาท	มี.ค.68	สสจ.ลำพูน
5. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดตามมาตรฐาน - ประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายสุขภาพจิตและยาเสพติดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ศึกษา - การดูแลจิตใจตนเองและผู้อื่นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน - ประชุม Case conference ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย	รพ.ลำปาง /12 รพช/ 20 รพ.สต / 7 ศบส. รวม 70 คน งบประมาณจาก สปสช. รวม 86,332 บาท - 27,500 บาท - 23,832 บาท - 27,500 บาท - 7,500 บาท	ม.ค.-มี.ย.68	รพ.ลำปาง Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด จ.ลำปาง
6. อบรมสอบสวนฆ่าตัวตาย	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาล , สสอ., รพ.สต. อำเภอละ 5 คน จำนวน 75 คน (ผู้ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม)	17-18 ธ.ค.67	สสจ.เชียงใหม่
7. การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับแพทย์”	แพทย์ และบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน	ก.พ.68	สสจ.เชียงใหม่
8. การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)”	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด จาก สสจ. สสอ. รพ. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 160 คน	เม.ย.68	สสจ.เชียงใหม่

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
9. โครงการพัฒนาศักยภาพการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ Matrix program	40 คน งบประมาณ 280,000 บาท	ม.ค.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
10. โครงการฝึกอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ สำหรับแพทย์	แพทย์ 20 คน งบประมาณ 100,000 บาท	มี.ค.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
11. โครงการเสริมสร้างและพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด (Care giver)	20 คน งบประมาณ 7,000 บาท	มี.ค.68	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
12. การฝึกอบรมเฉพาะทางด้าน สุขภาพจิตและสารเสพติด (หลักสูตร ระยะยาว) - หลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน (27 วัน) - หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช (4เดือน) - หลักสูตรเภสัชกรเฉพาะทางจิตเวช (4เดือน) - หลักสูตรบริหารเภสัชสาขาจิตเวช ปฐมภูมิ (4เดือน) - หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด (4 เดือน) - หลักสูตรแพทย์เฉพาะทางด้านเวช ศาสตร์ครอบครัวการเสพติด (1ปี)	งบประมาณ 300,000 บาท งบประมาณ 600,000 บาท งบประมาณ 500,000 บาท งบประมาณ 120,000 บาท งบประมาณ 497,900 บาท งบประมาณ 600,000 บาท	พ.ย.- ธ.ค.67 มี.ค.-พ.ค.68 มี.ค.-พ.ค.68 มี.ค.-พ.ค.68 มี.ค.-พ.ค.68 มี.ค.-พ.ค.68	โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนปรุง รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่ รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่
<b>มาตรการที่ 3 บริหารทรัพยากรร่วมกัน (Pool &amp; Share )</b>			
1. หมุนเวียนจิตแพทย์ไปช่วยตรวจ รพ. ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน และ รพ.ที่ขาดแคลน	รพ.ธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน	ม.ค.-มี.ค.68	รพ.สวนปรุง รพ. ธัญญารักษ์ เชียงใหม่
2. บริหารจัดการเตียง (Bed Management) ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ร่วมกันผ่าน Service plan สุขภาพจิตและสารเสพติด	8 จังหวัด	ก.พ.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1

### กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Post Hospital)

#### 1. สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

- ฐานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด จาก บสต.
- ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากโปรแกรม V CARE
- ฐานข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายจาก รง 506 s
- ร้อยละ 76.80 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง

#### 2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้าง/ เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ใช้ในการติดตามร่วมกัน
- 2) เพื่อวางแผนการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม

#### 3. แผนดำเนินงาน

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน</b>			
1. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตสุราให้ทุกอำเภอ ได้เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย	รพ.สต /รพ /สสอ	ต.ค.67- มี.ค.68	สสจ.น่าน
2. ระบบ Digital Tracking เพื่อติดตามและแจ้งเตือนผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจติดตาม	8 จังหวัด	ต.ค.67- มี.ค.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1
3. การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) รูปแบบใหม่ รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564”	ผู้รับผิดชอบงานด้านระบบข้อมูลยาเสพติด ในศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จังหวัดเชียงใหม่ รุ่นละ 80 คน จำนวน 2 รุ่น	ม.ค.68	สสจ.เชียงใหม่
<b>มาตรการที่ 2 ดูแลติดตามผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม</b>			
1. โครงการวางแผนก่อนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ	120 หน่วยงาน 12 จังหวัด งบประมาณ 102,120 บาท	ต.ค.67- ก.ย.68	โรงพยาบาลชัยภูมิราชภัฏเชียงใหม่

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
2. สร้างกลุ่มสนับสนุนหลังการรักษา (Support Group) ในชุมชน เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยลดการกลับมาใช้ซ้ำ	8 จังหวัด	ม.ค.-ก.ค.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1
3. จัดตั้งทีมติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา (Follow-Up Team) ที่ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา	8 จังหวัด	ม.ค.68	Service plan สุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 1
4.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบดูแลและติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	8 จังหวัด งบประมาณ 275,000 บาท จากกรมสุขภาพจิต	ม.ค.68	โรงพยาบาลสวนปรุง

#### กลยุทธ์ที่ 4 ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและลดปริมาณนักเสพหน้าใหม่ ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นวัยรุ่น

##### 1. สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 1 พบจำนวน 588 ราย คิดเป็นอัตรา 10.03 ต่อแสนประชากร โดยพบในกลุ่มวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) มากที่สุดจำนวน 172 ราย คิดเป็นอัตรา 18.50 ต่อแสนประชากร
- ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 580 ราย จาก 21,868 ราย
- โรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 2,901 แห่ง เข้าร่วมระบบ School Health HERO 1,441 แห่ง ( ร้อยละ 49.67)

##### 2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างระบบดูแลช่วยเหลือ ระบบเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น
- 2) เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม

##### 3. แผนดำเนินงาน

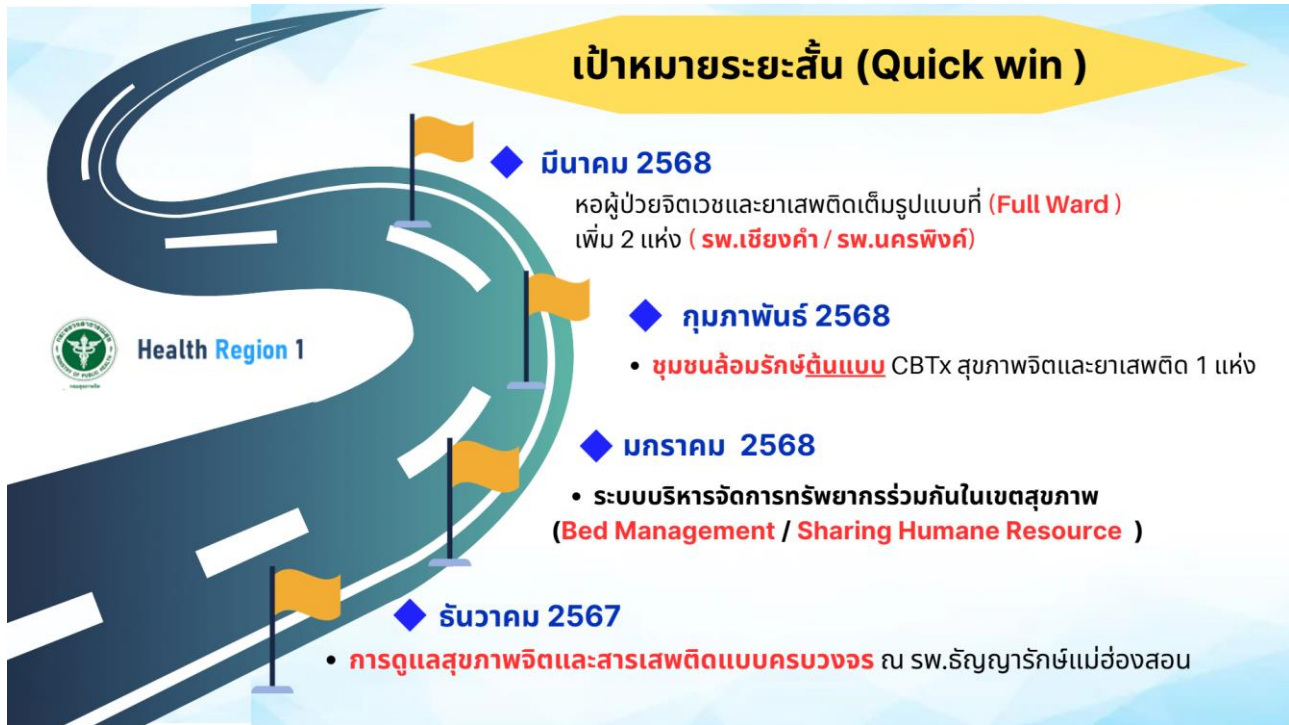
โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>มาตรการที่ 1 พัฒนากลไกและความร่วมมือในการดำเนินงาน</b>			
1.จัดตั้งคณะทำงานวิชาการร่วมระดับเขต เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงลึก ออกแบบนโยบายที่สอดคล้องกับกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีทั้งกลุ่มเมืองชาติพันธุ์ ชนเผ่า และต่างด้าว	8 จังหวัด	ม.ค.68	สถาบันพัฒนาการเด็กฯ สสจ.ทุกจังหวัด สพม./สพป.ในเขตสุขภาพ

โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ วางแผนและติดตามประเมินผล</b>			
1. พัฒนาระบบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นในเขตสุขภาพ ประเมิน Mental Health Check In+ ASSIST	8 จังหวัด	ม.ค.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 สถาบันพัฒนาการเด็กา
2. ผลักดันระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกสถานศึกษา เชื่อมโยงระบบขอความช่วยเหลือ Call for Help (ตัวอย่าง: Line OA: Are you ok จังหวัดพะเยา)	8 จังหวัด	ต.ค.67- ก.ย.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 สถาบันพัฒนาการเด็กา
3. ระบบ Mental Health + Substances Surveillance System ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 1	8 จังหวัด	ต.ค.67- ก.ย.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 สถาบันพัฒนาการเด็กา
<b>มาตรการที่ 3 เสริมองค์ความรู้และศักยภาพภาคีเครือข่ายการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและยาเสพติด</b>			
1.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อนผู้ให้คำปรึกษา	กลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 80 คน งบประมาณ 25,000 บาท (เงินบำรุง รพ.)	เม.ย.-มิ.ย.68	โรงพยาบาลพะเยา
2.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการห้องเรียนครอบครัวปันสุข	ผู้ป่วย ญาติ เครือข่ายภาคีรัฐและเอกชน 50 คน งบประมาณ 24,200 บาท (เงินบำรุง รพ.)	เม.ย.-มิ.ย.68	โรงพยาบาลพะเยา
3. โครงการการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นใน เขตอำเภอเมือง - อบรมจับใจนักเรียนกลุ่มป่วย - อบรมให้คำปรึกษาาระบบดูแลช่วยเหลือครู - อบรมทักษะการช่วยเหลือเพื่อนนักเรียน	โรงเรียนมัธยม 4 แห่ง จังหวัดลำพูน รวม 185,300 บาท (85,000 บาท) (39,100 บาท) (61,200 บาท)	ม.ค.-มี.ค.68	สสจ.ลำพูน / รพ.ลำพูน



โครงการ/กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	หน่วยงานรับผิดชอบ
4. โครงการ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ โดยใช้โปรแกรม Mindfulness (จับใจ) ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	โรงเรียนในจังหวัดน่าน	ม.ค.- ส.ค.68	สสจ.น่าน
5. เพิ่มนักจิตวิทยาในระบบให้คำปรึกษา		ต.ค.67- ก.ย.68	สสจ.น่าน
6. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพจิต (Mental Health Leader) ใน มหาวิทยาลัย เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2568	1.อาจารย์/บุคลากรใน มหาวิทยาลัย 8 แห่ง แต่ละ 4 คน รวม 32 คน งบประมาณจาก กรมสุขภาพจิต 122,000 บาท	มี.ค.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
7. สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตและสารเสพติดให้กับเด็กวัยเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนต้นแบบ	นักเรียนแกนนำ ใน 8โรงเรียน จังหวัดละ 5000 บาท รวม 40,000 บาท	ต.ค.67- ก.ย.68	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

## เป้าหมายระยะสั้น (Quick win ) ในระยะ ๖ เดือนแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๘



เดือน	เป้าหมาย
ธันวาคม 2567	<p>การดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดแบบครบวงจร ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โดย อธิบดีกรมสุขภาพจิต</li> <li>- มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก (OPD)</li> <li>- สามารถให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยใน (IPD) ที่ยุ่งยากซับซ้อน ( เคสสีแดง / ส้ม ) ก่อน ส่งต่อตามระบบ Fast track</li> <li>- มีการติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งในระบบบริการแบบ Follow-up และ ติดตามร่วมกับเครือข่ายในชุมชน</li> </ul>
มกราคม 2568	<p>ระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพที่ 1</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานจำนวนเตียง/ อัตราการครองเตียงของ หอผู้ป่วยจิตเวช และมินิธัญญารักษ์ผ่านคณะกรรมการ Service plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด ทุกเดือน</li> <li>- เพิ่มอัตราการครองเตียงมินิธัญญารักษ์มากกว่า ร้อยละ 20</li> <li>- บริหารจัดการเตียงร่วมกันในคณะกรรมการ ฯ</li> </ul>

เดือน	เป้าหมาย
กุมภาพันธ์ 2568	<p>ชุมชนลุ่มรักรักษ์ต้นแบบ CBTx สุขภาพจิตและสารเสพติด 1 แห่ง</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่ที่ยังไม่เคยดำเนินการ</li> <li>- เพิ่มการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในการทำ CBTx</li> <li>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทักษะ และสมรรถนะ อาทิ เช่น BA , BI การใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- คัดเลือกชุมชนที่มีผลการโดดเด่น สามารถดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบองค์รวม โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่แท้จริง</li> </ul>
มีนาคม 2568	<p>หอผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบเต็มรูปแบบเพิ่ม 2 แห่ง (Full Ward)</p> <p>ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และ โรงพยาบาลพะเยา</p> <p>แนวทางการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช</li> <li>- มีโครงสร้างหอผู้ป่วยที่เป็นไปตามมาตรฐาน ( เป็นลัดส่วน)</li> <li>-</li> </ul>

# ภาคผนวก