**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ**

**ประเด็นหลัก 3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดแพร่**

**3.1 Health Outcome**

**8. การแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย**

**ตัวชี้วัด** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เขตเพิ่มเติม)

Health Outcome Indicator

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม ร้อยละ 2

Service Outcome Indicator

1. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 90)

 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (≥ ร้อยละ 58)

 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ 9)

**ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

1. ระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A-M2 ทุกแห่ง

2. บริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน

 3. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

 4. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน

 5. บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการ ฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

**1.วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่**

อัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดแพร่ในปี 2556 – 2560 เท่ากับ 11.62,13.43,9.64.10,20และ17.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดถึงเกือบ 3 เท่า โดยการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เป็นเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช โรคซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังทุกประเภท บางครั้งอาจจะเกิดความคิดไม่อยากเป็นภาระของลูกหลานทำให้คิดสั้น และที่พบมากคือ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาส่วนตัว ปัญหาหนี้สิน และปัญหาที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน ซึ่งมีหลายปัจจัยประกอบกัน รวมทั้งสภาพจิตใจของบุคคลนั้นๆ สำหรับมาตรการป้องกันคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย และโรคทางจิตเวชต่างๆ การสังเกต และการเฝ้าระวังเพื่อนร่วมงานและคนใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อจะได้นำไปสู่การช่วยเหลือต่อไป สำหรับคนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วได้รับการช่วยเหลือแล้วมีอาการดีขึ้น จะมีการป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำอีกได้อย่างไร ซึ่งตามปัญหาการฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ ทั้งจากคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงาน โดยพบว่าการให้กำลังใจ จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเองจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ เพื่อเป็นการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงมีการดำเนินงานภายใต้การพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาสุขภาพจิต โดยมีการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน และระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนในหน่วยบริการทุกระดับ ให้มีการจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นโดยใช้วิธี drug delivery ซึ่งในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดแพร่ มีพยาบาล PG ครบทุกโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางที่กำหนด นอกจากนี้ยังมีการควบคุม กำกับ ติดตามนิเทศงานหรือรับปรึกษาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด รวมทั้งมีการบูรการร่วมกันกับงานโรคไม่ติดต่อ(NCD) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดแพร่ ต่อไป

ในปีงบประมาณ 2560 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดแพร่เท่ากับ 17.38 ต่อแสนประชากร โดยอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดใน3 อำเภอ คือ อำเภอวังชิ้น,อำเภอสูงเม่นและลอง เท่ากับ 34.56,25.77 และ 23.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม – มกราคม 2561) พบว่าจังหวัดแพร่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 3.26 ต่อแสนประชากร ซึ่งไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อแสนประชากร) ซึ่งอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ อำเภอร้องกวาง,อำเภอสอง และอำเภอเด่นชัย มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 7.91, 8.77 และ 5.42 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ส่วนตัวชี้วัดตาม Service Outcome ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม – มกราคม 2561 ) พบว่า การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม – 25มกราคม 2561) พบว่า ร จังหวัดแพร่ ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพระยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 51.56 ยังไม่ถึง เป้าหมายตามเกณฑ์ (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 55) ส่วนข้อมูลจาก (ฐานข้อมูล HDC ของจังหวัดแพร่ ร้อยละ32.6) ซึ่งน้อยกว่า ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 81.57 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 70) , ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 21.24 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 9) ผู้ป่วยออทีสติก (Autistic) เข้าถึงบริการ ร้อยละ 63.74 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 11)

**2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามในแต่ละประเด็น)**

1. **ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน (เชิงปริมาณ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำ****ดับ** | **ตัวชี้วัด** | **รายการข้อมูล** | **อำเภอเมือง** | **อำเภอ****สูงเม่น** | **อำเภอ****ลอง** | **อำเภอ****สอง** | **อำเภอร้องกวาง** | **อำเภอ****วังชิ้น** | **อำเภอ****เด่นชัย** | **อำเภอหนองม่วงไข่** | **ภาพรวมจังหวัด** | **ภาพรวมจังหวัด****รอบ 1**  |
| 1 | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน) | เป้าหมาย |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผลงาน | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 0 | 2 | 0 | 15 | 15 |
| อัตรา/ต่อแสน | 3.30 | 1.28 | 1.77 | 5.84 | 7.91 | 0 | 5.42 | 0 | 3.26 | 3.26 |
| 2 | ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80) | เป้าหมาย |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผลงาน | 8 | 11 | 1 | 8 | 8 | 5 | 3 | 1 | 45 | 45 |
| อัตรา/ต่อแสน ปชก |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55) | เป้าหมาย | 2378 | 719 | 1014 | 1551 | 989 | 1102 | 921 | 267 | 8941 | 8941 |
| ผลงาน | 1109 | 495 | 446 | 620 | 422 | 229 | 991 | 76 | 4388 | 4388 |
| อัตรา/ร้อยละ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | ร้อยละของผู้ป่วย โรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65) | เป้าหมาย | 827 | 250 | 353 | 540 | 344 | 383 | 320 | 127 | 3144 | 3144 |
| ผลงาน | 1169 | 255 | 203 | 271 | 158 | 266 | 186 | 61 | 2569 | 2569 |
| อัตรา/ร้อยละ | 141.4 | 102.0 | 57.51 | 50.18 | 45.93 | 69.45 | 58.12 | 48.03 | 81.71 | 81.71 |
| 5 | ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ(ร้อยละ 8) | เป้าหมาย | 960 | 316 | 316 | 554 | 455 | 418 | 411 | 139 | 3729 | 3729 |
| ผลงาน | 184 | 6 | 22 | 2 | 0 | 14 | 2 | 4 | 234 | 234 |
| อัตรา/ร้อยละ | 19.17 | 1.90 | 6.96 | 0.36 | 0 | 3.35 | 0.49 | 2.88 | 6.28 | 6.28 |

**ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดตาม Service Outcome ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม - มกราคม 2561)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** | **ภาพรวมจังหวัด รอบ 1/61** |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (> 55%) | 8,941 | 4,610 | 51.56 | ข้อมูล (ตค-มค.61) |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ (≥ 70%) | 3,120 | 2,545 | 81.57 | ข้อมูล (ตค-มค.61) |
| 3. ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น(ADHD)เข้าถึงบริการ(9%) | 2,274 | 483 | 21.24 | ข้อมูล (ตค-มค.61) |
| 4. ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก(Autistic)เข้าถึงบริการ(11%) | 91 | 58 | 63.74 | ข้อมูล (ตค-มค.61) |

**ที่มา :** HDC สสจ.แพร่ ณ วันที่ 31 มกราคม 2561

**3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1. **ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ**

| **ประเด็นการตรวจราชการ** | **ผลการดำเนินงาน** | **ปัญหา อุปสรรค** | **ข้อเสนอแนะ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ
 | มีการรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไว้ในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง เป็นแบบIntregrated Bed ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม-ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จิตแพทย์จะพิจารณาให้ยาสงบอาการเบื้อต้น แล้วนำส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชโดยรถของหน่วยกู้ภัย | - ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากขาดสถานที่และบุคลากรด้านการพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วย- ไม่มีรถพยาบาลสำหรับนำส่งผู้ป่วยจิตเวชไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึงที่ผ่านมารพ.แพร่ใช้ระบบรถกู้ภัยของภาคประชาชน และขอความอนุเคราะห์ค่าเชื้อเพลิงในการเดินทางจากพัฒนาสังคม หรือสมาคมสายใยน้ำใจแพร่ รายละ 2,000 บาท | มีกรอบโครงสร้างกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดที่ชัดเจน- ควรกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยระบบการส่งต่อโดยรถพยาบาลของทาราชการ และมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะอันตราย นำส่งอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่นำส่ง |
| 1. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ
 | จัดให้มีระบบยาจิตเวชเครือข่ายใน จ.แพร่ ด้วยระบบคลังยาร่วมและยาจิตเวชชุมชนโดยรพ.แพร่จัดส่งให้รพ.ชุมชน  | - คลังยาของรพ.ชุมชน แต่ละแห่งมียาไม่เหมือนกัน | -ควรมีระบบบริหารจัดการยาจิตเวชของรพช. โดยใช้คลังยาร่วมของจังหวัดเพื่อให้สามารถบริหารจัดการยาได้สะดวกมากขึ้น |
| 1. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น
 | - เพิ่มศักยภาพการค้นหาคัดกรองโรคจิต โรคซึมเศร้าแก่เครือข่ายภาคประชาชนในชุมชน- จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชออกให้บริการจิตเวชสัญจร ในรพช.และรพ.สต.ห่างไกล และเรือนจำเพื่อให้บริการประชาชนที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต- บูรณาการงานจิตเวชร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับงานเวชกรรมสังคม งานอาชีวเวชกรรม งานอนามัยโรงเรียน งานกิจกรรมบำบัด รวมทั้งเครือข่ายองค์กรภายนอกเช่น พัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์ดูแลคนไร้ที่พึ่ง บ้านพักเด็กและครอบตัว องค์กรท้องถิ่น เป็นต้น | - แพทย์ไม่เพียงพอสำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน | - ควรมีแพทย์ที่ได้รับการอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชใน รพช.ทุกแห่งควรเผยแพร่ให้ความรู้เรื่องคัดกรองโรคจิตเวชในสถานประกอบการ |
| 1. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน
 | -มีระบบการคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย 3 กลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งต่อให้ได้รับการตรวจรักษาทางจิตเวชอย่างถูกต้องครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกจิตเวช และคลินิกยาเสพติด เป็นต้น | - การคัดกรองทำได้เฉพาะที่ผู้ป่วยมาใช้บริการในสถานบริการ ส่วนการติดตามค้นหาคัดกรองที่บ้านนั้นจะทำโดยอสม.เป็นรอบ ๆตามแผนการปฏิบัติงานของแต่ละชุมชนซึ่งทำให้ประชาชนบางส่วนเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน  | - ควรมีระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน และมีพฤติกรรมการดื่มสุรา |
| 1. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน
 | มีระบบการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสียงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ในเครือข่ายจังหวัดแพร่  | -บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วย- ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านจิตใจที่ละเอียดอ่อน และ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน | - ควรให้หน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายโดยมีแนวทางการเปิดเผยข้อมูลเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ |
| 1. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ พชอ. ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 | -มีการอบรมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ เชื่อมต่อกับเครือข่ายภาคประชาชน สร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย  | **-** ประชาชนได้รับความรู้ แต่ยังขาดทักษะ ความชำนาญในการประเมินและเฝ้าระวังความคิดอยากทำร้ายตัวเอง  | - ควรมีนโยบายให้จัดกิจกรรมออกหน่วยเผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักแก่ประชาชนนอกเวลาราชการ |

1. **ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

**๓.๑ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success factors)**

- มีบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวชครบทุกสาขา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก

- มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตจิตเวชด้วยระบบเครือข่าย โดยมีรพ.แพร่เป็นแม่ข่าย รพช.เป็นลูกข่าย และรพ.สต.เป็นหลานข่าย สามารถให้การปรึกษาเรื่องระบบงาน ประสานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยได้โดยตรงหรือ ผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้อย่างรวดเร็ว

**๓.๒ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์**

- จำนวนบุคลากรเฉพาะทางไม่เพียงพอเมื่อเทียงกับประชาการที่ใช้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ซึ่งขาดแคลนทั้งในสถานพยาบาลระดับ S และ F

- พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนต้องปฏิบัติงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป และงานในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับด้านจิตเวชได้อย่างเต็มที่

**๓.๓ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

- การสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายภาคประชาชนในการเป็นเครือข่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพแก่ผู้พิการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (สมาคมสายใยน้ำใจแพร่)

**๓.๔ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการผลักดันงานพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช**

**-** โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีกรอบโครงสร้างอัตรากำลังของพยาบาลจิตเวชที่ชัดเจนในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

**-** ในโรงพยาบาลชุมชนควรมีโครงสร้างของงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างชัดเจน โดยแยกออกจากกลุ่มงานการพยาบาล หรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติ

ทั้งนี้เพื่อให้งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีการพัฒนาให้เป็นระบบที่ชัดเจน บุคลาการมีชวัยกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ผู้รายงาน......นางเริงจิตร ตุ้ยดง....................................

 ตำแหน่ง.......พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ......................

 วัน/เดือน/ปี....................................

 โทร....08-1884-5356..

 e-mail:roengchit123 @gmail.com