

การพัฒนาาระบบดูแล ผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ผู้อำนวยการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

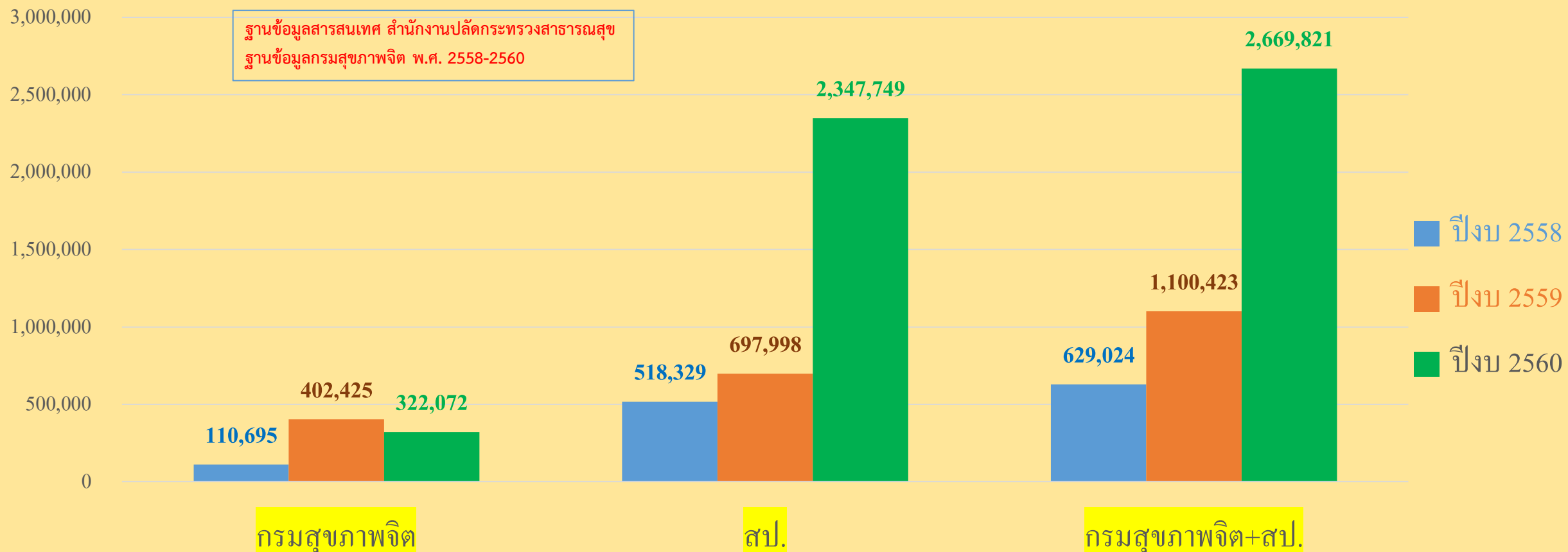
กรมสุขภาพจิต



ระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2013: ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวช

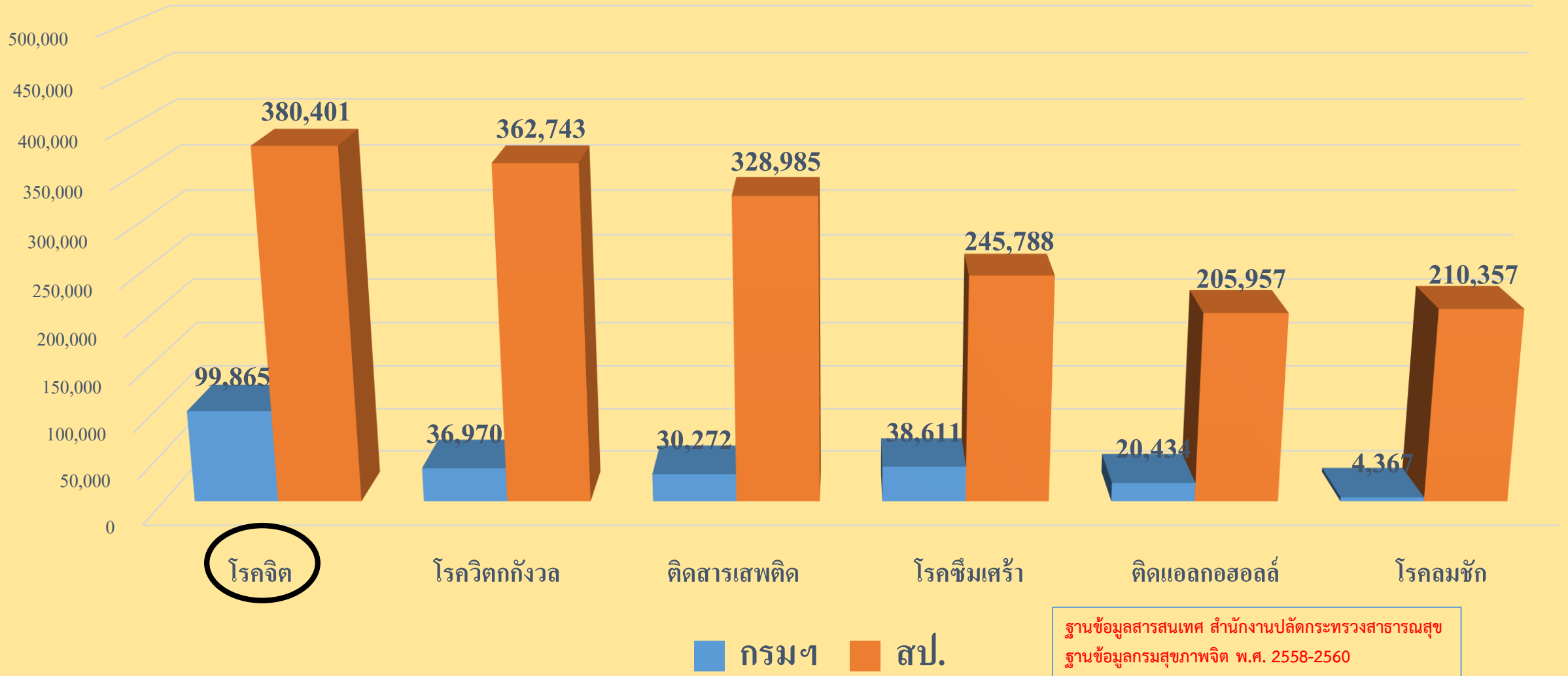
คนไทยเคยหรือป่วยด้วยโรคจิตเวชทุกชนิด : 32.3% (16.70 ล้านคน)

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการหน่วยบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ปี 2558-2560



6 อันดับกลุ่มโรคจิตเวชที่มาใช้บริการ ปีงบประมาณ 2560

(หน่วยนับ : คน)



จำนวนผู้ป่วยรหัส F20 ที่หายไปจากระบบมากกว่า 180 วัน

วันที่ในการสืบค้น : 1 ต.ค. 2559 – 31 ก.ค. 2561

ผู้ป่วย F20 ที่รักษา กับ
กรมสุขภาพจิตที่เดียว
(1)

7,977 คน

ผู้ป่วย F20 ที่รักษา กับ
กรมสุขภาพจิต และ
รพ.นอกสังกัดกรม
สุขภาพจิต
(3)

2,974 คน

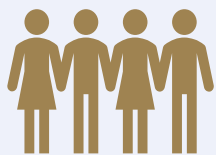
ผู้ป่วย F20 ที่รักษา กับ
รพ.นอกสังกัด
กรมสุขภาพจิต ที่เดียว
(2)

46,982 คน

รวม 57,933 คน (23.02%)

การติดตามลงเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่ม F 20-29

- ➡ ในจำนวน 23,331 คนที่ลงเยี่ยม
- ➡ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต้องเฝ้าระวังไปจนถึงรุนแรง จำนวน 4,885 คน (ร้อยละ 18)
- ➡ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 363 คน (ร้อยละ 1.12)



กลุ่มดี (82 %)

สาสุข



กลุ่มเฝ้าระวัง (15 %)

สาสุข

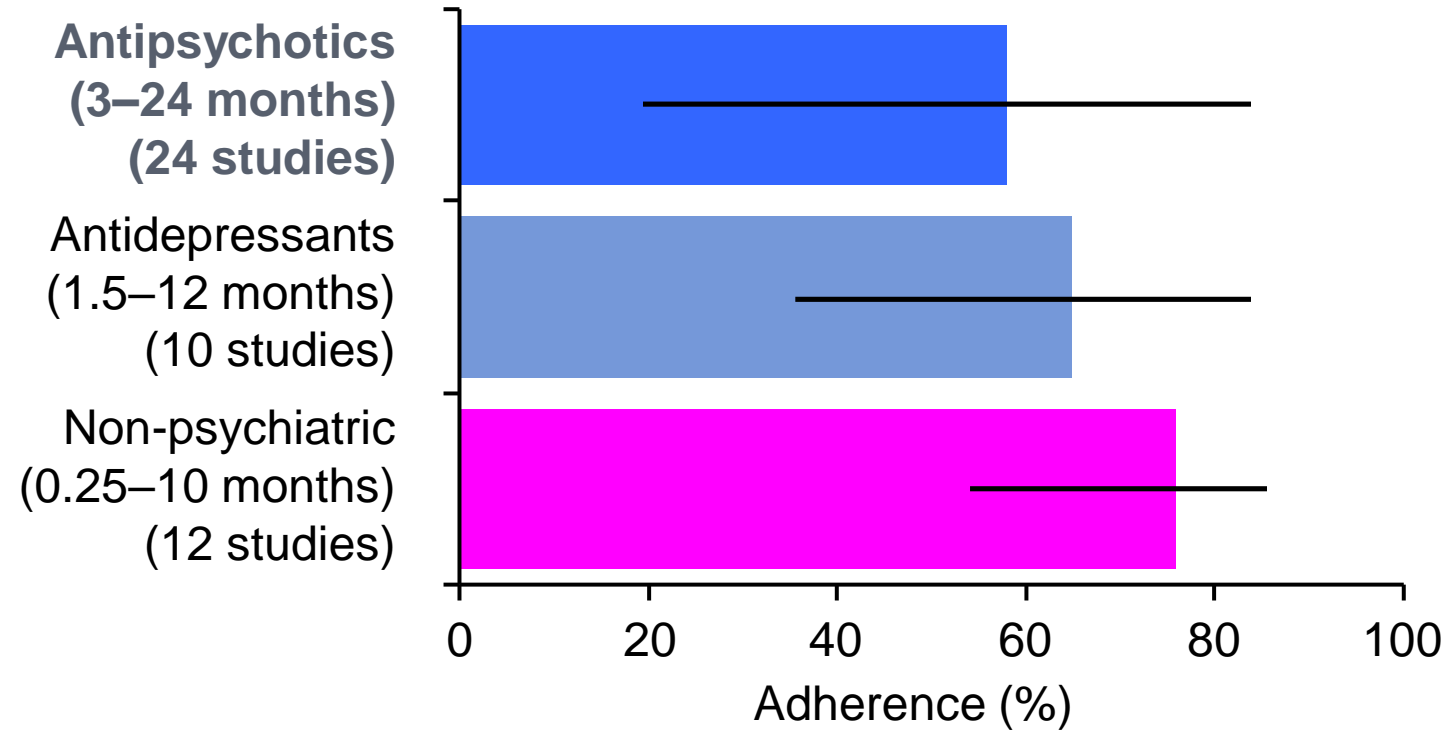


กลุ่มเสี่ยง (3%)

สาสุขและตำรวจ

ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ADHERENCE TO ANTIPSYCHOTICS IS POOR



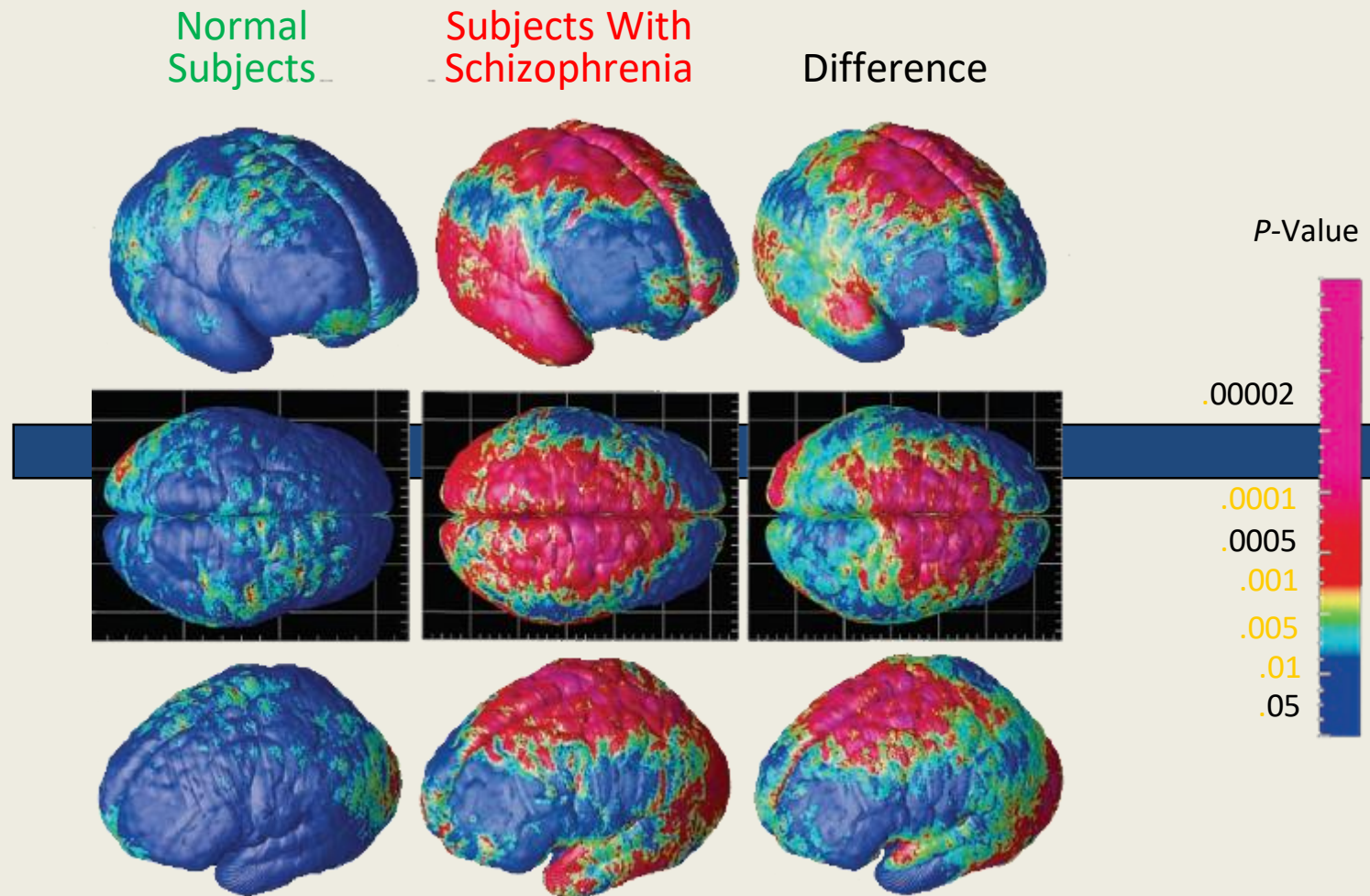
Wide range of estimates may reflect difficulty of assessing covert non-adherence

การขาดการรักษาในประเทศไทย

- 47-54% ของคนไข้โรคจิตเภทจะเริ่มกินยาไม่สม่ำเสมอใน 1 ปี
- การกลับเป็นซ้ำของโรคจะเกิดจากการกินยาไม่สม่ำเสมอถึง 18 เท่า
- อัตรานี้สูงกว่าประเทศตะวันตก

Pulsiri et al. 1992 (referred from) Maneesakorn S. J of Clin nursing. 16, 1302–1312
Karnrai W P. 1998
Tangtrongpaiboj W (1999) [http://www.dmh.go.th/ Abstract/details.asp?id=2587](http://www.dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=2587)

การกลับเป็นซ้ำส่งผลต่อการสูญเสียเนื้อสมองส่วนเทา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท



Adapted from: Thompson PM, et al. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2001;98(20):11650-11655.

ผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ความสูญเสียทางสังคม

ก่อความรุนแรง / ก่อคดี



บาดเจ็บ เสียชีวิต ทรัพย์สิน

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

อาการกำเริบ



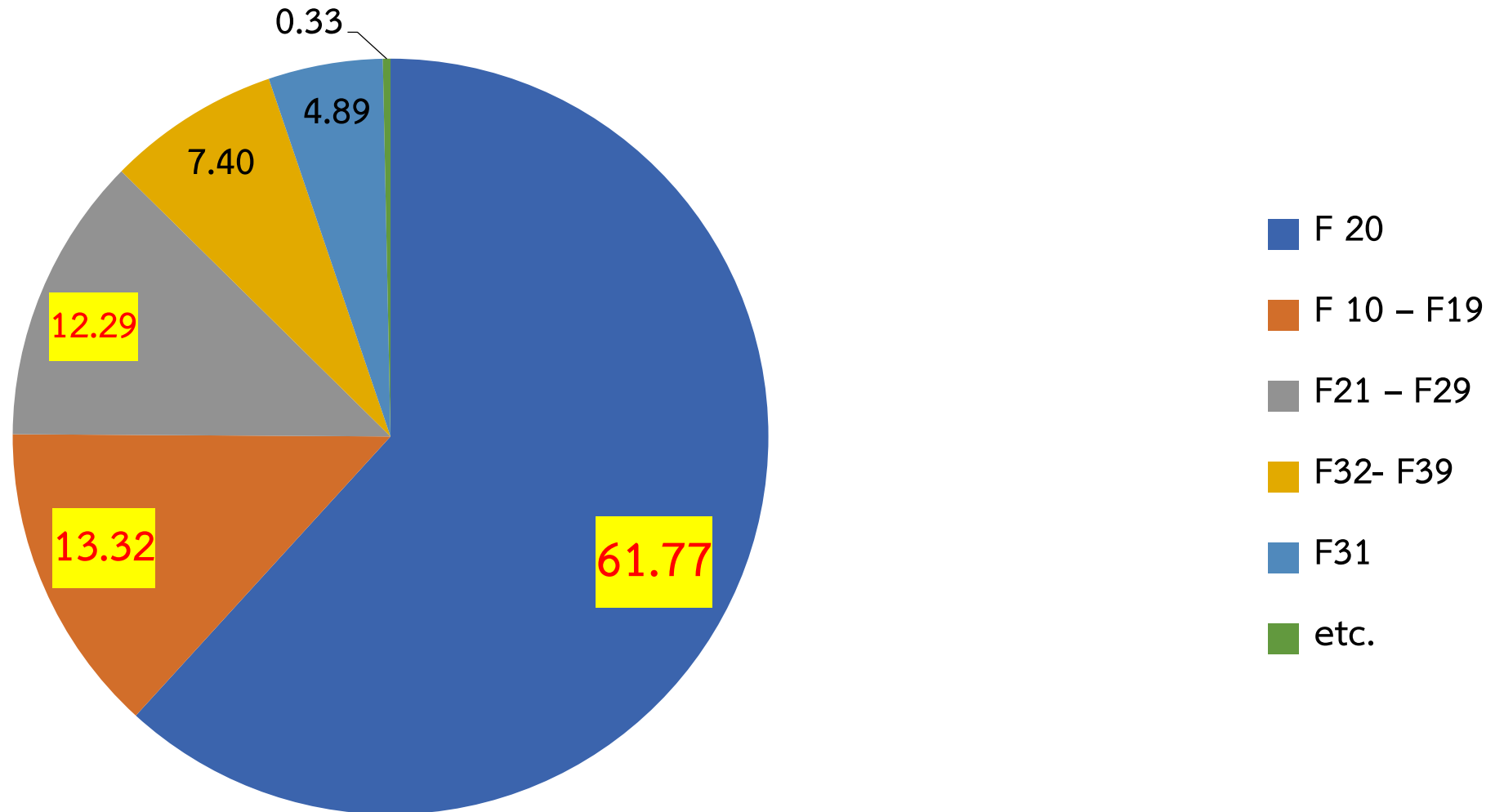
กลับมารักษาซ้ำ

เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช 7,500 บาท/คน/ครั้ง
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวช 240 ล้านบาทต่อปี



อัตราส่วนของการวินิจฉัยที่ถูกประเมินเป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงต่อความรุนแรง



Reference : Prasri Mahabodhi hospital, 2016

สาเหตุของการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

1

ผู้ป่วยขาดยา

2

ขาดการติดตามต่อเนื่อง

3

ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

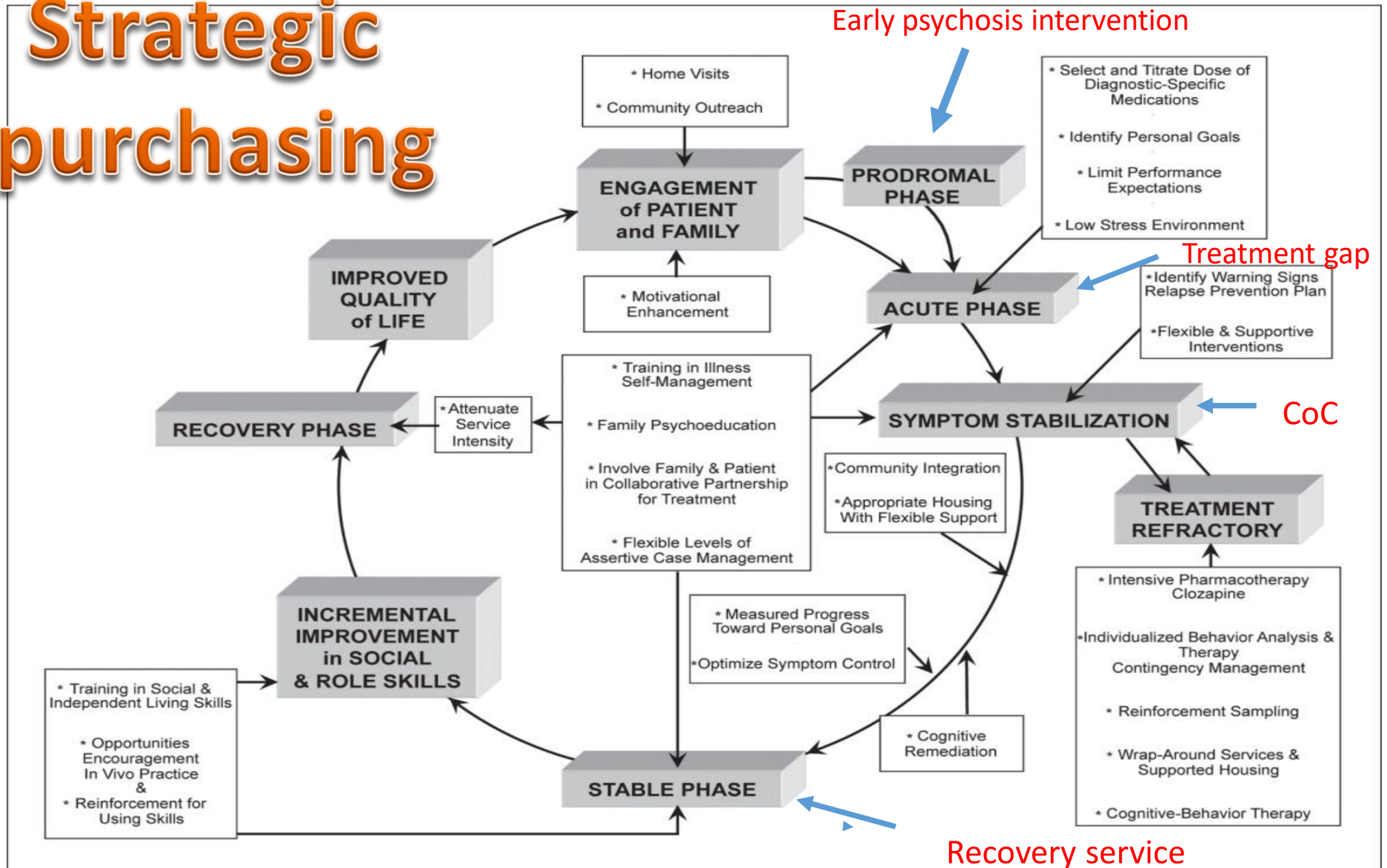
4

ใช้สุรา/ยาเสพติด (จากข้อมูล ปปส. ช่วงเดือน ก.พ. 60 – มี.ค. 61 ผู้มีอาการคลุ้ม
คลั่งก่อเหตุอันตราย 99 คน เคยเข้ารับการรักษา 49 คน)

5

ขาดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ

Strategic purchasing



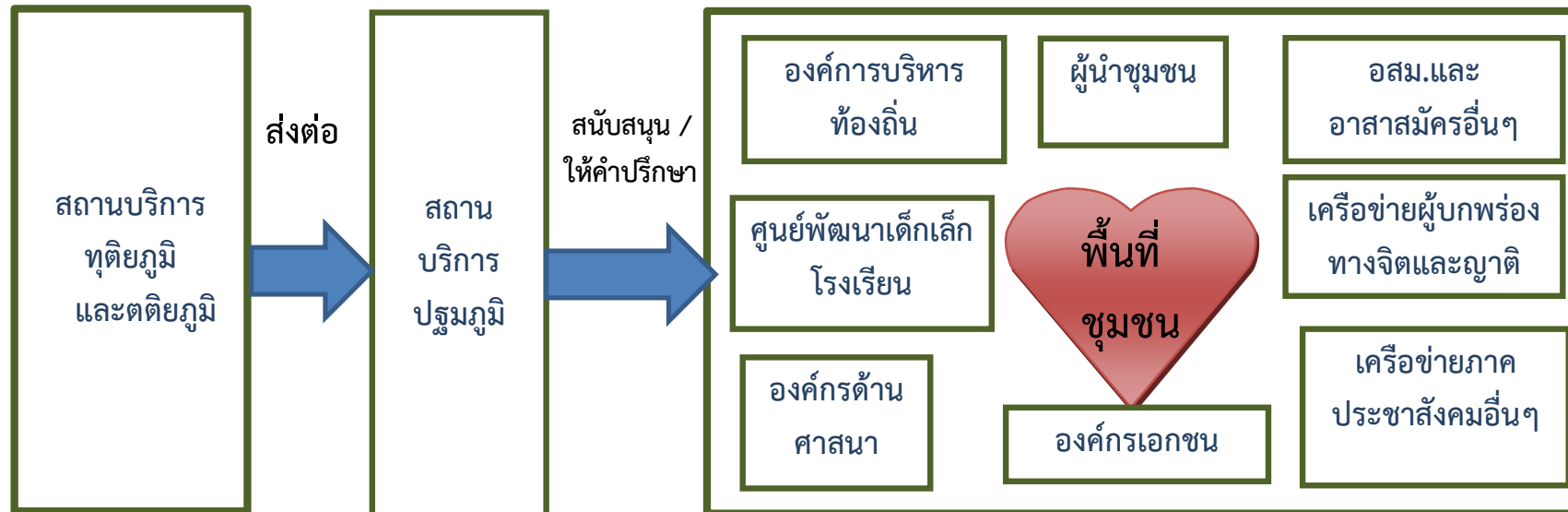
The treatment gap in mental health care (2019)

Mental disorders	Americas	Europe	Western pacific	Thailand	Thailand
schizophrenia	56.8	17.8	35.9	56.25	31.11
depression	56.9	45.4	48.1	70	48.23
dysthymia	48.6	43.9	50.0	NA	NA
Bipolar disorder	60.2	39.9	52.6	NA	NA
Panic disorders	55.4	47.2	66.7	62.3	TBC
GAD	49.6	62.3	55.6		
Alcohol abuse/dependence	72.6	92.4	71.6	97.7	95

การออกแบบระบบการดำเนินงานเพื่อดูแลต่อเนื่อง

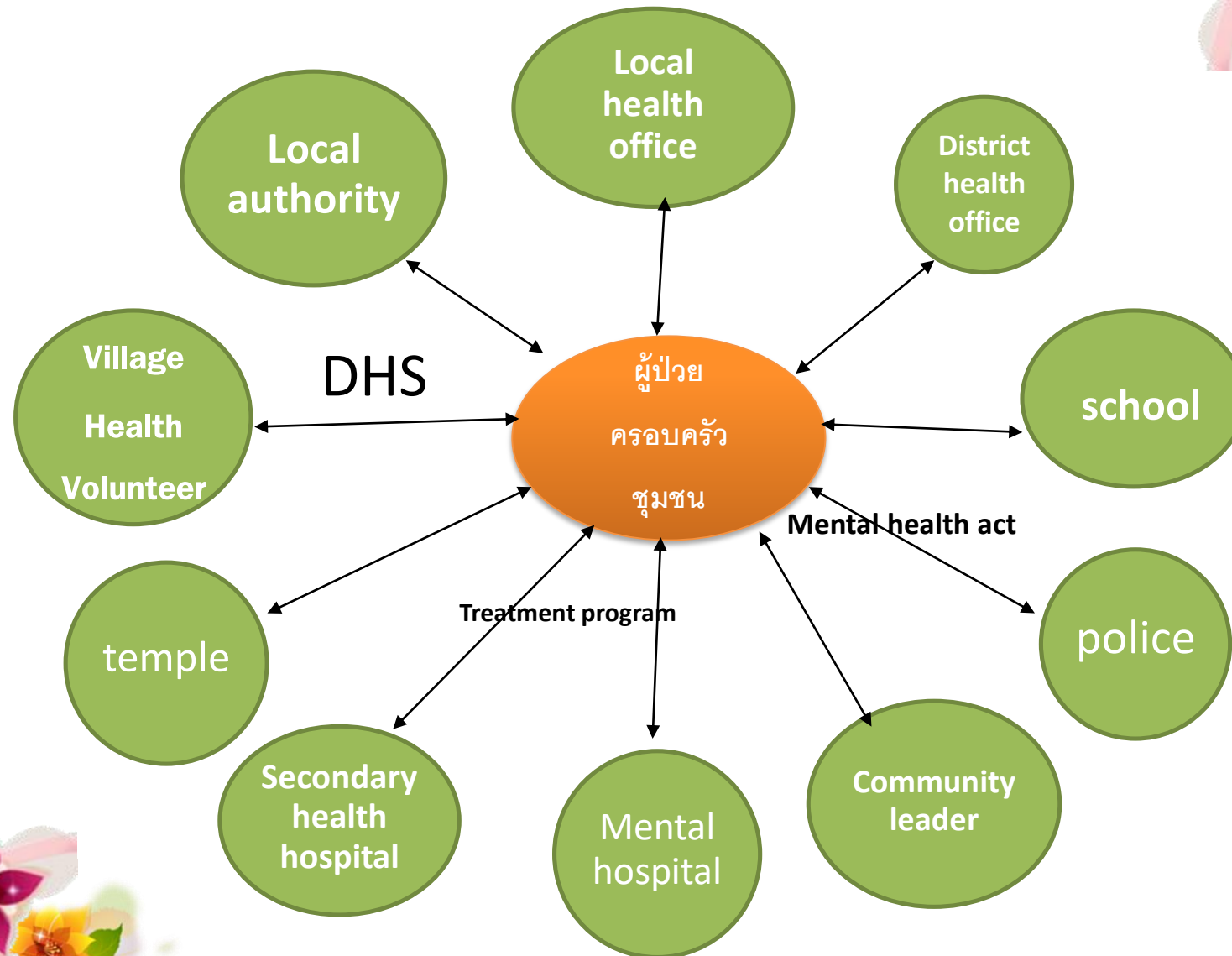
ระบบสนับสนุนทางเทคโนโลยี วิชาการ และ
ด้านบริหารจัดการในพื้นที่(กรม สป.)

ระบบสนับสนุนงบประมาณด้านบริหาร
จัดการ (สปสช แรงงาน กรมบัญชีกลาง
สพฉ.)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Network in community care



แนวทางการดำเนินงานตามหลักการ : อาการดี ยาดี ญาติดี ไม่มียาเสพติด
ประเมิน แยกกลุ่ม ดำเนินการดูแล เฝ้าระวังร่วมกับเครือข่ายตำรวจและชุมชน



โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องในประเทศไทย

- PRELAPSE program (พศ.2539) :
- เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและญาติผู้ป่วยจิตเภท
- เทคโนโลยีการสร้างเสริมทักษะชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (พศ.2540)
- Home visit and network building
- โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช
- Mental health GAP intervention (พ.ศ. 2553- ปัจจุบัน)
- โครงการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต่อเนื่อง สปสช กรมสุขภาพจิต (พ.ศ. 2558)
- โครงการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่อง สปสช กรมสุขภาพจิต (พ.ศ. 2559)

กรอบแนวคิดโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง (SMI-V)

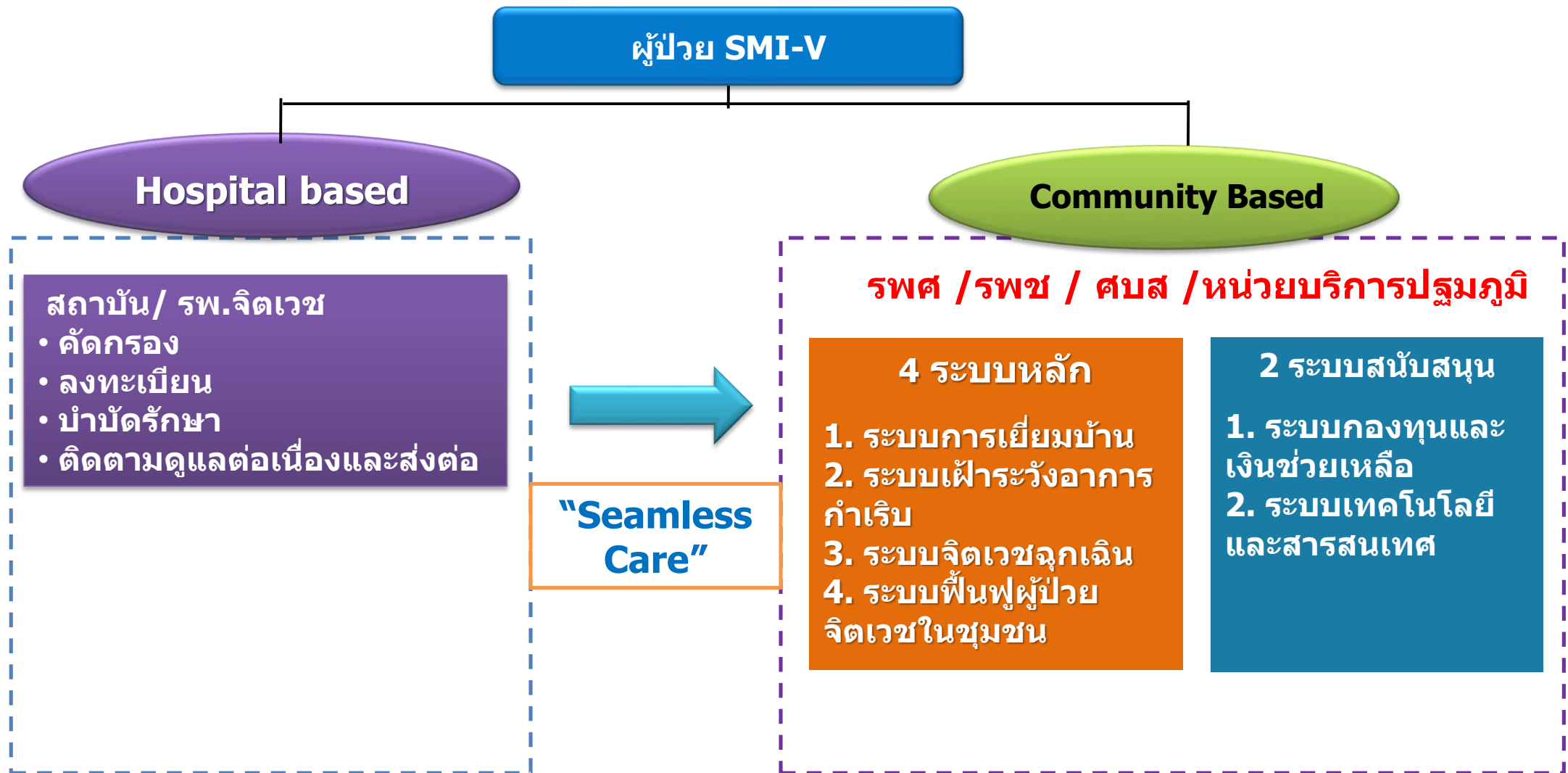
- A : มีการคัดกรอง ประเมินระดับความรุนแรงและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล
- C : ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกรายได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังบริการจากโรงพยาบาล
- Q : มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐาน
- S : ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่อง จนอาการสงบ ไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่ก่อคดี

โรงพยาบาลจิตเวช

ผลลัพธ์
ผู้ป่วยได้รับการติดตามในชุมชน จนหายทุเลา
ไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่ก่อคดี/ความรุนแรง

หน่วยบริการของพื้นที่

ระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างต่อเนื่อง



รูปแบบการบริการเพื่อจัดการปัญหาของ SMI-V

Database for real time surveillance and care

Screening register

- การคัดกรองตามเกณฑ์ SMI-V
- ฐานข้อมูล SMI-V

Intervention







- CPG รายโรค
- Case management
- รูปแบบ/โปรแกรมการดูแลด้านสังคมจิตใจ

Surveillance Care Fast track

- การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน
- การสร้างเครือข่ายในพื้นที่การหาพันธมิตร
- การเสริมพลังญาติและชุมชน
- ระบบ fast track care

การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3 ปี



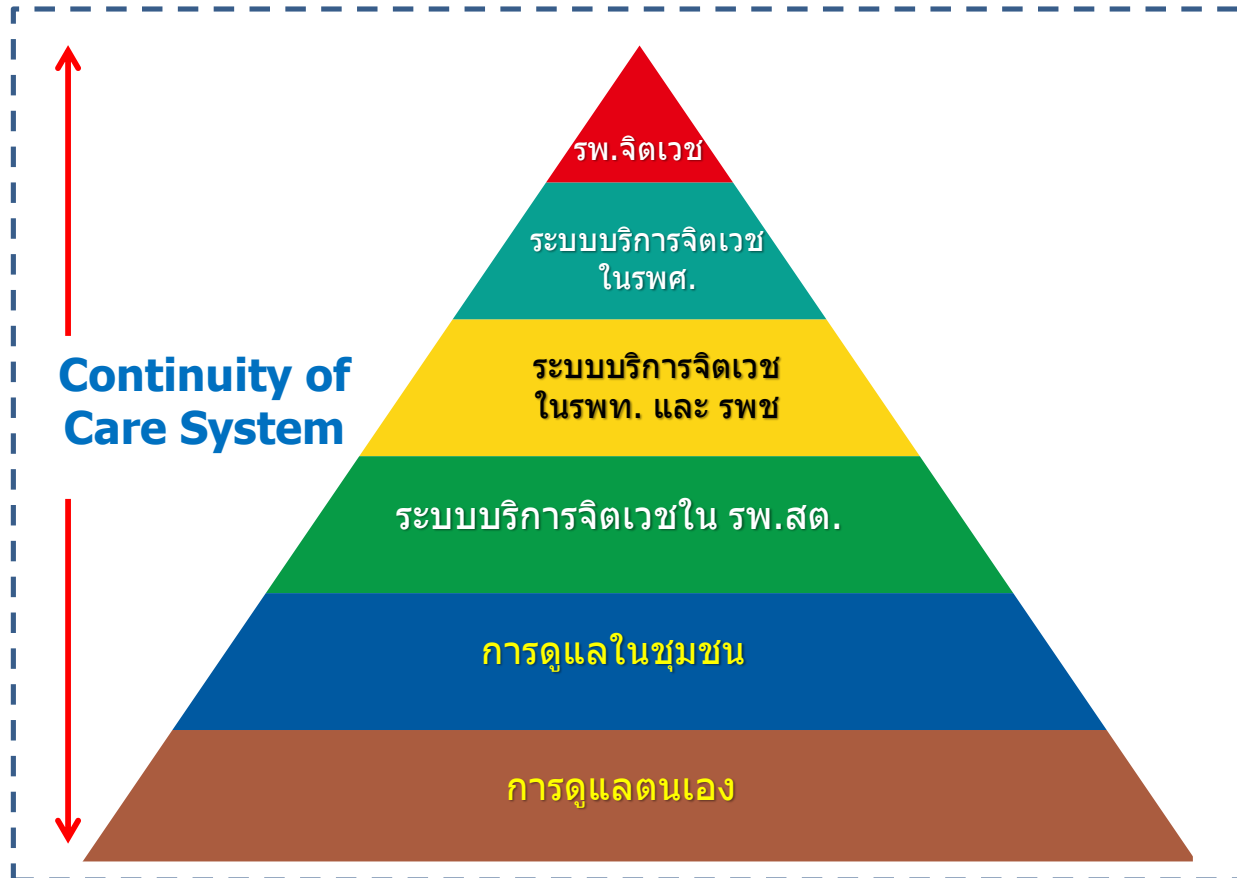
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
จำนวน/งบสนับสนุน	8,300/49,800,000 บาท	8,300/49,800,000 บาท	10,250/61,500,000 บาท
กลุ่มเป้าหมาย	-Dx Schizophrenia (F20) - จำหน่าย 30 ต.ค. 2558 - 31 มี.ค. 2559	-Dx F20-29 (Schizophrenia and others psychosis) - เป็นกลุ่ม SMI-V - จำหน่ายตั้งแต่ระยะเวลา 1 เม.ย. 2559 - 31 ต.ค. 2559 หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก	-Dx F20-29 (Schizophrenia and others psychosis) - เป็นกลุ่ม SMI-V - กลุ่มผู้ป่วยที่ยังยากซับซ้อนในชุมชน (ล้ามโซ่ readmit บ่อย มีผู้ป่วยจิตเวชหลายคนในครอบครัว)
คู่มือ/อุปกรณ์	 	 	 
กิจกรรม	-ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - ดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา	-ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง -มี รพช เป็น case manager -มี care plan ร่วมกับ รพ.สต. - กลยุทธ์ 3 C	-ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง -มี รพช เป็น case manager -มี care plan ร่วมกับ รพ.สต. - มีระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชน (4 องค์ประกอบหลัก)
บทบาท	มีระบบการทำงานตามคู่มือ	-เพิ่มบทบาท PM จิตเวชเขตสุขภาพ, สสจ	-เพิ่มบทบาทหน้าที่ของ รพ พึ่งเลี้ยง/บทบาท PM จิตเวช
การบันทึกข้อมูล	-	โปรแกรม Care Transition	โปรแกรม Care Transition
Output/outcome	CoC	-CoC -readmitted rate ↓	-CoC, Innovation -ขอฐาน Re-hospitalization สปสช.

การขยายผลในระดับประเทศ

กระบวนการขยายผล สู่ความยั่งยืน

Seamless
Care

Continuity of
Care System



ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
4 ระบบหลัก

1. ระบบการติดตามต่อเนื่อง
2. ระบบเฝ้าระวังอาการกำเริบ
การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา
และความเสี่ยง
3. ระบบส่งต่อและจัดการด้านจิตเวชฉุกเฉิน
4. ระบบฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

FAMILY CARE TEAM



Community visit



ผลลัพธ์การดำเนินงานการติดตามผู้ป่วย : 2561

เขต บริการ สุขภาพ	ผู้ป่วย ลงทะเบียน (คน)	Admit (คน)		รับบริการ จิตเวชฉุกเฉิน แต่ไม่ Admit (คน)	ผลการติดตาม (คน)						
		อาการ กำเริบ	รพ นัด ฟื้นฟู		พยายาม ฆ่าตัว ตายซ้ำ	ก่อความ รุนแรง ซ้ำ	ก่อความ รุนแรงต่อ ผู้อื่นซ้ำ	ก่อคดีฆ่า/ พยายามฆ่า/ ข่มขืน/ วางเพลิงซ้ำ	เสพสาร เสพติด ซ้ำ	ดื่มสุรา ซ้ำ	ขึ้น ทะเบียน ผู้พิการ
1	882	77	37	33	14	16	12	1	141	381	33
2	582	66	34	25	6	34	43	1	111	347	26
3	475	29	15	19	5	18	26	0	37	174	19
4	698	50	14	28	9	37	16	3	113	130	28
5	628	38	10	59	1	7	6	0	138	120	59
6	796	37	13	36	2	9	11	0	20	80	35
7	2,334	114	69	47	33	107	92	10	442	1,304	66
8	1,016	57	67	38	12	46	98	0	273	615	38
9	1,449	208	81	80	19	170	80	5	197	791	80
10	1,014	51	26	5	8	20	24	2	68	253	5
11	853	56	37	21	0	18	4	0	218	153	21
12	807	34	44	32	7	42	28	0	175	42	32
13	39	23	1	14	0	9	8	0	16.67%55	45	37.18%7
รวม	11,927	840	448	437	116	533	448	22	1,988	4,435	449

การบูรณาการการดำเนินงาน

1. โครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (F20-29) (สปสช.)
PM รพจ.นครราชสีมา
2. การนำเข้าข้อมูล SMI-V ในแฟ้ม 43 แฟ้ม screening PP ของ HDC สป.
3. การเริ่มต้น นำ SMI-V บูรณาการเข้าสู่กระบวนการดูแลของ สป. และ service tract
4. MOU การป้องกัน ฝ่าละออง และแก้ไขปัญหผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด (SMI-V) : ระหว่าง ปปส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สป. กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค การแพทย์ฉุกเฉิน กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พม. ฯลฯ

(ร่าง) แนวทางการเฝ้าระวัง ส่งต่อ และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

