



## คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน  
(staging) สำหรับบุคลากรเครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 4  
โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วย  
โรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2560

# สารบัญ

	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	1
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	3
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	3
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	3
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	3

## ภาคผนวก

แบบฟอร์มการรับ-ส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง

รายชื่อผู้จัดทำ

## 1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

**ผู้รับบริการหลัก** : ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงอย่างยากซับซ้อนที่มีภาวะวิกฤตทางจิตเวชจากเครือข่ายส่งต่อโรงพยาบาลศรีธัญญา มารับไว้รักษาตามระดับความรุนแรง (staging) จนกระทั่งจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 4 เพื่อการดูแลต่อเนื่องตามระบบ staging ทั้งผู้ป่วยจิตเวชรายเก่า/รายใหม่ อย่างเป็นองค์รวมครบวงจร

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
<p><b>ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรง (staging) จากโรงพยาบาลศรีธัญญาสู่เครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- งานบริการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต โทร 025287800 ต่อ (ศูนย์รับ-ส่งต่อ) 57838 , ต่อ(แผนกจิตเวชฉุกเฉิน) 57145</li><li>- งานบริการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน โทร 025287800 ต่อ (ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย) 57265 / (ศูนย์รับ-ส่งต่อ) 57838 , 57161</li><li>- งานบริการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน โทร 025287800 ต่อ (ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย) 57265</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตลอด 24 ชั่วโมงไม่เว้นวันหยุดราชการ</li><li>- วันจันทร์- วันศุกร์ เวลา 8.00 น.- 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักชัตฤกษ์)</li><li>- วันจันทร์- วันศุกร์ เวลา 8.00 น.- 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักชัตฤกษ์)</li></ul>

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
1)	การคัดกรองบริการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน รายเก่า/รายใหม่หลังจำหน่ายโรงพยาบาลศรีธัญญาจะส่งข้อมูล การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังแพทย์จำหน่ายตามคู่มือปฏิบัติงาน สำหรับทีมสหวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตตาม ระดับความรุนแรง (staging) ในโรงพยาบาลศรีธัญญา (SCLT-002) กรณีผู้ป่วยจิตเวช รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนพยาบาลจะประสานส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องกับเครือข่ายพื้นที่ใกล้บ้านตามสิทธิ์การรักษา ก่อน สรุปรายงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (Refer out) ทุกสิ้นเดือน เพื่อ การประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อคดีและความรุนแรง ซ้ำต่อเนื่อง	1-3 วัน	พยาบาลศูนย์ส่งต่อ/ พยาบาลจิตเวช ชุมชน/ พยาบาลหอผู้ป่วย
2)	การประเมินวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในเครือข่าย เครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 4 ประเมินเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ทำร้ายตนเอง (G-HARD) และพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายผู้อื่น (PHUA) ตามคู่มือปฏิบัติงานสำหรับทีมสหวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีภาวะวิกฤตตามระดับความรุนแรง (staging) ในเครือข่ายบริการ สุขภาพเขตบริการที่ 4 (SCLT-003) กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต (Critical) ส่งต่อตามระบบ Service Plan โรงพยาบาลศรีธัญญา แผนกจิตเวชฉุกเฉินรอคอยแพทย์ประเมินวินิจฉัยรับไว้รักษา	15 นาที	แพทย์/พยาบาล แผนกจิตเวชฉุกเฉิน
3)	การดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตตามระดับความ เร่งด่วน (staging) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทำร้าย ตนเอง (G-HARD) และพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายผู้อื่น (PHUA) ทั้งผู้ป่วย จิตเวชทั้งรายเก่าและรายตามระดับความเร่งด่วน staging (ID-SCLT-001) ร่วมกับการประเมินประวัติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อคดี และความรุนแรงซ้ำ (SMI-V) กรณีมีภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช ประสานส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการแผนกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาล ศรีธัญญา	24 ชั่วโมง	นักสังคมสงเคราะห์/ พยาบาลหอผู้ป่วย/ พยาบาลจิตเวช ชุมชน
4)	การประสานเครือข่าย/ญาติ/แนะนำ/ให้ข้อมูลการสังเกตอาการ เตือน การเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศรีธัญญามีการประสานกับเครือข่ายเขตบริการสุขภาพ ที่ 4 ให้ข้อมูลการเฝ้าระวังที่สำคัญเช่นอาการเตือนทางจิตและปัจจัย กระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล หรือสถานบริการใกล้บ้านกรณีผู้ป่วยจิตเวช รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อคดีและความรุนแรงซ้ำ (SMI-V)	1 -3 วัน	นักสังคมสงเคราะห์/ พยาบาลหอผู้ป่วย/ พยาบาลจิตเวช ชุมชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	ผู้รับผิดชอบ
5)	การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลศรีธัญญา มีการประสานกับเครือข่ายเขตบริการสุขภาพ ที่ 4 ให้ข้อมูลการเฝ้าระวังที่สำคัญกับสถานบริการใกล้บ้านกรณีผู้ป่วย จิตเวช รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อคดีและความ รุนแรงซ้ำ(SMI-V)ตามแบบบันทึกติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน	7 วัน	แพทย์/พยาบาล จิตเวชชุมชน/ พยาบาลหอผู้ป่วย
6)	การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 มีการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมแบบ องค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคร่วมทางกาย และประเมิน ฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง (G-HARD) และพฤติกรรมเสี่ยงทำร้าย ผู้อื่น (PHUA) ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั้งรายเก่าและราย ตามระดับ ความเร่งด่วน staging (ID-SCLT-001) ร่วมกับการประเมินประวัติ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อคดีและความรุนแรงซ้ำ(SMI-V)กรณีมีภาวะ วิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวชสามารถโทรปรึกษาขอความช่วยเหลือที่ แผนกจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนส่งตัวผู้ป่วยมารับ การรักษาเพื่อประเมินเบื้องต้น	30-45 นาที	แพทย์/พยาบาล แผนกจิตเวชฉุกเฉิน
รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น		14วัน 60นาที	

### 3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	แบบสำหรับส่งผู้ป่วยรับการตรวจหรือรักษาต่อ	1
2)	แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษา หรือส่งผู้ป่วยกลับ	1
3)	แบบสรุปรายงานข้อมูลผู้ป่วยส่งกลับ สสจ เขตบริการสุขภาพที่ 4	1
4)	แบบติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับ สู่ชุมชน	1

#### 4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	ค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ (ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกได้และสิทธิจ่ายตรง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้)	50
2)	ค่ายา (ผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกได้และสิทธิจ่ายตรง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนนี้ตามสิทธิการรักษา) <ul style="list-style-type: none"> <li>- สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้พิการ) เบิกค่ายาในบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริง</li> <li>- สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้พิการ) จังหวัดนนทบุรี เบิกค่ายาในบัญชียาหลักและค่าบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการได้รวมแล้วไม่เกินครั้งละ 700 บาท)</li> <li>- สิทธิประกันสังคม เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริง และอยู่ในการกำหนดของสถานพยาบาลต้นสังกัด</li> <li>- สิทธิจ่ายตรง เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามระเบียบการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ)</li> <li>- สิทธิเบิกได้ (ข้าราชการ กทม. รัฐวิสาหกิจหรือเอกชน) เบิกค่ายาในและนอกบัญชียาหลักตามที่เกิดขึ้นจริงและอยู่ในระเบียบของหน่วยงานต้นสังกัด</li> </ul>	ตามที่เกิดขึ้นจริง

#### 5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการโรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 55
2)	ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 43
3)	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตมีระยะเวลารอคอยพบแพทย์ที่ ER ภายใน 15 นาที มากกว่าร้อยละ 85
4)	ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนที่ส่งต่อจากเครือข่ายรับไว้รักษาร้อยละ 80
5)	ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 น้อยกว่าร้อยละ 10
6)	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อคดี/ความรุนแรงซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 5
7)	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกมากกว่าร้อยละ 85
8)	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน มากกว่าร้อยละ 85

6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	กล่องรับข้อคิดเห็น/ข้อร้องเรียน
2)	โทรศัพท์ 025287800 ต่อ 57123-28
3)	<a href="http://www.srithanya.go.th">www.srithanya.go.th</a>

ภาคผนวก



แบบสำหรับส่งผู้ป่วยรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปีอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียงคือ.....มาเพื่อโปรด

รับไว้รักษาต่อเนื่อง  ตรวจชั้นสูตร  คุมไว้สังเกต  ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว.....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

3. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

7. รายละเอียดอื่นๆ.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ  แจกความแล้ว  ยังไม่ได้แจ้ง)

ลงชื่อ (.....)

...../...../.....

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

จาก ..... ( โทรศัพท์ .....

ถึง .....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ .....

อายุ ..... HN..... เลขที่บัตรประชาชน..... เพศ .....

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....  
.....  
.....  
.....

2. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. การรักษา / การดำเนินการ

.....  
.....  
.....  
.....

4. ขอให้ดำเนินการดังนี้

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ข้อมูล

แบบสรุปรายงานข้อมูลผู้ป่วยส่งกลับ สสจ เขตบริการสุขภาพที่ 4

แบบบันทึกส่งต่อผู้ป่วย (Refer Out) กรณีรับไว้รักษาอำเภอ.....จังหวัด.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	วันจำหน่าย	เลขที่ใบส่งตัว	HN	ID	ชื่อ-สกุล	โรค	SMI	สิทธิ	ที่อยู่	รพ.เจ้าของสิทธิ	รพ.ที่ส่งไป	จังหวัด	เหตุผล	สาเหตุ	หน่วยจำหน่าย	หมายเหตุ

**เหตุผล**

- 1= เพื่อออกไปรับรองสิทธิสาเหตุ
- 2= เพื่อติดตาม/รักษา/ฟื้นฟูต่อเนื่อง
- 3= เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม

**หมายเหตุ**

- 1= รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีวิบูลย์
- 2= รักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลตามสิทธิ
- 3= รักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลใกล้บ้าน
- 4= รักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลตามที่พึงพอใจ
- 5= ขีดความสามารถไม่เพียงพอ ด้านบุคลากร เครื่องมือสถานที่
- 6= รักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลตามที่เคยรักษา

แบบติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

ชื่อผู้ป่วย.....H.N.....จำหน่ายวันที่.....  
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

1. ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
 พบ วันที่พบผู้ป่วย.....  ไม่พบ เนื่องจาก.....
  2. การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ( ด้าน ยา สุขภาพจิต กิจวัตร ปรับ เดือน )
    - 2.1 ด้านการรับประทานยาทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ต่อเนื่อง  ไม่ต่อเนื่อง  
 มีอาการแพ้ยา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาอ่อน เกลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ  
 อื่นๆ.....
    - 2.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ ยาบ้า ยาบำรุงกำลัง ฯลฯ)  
 ไม่ใช้  ใช้ ระบุ.....
    - 2.3 ด้านการดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 มีความสามารถจัดการความเครียด(มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี้ยงสถานการณ์ชั่วคราว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)  
 มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า  
 อาการเหมือนคนปกติ  นอนตลอดทั้งวัน  ยังมีหลงผิด  ยังมีประสาทหลอน หูแว่ว  
 พูดหัวเราะคนเดียว  ซึม แยกตัว ไม่พูด  ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด  
 อื่นๆ.....
    - 2.4 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ทำได้เอง  ทำได้แต่ต้องคอยบอก  ทำไม่ได้เลย  
 อื่นๆ.....
    - 2.5 ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ปรับตัวเข้ากับสมาชิกในครอบครัวได้  นอนหลับได้  
 ทำงานได้  ทำงานไม่ได้  ไม่มีงานทำ  
 สังเกตอาการเตือนได้( กระจกกระส่ำย เครียด กังวล นอนไม่หลับ นอนมาก แยกตัวเอง)
    - 2.6 ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล.....
  3. การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่.....
  4. ปัญหา และอุปสรรคในการติดตามดูแลต่อเนื่อง.....
- ผู้แจ้งผล.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....  
โทรศัพท์.....วันที่แจ้งข้อมูล.....

(กรุณาส่งข้อมูลกลับที่ ฝ่ายพัฒนาเครือข่ายและเขตสุขภาพ ภายในวันที่.....  
เบอร์โทรศัพท์ 02-5287800 ต่อ 57265-6 โทรสาร 02-9689646 E-mail: community\_sty@hotmail.com)

## รายชื่อผู้จัดทำ

- |                    |              |                            |
|--------------------|--------------|----------------------------|
| 1. นางปติดา        | ภาณุพิศุทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 2. นางศุภกนิษฐ์    | พลไพรินทร์   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 3. นางระวีวรรณ     | เต็มวาณิช    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ      |
| 4. นางสาวธารารวรรณ | อวนศรี       | เจ้าพนักงานธุรการ          |