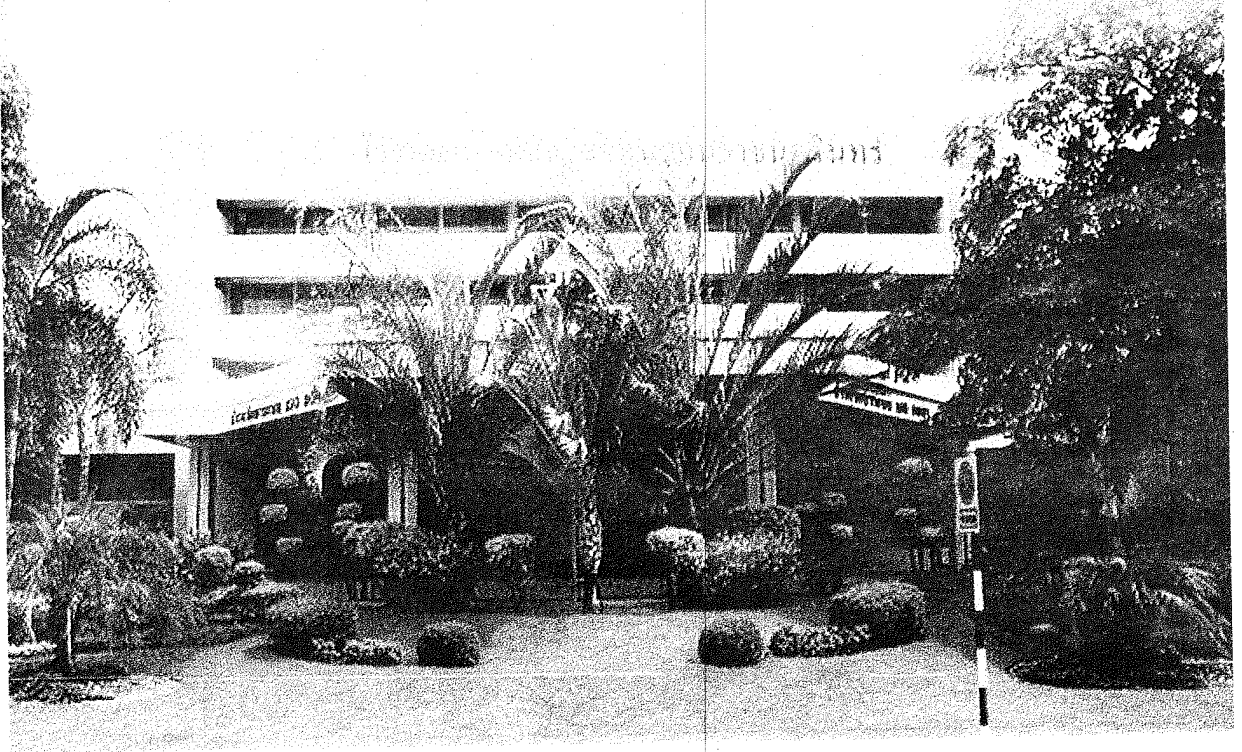




มาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศ

เฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือ

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2554

คำนำ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีวิสัยทัศน์คือ เป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ โดยมีเจิมมุ่ง/จุดเน้นในการพัฒนา คือ 1) พัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนานุเคราะห์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้มีความเชี่ยวชาญในงานและองค์ความรู้ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการกำหนดแผนการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศแบบมีส่วนร่วมและมีการนำนโยบายไปพัฒนามาตรฐานบริการด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนาระบบบริการและวิชาการด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีคณะกรรมการพัฒนาหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการจัดทำมาตรฐานฉบับนี้ได้ใช้มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 2552 จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวประยุกต์ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐและเกณฑ์การพัฒนารางวัลคุณภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีความเชื่อมโยงและครอบคลุมประเด็นสำคัญในการพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งความเป็นเลิศ

บัดนี้คณะกรรมการพัฒนาหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศได้จัดทำมาตรฐานบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำเร็จลุล่วงแล้ว มาตรฐานนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญในมาตรฐานของการบริการและมีความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในการดำเนินการตามมาตรฐานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ต่อไป



(นายประภาส อุครนันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรกฎาคม 2554

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 มาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้านการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	
1. นโยบายและขั้นตอนการทำงาน (Policies and procedures)	3
2. ข้อบ่งชี้ในการรับเข้าบำบัดรักษา (Admission criteria)	9
3. การให้การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ (Core interventions)	11
4. การทำงานของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Working)	15
5. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)	18
6. โครงสร้างการให้บริการ : บุคลากร (Service structure : personnel)	27
7. หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย (Career involvement)	31
8. ระบบเอกสาร (Documentation)	33
9. เชื้อชาติ วัฒนธรรมของผู้ป่วย (Ethnicity and culture)	39
10. การกำกับดูแล (Supervision)	42
11. การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ (Liaison with other agencies)	44
12. การตรวจสอบและเฝ้าระวังการดำเนินการทางคลินิก (Clinical audit & monitoring)	47
13. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (Staff training)	49
14. การบริการเพื่อสนับสนุนการทำงาน (Support services system)	51
15. งานวิจัย (Research)	53
16. งานฝึกอบรม (Training)	54
17. ตัวชี้วัดเพื่อประเมินความเป็นเลิศของการบริการเฉพาะด้าน (Indicator)	56
ภาคผนวก	57

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เลขทะเบียน..... 002169

วันที่..... 22 ก.ย. 2554

เลขเรียกหนังสือ..... NM90 986850

2554 ค.2

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2553 – 2554) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านบริการจิตเวช มาตรการที่ 4.2 พัฒนาความเป็นเลิศในการบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาและเกิดประโยชน์โดยตรงกับประชาชน และผู้ให้บริการมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2554 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีวิสัยทัศน์เป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ โดยมีเข็มมุ่ง/จุดเน้นในการพัฒนา คือ 1) พัฒนามาตรฐานระบบบริการ ให้มีความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้มีความเชี่ยวชาญในงานและองค์ความรู้ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมาย คือ 1) ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐานและพึงพอใจ 2) ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน 3) องค์กรพัฒนาสู่ความเป็นเลิศทั้งบริการและวิชาการด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้จัดโครงการเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เน้น best practice หรือวิธีปฏิบัติเพื่อให้องค์กรสู่ความเป็นเลิศ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและเกิดความสุขของประชาชน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อจัดทำมาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2 เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. กลุ่มเป้าหมาย

ทีมสหวิชาชีพและทีมสนับสนุน และผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมีนาคม 2554 – กันยายน 2554

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 1 ประชุมคณะกรรมการสรุปผลการดำเนินงาน จัดทำแผนและประเมินผล
การดำเนินงาน (24 มีนาคม 2554 , พฤษภาคม 2554 , สิงหาคม 2554)

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศ
เฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
วันที่ 14-15 มีนาคม 2554 และวันที่ 11 เมษายน 2554

กิจกรรมที่ 3 รวบรวมมาตรฐานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ
ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 5 จัดพิมพ์มาตรฐานฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ทั้งในและนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้คู่มือมาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือ
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6.2 มีระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย

มาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทาง
ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. นโยบายและขั้นตอนการทำงาน

(Policies and procedures)

ความสำคัญ เป็นการแสดงถึงความมุ่งมั่นขององค์กรและปรัชญาสำหรับประเด็นที่สำคัญต่างๆ การจัดวางกรอบการทำงาน และกำหนดบทบาทภารกิจภายในองค์กร ทั้งของผู้บริหารและบุคลากรต่อการบริการในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
การพัฒนานโยบายการทำงานของหน่วยบำบัด รักษา ต้องรวมถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1. การเข้าถึงและการจำหน่ายออก (Access & Discharge) 2. การบำบัด รักษาและการช่วยเหลือ (Treatment & Interventions) 3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (The Physical Environment) 4. ทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาบุคลากร (Human Resources & Staff Development) 5. กฎหมายและข้อบังคับอื่นๆ (Legal & Other Issues)	1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้กำหนด 1.1 วิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้าน บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเลิศด้านการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับ ประเทศ 1.2 มีการประกาศนโยบายคุณภาพว่า โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มุ่งมั่นให้บริการและ วิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตติยภูมิ ที่มีคุณภาพ โดยการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ให้เกิด ความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อความพึงพอใจสูงสุดของ ผู้รับบริการ 1.3 มีเจมมุ่ง/จุดเน้นในการพัฒนาข้อที่ 1 คือ พัฒนา มาตรฐานระบบบริการให้มีความเป็นเลิศด้านการ ป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อที่ 2 คือ พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ให้มีความเชี่ยวชาญในงานและองค์ความรู้ ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.4 มีการกำหนดแผนพัฒนาสู่ความเป็นเลิศแบบ มีส่วนร่วมและมีการนำนโยบายไปพัฒนามาตรฐาน บริการด้าน การป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย ตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 4 และ 5

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	ของโรงพยาบาล 2. การพัฒนานโยบายสำหรับหน่วยบำบัดรักษา มีดังนี้ Hospital profile/Unit profile โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลขนาด 372 เตียง เดิมชื่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งอยู่เลขที่ 169 ถ.ชาตะผดุง ม.4 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น มีพื้นที่ 47 ไร่ 2 งาน 41 ตารางวา โรงพยาบาลมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อย ห่างจากโรงพยาบาล 4 กิโลเมตร ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งอยู่บริเวณโคกคอนคู่ม.3 ต. พระลับ อ. เมือง จ. ขอนแก่น มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 150 ไร่ เริ่มดำเนินการก่อสร้างเมื่อ พ.ศ. 2511 เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2514 และได้รับประทานนามจากสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เป็น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2546 บุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 391 คน จำแนกเป็นวิชาชีพทางคลินิก ได้แก่ จิตแพทย์ 10 คน แพทย์ทั่วไป 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 109 คน จบปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 22 คน ปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน 1 คน ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 63 คน พยาบาลทั่วไป 43 คน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง 1 คน พยาบาลเทคนิค 9 คน เกสเซอร์ 5 คน จบปริญญาโท 2 คน (ด้านบริหารธุรกิจและด้านพัฒนาสังคม) นักจิตวิทยาคลินิก 5 คน จบปริญญาโท 3 คน(ด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาให้คำปรึกษา) นักสังคมสงเคราะห์ 5 คน จบปริญญาโท 2 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด 3 คน นักโภชนาการ 1 คน โภชนากร 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักวิชาการศึกษาพิเศษ 1 คน และหน่วยงานสนับสนุน

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	ได้แก่ ฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายการเงิน ฝ่ายพัสดุและการจัดซื้อ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ สำนักงานคุณภาพ ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มงานวิชาการ คณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นต้น มีพื้นที่ในความรับผิดชอบทั้งหมด 6 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุรธานี กาฬสินธุ์ หนองคาย มีผู้รับบริการโดยเฉลี่ย แบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก 336 คน/วัน ผู้ป่วยใน 185 คน/วัน โดยมีตึกผู้ป่วยใน 4 ตึก แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย 3 ตึก ผู้ป่วยหญิง 1 ตึก เหตุผลและความสำคัญ (The rationale) การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในช่วงปี 2550-2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.97, 5.98, 5.97 และ 5.90 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคลยังมีผลกระทบต่อคนในครอบครัว โดยเฉพาะหากผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นหัวหน้าครอบครัว ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจตามมา และมีผลต่อประชากรของชาติในอนาคตด้วย หลักฐาน (The evidence) จากสถิติในปีงบประมาณ 2553 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 411 คน/ปี ผู้ป่วยในมีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมารับบริการจำนวน 191 คน/ปี และพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล 8 ราย ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 2 ราย ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 0 ราย ตามลำดับ ขีดความสามารถที่ต้องการ (The competencies required) ด้านบุคลากร โรงพยาบาลจะพัฒนามูลากรให้

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ด้านบริการ โรงพยาบาลจะพัฒนาการให้บริการที่บ่งบอกถึงความเชี่ยวชาญและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเขต 6 จังหวัดที่รับผิดชอบอย่างครอบคลุม และเป็นที่ปรึกษาด้านบริการในระดับประเทศ ข้อแนะนำ (The instruction) 1. มีวิสัยทัศน์และนโยบายในการดำเนินการที่ชัดเจน 2. มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ และมีแผนพัฒนาบุคลากรสู่ความเชี่ยวชาญในการบำบัด รักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3. มีแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งของ ทีมสหวิชาชีพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น CPG , CNPG ฯลฯ มีมาตรฐานการป้องกันและการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตายระดับ โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มาตรฐานเชิงโครงสร้างการป้องกันและการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น การดำเนินการเฝ้าระวังติดตาม/ประเมินและทบทวนวิธีการ (The implementation, monitoring, evaluation and review methods) มีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้ 1. พัฒนาระบบการเข้าถึงและการจำหน่ายออก โดยวิธีการเข้าถึงคือ ผู้ป่วยมาเองหรือรับ Refer และมีการจำหน่ายออกโดยการส่งต่อให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง และนัดติดตามการรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก 2. พัฒนาการบำบัดรักษาและการช่วยเหลือ โดย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	ให้บริการบำบัดรักษาและช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ 3. พัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3.1 มีโครงสร้างทางกายภาพของสถานที่ที่เป็นไปตามข้อกำหนด กฎหมายและข้อบังคับ มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.2 มีการกำหนดระบบความปลอดภัยและผู้รับผิดชอบ 4. พัฒนาทรัพยากร โดยจัดการบุคลากรให้ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร 5. พัฒนาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้สหวิชาชีพได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ ซื่อสัตย์ และตระหนักในความเสี่ยงอันอาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้อง 6. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3. กระบวนการพัฒนาหรือการกำหนดนโยบายในการป้องกัน บำบัด ช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นต้องเป็นไปตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551 และต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้ดูแลรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาหรือการกำหนดนโยบาย และจัดการให้บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร รวมถึงการกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการด้านข้อมูล/สารสนเทศให้เป็นระบบที่ชัดเจน

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	สามารถใช้ประกอบการให้บริการผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายอย่างมีคุณภาพและเชื่อถือได้

2. ข้อบ่งชี้ในการรับเข้าบำบัดรักษา

(Admission Criteria)

ความสำคัญ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยอาการที่แตกต่างกัน การที่หน่วยงานมีข้อบ่งชี้ในการรับเข้าบำบัดรักษาจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เกี่ยวกับการรับหรือไม่รับผู้ป่วยเข้ารักษาไว้ในหน่วยงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. เกณฑ์ในการรับเข้าบำบัด (Criteria for admission) โรงพยาบาลมีข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษา ดังนี้ 1.1 ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการบำบัดจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 1.2 ในกรณีที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและอื่นๆ พิจารณาตามดุลยพินิจของแพทย์ ดังต่อไปนี้ 1.2.1 ต้องการดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด 1.2.2 ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 1.2.3 ต้องการบำบัดด้วยยา 1.2.4 ต้องการผู้เชี่ยวชาญพิเศษ 1.2.5 ต้องการดูแลระยะวิกฤต 1.3 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CNPG) สำหรับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยสมาชิกผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินผลกรนำไปใช้ 1.4 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CNPG) 1.5 ก่อนการรับผู้ป่วยเข้าบำบัดจะต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพโดยการประเมินผู้ป่วยรวมถึงผลลัพธ์ของการดูแลรักษา 2. ข้อยกเว้นในการรับเข้าบำบัดรักษา มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง	1. การประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด มีดังนี้ 1.1 พยาบาล คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยประโยคคำถาม 2 คำถามทุกราย ดังนี้ 1) ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ 2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ 1.2 พยาบาล/นักสังคมสงเคราะห์ สัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาและสัมภาษณ์ประวัติด้านสังคม/วินิจัยทางสังคม 1.3 แพทย์/พยาบาล ตรวจร่างกาย และประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย 1.4 แพทย์ ประเมินและวินิจัยปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.5 ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษาพยาบาลตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าผลการประเมินด้วย 2 คำถาม positive ให้ใช้แบบประเมิน DS8 และ 8Q ตามลำดับ 2. หากพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่ควรรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2.1 พยาบาลหลังพบแพทย์ส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
ตามเกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับแพทย์/พยาบาล จะต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลฝ่ายกาย 2. ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปรึกษาและบำบัดทางด้านจิตสังคมตามสภาพปัญหา 2.2 ทีมสหวิชาชีพ ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน 2.3 กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลจะส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไปยังกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อดำเนินการ 2.4 กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลและไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลจะบันทึกข้อมูลลงในใบตรวจรักษา นัคดีติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาล อย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องการฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงระดับรุนแรง จะนัดติดตามการรักษาบ่อยมากขึ้น โดยนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์

ตัวชี้วัด

1. มีเกณฑ์ / แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการคัดกรองและได้รับการช่วยเหลือ (ร้อยละ ≥ 80)
3. จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงไม่ได้รับการ refer ภายใน 24 ชั่วโมง (0 ราย)
4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ Refer ได้รับการดูแลโดยเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ($\geq$ ร้อยละ 65)

3. การให้การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ (Core intervention)

ความสำคัญ การให้บริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพด้วยโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมและการช่วยเหลือตามอาการที่เกิดขึ้น

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับ โปรแกรมการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคนโดยประเมินความครอบคลุมของปัญหา ความต้องการ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้ 1. Biological Interventions 1.1 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินความเจ็บป่วยทางกาย และรวบรวมข้อมูลที่สำคัญจากครอบครัว ชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ 1.2 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ การพยายามฆ่าตัวตาย ฯลฯ 1.3 แพทย์ให้การรักษาด้วยยาตามมาตรฐานวิชาชีพ 1.4 ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา และเหตุผลในการเลือกรูปแบบการให้ยา รวมถึงผลข้างเคียงของยาหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการใช้ยา และมีการติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด 1.5 หากอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่รับการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า---	การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังนี้ 1. บริการผู้ป่วยนอก 1.1 การบำบัดรักษากรณีผู้ป่วยนอก 1) การรักษาด้วยยา/การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า 2) การบำบัดทางด้านจิตสังคม เช่น จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัด การบำบัดผู้ติดสารเสพติด การให้การปรึกษาเชิงลึก เป็นต้น 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา เน้นการจัดการดูแลอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยง การใช้ยาและผลข้างเคียงของยา อาการเตือนก่อนกำเริบ 4) คำแนะนำเมื่อกลับบ้าน กรณีมีเหตุฉุกเฉิน แนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการ ณ เครื่องช่วยสาธารณสุขใกล้บ้าน / โทรศัพท์สายด่วน 1323 เพื่อขอรับการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีอาการทุเลา แพทย์จะพิจารณาส่งต่อ (Refer) เพื่อรับการรักษาคือเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน งานบริการหลังพบแพทย์จะประสานงานกับกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน/กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โดยส่งรายชื่อผู้ป่วยพร้อมที่อยู่ให้กลุ่มงานดังกล่าวเพื่อส่งต่อข้อมูลการนัดหมาย ให้มาตรวจรักษา การบำบัดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1.2 แพทย์พิจารณารับไว้รักษา ดำเนินการประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึก และส่งต่อ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
2. Psychological Intervention การบำบัดสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการบำบัดทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ 2.1 การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล 2.2 การบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2.3 การบำบัดด้วย Satir's Model 2.4 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)/ การให้การปรึกษาปัญหาครอบครัว (Family counseling) 2.5 จิตบำบัดระดับประจักษ์/จิตบำบัด / การจัดการความเครียด/การเผชิญปัญหา/วิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving Method) 2.6 กลุ่มฝึกการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom Management) 2.7 การบำบัดด้วย REBT 2.8 การเพิ่มคุณค่าตนเองด้วยกิจกรรมอาชีพบำบัด 2.9 จิตสังคมบำบัด (ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด) 2.10 สุขภาพจิตศึกษา 2.11 กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพต่างๆ รวมถึงการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดละเลิกสิ่งเสพติดและการหยุดสูบบุหรี่ 2.12 การผ่อนคลายความเครียดโดยวิธีการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ 2.13 การกำหนดขอบเขตให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้ผู้ป่วยอยู่ภายใต้กรอบการจำกัดทางกายภาพ และทางจิตเวช ซึ่งอาจหมายถึงการจำกัดขอบเขต การกำหนดเวลา และการกักเดี่ยว 3. Social Intervention ได้แก่ 3.1 จัดให้มีการฝึกทักษะทางสังคมและทางอาชีพตามความเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย	ความเสี่ยง อาการสำคัญ แผนการรักษาพยาบาลต่องานบริการผู้ป่วยใน 1.3 ผู้ป่วยปฏิเสธการรับไว้รักษาและมีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ดำเนินการดังนี้ 1.3.1 ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาให้จิตสังคมบำบัดตามปัญหา 1.3.2 กรณีมีเหตุฉุกเฉิน แนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการ ณ เครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน/โทรศัพท์สายด่วน 1323 เพื่อขอรับการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง 1.3.3 นัดติดตามผลการบำบัด รักษาพยาบาล 1.3.4 แนะนำวิธีการดูแลแก่ญาติผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.3.5 ส่งต่อข้อมูลให้กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยและญาติอนุญาต 2. บริการผู้ป่วยใน 2.1 การบำบัดทางกาย ได้แก่ การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามความจำเป็นในขอบเขต และระยะเวลาที่เหมาะสม 2.2 การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ 2.2.1 การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล 2.2.2 การปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (CBT) 2.2.3 การบำบัดด้วย Satir's Model 2.2.4 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)/ การให้การปรึกษาปัญหาครอบครัว (Family Counseling) 2.2.5 จิตบำบัดระดับประจักษ์/จิตบำบัด 2.2.6 การจัดการความเครียด/การเผชิญปัญหา/วิธีการแก้ปัญหา 2.2.7 สุขภาพจิตศึกษา

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3.2 การประสานเครือข่าย การส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว 3.4 การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 4. Environmental Interventions 4.1 ให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ถูกสุขอนามัย และมีมาตรการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย 4.2 จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการบำบัดรักษา ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีสถานที่พักผ่อน เช่น ศาลา พักผ่อน สนามหญ้า สถานที่ออกกำลังกาย ฯลฯ 4.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสุขสบายให้ผู้ป่วย ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ โคมไฟพักผ่อน ฯลฯ	2.2.8 กลุ่มฝึกการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom Management) 2.2.9 การเพิ่มคุณค่าตนเองด้วยกิจกรรม อาชีวบำบัด 2.2.10 จิตสังคมบำบัด (บำบัดผู้ป่วยติดสารเสพติด) 2.2.11 การบำบัดด้วย REBT 2.2.12 การผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ 2.2.13 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลด ละ เลิก สิ่งเสพติดและการหยุดสูบบุหรี่ 2.2.14 การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามความจำเป็นในขอบเขตและระยะเวลาที่เหมาะสม เมื่ออาการทุเลา (คะแนน HoNos ≤ 2) แพทย์พิจารณาสมควรกลับบ้านได้ พยาบาลจะให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ญาติและผู้ป่วย และให้คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการปฏิบัติตนขณะอยู่บ้านก่อนจำหน่าย และส่งต่อกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อส่งต่อให้เครือข่ายในชุมชน ดูแล เฝ้าระวังผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนต่อไป

ตัวชี้วัด

1. มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงได้รับการคัดกรองและได้รับการดูแลช่วยเหลือ ($\geq$ ร้อยละ 80)
3. การประเมินทางคลินิก ก่อน และหลังการบำบัด โดยใช้แบบประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และสมรรถนะผู้ป่วย (HoNOS), DS8, 8Q (ร้อยละ 100)
4. จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (0 ราย)
5. จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (0 ราย)

6. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังด้านยาทางจิตเวช (ADR/ high alert drug)
(ร้อยละ 100)
7. จำนวนครั้งของการเกิดแพ้ยาในโรงพยาบาล (ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)
(0 ราย)
8. ผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่กลับมารักษารักษาภายใน 90 วัน (ร้อยละ 94.5)

4. การทำงานของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Working)

ความสำคัญ : การประสานการทำงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิชาชีพถือเป็นหัวใจสำคัญของหลักปฏิบัติในการทำงานในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และติดตามประเมินผลการทำงานเป็นทีม ส่งผลให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเป็นระบบ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ครบถ้วนในทุกด้านตามความจำเป็นของปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
การพัฒนาทีมสหวิชาชีพให้เกิดความเชี่ยวชาญได้นั้นจะต้องมีปัจจัยสนับสนุนและเอื้ออำนวยจึงจะช่วยเพิ่มพูนการทำงานของทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพดังต่อไปนี้ 1. ปรัชญาการทำงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร บ่งบอกวิสัยทัศน์ และเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน 2. การกำหนดภารกิจหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพที่มีความชัดเจน และเป็นเอกสารที่เข้าใจได้ง่าย 3. ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิชาชีพจัดการพบปะเพื่อทบทวน การดำเนินอาการทางคลินิกผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4. สมาชิกในทีมมีการประชุมร่วมกันและมีแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทุก 1 เดือน 5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จัดประชุมร่วมกับผู้ที่มีส่วนร่วมกับการทำงานทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ทีมงานจะประสบความสำเร็จและเป็นทีมงานที่มีคุณภาพได้ ต้องได้รับการสนับสนุนและเอื้ออำนวยดังต่อไปนี้ 1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล 2. แต่งตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วยสมาชิกผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิชาชีพ โดยมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม 3. สมาชิกในทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ / เป้าหมายที่ชัดเจน 4. นำระบบบริหารจัดการองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพที่มีอยู่มาพัฒนาสู่การวางแผนกิจกรรมที่เกิดขึ้นได้จริง และมีการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมที่กำหนด 5. กำหนดภารกิจ หน้าที่ความรับผิดชอบของทีมผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชัดเจน 6. สมาชิกในทีมสหวิชาชีพ มีหัวใจบริการ และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7. จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวช

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
6. มีจิตแพทย์เป็นผู้นำ/ประธานในการประชุม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและร่วมปรึกษาหารือแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ 7. จัดกิจกรรม team meeting อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมและสรุปผลการทำงานในรอบปี 8. กรณีสมาชิกในทีมงานมีความเห็นไม่ตรงกัน มีขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติโดยนำประเด็นเข้าเสนอในทีมนำทางคลินิก เพื่อทบทวน ค้นหาแนวทางแก้ไข และสื่อสารการปฏิบัติ 9. มีการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมภายในให้แก่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ 10. มีเวทีให้สมาชิกในทีมและผู้ดูแล ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ เช่น การประกวดผลงานเด่นในงานมหกรรม KM/CQI 11. มีเอกสารวิชาการที่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพร่วมกันแบ่งปันการใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น แนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พัฒาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU การจัดทำคู่มือ ความรู้การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จัดทำสื่อภาพพลิกสำหรับเจ้าหน้าที่ใช้ให้คำแนะนำ และแผ่นพับวิธีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย และวิธีปฏิบัติสำหรับญาติหรือผู้ดูแล 12. ผู้ป่วยพึงได้รับแผนการบำบัดรักษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ 13. มีความสามารถในการเป็นวิทยากรและถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ขอนแก่นราชนครินทร์ และมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8. สหวิชาชีพได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอตามมาตรฐานวิชาชีพ 9. ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตลอดทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทีม ด้านกระบวนการ 1. มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ 2. มีการประเมิน (assessment) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยทีมสหวิชาชีพ 3. มีคณะกรรมการรับผิดชอบพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ และมีการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด**ด้านกระบวนการ**

1. มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ
2. มีการประเมิน (assessment) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยทีมสหวิชาชีพ
3. มีคณะกรรมการรับผิดชอบพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ และมีการติดตามประเมินผล

ด้านผลลัพธ์

1. จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (0 ราย)
2. จำนวนของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (0 ราย)
3. จำนวนของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล (0 ราย)

5. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

(Physical environment)

ความสำคัญ :การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือ คำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการบำบัดรักษา (Healing environment) โดยเฉพาะการออกแบบต้องคำนึงถึงความปลอดภัย และประกันความมั่นคงในการควบคุมดูแล

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. การจัดวางแผนผังและตำแหน่งพื้นที่ใช้สอย สภาพแวดล้อมภายในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดำเนินการดังนี้ 1.1 จัดพื้นที่ของการบริการผู้ป่วยนอก (OPD) อยู่ในชั้นล่างของอาคาร 1.2 ต้องมีพื้นที่ใช้สอยสำคัญตามที่จำเป็น เช่น ห้องนอน ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด โถงทางเดิน ห้องอาบน้ำ และห้องสุขา สถานที่ออกกำลังกาย โรงอาหาร มุมพักผ่อนและนันทนาการ 1.3 จัดพื้นที่การดูแลผู้ป่วยตามระยะอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แกร็บ เร่งรัดบำบัด บำบัดระยะยาว 1.4 ปรับภูมิทัศน์ที่เอื้อต่อการบำบัดรักษา	1. สิ่งที่สภาพแวดล้อมของหน่วยบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการให้แก่ผู้ป่วยคือ 1.1 พื้นที่ที่จัดให้บริการผู้ป่วย (OPD) อยู่ในชั้นล่างของอาคารอำนวยการ เป็นห้องโถง เพดานสูง ระบายอากาศได้ดี 1.2 มีการจัดสรรพื้นที่ตามความจำเป็นของผู้ป่วยตามมาตรฐาน ตามการตรวจสอบโครงสร้างทางกายภาพจากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น ศูนย์วิศวกรรมแพทย์ที่ 2 ขอนแก่น หรือโยธาธิการจังหวัดขอนแก่น ปีละ 1 ครั้ง เช่น ให้มีที่ว่างมากพอสำหรับการดำเนินกิจกรรมบำบัดที่หลากหลาย มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ 1.3 มีสถานที่มิดชิดเป็นสัดส่วนเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษาพยาบาล และมีระบบการช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยใช้สัญญาณที่เข้าใจร่วมกัน และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง 1.4 ทางดึกผู้ป่วยได้ปรับภูมิทัศน์ที่เอื้อต่อการบำบัดรักษา เพื่อให้มีพื้นที่กว้างเพียงพอ สร้างบรรยากาศการพักอาศัยที่อบอุ่นเหมือนบ้าน ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในช่วงเวลากลางวันได้อย่างมีความสุข

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1.5 จำนวนผู้ป่วยต่อบุคลากรที่ดูแลเหมาะสมกับการบำบัดและมีมาตรการความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย 1.6 การออกแบบอาคารสถานที่ ต้องอยู่บนพื้นฐานของการประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น การวางท่อ สายไฟ การระบายอากาศ แสงสว่าง สี เสียง	1.5 การเพิ่มความปลอดภัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดเดาได้ของผู้ป่วยที่อาจกระทำต่อตัวเองและผู้อื่น 1.6 มีการตรวจสอบโครงสร้างทางกายภาพจากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น ศูนย์วิศวกรรม การแพทย์ที่ 2 ขอนแก่น หรือโยธาธิการจังหวัด ขอนแก่น ปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ยังคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในเรื่อง 1) ช่องลมในห้องน้ำและห้องสุขา มีการปรับโดยติดตั้งพัดลมดูดอากาศ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย และสร้างความลำบากในการผูกมัด เพื่อฆ่าตัวตายของผู้ป่วย 2) ในห้องอาบน้ำผู้ป่วย ฝักบัวอาบน้ำฝังในผนัง ไม่ให้มีส่วนใดยื่นออกมาเป็นอุปกรณ์ ที่เอื้อให้ผู้ป่วยกระทำการฆ่าตัวตาย 3) ถังน้ำในห้องอาบน้ำ ไม่มีการบรรจุน้ำทิ้งไว้ และจะเติมน้ำเฉพาะเวลาผู้ป่วยอาบน้ำ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 4) อาคารสถานที่ไม่มีวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจะสามารถฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 5) มีระบบการตรวจสอบและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางกายภาพ 6) มี Environmental round 2 เดือน/ครั้ง เพื่อค้นหาความเสี่ยงโดยเปลี่ยนหัวข้อการ round ในแต่ละครั้ง 7) มีการประชุม ENV ทุก 2 เดือนเพื่อแก้ไข ปัญหาและการติดตามประเมินผล
1.7 ในพื้นที่ของหอผู้ป่วยไม่ควรมีบริเวณใดที่ลึบสายตา 1.8 ความสูงของเพดานจากพื้น ต้องสูงอย่างน้อย	1.7 มีเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องความปลอดภัย ตลอด 24 ชั่วโมง และตึกผู้ป่วยในได้มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดในบริเวณที่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ 1.8 ตึกผู้ป่วยและทุกจุดบริการสำหรับผู้ป่วยได้จัด

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3 เมตร เพื่อให้เกิดความรู้สึกโล่งสบายไม่อึดอัด 2. ความปลอดภัย (Security Levels) 2.1 มีการนำมาตรการด้านความมั่นคงปลอดภัยมาใช้ เช่น มีทางเข้าออกสองทาง มีทางหนีไฟ ใช้ Master keys สำหรับประตูทุกบาน และอยู่ในสถานที่ที่หิบบได้ทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน – 2.2 การใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เช่น ในห้องสังเกตอาการมีการติดกล้องวงจรปิด 2.3 การป้องกันการหลบหนีและอุบัติเหตุ เช่น การติดเหล็กคัตที่ประตูหน้าต่าง มีไม้กั้นเตียง 3. ทางเข้าหลัก ประตูทางเข้าหลักอยู่คนละทางกับประตูที่จะเข้าห้องบำบัดรักษา 4. ทางหนีไฟ (Fire Exit) 4.1 มีคณะกรรมการดำเนินการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาล และมีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน 4.2 มีการซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ในระดับโรงพยาบาลฯ ปีละ 1 ครั้ง และทุกหน่วยงานมีถังดับเพลิงไว้ เพื่อพร้อมใช้หากมีเหตุฉุกเฉิน 4.3 มีป้ายหนีไฟติดไว้ในตำแหน่งที่สามารถเห็นได้ชัดเจนและเพียงพอ 4.4 มีสัญญาณที่บอกถึงการเกิดเพลิงไหม้ที่สามารถรู้ได้โดยทั่วกัน	ตามมาตรฐาน โดยออกแบบให้ความสูงของเพดานสูงอย่างน้อย 3 เมตร 2. ความปลอดภัย (Security Levels) 2.1 ทุกตึกผู้ป่วยมีทางหนีไฟ มี Master keys สำหรับประตูทุกบาน และอยู่ในสถานที่ที่หิบบได้ทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน 2.2 มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ยกเว้นตึกศัลยกรรม ซึ่งใช้วิธีการดูแลความปลอดภัยโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย) 2.3 มีการป้องกันการหลบหนี โดยใช้โครงสร้างที่เป็นอุปสรรคในการหลบหนี เช่น รั้วสูง แต่ลักษณะโปร่งเพื่อให้รู้สึกไม่อึดอัด ประตูปิดตลอดเวลา 3. ทางเข้าหลัก 3 ประตูทางเข้าหลักอยู่คนละทางกับประตูที่จะเข้าห้องบำบัดรักษา 4. ทางหนีไฟ (Fire Exit) 4.1 โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันอัคคีภัยและมีแผนผังป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลและเผยแพร่ทุกหน่วยงาน 4.2 ได้มีการซ้อมแผนระงับอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีการตรวจสภาพความพร้อมใช้ของถังดับเพลิงเดือนละ 1 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตรวจสอบอีกครั้ง 4.3 ทุกหน่วยงานได้จัดทำป้ายทางหนีไฟ มีบันไดหนีไฟครบทุกอาคาร จุบรวมพล 3 แห่ง 4.4 ตึกผู้ป่วยทุกตึกมีสัญญาณเตือนเหตุฉุกเฉินที่รู้โดยทั่วกัน โดยเฉพาะคู่ Buddy ที่สามารถช่วยเหลือภายในเวลา 3 นาที

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
4.5 มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนในขณะที่เกิดอัคคีภัย 4.6 ทางหนีไฟไม่มีสิ่งกีดขวาง 	4.5 ทุกหน่วยงานมีแผนปฏิบัติระงับอัคคีภัยเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน และมีผังกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ติดผู้ป่วยจัดทำ Master key และมีการสื่อสารในการจัดเก็บเพื่อสะดวกในการหยิบใช้ได้ง่ายเมื่อเกิดเหตุ 4.6 มีทางออกฉุกเฉินสำหรับหนีไฟที่ไม่ใช่ประตูใช้งานปกติ
5. หน้าต่าง(Windows) 5.1 การออกแบบพื้นที่ใดๆก็ตาม ควรคำนึงถึงพื้นที่ภายใน ได้รับแสงธรรมชาติให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ 5.2 หน้าต่างมีบานเกล็ด หรือ บานผลักพร้อมมุ้งลวดที่ทำให้ได้รับแสงธรรมชาติ และอากาศถ่ายเทได้สะดวก และปลอดภัย วัสดุที่แนะนำให้ใช้กับบานหน้าต่าง คือ พลาสติกโพลีคาร์บอเนต แก้วที่มีความทนทานสูง และ laminated glasses 5.3 การระบายอากาศก็ถือเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่ง หน้าต่างควรให้เปิดได้ โดยควบคุมความกว้างในการเปิดไว้ไม่เกิน 125 มิลลิเมตร 5.4 ควรระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อต่อท่อที่อยู่ด้านบน เนื่องจากผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการแขวนคอได้ แต่หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ไม่ควรยึดท่อไว้ให้แน่นมาก รับน้ำหนักได้ไม่เกิน 20 กิโลกรัม 6. ประตู (Doors) 6.1 ประตูทุกบานต้องมีโครงสร้างแกนกลางที่แข็งแรง และมีความหนาของส่วนแข็งนั้นไม่ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตร 6.2 ประตูที่มีอยู่ในแผนก ควรเป็นประตูที่เปิดออกด้านนอก ให้มากบานที่สุดเท่าที่จะมากได้ 6.3 สำหรับห้องบางห้อง พึงต้องติดตั้งประตู 2 ชั้น เช่น	5. หน้าต่าง(Windows) 5.1 มีการออกแบบที่ทำให้ได้รับแสงธรรมชาติทุกอาคาร 5.2 มีบางห้องที่ใช้พลาสติกโพลีคาร์บอเนต 5.3 มีระบบระบายอากาศโดยการก่อสร้างที่ให้ลมธรรมชาติผ่านได้ดี 5.4 ห้องผู้ป่วยจะเป็นห้องโล่งและไม่มีเหล็กคัตลูกกรงที่สามารถใช้ประกอบการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งในทุกอาคารคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมได้จัดให้มีวิศวกรทางด้านสิ่งแวดล้อมมาสำรวจในเรื่องแสง สี เสียง และฝุ่นละออง 6. ประตู (Doors) ทุกอาคารใช้ประตูมาตรฐานที่มีโครงสร้างแข็งแรง เปิดออกด้านนอก มีประตูทางออกอย่างน้อย 1 ประตู

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
ห้องสำหรับกิจกรรมเวลากลางวัน ห้องรับประทานอาหาร และห้องอื่นๆที่มีผู้ป่วยอยู่ในห้องมากกว่า 2 คน 7. การปิดล็อก (Locks) 7.1 ประตูที่มีอยู่ในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย ควรเป็นประตูที่สามารถล็อกได้ให้มากบานที่สุดเท่าที่จะทำได้ 7.2 ประตูของห้องที่เป็นห้องใช้สอยในเวลากลางวัน และพื้นที่รับประทานอาหารควรเปิดให้มีการผ่านเข้าออกได้โดยอิสระ ในช่วงเวลาส่วนมากของวัน แต่ก็อาจมีการกำหนดเวลาเฉพาะห้องที่ต้องถูกปิดกั้นชั่วคราว 7.3 สถานที่รับประทานอาหาร เป็นพื้นที่ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วย จึงควรพิจารณาให้เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับผู้ป่วย ควรพิจารณาให้แยกจากหอผู้ป่วย 7.4 ห้องอาบน้ำและห้องสุขา จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่สามารถเปิดล็อกได้จากภายนอก โดยกุญแจเปิดต้องเก็บไว้ที่เจ้าหน้าที่เท่านั้น 7.5 ห้องนอนและห้องอื่นอาจพิจารณาให้ล็อกได้จากด้านในเช่นกัน และให้เจ้าหน้าที่สามารถเปิดล็อกได้จากภายนอก โดยกุญแจเปิดต้องเก็บไว้กับเจ้าหน้าที่เท่านั้น 7.6 ประตูทางหนีไฟฉุกเฉินในหอผู้ป่วยปิดล็อกตลอดเวลา และกุญแจอยู่ในสถานที่ที่หยิบได้ทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน 7.7 ห้องที่ไม่ได้ใช้ตลอดเวลา เช่น ห้องเก็บเสื้อผ้า ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ น้ำยาทำความสะอาด จะมีการปิดล็อกไว้ โดยกุญแจต้องเก็บไว้ที่ห้องทำงาน ซึ่งสามารถหยิบได้ง่าย	7. การปิดล็อก (Locks) 7.1 ประตูที่ใช้ในตึกผู้ป่วยเป็นประตูที่ล็อกได้ 7.2 มีการกำหนดเวลาเข้า-ออกในห้องใช้สอยในเวลากลางวัน เช่น ห้องสนทนาการ 7.3 อาคารรับประทานอาหารแยกจากตึกผู้ป่วย มีประตูผ่านเข้าออกได้โดยอิสระ แต่มีการกำหนดเวลาในช่วงรับประทานอาหาร 7.4 ห้องอาบน้ำปิดล็อกด้วยลูกบิดที่สามารถเปิดจากภายนอก และมีกุญแจเก็บไว้ที่เจ้าหน้าที่เท่านั้น 7.5 ห้องนอนเป็นห้องที่ล็อกจากภายนอก กุญแจเก็บที่ห้องทำงานของพยาบาลเท่านั้น - ภายในห้องนอนของห้องแยก เดียงผู้ป่วยมีการปรับเพื่อความปลอดภัย โดยเชื่อมยึดติดอุปกรณ์เตียงให้เป็นชิ้นเดียวกัน ผู้ป่วยไม่สามารถถอดออก เพื่อใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ 7.6 ประตูทางหนีไฟฉุกเฉินปิดล็อกไว้ กุญแจเก็บไว้ที่ห้องทำงานพยาบาลเท่านั้น 7.7 ห้องเก็บเสื้อผ้า ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ น้ำยาทำความสะอาด จะมีการปิดล็อกไว้ โดยกุญแจต้องเก็บไว้ที่ห้องทำงานพยาบาล

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
8. การสังเกตผู้ป่วย (Observation) 8.1 ควรให้ภายในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยมีจุดอับสายตาให้น้อยที่สุด ไม่ควรมีชอกมูมหรือทางเดินมากเกินไป 8.2 ประดูทุกบานในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย (ยกเว้นห้องอาบน้ำและห้องสุขา) ควรเจาะช่องมองที่ปิดทับด้วยแผ่นโพลีคาร์บอเนตใส เพื่อใช้สังเกต ซึ่งจะมีประโยชน์ในแง่ความปลอดภัยเพิ่มเติมอีกนั่น คือ เวลาเมื่อเจ้าหน้าที่เปิดหรือปิดประตู จะเห็นว่าอีกฝั่งหนึ่งมีคนยืนอยู่หรือไม่ อีกด้วย 8.3 ห้องอาบน้ำหรือห้องสุขาควรติดตั้งเลนส์สังเกตการณ์ที่เรียกว่า “FISH EYE” และต้องมีช่องเปิดปิดที่ล็อกได้ครอบไว้อีกชั้นหนึ่ง 8.4 ในส่วนของห้องนอนผู้ป่วยพึงต้องติดตั้งกระจกที่มีบานเกร็ดซึ่งเปิด-ปิด ได้จากด้านนอก 8.5 แสงสว่างภายในห้องควรใช้สวิทช์เปิด-ปิดที่ควบคุมความสว่างของแสงได้ โดยมีสวิทช์อันหนึ่งอยู่ภายในห้องและอีกอันหนึ่งอยู่ภายนอกห้องเพื่อให้ง่ายต่อการสังเกตผู้ป่วยในเวลากลางคืน 8.6 ในบริเวณมุมตึกที่เป็นจุดอับหรือช่องทางเดินหักข้อควรติดตั้งกระจกเลนส์หมุนเพื่อให้สามารถมองเห็นอีกด้านหนึ่งของทางเดิน หรือมองเห็นได้รอบมุม 8.7 ห้องสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง อยู่ใกล้ห้องบำบัดรักษาของเจ้าหน้าที่ 9. การบำบัดโดยใช้กิจกรรมนันทนาการหรือปฏิบัติการงานอาชีพ (Recreation, Occupational Therapy and Other Fitting)	8. การสังเกตผู้ป่วย (Observation) 8.1 ห้องนอนผู้ป่วย สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา เนื่องจากเปิด โลงและมิกล้องวงจรปิดในห้องแยกเพื่อช่วยการสังเกตผู้ป่วย 8.2 ประดูทุกบานในห้องพิเศษ สามารถสังเกตการณ์จากในห้องผู้บำบัดได้ 8.3 ห้องอาบน้ำผู้ป่วย บางตึกมีกล้องวงจรปิดเพื่อป้องกันผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 8.4 ห้องนอนมีกระจกบานเกร็ดเปิดปิดได้จากด้านนอก 8.5 แสงสว่างภายในห้องใช้สวิทช์เปิด-ปิดที่โดยมีป้ายชี้บ่งบอกจุดที่ต้องการเปิด-ปิดหลอดไฟ เพื่อให้ง่ายต่อการสังเกตผู้ป่วยในเวลากลางคืน และได้มาตรฐานความสว่างของแสงตามการตรวจสอบจากศูนย์วิศวกรรมกรรมแพทย์และโยธาธิการจังหวัด 8.6 มิกล้องวงจรปิดช่วยสังเกตการณ์ ในบางตึกที่ยังไม่มีการติดกระจกเลนส์หมุนในมุมอับจะมีเจ้าหน้าที่ดูแลสอดส่องอย่างใกล้ชิด 8.7 ห้องสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับรุนแรงอยู่ใกล้ห้องบำบัดรักษาของเจ้าหน้าที่ 9. การบำบัดโดยใช้กิจกรรมนันทนาการหรือปฏิบัติการงานอาชีพ (Recreation, Occupational Therapy and Other Fitting) มีการตรวจสอบโครงสร้างและความ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
การออกแบบพื้นที่ของหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ดีต้องให้ความสำคัญกับการอำนวยความสะดวกให้กับการจัดกิจกรรมบำบัดอย่างเท่าเทียมกับการให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยและความมั่นคง 10. พื้นที่ใช้สอยสำหรับกิจกรรมนันทนาการ (Recreation activity facilities) 10.1 ต้องมีพื้นที่ที่เป็นห้องเล่นเกมสำหรับผู้ป่วยสามารถเข้าใช้ได้ 10.2 ในห้องกิจกรรมจะมีเกมส์หลากหลายประเภท อุปกรณ์สำหรับทำงานศิลปะ และเครื่องเล่นสเตอริโอเตรียมพร้อมไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วย 10.3 ห้องนั่งเล่นและห้องพักผ่อนในเวลากลางวันของผู้ป่วย ต้องมีโทรทัศน์และเครื่องเล่นวีดีโออยู่ภายใน 10.4 อุปกรณ์ที่สามารถใช้เป็นอาวุธได้ ควรยึดติดไว้กับที่ เช่น กระดานหมากรุก เป็นต้น 10.5 มีการจัดพื้นที่และม้านั่งสำหรับพบญาติ 11. เฟอร์นิเจอร์และของใช้ภายในห้อง (Furniture and fittings) ภายในหน่วยบำบัดรักษาได้จัดสิ่งอำนวยความสะดวกสบายให้ผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ได้แก่ เครื่องนอนที่สะอาด เครื่องนุ่งห่มที่สะอาด และการบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช โทรทัศน์ เครื่องทำน้ำเย็น ข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัว และจัดสภาพแวดล้อมให้มีลักษณะคล้ายบ้าน ยกเว้นของมีคมทุกชนิดที่จำเป็นต้องใช้ เจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือและดูแลรักษาให้ เพื่อป้องกันการนำไปทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น	ปลอดภัยทุกปี ตามแผนการของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย 10. พื้นที่ใช้สอยสำหรับกิจกรรมนันทนาการ (Recreation activity facilities) 10.1 จัดให้มีพื้นที่ห้องนั่งเล่นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าไปใช้ได้ 10.2 มีการเตรียมอุปกรณ์ที่ปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยใช้บริการ เช่น เกมส์ อุปกรณ์สำหรับทำงานศิลปะ เครื่องเล่น สเตอริโอ 10.3 ห้องพักผ่อนของผู้ป่วยมีโทรทัศน์และเครื่องเล่นวีดีโอ 10.4 มีกระดานหมากรุก หมากรอกเป็นลวดลายอยู่บนโต๊ะหินอ่อน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยใช้เป็นอาวุธ 10.5 มีการจัดสถานที่และมีม้านั่งสำหรับพบญาติ 11. เฟอร์นิเจอร์และของใช้ภายในห้อง (Furniture and fittings) การเลือกซื้อเฟอร์นิเจอร์ทุกอย่างเน้นความปลอดภัย และทำการยึดติดไม่ให้แยกเป็นชิ้น เพื่อป้องกันการนำไปทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
12. ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย (Staff and patient safety) 12.1 คิระบบสัญญาณแจ้งเตือนภัย เพื่อที่เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุจะได้เปิด เพื่อแจ้งให้คนอื่นๆ ทราบว่าขณะนี้เกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น และเกิดขึ้นบริเวณพื้นที่ใด 12.2 ปุ่มเรียกฉุกเฉินระบบภาพและเสียงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ติดตั้งไว้ที่ผนังเพิ่มจากระบบเตือนภัยแบบมือกดหรือมือดึงที่มีอยู่แล้ว 12.3 ต้องติดตั้งปุ่มกดเรียกในห้องทุกห้อง และติดตั้งเป็นระยะในบริเวณโถงทางเดิน 12.4 ระบบแจ้งเตือนต่างๆ ต้องเป็นที่รับรู้และเข้าใจของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (ทั้งเจ้าหน้าที่ปกติและเจ้าหน้าที่พิเศษเจ้าหน้าที่ของหน่วยบำบัดเอง และเจ้าหน้าที่จากภายนอก) 12.5 ต้องมีนโยบายและขั้นตอน วิธีการทำงานด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน 12.6 ต้องทดสอบการทำงานของระบบอย่างสม่ำเสมอ	12. ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย (Staff and patient safety) 12.1 ในโรงพยาบาลมีระบบสัญญาณขอความช่วยเหลือเป็นคู่ Buddy ของตึกเป็นคู่ๆ ที่สามารถมาช่วยเหลือภายใน 3 นาที เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ให้ปฏิบัติตามแนวทางระงับอัคคีภัย / CPR / Suicide / ก้าวร้าว / หลบหนี 12.2 ระบบแจ้งเตือน เหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ตึกผู้ป่วยทุกตึกมีระบบสัญญาณขอความช่วยเหลือและสามารถสื่อสารกันได้ทุกตึก สามารถรับรู้และเข้าใจตรงกัน 12.3 ติดตั้งปุ่มกดเรียกที่ห้องพยาบาลทุกตึก 12.4 ระบบแจ้งสัญญาณเตือนภัย มีการชักซ้อมเจ้าหน้าที่เพื่อรับรู้และเข้าใจ 12.5 มีแนวทางการตรวจสอบการทำงานของระบบฉุกเฉินโดยมีการซ้อมแผนประจำปี 12.6 มีการซ้อมแผนฉุกเฉินหรืออัคคีภัยทุกปี ทั้งในและนอกเวลาราชการ และมีคู่มือฉุกเฉินประจำหน่วยงาน
13. ระบบติดต่อสื่อสาร (Communication systems) ต้องมีการกำหนดระบบติดต่อสื่อสาร เช่น การใช้วิทยุสื่อสารสองทาง (Two-way Radios) อยู่คนละชั้น หรือระบบการสื่อสารระหว่างตึก เช่น ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีระบบสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อทั้งภายใน และภายนอกหน่วยบำบัด และมีวิทยุติดตามตัวของ รปภ. งานอาคารและสถานที่, โทรศัพท์มือถือ	13. ระบบติดต่อสื่อสาร (Communication systems) เจ้าหน้าที่มีระบบติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน มีระบบโทรศัพท์ภายใน วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ มีเบอร์โทรศัพท์สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา

ตัวชี้วัด

1. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยความรุนแรงระดับ 4
(เป้าหมาย 0 ราย)
2. มีผลการตรวจสอบสภาพแวดล้อมทางกายภาพและมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
ที่ควรปรับปรุง (ปีละ 1 ครั้ง)

6. โครงสร้างการให้บริการ : บุคลากร

(Service structure : personnel)

ความสำคัญ : ปัจจัยสำคัญในการส่งมอบบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ คือ การทำ
หน้าที่ และลักษณะการทำงานของทีมนักวิชาชีพสหวิชาชีพ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. ทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) มีผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วยบุคลากรผู้ ให้บริการหลัก ดังนี้ 1.1 ด้านการแพทย์ (Medical) 1.2 ด้านการพยาบาล (Nursing) 1.3 ด้านจิตวิทยา (Psychology) 1.4 ด้านอาชีพบำบัด (Occupational therapy) 1.5 ด้านสังคมสงเคราะห์ (Social work) 1.6 ด้านเภสัชวิทยา (Pharmacy) 1.7 ด้านโภชนาการ (Nutrition) 1.8 ด้านเทคนิคการแพทย์ (Medical technique) 1.9 ด้านทันตแพทย์ (Dentistry) 1.10 ด้านรังสีวิทยา (Radiology)	ทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ 1. มีหลักเกณฑ์ในการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มี ประสบการณ์การทำงาน หรือบุคลากรที่ผ่านการ อบรมสมรรถนะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อ ปฏิบัติงาน กรณีที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ ข้อ 1 ต้องได้รับการ พัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะ 2. ทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งด้านการบำบัดทางการแพทย์ ด้านการพยาบาลและด้านจิตสังคมบำบัด 3. เป็นศูนย์กลางการศึกษาดูงานและฝึกงานในด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในหรือภายนอกโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มี การเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ 5. มีแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) ภายในหรือ ภายนอกโรงพยาบาล 6. มีการประเมินผลการทำงานภายหลังได้รับการ พัฒนา

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
2. ความเป็นผู้นำ 2.1 ในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ หรือตามนโยบายการทำงานของโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งแต่ละทีมจะดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติงานให้บริการในภาพรวมทั้งหมด โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทีม วางระบบบริการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายสู่ชุมชน โดยมีการประสานงานส่งต่อตามระบบของโรงพยาบาล 2.2 หน่วยบำบัดรักษาต้องมีผู้ได้รับมอบหมายให้ทำงานเป็นหัวหน้าทีม ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ หรือพยาบาล พร้อมกับได้รับอำนาจสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการของหน่วย 2.3 หน่วยบำบัดรักษาแต่ละหน่วย ต้องมีหัวหน้าทีมที่ปรึกษา หรือ Lead consultant ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคนิคสำหรับประเด็นปัญหาสำคัญ ซึ่งขึ้นกับการปฏิบัติงานให้บริการ ใช้ความชำนาญที่มี ให้การสนับสนุนและกำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่และประสานงานการให้บริการในภาพรวม 2.4 การทำหน้าที่ให้คำปรึกษาต้องมีการทำงานที่ถูกกำหนดไว้ ประกอบกับแผนการทำงาน เพื่อประกันว่าผู้ที่เป็นที่ปรึกษาจะจัดสรรเวลาให้กับหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ 2.5 ทีมผู้นำด้านการบำบัดรักษา โรงพยาบาลมีทีมนำด้านการบำบัดรักษา (Patient Care Team หรือ PCT) ที่ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และจิตเวชชุมชน มีหน้าที่หลักในการวางระบบการบำบัดรักษา และแก้ไขปัญหาอุปสรรคตลอดจนการประเมินผลการบำบัดรักษา	ความเป็นผู้นำ 1. มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มีขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติ 2. มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งตามพื้นที่เขตตรวจราชการ 10 และ 12 ที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม 3. มีหน่วยงานเฉพาะทางและมีหัวหน้าทีมรับผิดชอบ เช่น ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต คลินิกให้คำปรึกษา หน่วยจิตสังคมบำบัด หน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานสุขภาพจิตเด็กและครอบครัว กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ทีมเจรจาต่อรอง 4. หอผู้ป่วย มีผู้ได้รับมอบหมายให้ทำงานเป็นหัวหน้าทีม ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ หรือพยาบาล พร้อมกับได้รับอำนาจสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการของหน่วย 5. หอผู้ป่วยแต่ละหอ ต้องมีแพทย์ที่ปรึกษาเป็นสำคัญ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หากต้องการปรึกษาจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย ประธานองค์กรแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หรือผู้อำนวยการฯ 6. ในโรงพยาบาลมีระบบการดูแลแบบแพทย์เจ้าของไข้และมีการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานทีม 7. มีทีมนำทางด้านคลินิก(Patient Care Team หรือ PCT) ที่ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก จิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน มีหน้าที่หลักในการวางระบบการ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3. ระดับความสามารถและประสบการณ์ของบุคลากร ในทีมงานผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในหน่วย บำบัดรักษาผู้ป่วยนั้น สมาชิกส่วนใหญ่ของทีมงานคือผู้ ที่มีประสบการณ์เฉพาะในสาขาวิชาชีพของตน และโดย อุดมคติแล้ว ต้องประกอบไปด้วย 3.1 ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าหน่วย ต้องมี ความรับผิดชอบในหน้าที่ มีภาวะผู้นำ มีความสามารถ ในการจัดการแก้ปัญหา เป็นผู้ที่สนใจหรือมี ประสบการณ์ในงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย 3.2 นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่เสียสละ อุทิศเวลาส่วน ใหญ่ให้กับการทำงานของหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย 3.3 แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร / อนุมัติบัตรจิตเวช ศาสตร์ แพทย์ที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาอย่าง น้อย 3 ปี 3.4 พยาบาลวิชาชีพ ผ่านการคัดเลือกให้มาทำ หน้าที่ภายหลังผ่านการทดลองงานกับพยาบาลพี่เลี้ยง (Preceptorship) ในการดูแลผู้ป่วย Acute / Subacute phase หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการ อบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิต เวช 3.5 นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ที่มีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วย	บำบัดรักษา และแก้ไขปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการ ประเมินผลการบำบัดรักษา หากพบว่าปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของทีม จะดำเนินการ โดย รายงานต่อคณะกรรมการทบทวนโดยฝ่ายบริหาร และ คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อมีมติให้ ดำเนินการแก้ไขปัญหาอื่นๆ โดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และให้รายงานผลการดำเนินการต่อคณะ กรรมการบริหารของโรงพยาบาลตามลำดับ ทีมสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญต้องมีระดับความสามารถ และประสบการณ์ ดังนี้ 1. สมรรถนะด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ 1.1 ด้านความรู้ ผ่านการประเมินตามแบบวัด ความรู้และเกณฑ์ที่กำหนด 1.2 ด้านทักษะการปฏิบัติ ผ่านการประเมินตาม แบบวัดทักษะการปฏิบัติและเกณฑ์ที่กำหนด 2. ความรู้อื่นที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานเช่น ด้านบริหาร จัดการและด้านการศึกษาวิจัย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3.6 เกสซ์กร ผู้ที่จบด้านเกสซ์กรรมคลินิก หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3.7 ทันตแพทย์ ผู้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาทันตกรรม 3.8 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ป่วยจิตเวช 3.9 นักกิจกรรมบำบัด / เจ้าหน้าที่กิจกรรมบำบัด / เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการจัดกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยจิตเวช	

ตัวชี้วัด

1. บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคลที่กำหนด (ร้อยละ 90)

7. หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย

(Career involvement)

ความสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติ ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล) ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นใดก็ตามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบำบัด ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสบการณ์ทางบวกและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการบำบัดรักษาในสภาพแวดล้อม ที่มีการดูแลความมั่นคง

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. หน่วยบำบัดรักษาทุกหน่วยต้องปฏิบัติเหมือนกันในการให้รายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นการทำงานของหน่วยนั้นๆ ในทุกๆ ประเด็นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 2. ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ระบุตัวตนได้อย่างชัดเจน 3. ต้องระบุไว้ในนโยบายของการให้บริการอย่างชัดเจนว่ากรณีใดบ้างที่ต้องมีการปิดกั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย และต้องแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ 4. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วย จะต้องได้รับสิทธิในการทำหน้าที่เข้าร่วมรับรู้การประชุมเพื่อทบทวนการดำเนินไปของอาการผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นระหว่างผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ 5. หากผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับรู้กระบวนการดูแลและบำบัดผู้ป่วย ก็จะแจ้งให้ทราบในการพบปะกันซึ่งหน้าระหว่างเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งในทีมงานผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพกับผู้ดูแลผู้ป่วยคนนั้นๆ 6. มีแผนการทำงานในภาวะวิกฤติ เช่น การหลบหนี การได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมที่พยายามทำร้ายตนเอง หรือกรณีที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ต้องคำนึงถึงผู้ดูแลผู้ป่วย (Career) และคนอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องอาจจะเกิดความเสี่ยง	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1. มีแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นมาตรฐานเดียวกัน 2. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา ระยะเวลาในการรักษา ข้อจำกัดของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและโรงพยาบาล 3. มีแนวทางปฏิบัติในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น ขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 4. มีการทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ความต้องการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ฯลฯ 5. มีการสื่อสารให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน 6. มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีศักยภาพในการดูแลตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย 7. มีเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนในการสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
7. หน่วยบำบัดรักษาทุกหน่วย ต้องให้การฝึกอบรมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วย เพื่อให้ทำงานตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วย 8. ต้องมีกลุ่ม (ชมรม สมาคม) หรือเครือข่ายสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดรักษาทุกคน 9. ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ต้องได้รับการประเมินความจำเป็นและความต้องการของตนเอง และต้องได้รับการบอกกล่าวถึงแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 10. ต้องมีการทบทวน ตรวจสอบเอกสาร แผ่นพับของหน่วยที่พิมพ์แจกให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยทุก 6 เดือน โดยทบทวนความจำเป็นและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย (โดยทบทวนและพัฒนาปรับปรุงเนื้อหา) 11. มีระบบการแจ้งเรื่องต่างๆ ตามสิทธิผู้ป่วย	8. มีการจัดทำเอกสาร แผ่นพับแจกให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย และมีการตรวจสอบประเมินทุก 6 เดือน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และการใช้ประโยชน์ 9. มีการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิผู้ป่วยโดยตรงแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยผ่านสื่อเทคโนโลยีต่างๆ เช่น แผ่นพับ คู่มือ การตีพิมพ์ทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ เป็นต้น

ตัวชี้วัด

1. ใบร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่จากผู้รับบริการ (0 ราย)
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 85)
3. มีการให้ข้อมูลสิทธิในการบำบัดรักษา (ร้อยละ 100)

8. ระบบเอกสารคุณภาพ

(Documentation)

ความสำคัญ : การมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ ถือเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะอาจสร้างความยากลำบากในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เอกสารถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลสารสนเทศ ที่ถูกใช้ในการประเมิน วางแผน ตัดสิน รวมถึงการแจ้งให้ผู้อื่นทราบ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
รายการที่แสดงข้างล่างนี้ คือ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแล บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช 1. เอกสารทั่วไป (General documents) 1.1 เอกสารแนะนำหน่วยงานสำหรับผู้เยี่ยมชม 1.2 เอกสารปฐมนิเทศสำหรับผู้ป่วยและญาติ 1.3 สมุดบันทึกการเข้าเยี่ยม 1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ WHO ฉบับ 10 (ICD-10) 1.5 ประมวลกฎหมายอาญา และแพ่ง ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	มีการจัดทำข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสื่อสารสำหรับทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการอื่นๆ ได้แก่ 1.1 แผ่นพับแนะนำหน่วยงานและบริการต่างๆ 1.2 คู่มือปฐมนิเทศสำหรับผู้ป่วยและญาติ 1.3 สมุดบันทึกการเข้าเยี่ยม 1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ WHO ฉบับ 10 (ICD-10) 1.5 ประมวลกฎหมายอาญา และแพ่ง ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ความรับผิดชอบทางอาญา ได้แก่ กฎหมายอาญา มาตรา 56 65 และ 66 วิธีการเพื่อความปลอดภัย ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และ 49 การหย่อนความสามารถในการทำนิติกรรม ได้แก่ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 28 และ มาตรา 31 32 วิธีการทางกฎหมายที่เป็นคุณแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 และ 248 ข้อจำกัดทางกฎหมายของผู้ป่วย ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 307 323 และ 373 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 430 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 เป็นต้น

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
2. เอกสารก่อนรับเข้ารักษา (Pre-admission documents) 2.1 แบบฟอร์มการส่งต่อ (กรณีรับการส่งต่อ) 2.2 แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนรับเข้าบำบัดรักษา (ตามความเหมาะสม) 2.3 เอกสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบำบัดรักษา เพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมผู้ป่วยรับไว้รักษา 2.4 หนังสือส่งตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม	2. เอกสารก่อนรับเข้ารักษา (Pre-admission documents) 2.1 แบบฟอร์มการส่งต่อ (กรณีรับการส่งต่อ) 2.2 แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนรับเข้าบำบัดรักษา เช่น แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย, แบบประเมิน DS8,8Q, , แบบฟอร์มซักประวัติจากนักสังคมสงเคราะห์, แบบประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย (HoNoS) แบบประเมินศักยภาพ แบบประเมิน BPRS แบบประเมิน AUDIT แบบประเมิน CIWA-score 2.3 เอกสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบำบัดรักษา เพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมผู้ป่วยรับไว้รักษา เช่น แบบฟอร์มสัญญารับผู้ป่วยไว้รักษา แบบฟอร์มยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้า ใบให้ความรู้เรื่องโรคแก่ญาติ 2.4 หนังสือส่งตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม เช่น 1) หนังสืออาชัคดี 2) หนังสือประกันตัว
3. เอกสารเมื่อรับเข้ารักษาและระหว่างผู้ป่วยอยู่ในการดูแลรักษา (Pre-Admission & during admission documents) 3.1 เอกสารติดตามการเปลี่ยนแปลง 3.1.1 เวชระเบียนผู้ป่วย 3.1.2 แบบบันทึกการตรวจของแพทย์ (Physician's note) 3.1.3 แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet) 3.1.4 แบบบันทึกการให้ยา (Medication record)	3. เอกสารเมื่อรับเข้ารักษาและระหว่างผู้ป่วยอยู่ในการดูแลรักษา (Pre-Admission & During Admission documents) 3.1 เอกสารติดตามการเปลี่ยนแปลง 3.1.1 เวชระเบียนผู้ป่วย 3.1.2 แบบบันทึกการตรวจของแพทย์ (Physician's note) 3.1.3 แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet) 3.1.4 แบบบันทึกการให้ยา (Medication record)

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3.1.5 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs record) 3.1.6 แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ (Discharge Plan) 3.1.7 แบบเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก เช่น แบบประเมิน ADR ฯลฯ 3.1.8 แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด 3.1.9 ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (on line) 3.2 เอกสารประเมินอาการโดยพยาบาล (Nurse's assessment) 3.2.1 บันทึกผู้ป่วยรับใหม่ 3.2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) 3.2.3 การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3.2.4 แบบแสดงความจำเป็นของญาติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3.2.5 แบบสรุปผลการรักษา (Summary) 3.2.6 เอกสารอื่นๆ ตามความจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละคน	3.1.5 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs record) 3.1.6 แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ (Discharge Plan) 3.1.7 แบบเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก แบบประเมิน ADR ใบบันทึกอุบัติการณ์ ใบแสดงความคิดเห็น 3.1.8 แบบฟอร์มการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว 3.1.9 แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด 3.1.10 ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการดูแลต่อเนื่อง(on line) 3.2 เอกสารประเมินอาการโดยพยาบาล (Nurse's assessment) 3.2.1 บันทึกผู้ป่วยรับใหม่ 3.2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) 3.2.3 การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3.2.4 แบบแสดงความจำเป็นของญาติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ใบยินยอม/ไม่ยินยอมอยู่รักษาในยินยอม/ไม่ยินยอมอยู่รักษาด้วยไฟฟ้า 3.2.5 แบบสรุปผลการรักษา (Summary) ใบ Discharge note 3.2.6 ใบแสดงความคิดเห็น ขอร้องเรียน (Complaints)

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
3.3 หนังสือราชการ (ถ้ามี) 3.3.1 หนังสือตอบกลับกระบวนการยุติธรรมกรณีเข้ารับการรักษา 3.3.2 หนังสือขอประวัติจากกระบวนการยุติธรรม เช่น ผู้ป่วยคดี	3.3 หนังสือราชการ 3.3.1 หนังสือตอบกลับกระบวนการยุติธรรมกรณีเข้ารับการรักษา 3.3.2 หนังสือขอประวัติจากกระบวนการยุติธรรม เช่น ผู้ป่วยคดี 3.3.3 หนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตาม พรบ. 3.3.4 แบบรายงานผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตาม พรบ.
4. เอกสารการประชุมวินิจฉัยผู้ป่วย และแนวทางการบำบัดรักษา โดยสหวิชาชีพ 4.1 แบบฟอร์มการซักประวัติละเอียด ผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยนักสังคมสงเคราะห์ 4.2 รายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและบำบัด 4.3 แบบประเมินศักยภาพผู้ป่วยก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4.4 เอกสารสรุปการประชุมโดยทีมสหวิชาชีพ 4.5 เอกสารสรุปอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงวันประชุมวินิจฉัยโรค 4.6 เอกสารสรุปพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยเข้ารับบริการด้านกิจกรรมบำบัด	4. เอกสารประเมินและแนวทางการบำบัดรักษา โดยสหวิชาชีพ 4.1 แบบฟอร์มการซักประวัติละเอียด ผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยนักสังคมสงเคราะห์ 4.2 รายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและบำบัด 4.3 แบบประเมินศักยภาพผู้ป่วยก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาความต้องการ 4.4 เอกสารสรุปการประชุมโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทุกรายต้องมีการซักประวัติตามแบบฟอร์มดังกล่าว อย่างครบถ้วน สมบูรณ์
5. เอกสารก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแล (Pre-Discharge documents) 5.1 เอกสารกำหนดแนวทางการดูแล (CPG) 5.2 เอกสารสรุปอาการก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(D/C Plan) 5.3 รายงานการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	5. เอกสารก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแล (Pre-Discharge documents) 5.1 เอกสารกำหนดแนวทางการดูแล (CPG) 5.1.1 แนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ (CPG Suicide) 5.1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
5.4 เอกสารการประสานดูแลผู้ป่วยกับชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	5.1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา 5.1.4 คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 5.2 เอกสารสรุปอาการก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย 5.2.1 ใบ discharge note 5.2.2 รายงานการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 5.2.3 แบบบันทึกประเมินผลการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด 5.2.4 เอกสารการประสานดูแลผู้ป่วยกับชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่อง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและญาติ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์สำหรับญาติ แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยแอลกอฮอล์
6. เอกสารหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแล (Post discharge documents) 6.1 บทสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแลซึ่งมาจากสมาชิกทุกคนในทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ระบุถึงปัญหาที่พบกับผู้ป่วย ความจำเป็น ความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา อาการและข้อแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคน(D/C Note) 6.2 เอกสารส่งต่อซึ่งระบุถึงแผนการดำเนินการกับผู้ป่วย ณ เวลานี้ และรายละเอียดของการบำบัดรักษา เพื่อให้การโอนย้ายไปยังหน่วยงานหรือทีมงานอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น(ใบ Refer)	6. เอกสารหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแล (Post discharge documents) 6.1 บทสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกไปจากการดูแลซึ่งมาจากสมาชิกทุกคนในทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ระบุถึงปัญหาที่พบกับผู้ป่วย ความจำเป็น ความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา อาการและข้อแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคน 6.2 ใบส่งต่อซึ่งระบุถึงแผนการดำเนินการกับผู้ป่วย ณ เวลานี้ และรายละเอียดของการบำบัดรักษา ระบุถึงการวินิจฉัยโรคเพื่อให้การโอนย้ายไปยังหน่วยงานหรือทีมงานอื่นเป็นไปอย่างราบรื่น

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
6.3 ใบนัดหมาย ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	6.3 ในกรณีไม่ใช้การส่งต่อในระบบ มีการประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยระบุนรายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา แผนการรักษาและสิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่าย 6.4 ในกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากไม่มีญาตินำส่ง งานผู้ป่วยนอกประสานให้ผู้ป่วยในดำเนินการตามญาติเพื่อให้ข้อมูลต่อไป

ตัวชี้วัด

1. มีการจัดเตรียมเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ พร้อมใช้
2. มีมาตรฐานการบันทึกในเอกสารแต่ละชนิด
3. มีการทบทวนเอกสารผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาหรือการดูแลผู้ป่วย
4. มีมาตรฐานการเข้าถึงเอกสาร และการดูแลรักษาความลับของผู้ป่วย

9. เชื้อชาติ , วัฒนธรรม ของผู้ป่วย

(Ethnicity and culture)

ความสำคัญ : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีหน้าที่รับผิดชอบที่จะสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายว่าพวกเขาจะได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน โดยไม่ขึ้นอยู่กับเพศ ความพิการ ความเชื่อทางศาสนา พฤติกรรมทางเพศ หรือเชื้อชาติ สีผิวใดๆ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
สิ่งที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องมีเป็นอย่างน้อย คือ 1. นโยบายที่ชัดเจน ที่ระบุถึงการที่เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายต้องตระหนักถึงคือ การได้รับโอกาสที่เท่าเทียมและการระมัดระวังไม่ให้เกิดการละเมิดด้านเชื้อชาติเกิดขึ้นโดยครอบคลุมทั้งการละเมิดระหว่างเจ้าหน้าที่ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยต่อผู้ป่วย หน่วยงานต้องระบุให้ชัดเจนในการออกนโยบาย และต้องมีระบบการเฝ้าระวังเพื่อให้แน่ใจว่าทุกหน่วยงานปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนด และในการตรวจสอบการทำงานตามนโยบาย ต้องใช้วิธีการที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน 2. มีเครื่องมือในการประเมิน ความจำเป็นของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ และเพศของผู้ป่วย 3. มีการเข้าถึงสื่อที่ใช้ในการแปลความ ภาษาไว้ หรือ การสื่อความในลักษณะอื่น 4. มีความตั้งใจจริงที่จะพิสูจน์ให้เห็นว่าความเคารพในเรื่องเชื้อชาติ สีผิวของเจ้าหน้าที่ เป็นกระแสะท้อนที่แสดงถึงความเคารพ เชื้อชาติ สีผิวของผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตระหนักรู้ถึงประเด็นปัญหา ความจำเป็นและทรัพยากรที่ต้องจัดเตรียม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถทำการประเมินความจำเป็นและให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอันเกี่ยวเนื่องกับมาตรฐานด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม เช่น 1. ผู้รับบริการทุกเชื้อชาติศาสนา ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน เช่น มีระบบบัตรคิวให้บริการตามลำดับก่อนหลัง และ มีระบบทางด่วนสำหรับผู้เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการดูแลตามระดับความเลี้ียง 2. มีการสัมภาษณ์ ชักประวัติ รวบรวมข้อมูลด้านเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา เพศ อายุ วัฒนธรรมและความเชื่อเพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม 3. จัดเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด – สื่อสารภาษาต่างประเทศ เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติและภาษาใบ้ ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร 4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ความเคารพในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว โดยไม่เลือกปฏิบัติ เรียกชื่อ คำนำนามยศ ตำแหน่ง ตามความเหมาะสม เช่น คุณ Mr. Miss Mrs.

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
5. การอำนวยความสะดวกเพื่อให้ตรงกับความต้องการหรือความจำเป็น ด้านเชื้อชาติของผู้ป่วย เช่น การจัดทรงผม ทางเลือกในการบริโภคอาหาร การจัดหาหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ที่เป็นภาษาเฉพาะของชนกลุ่มน้อย 6. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึง การสนับสนุน การปฏิบัติตามความเชื่อทางจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการผ่านทางคนที่เข้าใจเรื่องของสุขภาพจิต 7. การจัดการพบปะ (ทั้งภายในและภายนอก) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามหลักความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ เช่น การจัดห้องสวดมนต์ ห้องละหมาด เป็นต้น 8. มีห้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ แยกสำหรับแต่ละเพศ เช่น ห้องอาบน้ำ ห้องสุขา ห้องนอน และห้องพักผ่อน 9. มีการแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงทรัพยากรต่างๆ ที่จัดหาให้ตามความต้องการและความจำเป็น ทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น 10. ให้รายละเอียดกับญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงทรัพยากรที่มีและความมุ่งมั่นของหน่วยบำบัดรักษาที่จะตอบสนองต่อความจำเป็น 11. ต้องมีระบบการบันทึกเพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานะทางกฎหมาย เชื้อชาติ และการบันทึกอุบัติเหตุที่ส่งผลร้าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้นไปอีก	5. มีการจัดหาอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยตามความแตกต่างด้านเชื้อชาติ ศาสนา ตามความเหมาะสม เช่น อาหารอิสลาม อาหารเจ อาหารมังสวิรัต อาหารท้องถิ่น เป็นต้น 6. มีกิจกรรมทางพุทธศาสนา โดยมีการสวดมนต์ก่อนนอนทุกวันในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ และในวันศุกร์สุดท้ายของเดือนจะมีการจัดกิจกรรมกลุ่มธรรมะบำบัด 7. ทุกหอผู้ป่วยต้องมีการจัดสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา เช่น ห้องสวดมนต์สำหรับผู้นับถือศาสนาพุทธ สถานที่ประกอบพิธีละหมาดสำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามและมีกิจกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจในทุกศาสนา 8. มีการแยกหอผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยหญิง-ชาย และมีการแยกห้องอาบน้ำ ห้องสุขา ห้องนอน มีมุมสำหรับพักผ่อนและมุมการเรียนรู้ มีห้องแยกสำหรับเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9. มีการให้ข้อมูล คำแนะนำ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทราบถึงบริการ กิจกรรมต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ตามความต้องการ ความจำเป็น ทางเชื้อชาติ ศาสนา และตามประเพณีของของผู้ป่วย รวมถึงการประสานงานกับสถานทูต สถานกงสุลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติทุกรายที่ประสบปัญหา 10. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ข้อมูลรายละเอียดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือญาติ 11. โรงพยาบาลจะมีการจัดเก็บข้อมูลประวัติและการรักษา โดยระบุถึงการเข้าถึงข้อมูลเป็นลำดับขั้น รวมถึงการบันทึกอุบัติเหตุความเสี่ยงเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิ (ต้องมีการเซ็นยินยอมในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและการรักษาด้วยไฟฟ้า) (ร้อยละ 100)
2. ข้อร้องเรียน หรือ อุบัติการณ์เกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันในด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรมของผู้ป่วย (0 ราย)
3. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 85)

10. การกำกับดูแล

(Supervision)

ความสำคัญ : เพื่อให้สอดคล้องกับหลักในการปฏิบัติงานคลินิก จำเป็นอย่างยิ่งที่การทำงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะต้องมีระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติงานที่มีแบบแผนชัดเจนและเข้มแข็ง สิ่งที่ใช้สนับสนุนการทำงานกำกับดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ คือ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่แต่ละคนในการพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพของตนเอง และการจัดตั้งกลุ่มของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในการบำบัดผู้ป่วยเพื่ออภิปรายปัญหาหรือสะท้อนปัญหาแล้วนำไปสู่การเรียนรู้

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. การกำกับดูแลการปฏิบัติงานในคลินิก ต้องดำเนินการอย่างน้อย 1 ครั้งใน 2 สัปดาห์ หรืออาจบ่อยกว่านั้นตามแนวทางที่กำหนดโดยทีมนำการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PCT) 2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พึงต้องมีระบบที่ชัดเจนในการกำกับดูแลเพื่อตรวจติดตาม และกำกับดูแล เพื่อตรวจสอบ และต้องมีการทบทวนระบบทุก 6 เดือน 3. มีการประกาศเป็นพันธะสัญญาร่วมกันระหว่างผู้กำกับดูแลและผู้ถูกกำกับดูแล โดยทุกประเด็นต้องผ่านความเห็นชอบด้านความเหมาะสมและถูกต้อง คำนึงถึงหลักสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับให้ครอบคลุม ดังนี้ 3.1 เป้าหมายการฝึกอบรม/เรียนรู้ 3.2 วิธีการแก้ปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น 3.3 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ 3.4 ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน 3.5 เอกสารที่ต้องใช้ 3.6 การรักษาความลับ 3.7 การดำเนินการในกรณีกับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายปฏิเสธการรักษา	โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางการกำกับดูแล ดังนี้ 1. จัดเตรียมห้องที่มีความสะดวกสบาย และเป็นส่วนตัวสำหรับใช้ในการกำกับดูแล 2. ในการกำกับดูแลนั้นต้องมีการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย 3. การทำงานด้านการกำกับดูแลต้องเกาะติดกับโครงสร้างการทำงานเฉพาะด้านการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย และต้องมุ่งตรงไปที่ปัจจัยทั้งด้านการดำเนินงานทางคลินิกและการบริหารจัดการ ดังนี้ 3.1 การเฝ้าระวังติดตามรวมทั้งการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.2 การพัฒนาทักษะการทำงานที่สำคัญ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ด้านการคัดกรอง การดูแล และการบำบัดรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย 3.3 การสนับสนุนการพัฒนาตนเองในด้านการให้การสนับสนุนในภาวะที่มีความตึงเครียดในการทำงานสูง เช่น ได้รับคำปรึกษาจากผู้แทนเทศประจำตึกแต่ละตึก 3.4 แผนปฏิบัติการมีข้อตกลงร่วมในการดำเนินการดูแลรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
4. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พึ่งต้องมีการมอบหมายงานผู้กำกับดูแลการทำงานตามความเหมาะสม 5. เจ้าหน้าที่ที่บรรจุเข้าทำงานใหม่ พึ่งต้องได้รับการแจ้งรายละเอียดของกระบวนการทำงานอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้น 6. การกำกับดูแลต้องรวมถึงการจัดทำเอกสารกำหนดลักษณะงาน (Job discription) ในแต่ละวิชาชีพ สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคน 7. จัดระบบในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤติ	4. เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญและได้รับการฝึกอบรมตามความเหมาะสม 5. มีแผนในการดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ที่บรรจุเข้ามาใหม่และมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 6. มีการจัดเตรียมกระบวนการกำกับดูแลตามคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับทีมสหวิชาชีพ (CPG)

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น / ถูกทำร้าย (ความรุนแรงระดับ 4) (ร้อยละ 0)
2. ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ (ความรุนแรงระดับ 4) (ร้อยละ 0)

11. การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ

(Liaison with other agencies)

ความสำคัญ : เพื่อให้สอดคล้องกับกระแสการทำงาน ที่เน้นการทำงานเป็นทีมและการกำหนดวาระการทำงานที่ต้องรวมเอาการมีส่วนร่วมของสังคม ดังนั้นการให้บริการของหน่วยบำบัดรักษาจึงต้องเข้าถึงหน่วยงานให้บริการอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. หน่วยบำบัดรักษาแต่ละหน่วย ต้องกำหนดตัวบุคคลที่จะเป็นผู้ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อย่างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร 2. หน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อกำหนดต้นแบบวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับระดับการแบ่งปันข้อมูลและระดับความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างกัน 3. หน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยพึงต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตนเองให้กับทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง 4. มีการเชื่อมโยงกับ รพศ. รพท. รพช. PCU สอ. หรือโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5. ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวถึงหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และแผนการบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานเหล่านั้น	การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ มีแนวทางดังนี้ 1. หน่วยบำบัดรักษามีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดย 1.1 การประสานภายใน - หน่วยบำบัดรักษามีหัวหน้าหน่วยเป็นผู้รับผิดชอบการประสานงานภายในกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 1.2 การประสานภายนอก - หัวหน้ากลุ่มงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้มอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นผู้ประสานงานภายนอกโรงพยาบาลกับเครือข่ายสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ในแต่ละหอผู้ป่วยมีตัวแทนที่เป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมทุกวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ 3. มีการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ 3.1 เพื่อกระตุ้นคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	3.2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น และผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในอนาคต 3.3 เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างสูงสุด และมอบอำนาจในการเลือกใช้บริการใดที่เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการของตนเองมากที่สุดแก่ผู้ป่วย 3.4 เพื่อลดความรู้สึกลายหรือเป็นตราบาปที่ต้องเข้ารับการบำบัดในหอบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช 4. มีการเชื่อมโยงการทำงานในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ กับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น 4.1 วัด 4.2 ตัวแทนของผู้ใช้บริการ เช่น ชมรมญาติ 4.3 หน่วยงานทางด้านกฎหมาย/กระบวนการยุติธรรม เช่น เรือนจำ 4.4 หน่วยบริการทางสังคมสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ 4.5 หน่วยงานการให้บริการทางการแพทย์ทั้งชั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด 4.6 หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจิตอาสา เช่น อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ประธานชุมชน 5. พัฒนาช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติงานของหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น วารสาร website แผ่นพับ โทรศัพท์ e-mail โทรศัพท์ โทรสาร เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุม เป็นต้น

ตัวชี้วัด

1. มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
2. มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายทางสุขภาพจิตและจิตเวช
3. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกับพื้นที่ / สถานสงเคราะห์
4. มีทางด่วนในการบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

12. การตรวจสอบและเฝ้าระวังการดำเนินการทางคลินิก

(Clinical audit & Monitoring)

ความสำคัญ : การตรวจสอบการดำเนินการทางคลินิก (clinical audit) ถือเป็นหัวใจสำคัญของหลักการบำบัดรักษา และเป็นเครื่องมือที่ขาดไม่ได้สำหรับการยกระดับงานบริการ โดยผ่านทาง :

1. การประเมินคุณภาพของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับหลักปฏิบัติมาตรฐานที่ได้มีข้อตกลงร่วมกัน
2. การให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลในคุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพด้านการเงิน (cost-effectiveness) ของงานการดูแลผู้ป่วย
3. การปรับปรุงการปฏิบัติโดยใช้สิ่งที่เกิดจากการสะท้อนการทำงาน(feedback) การตรวจสอบการดำเนินงานทางคลินิกต้องได้รับการปฏิบัติเสมือนเป็นส่วนย่อยของวัฒนธรรมการให้บริการที่เกิดขึ้น เพื่อติดตาม ตรวจวัดการให้บริการเพื่อตอบสนองการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. มาตรฐานทุกอย่างที่ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ต้องได้รับการตรวจสอบการดำเนินการ 2. สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องได้รับการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน และได้รับการตรวจสอบและทบทวนการทำงานเป็นระยะ เพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติอยู่ในกรอบที่กำหนด กิจกรรมที่ว่านี้รวมถึง 2.1 การกระทำการจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย 2.2 การจำกัดสิทธิอื่น ๆ 2.3 การให้ยาในการบำบัดรักษา 2.4 อุบัติการณ์ near misses ต่างๆ 3. ต้องมีการกำหนดมอบหมายงานให้คนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำ เพื่อสร้างความมั่นใจว่างานการตรวจสอบการดำเนินงานทางคลินิก (Clinical audit) ได้รับการดำเนินงานจริง 4. ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีโอกาสมี	การตรวจสอบการดำเนินงานทางคลินิกถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลในกิจกรรมที่เสี่ยงสูง เช่น การจำกัดพฤติกรรม / การจำกัดสิทธิอื่นๆ / การให้ยาในการบำบัดรักษา ฯลฯ 2. กำหนดแนวทางการตรวจสอบและเฝ้าระวังการดำเนินการ และกำหนดผู้รับผิดชอบ 3. มีช่องทางในการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตรวจสอบ 4. เผยแพร่ผลการตรวจสอบไปยังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอข้อเสนอแนะ และนำมาปรับใช้พัฒนาบริการต่อไป 5. ทีมผู้ตรวจสอบและเฝ้าระวังต้องทำงานตามกฎหมายที่กำหนด

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
ส่วนร่วมในขั้นตอนการตรวจสอบ 5. สมาชิกของทีมผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นทีมผู้ตรวจสอบและเฝ้าติดตามพึงต้องมีความเข้าใจถึงภาระหน้าที่ วิธีการและการปรับใช้การตรวจสอบการดำเนินการทางคลินิกให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด 6. ผลการตรวจสอบการดำเนินงานทางคลินิก (clinical audit) ต้องถูกกระจายไปยังทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอข้อเสนอแนะและนำมาปรับใช้พัฒนาหลักปฏิบัติให้มีคุณค่าที่ดีขึ้นกว่าเดิม 7. มีการตรวจสอบการดำเนินการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วย อันเกิดจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ	

ตัวชี้วัด

ผลการ audit เวชระเบียนแต่ละวิชาชีพ ของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 70)

13. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

(Staff training)

ความสำคัญ : การจัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เป็นเรื่องจำเป็นในงานที่มีความคาดหวังสูง เรื่องการดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในการทำงานที่หลักปฏิบัติใดๆ ต้องอ้างอิงกับหลักฐานทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานต้องเฝ้าหาความรู้ ทักษะที่ทันสมัย รวมถึงมีทัศนคติที่ดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนต้องเข้าร่วมในการฝึกอบรมในเรื่องการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 2 วันใน 6 เดือน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความชำนาญในแขนงวิชาชีพของตนเอง เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยกับหลักปฏิบัติที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน 2. บุคลากรใหม่ต้องมีความสามารถที่จะเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติงานด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาล โดยการสอนงานจากพี่เลี้ยงหรือผู้ชำนาญกว่า 3. บุคลากรใหม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจากอบรม 3 เดือน 4. ผู้ที่เป็นผู้นำในการปฏิบัติงานคลินิกนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบในการมอบหมายงาน เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรใหม่ได้แสดงออกถึงขีดความสามารถที่มีอยู่ และแสวงหาความรู้เพิ่มเติม 5. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรม/สอนงานเพื่อพัฒนาทักษะการทำงานอย่างต่อเนื่อง 6. ผู้บริหารกำกับดูแลและส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติงานให้สามารถเกิดขึ้นได้จริงโดยการมอบหมายงาน และหรือนิเทศติดตาม	1. รพ. กำหนดสมรรถนะเชิงวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาความเป็นเลิศขององค์กร 2. ประเมิน Specific competency ทุก 1 ปี 3. มีการจัดทำแผนพัฒนาแต่ละวิชาชีพตาม competency ที่กำหนด 4. หัวข้อการฝึกอบรมต้องครอบคลุมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การคัดกรอง ประเมิน ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัด รักษา การดูแล การฟื้นฟู การเฝ้าระวังในชุมชน โดยเน้นความสำคัญถึงความแตกต่างของบุคคล 5. สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการศึกษาต่อเนื่อง / และพัฒนางานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการยกระดับการให้บริการผู้ป่วย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
7. ต้องให้การอบรมบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการรับรู้ถึงความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการอันเนื่องมาจากเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม เพศ ฯลฯ	

ตัวชี้วัด

1. ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ เรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 100)
2. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาตาม Specific competency ตามผลการประเมิน (ร้อยละ 100)
3. ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะหลัก(Core competency) ตามที่กำหนด (ร้อยละ 80)

14. การบริการเพื่อสนับสนุนการทำงาน

(Support services system)

ความสำคัญ : ในกระบวนการบำบัดและการดูแลผู้ป่วยนั้นอาจจำเป็นต้องใช้เจ้าหน้าที่จากภายนอกที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่เจ้าหน้าที่จากภายนอกเหล่านั้นอาจไม่มีความตื่นตัวที่ดีพอเกี่ยวกับประเด็นความมั่นคงปลอดภัยของหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย ดังนั้นต้องจัดวางระบบแจ้งเตือนเพื่อให้รายละเอียดของขั้นตอนการทำงานที่พวกเขาจำเป็นต้องรับรู้ในระหว่างที่เข้ามาทำงานในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
เพื่อรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานสนับสนุนควรได้รับการพัฒนาต่อไปนี้ 1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลการจัด โปรแกรมการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. เจ้าหน้าที่ในส่วนสนับสนุนต้องได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรมที่กำหนด 3. เจ้าหน้าที่ในส่วนสนับสนุนทุกคนต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการทำงานของหน่วยบำบัดรักษาทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 4. เจ้าหน้าที่ในส่วนสนับสนุน ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วนต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยบำบัดรักษาเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับรู้ข้อมูลตามที่กำหนดความช่วยเหลือตามความเหมาะสม 5. เมื่อเจ้าหน้าที่ในส่วนสนับสนุนเข้ามาในหน่วยบำบัดรักษา ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้ามายังหน่วยบำบัดรักษา ต่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยบำบัด ทราบเพื่อขอความช่วยเหลือตามความเหมาะสม 6. เจ้าหน้าที่ในหน่วยสนับสนุนทุกคนต้องเข้าใจสภาพแวดล้อมการทำงานในหน่วยบำบัดรักษาผู้ป่วย และต้องได้รับการบอกกล่าวถึงประเด็นความปลอดภัยต่างๆ (เช่น ระบบความปลอดภัย)	1. มีการกำหนดแผนการพัฒนสมรรถนะเจ้าหน้าที่หน่วยสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกันระหว่างหน่วยสนับสนุนและหน่วยบำบัดรักษา ครอบคลุม 1.1 ระบบการดูแลช่วยเหลือ 1.2 ประเมินเบื้องต้น 1.3 มีความรู้เกี่ยวกับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.4 บทบาทของวิชาชีพต่างๆ และบทบาทของเจ้าหน้าที่หน่วยสนับสนุน มีการกำหนดการอบรม 1 ครั้ง / ปี 2. มีการฟื้นฟู/เพิ่มขีดความสามารถในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ 3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือด้วยการเข้ามามีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 4. มีช่องทางในการสื่อสาร แนวปฏิบัติหรือให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนของโรงพยาบาลฯ และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นภายนอกโรงพยาบาล เช่น 4.1 พนักงานทำความสะอาด 4.2 พนักงานซักฟอก 4.3 ผู้ประกอบอาหาร 4.4 พนักงานทำสวน

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
	4.5 ช่างซ่อมบำรุงจากภายนอก เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่จากทัณฑสถาน เรือนจำ สถานสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร ดำรวจ ฯลฯ 5. ขณะปฏิบัติงาน หากพบเหตุการณ์ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรืออุปกรณ์สูญหาย ผู้สนับสนุนจากภายนอกหน่วยบำบัดรักษาให้แจ้งหัวหน้าหน่วยบำบัดรักษาทราบ 6. หัวหน้าหน่วยงาน สนับสนุนสื่อสาร ทำความเข้าใจ สร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตัวชี้วัด

1. มีแผนการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในหน่วยสนับสนุน (ร้อยละ 100)
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยสนับสนุนได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 100)

15. งานวิจัย

(Research)

ความสำคัญ : การดำเนินการด้านการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีองค์ความรู้และงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับพันธกิจ / วิสัยทัศน์ของหน่วยงานจะช่วยให้หน่วยงานพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้อย่างถูกต้อง

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
- กำหนดกรอบงานวิจัย / การพัฒนาเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล - มีการวางแผนงานวิจัย / การพัฒนาเทคโนโลยีระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว - การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ - มาตรฐานด้านปัจจัยการวิจัย ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน - มาตรฐานด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน - มาตรฐานด้านผลผลิต ประกอบด้วย 2 มาตรฐาน - มีผลงานวิจัยเป็นไปตามมาตรฐานการวิจัยของโรงพยาบาลและกรมสุขภาพจิต - มีการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนางาน และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	- จัดทำนโยบายการวิจัยที่ตอบสนองต่อมาตรฐานและคุณภาพการบริการในความเป็นเลิศเฉพาะด้าน - กำหนดความสำเร็จงานวิจัย ตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล - มีคณะกรรมการรับผิดชอบในการสนับสนุนการวิจัย ติดตาม ประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์ที่วางแผนไว้

ตัวชี้วัด

- จำนวนผลงานวิจัย / การพัฒนาเทคโนโลยี ที่ตอบสนองความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (อย่างน้อย 5 เรื่อง)
- จำนวนผลงานวิจัย / การพัฒนาเทคโนโลยี ที่ตอบสนองความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการเผยแพร่ในเวทีการประชุมวิชาการภายในประเทศหรือต่างประเทศ (อย่างน้อย 5 เรื่อง)

16. งานฝึกอบรม

(Training)

ความสำคัญ : การจัดการอบรมบุคลากรของหน่วยงานในทุกระดับ ทั้งระดับวิชาชีพที่สำคัญและระดับที่มีความสำคัญรองๆ ต้องเป็นไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจและเข็มมุ่งเรื่องความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
การดำเนินการฝึกอบรมต้องให้ความสำคัญในวิชาชีพหลัก ได้แก่ 1.แพทย์ 2.พยาบาล 3.นักจิตวิทยา 4.นักสังคมสงเคราะห์ 5.นักกิจกรรมบำบัด 6.เภสัชกร วิชาชีพพระคัมภีร์ ได้แก่ 1.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2.นักโภชนาการ 3.ทันตแพทย์ โดยการจัดอบรม ควรยึดหลัก ดังนี้ 1. กำหนดเป้าหมายของหลักสูตร ระยะเวลา ผลลัพธ์สำคัญ 2. กำหนดจำนวนหลักสูตร และมาตรฐานของหลักสูตร 3. ประเมินผลหลักสูตร	1. จัดหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับความเป็นเลิศเฉพาะด้านการป้องกันและการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. พัฒนาหลักสูตรเฉพาะวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย CBT, Satir, ครอบครัวบำบัดในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Symptom management ในผู้ป่วยที่มีหูแว่วสั่งให้ฆ่าตัวตาย เป็นต้น 3. กำหนดวิธีการประเมินหลักสูตรโดยการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม 4. การติดตามผลหลังการฝึกอบรม โดยการประเมินตามแบบฟอร์มการติดตามประเมินผลการพัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิต ของผู้ผ่านการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน

ตัวชี้วัด

1. มีหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการป้องกันและการช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายวิชาชีพ
หลัก วิชาชีพละ 1 หลักสูตร
2. มีหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการป้องกันและการช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายวิชาชีพ
รอง วิชาชีพละ 1 หลักสูตร
3. บุคลากรวิชาชีพหลักได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด (ร้อยละ 80)
4. บุคลากรวิชาชีพรองได้รับการอบรมด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
(ร้อยละ 80)

17. ตัวชี้วัดเพื่อประเมินความเป็นเลิศของการบริการเฉพาะด้าน

(Indicator)

ความสำคัญ : เนื่องจาก รพ. ต้องกำหนดแนวทางการพัฒนาหน่วยงานให้มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรฐานการทำงาน	แนวทางในการปฏิบัติ
1. มีแผนการพัฒนาความเป็นเลิศที่ชัดเจน 2. กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการประสานงาน 3. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละระยะอย่างชัดเจน	กำหนดแนวทางการพัฒนาหน่วยงานให้มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้ 1. จัดทำแผนการพัฒนาความเป็นเลิศของ รพ. 2. แต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ 3. ระบุเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละระยะอย่างชัดเจน

ตัวชี้วัด

- ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคดียุติธรรมที่มีความเป็นเลิศของการบริการเฉพาะด้าน (Excellence Center) ของกรมสุขภาพจิต
- มีผลงานวิจัยเผยแพร่ในระดับประเทศ/สากล
- เป็นหน่วยฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- มีภาคีเครือข่ายในการศึกษาวิจัย/แลกเปลี่ยนวิชาการด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น มหาวิทยาลัย กอง กรมต่าง ๆ องค์กรเอกชน

ภาคผนวก

รายชื่อวิทยากรประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทาง
ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ครั้งที่ 2)

วันที่ 11 เมษายน 2554 เวลา 8.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
1	นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสูอังกูร	นายแพทย์ชำนาญการ
2	นางวัชนี หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3	นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายชื่อคณะทำงานประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทาง
ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ครั้งที่ 2)

วันที่ 11 เมษายน 2554 เวลา 8.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
1	นายสุริย์ สีสมน้อย	พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน
2	นายรุ่งโรจน์ จันโทริ	พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน
3	นางพองศรี นารมย์	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
4	นางฉวีวรรณ หงสาวดี	เจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ
5	นางสาวสุภาวดี โรจน์วีระ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
6	นายวรุดิ รานอก	เจ้าหน้าที่โสตฯ

รายชื่อผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทาง
ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ครั้งที่ 2)

วันที่ 11 เมษายน 2554 เวลา 8.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	แพทย์หญิงสิริกุล พุ่มวชิรกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	องค์กรแพทย์
2	แพทย์หญิงนันท์นภัสร์ สุขสุวรรณนท์	นายแพทย์ชำนาญการ	องค์กรแพทย์
3	นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	ก.เภสัชกรรม
4	นางสุพิน พิมพ์เสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ก.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
5	นางกานดา ผาวงศ์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	ก.จิตวิทยา
6	นางสาวจรัญ อึ้งสำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.การพยาบาล
7	นางสาวจิราภรณ์ ประดิษฐ์ด้วง	นักโภชนาการชำนาญการ	ฝ่ายโภชนาการ
8	นางสาวศิริพร ทองบ่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หน่วยจิตสังคมบำบัด
9	นางวรรณภา แห้วดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.การพยาบาล
10	นางปรารถนา คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกผู้ป่วยนอก
11	นางบุญเรือง ร่วมแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกศรีตรัง
12	นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะजर	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกพิเศษ
13	นางอัครา ภาษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกชงโค
14	นางขนิษฐา สนเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
15	นางสาวนพร ตริโษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานคุณภาพ
16	นางสิวลี เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
17	นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกฝ่ายคำ
18	นางอารีย์ ศรีโพธิ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ก.ทันตกรรม
19	นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกเฟื่องฟ้า
20	นายนิมิต แก้วอาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หน่วยจิตสังคมบำบัด
21	นางอาบบุญ แดงวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หน่วยจิตสังคมบำบัด
22	นางศิริพร ธงยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.การพยาบาล
23	นางมัลลิกา พูนสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หน่วยกลุ่มกิจกรรมบำบัด
24	นางประกายดาว โฉมโสภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หน่วยจ่ายกลาง
25	นางเพ็ญศิริ สุขอ้วน	เภสัชกรชำนาญการ	ก.เภสัชกรรม
26	นายพรดุลิต คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.การพยาบาล
27	นางจิตรประสงค์ สิงห์นาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกผู้ป่วยนอก
28	นางเจตน์ภาดา นาคบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกศรีตรัง

รายชื่อผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนามาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทาง
ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ครั้งที่ 2)

วันที่ 11 เมษายน 2554 เวลา 8.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
29	นางณัฐภรณ์ เป้าเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกเฟื่องฟ้า
30	นางสาวพูนรัตน์ นิลพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกเฟื่องฟ้า
31	นางภาวิณี สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกฝ้ายคำ
32	นายสุริยา ราชบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกฝ้ายคำ
33	นางสโรชา บางแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกขงโค
34	นางอมรรัตน์ พูลทอง	เจ้าพนักงานอาชีวบำบัดชำนาญงาน	งานอาชีวบำบัด
35	นางประคอง นาโพนทัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกศรีตรัง
36	นางสาวนุจรินทร์ บัวละคร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตึกเฟื่องฟ้า
37	นางถนอม ปัญเศษ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กลุ่มงานทันตกรรม
38	นางไพลิน ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
39	นางวารุณี ตั้งเสรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ก.สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน