



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้
ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด	
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☒ Patient Care Process ☐ Infection Control ☐ Line, Tube & Catheter ☐ Medication Safety ☐ Emergency Response ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย [Safety] ☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost] ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2 ขอให้พิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน

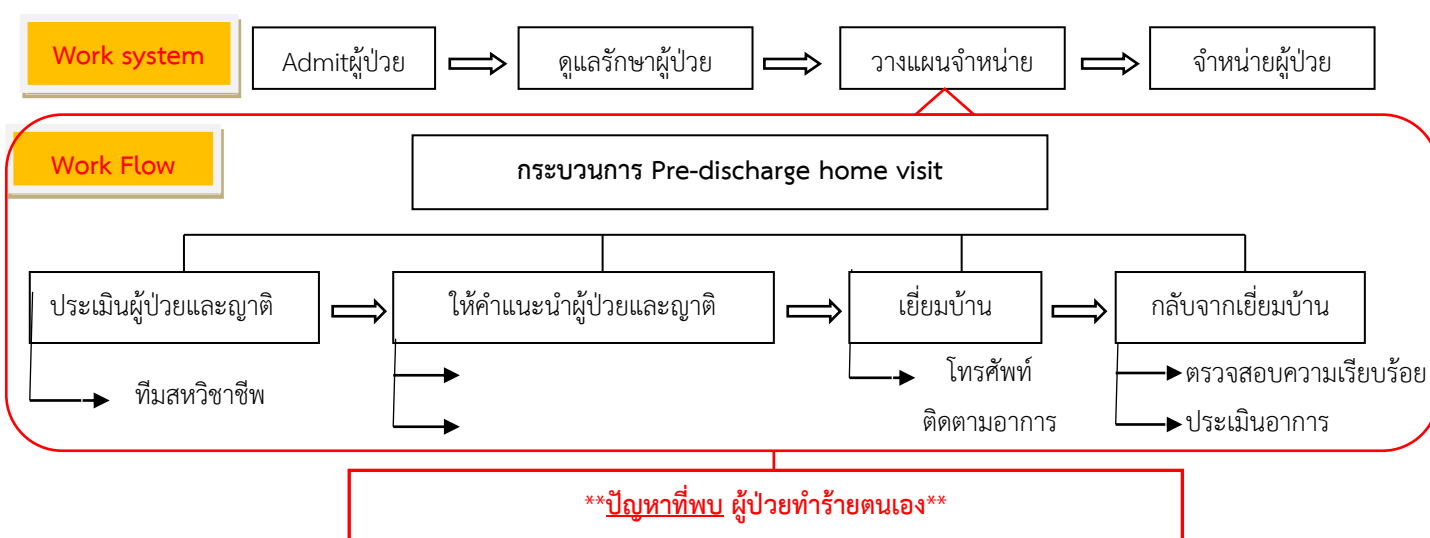
ชื่อเรื่อง / โครงการ Pre-Discharge Home visit

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (10)

หอผู้ป่วยจิตเวชมีระบบวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้าน (Pre-Discharge Home visit) หมายถึง การให้ผู้ป่วยลองกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเป็นระยะเวลาหนึ่งโดยมีญาติเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยยังคงต้องคอยดูแลผู้ป่วยไว้ หลังจากเยี่ยมบ้านจะ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอีกครั้งว่าสามารถจำหน่ายได้หรือไม่ ระบบนี้มีขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้าน ทีมผู้รักษาส่งการจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามแผนการรักษา ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย ที่ผ่านมามีพบรายงานอุบัติการณ์จากการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ ปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ความรุนแรงระดับ F 1 ราย ปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ความรุนแรงระดับ E 2 ราย ผู้ป่วยซ่อนใบมีดเข้ามาในหอผู้ป่วยหลังจากกลับมาจากการเยี่ยมบ้าน 2 ราย ปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย และปี พ.ศ.2565 ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ความรุนแรงระดับ D 1 ราย

เนื่องจากอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้าน เป็นความเสี่ยงที่สำคัญ และมีระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ในระดับสูงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ระบบการเยี่ยมบ้านยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ เช่น การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนเยี่ยมบ้านยังไม่มีแนวทางการประเมินที่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย ญาติพร่องความรู้และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนเยี่ยมบ้านยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เอกสารแสดงความยินยอมรับผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านมีข้อมูลประเด็นสำคัญไม่เพียงพอ อาการของผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้านอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสิ่งกระตุ้น ซึ่งญาติไม่สามารถดูแลและจัดการได้ ไม่มีแนวทางการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยในขณะเยี่ยมบ้าน และแนวทางการตรวจสอบประเมินผู้ป่วยหลังกลับจากเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าวนี้จึงนำมาซึ่งการปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้าน

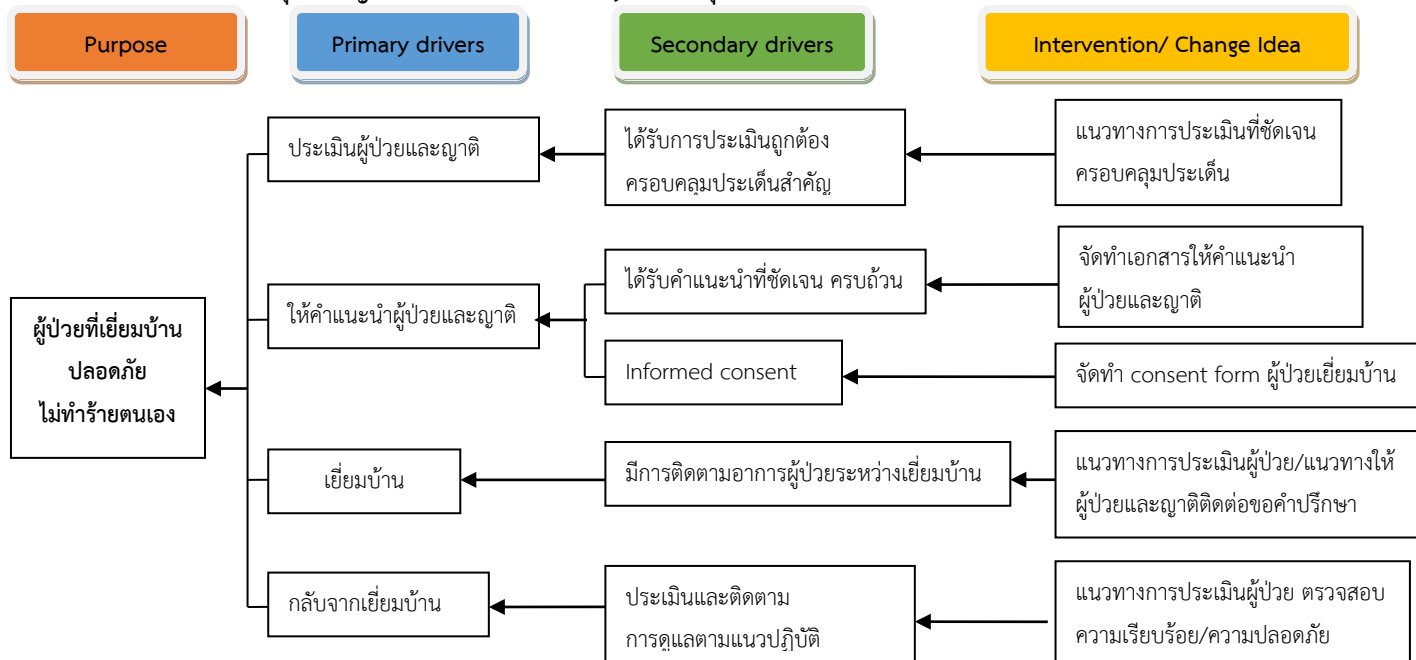
2. กรอบแนวคิดแสดงภาพรวมระบบ Work System และ SIPOC Diagram (10)



SIPOC Diagram กระบวนการ Pre-discharge home visit

Supplier	Input	Process	Output	Customer
หอผู้ป่วยจิตเวช - อาจารย์แพทย์ - แพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาล - เภสัชกร - นักสังคมฯ	- แนวปฏิบัติเรื่องการเยี่ยมบ้าน - แบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง - consent form ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน - เอกสารคำแนะนำผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน	1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนเยี่ยมบ้านที่ 2. การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ/ Informed consent 3. การติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน 4. รับผู้ป่วยกลับจากเยี่ยมบ้าน	- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้าน - แนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน การประเมินติดตามอาการผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน และการประเมินหลังเยี่ยมบ้าน ของหอผู้ป่วยจิตเวช	- ผู้ป่วยจิตเวชที่เยี่ยมบ้าน และญาติผู้ป่วย - บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช

3. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10)



วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้านความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0
2. เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการผู้ป่วยระหว่างเยี่ยมบ้าน และการประเมินหลังการเยี่ยมบ้าน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเยี่ยมบ้าน มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน ได้รับการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยระหว่างเยี่ยมบ้าน และการประเมินหลังเยี่ยมบ้าน

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง (15)

กระบวนการ Pre-discharge home visit ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ประเมินผู้ป่วยและญาติก่อนเยี่ยมบ้าน 2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ 3) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน 4) รับผู้ป่วยกลับจากเยี่ยมบ้าน/ประเมินผู้ป่วยหลังเยี่ยมบ้าน

กระบวนการพัฒนา COI ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2561 เดือนมิ.ย.2561 เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้านความรุนแรงระดับ F 1 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุจึงนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมบ้านในขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3

ขั้นตอนกระบวนการทำงาน	การวิเคราะห์ปัญหา	วิธีการการแก้ไขปรับปรุง	ประเมินผลการปรับปรุง
1. ประเมินผู้ป่วยและญาติก่อนเยี่ยมบ้าน	แนวปฏิบัติเดิม : แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนพิจารณาให้ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่พบ : 1) ข้อมูลการประเมินไม่ครอบคลุม 2) ผู้ป่วยหรือญาติยังมีปัญหาไม่พร้อมเยี่ยมบ้าน จากมุมมองสหวิชาชีพอื่น	1) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เดือน ก.ค.2561 2) ปรับแนวทางการประเมินโดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ และตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในการประชุมทีมผู้รักษา	- บุคลากรมีแนวทางการประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติ - ทีมสหวิชาชีพพึงพอใจ - ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินทุกราย
2. ให้คำแนะนำก่อนเยี่ยมบ้านและการ informed consent	แนวปฏิบัติเดิม : แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามประสบการณ์และ informed consent ปัญหาที่พบ : 1) ญาติพ้องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน 2) เนื้อหาใน consent form มีเพียงข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นไม่เพียงพอ	1) ปรับเนื้อหาใน consent form เพิ่มเนื้อหาการดูแลผู้ป่วย ประเด็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการเบื้องต้น 2) ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้านตามแนวทางใน consent form	- consent form มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญในการแนะนำผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอน กระบวนการทำงาน	การวิเคราะห์ปัญหา	วิธีการการแก้ไขปรับปรุง	ประเมินผลการ ปรับปรุง
3. ติดตามประเมิน อาการผู้ป่วยขณะ เยี่ยมบ้าน	แนวปฏิบัติเดิม : ไม่มีแนวทางในการประเมิน และติดตามช่วงผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ปัญหาที่พบ : 1) ทีมผู้รักษาไม่ทราบอาการ และปัญหาของผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน 2) เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาที่บ้านญาติไม่สามารถ ดูแลและจัดการได้อย่างเหมาะสม	1) ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้โทรศัพท์ สอบถาม/ประเมินอาการผู้ป่วย ให้ คำปรึกษากรณีญาติมีปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน	- มีแนวทางการประเมิน ติดตามผู้ป่วยช่วงเยี่ยม บ้าน -ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ติดตามช่วงเยี่ยมบ้านทุก ราย

กระบวนการพัฒนา COI ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2562 เดือน มี.ค.2562 เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้านความรุนแรง
ระดับ E 2 ราย และเดือน เม.ย.2562 ผู้ป่วยซ่อนใบมีดกลับมาที่หอผู้ป่วยหลังกลับจากเยี่ยมบ้าน 2 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุจึงนำไปสู่การ
ปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมบ้านในขั้นตอนที่ 1,2 และ 4

ขั้นตอน กระบวนการทำงาน	แนวปฏิบัติเดิม/ การวิเคราะห์ปัญหา	แนวทางการแก้ไขปรับปรุง	ประเมินผลการ ปรับปรุง
1. ประเมินผู้ป่วย และญาติก่อนเยี่ยม บ้าน	แนวปฏิบัติเดิม : ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกัน ประเมินความพร้อม และประเมินความเสี่ยงที่ ต้องเฝ้าระวังของผู้ป่วยและญาติในที่ประชุม ทีมผู้รักษา ปัญหาที่พบ : 1) การประเมินผู้ป่วยไม่ ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงสำคัญ 2) ไม่มี แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเองก่อนเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน	1) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เดือน มี.ค. 2562 2) ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ในผู้ป่วยซึมเศร้า มีประวัติความคิดทำร้าย ตนเอง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเองของหอผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องไม่ มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในระดับ ปานกลางถึงระดับสูง หากมีความเสี่ยงใน ระดับต่ำให้นำเข้าที่ประชุมทีมผู้รักษาเพื่อ พิจารณาเป็นรายกรณี	- ผู้ป่วยซึมเศร้าหรือ ที่มีความเสี่ยงต่อ การทำร้ายตนเอง ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงก่อน เยี่ยมบ้านทุกราย - ทีมมีความมั่นใจ ในการตัดสินใจให้ ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านมาก ขึ้น
2. ให้คำแนะนำ ก่อนเยี่ยมบ้านและ การ informed consent	แนวปฏิบัติเดิม : 1) แพทย์และพยาบาลให้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติตามประสบการณ์ ของแต่ละคน และinformed consent ตาม consent form ที่ปรับปรุงใหม่ ปัญหาที่พบ : 1) ญาติไม่สามารถประเมิน อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ 2) ญาติจำแนว ทางการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่มั่นใจในการจัดการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ 3) consent form มีเนื้อหาและภาษาที่ใช้ไม่ครอบคลุมประเด็น สำคัญ ยังไม่ถูกต้องตามหลักกฎหมาย/ จริยธรรม และไม่ได้จัดเก็บในระบบของ ร.พ.	1) จัดทำเอกสารให้คำแนะนำญาติในการ ดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมประเด็น การดูแลตั้งแต่มารับผู้ป่วย จนถึงมาส่งกลับ หอผู้ป่วย ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง การ จัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ และ แนวทางการขอความช่วยเหลือ 2) ให้เอกสารคำแนะนำแก่ญาติ 3) ทีม CLT ปรึกษานิติกรโรงพยาบาล ปรับแก้ consent form ให้ ชัด เจน ครอบคลุมประเด็นสำคัญทางกฎหมาย/ จริยธรรม และนำเข้าระบบ EMR	- บุคลากรมีแนว ทาง การ ให้ คำแนะนำผู้ป่วย และญาติช่วงเยี่ยม บ้าน - ผู้ป่วยและญาติ ดูแลตนเองได้ ถูกต้องเหมาะสม มากขึ้น - มี consent form ที่เหมาะสม
4. รับผู้ป่วยกลับ จากเยี่ยมบ้าน/ ประเมินผู้ป่วยหลัง เยี่ยมบ้าน	แนวปฏิบัติเดิม : รพ.ท.ตรวจสอบสิ่งของและ อาวุธผู้ป่วยและญาติก่อนเข้าหอผู้ป่วย ปัญหา ที่พบ : ผู้ป่วยซ่อนใบมีดในกระเป๋ากางเกง ซึ่ง รพ.ท.ตรวจไม่พบเนื่องจากความไม่สะดวกใน การใช้มือตรวจตามร่างกายผู้ป่วย	1) จัดซื้อเครื่องตรวจจับโลหะแบบด้ามถือ สำหรับ รพ.ท.ตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยและ ญาติก่อนเข้าหอผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบสิ่งของและร่างกายผู้ป่วยขณะ เปลี่ยนเป็นชุดผู้ป่วยอย่างละเอียดอีกครั้ง	- อุบัติการณ์ผู้ป่วย ซ่อนอาวุธเข้ามาใน หอผู้ป่วยลดลง

กระบวนการพัฒนา COI ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2563

เดือน มี.ค.2563 เกิดอุบัติเหตุการ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะเยี่ยมบ้านโดยไม่ทราบสาเหตุและญาติไม่ได้แจ้งทีมผู้รักษาดังแต่เกิดเหตุการณ์ จากการวิเคราะห์สาเหตุจึงนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมบ้านในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอน กระบวนการทำงาน	แนวปฏิบัติเดิม/ การวิเคราะห์ปัญหา	แนวทางการแก้ไขปรับปรุง	
3. ติดตามประเมิน อาการผู้ป่วยขณะ เยี่ยมบ้าน	แนวปฏิบัติเดิม : มีแนวทางในการประเมินและติดตามช่วงผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน โดยให้แพทย์เจ้าของไข้โทรติดตามอาการผู้ป่วย ปัญหาที่พบ : 1) ขาดการสื่อสารเรื่องแนวทางการโทรประเมินอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยมที่ชัดเจน 2) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ทราบเรื่องการโทรติดตามอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน 3) ให้ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลานานเกินไป จึงยากในการติดตามและเฝ้าระวังเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ	1) เพิ่มแนวปฏิบัติเรื่องแพทย์เจ้าของไข้โทรสอบถามประเมินอาการผู้ป่วยทุกวัน โดยแพทย์ order one day การโทร visit ผู้ป่วยใน doctor order sheet และเขียน progress note ข้อมูลที่ได้จากการโทร visit ทุกครั้ง พยาบาลรับ orderและบันทึกลงบันทึกทางการพยาบาล 2) พยาบาลทบทวนแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในการประชุมทีมผู้รักษาเนื่องจากแพทย์อาจลัดเปลี่ยนคนในการดูแลผู้ป่วย 3) กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมบ้านไม่เกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) เพื่อสามารถติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านได้ทันทั่วทั้งที่	- ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมิน สอบถามอาการช่วงเยี่ยมบ้านทุกราย - อุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้านลดลง

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart) (10)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ(เดือน/ปี)					ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ ของผู้รับผิดชอบ
	ก.ค.61	ส.ค.-ก.ย. 61	ต.ค.-ธ.ค. 61	ม.ค.62	มี.ค. 62	
1. ประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงาน	←→					ทีม CLT จิตเวช
2. ปรับปรุงกระบวนการทำงานรอบที่ 1		←→				บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช
3. ปฏิบัติตามแนวทางครั้งที่ 1			←→			บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช
4. ประเมินผลครั้งที่ 1และสรุปปัญหา				←→		ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช
5. ประชุม/วางแผนแก้ปัญหากระบวนการ เยี่ยมบ้านรอบที่ 2					←→	ทีม CLT จิตเวช

←→ วางแผนงาน

← - - - -> ปฏิบัติจริง

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ(เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ ของผู้รับผิดชอบ
	เม.ย.- พ.ค.62	มิ.ย.- ส.ค.62	ก.ย.62	มี.ค.63	เม.ย. พ.ค.63	มิ.ย.63	
6. ปรับปรุงกระบวนการทำงานรอบที่ 2	←→						บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช
7. ปฏิบัติตามแนวทางครั้งที่ 2		←→					บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช
8. ประเมินผลครั้งที่ 2และสรุปปัญหา			←→				ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช
9. ประชุม/วางแผนแก้ปัญหากระบวนการ เยี่ยมบ้านรอบที่ 3			←→	←→			ทีม CLT จิตเวช
10. ปฏิบัติตามแนวทางครั้งที่ 3				←→			บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวช
11. ประเมินผลครั้งที่ 3 และสรุปปัญหาที่พบ					←→		ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช
12. สรุปผลการดำเนินงาน						←→	ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช

6. ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน/โครงการ (15)

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
	1	2	3		ก่อน ดำเนินการ	หลัง		
						ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
1. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	✓			0	1	2	0	0
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ		✓	✓	100%	70%	100%	100%	100%
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและการ informed consent ก่อนเยี่ยมบ้าน		✓	✓	100%	80%	100%	100%	100%
4. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในกระบวนการเยี่ยมบ้าน		✓	✓	≤ 3	6	5	3	2
5. ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินติดตามระหว่างเยี่ยมบ้าน		✓	✓	100%	60%	100%	100%	100%
6. บุคลากรพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของหอผู้ป่วยจิตเวช		✓		80%	70%	80%	90%	90%

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

ด้านผู้ป่วย 1) ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการเยี่ยมบ้านทุกราย 2) ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้านลดลง 3) ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองขณะเยี่ยมบ้านได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

ด้านเจ้าหน้าที่ 1) มีเกณฑ์และแนวทางการประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมเยี่ยมบ้าน 2) มีแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองช่วงเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3) มีความมั่นใจในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านมากขึ้น

ด้านคุณภาพบริการ/หน่วยงาน 1) มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่ได้พัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น 2) มี consent form ที่มีเนื้อหาชัดเจนและครอบคลุมประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

- ติดตามอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองขณะเยี่ยมบ้าน
- ติดตามประเมินปัญหาจากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ นำประเด็นปัญหามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาแนวทางแก้ปัญหาและปรับปรุง

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

- การทำงานเป็นระบบ จากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- การทำงานเป็นทีม การสื่อสารเพื่อส่งเสริมความความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ
- ให้ความสำคัญการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองอย่างเป็นระบบ
- คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

วิธีทำงาน เรื่อง การเยี่ยมบ้าน	รหัสเอกสาร W-3NK-018 วันเริ่มใช้ 15 มกราคม 2564	ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 1 หน้า 1/1
ผู้จัดทำ นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด ตำแหน่ง พยาบาล	ผู้ทบทวนและอนุมัติ นางสาวดุสิตา สันติคุณาภรณ์ ตำแหน่ง หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วันที่ 15 มกราคม 2564	

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวปฏิบัติในการประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่เยี่ยมบ้าน
- เพื่อป้องกันอุบัติเหตุการฉีดยาไม่พึงประสงค์จากการเยี่ยมบ้าน
- เพื่อเตรียมผู้ป่วย และญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

วิธีปฏิบัติ

- ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันประเมินอาการผู้ป่วยใน kardex round ทุกครั้งก่อนพิจารณาให้ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน รวมทั้งประเมินประเด็นความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง
- กรณีผู้ป่วยซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองของหอผู้ป่วยจิตเวช หากมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง - ระดับสูง จะพิจารณาว่ายังไม่พร้อมให้เยี่ยมบ้าน หากมีความเสี่ยงระดับต่ำให้ปรึกษาในที่ประชุมเป็นรายกรณี
- แพทย์เจ้าของไข้ประเมินอาการผู้ป่วยและความพร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้าน กำหนดวันและเวลาไป/กลับร่วมกับญาติผู้ดูแล
- แพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้าน และประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังต่างๆ
- แพทย์เจ้าของไข้ order อนุญาตให้เยี่ยมบ้าน ระบุวัน/ เวลาไปกลับ ให้ชัดเจนในใบ order ฝั่ง one day โดยสามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ ไม่เกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน)
- พยาบาลเตรียมยาตามจำนวนวันและเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้าน โดยมีรายละเอียดหน้าซองยาอย่างครบถ้วน ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา เวลา วิธีการรับประทาน และระบุจำนวนยาที่ให้ไป
- พยาบาลชี้แจงแนวปฏิบัติตามหนังสือแสดงความยินยอมรับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น (consent form) แก่ญาติที่มารับผู้ป่วย
- แพทย์ พยาบาลและ ญาติ ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมรับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น (consent form)
- เมื่อญาติมารับผู้ป่วย พยาบาลแนะนำญาติและผู้ป่วยถึงแนวทางการดูแล การปฏิบัติตัวช่วงเยี่ยมบ้านตั้งแต่รับกลับจนถึงส่งกลับหอผู้ป่วย พร้อมให้เอกสารแนะนำการดูแลผู้ป่วยช่วงเยี่ยมบ้านกลับไป
- พยาบาลโทรแจ้งชื่อผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านแก่ ร.ป.ภ.หน้าหอผู้ป่วย
- พยาบาลให้ใบอนุญาตเยี่ยมบ้านแก่ญาติ เพื่อแสดงแก่ ร.ป.ภ.หน้าหอผู้ป่วย ก่อนพาผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย
- แพทย์เจ้าของไข้โทรสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือจากญาติทุกวันในระหว่างเยี่ยมบ้าน และorder โทรสอบถามอาการผู้ป่วย ในใบ order (one day) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการโทรเยี่ยมอาการใน progress note ทุกวัน
- พยาบาลรับ order การโทรสอบถามอาการของแพทย์ และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล
- เมื่อญาติมาส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ร.ป.ภ.หน้าหอผู้ป่วยตรวจสอบสิ่งของ ความปลอดภัยและความเรียบร้อยก่อนรับเข้าหอผู้ป่วย
- เมื่อเข้ามาในหอผู้ป่วยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลตรวจสอบสิ่งของและร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียดและประเมินอาการเบื้องต้นช่วงเยี่ยมบ้าน
- พยาบาลรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดอีกครั้ง

หนังสือแสดงความยินยอมรับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น

วันที่.....เวลา.....

เพื่อความปลอดภัยในการรับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น ข้าพเจ้า ชื่อ.....

นามสกุล.....อายุ.....☐ บัตรประจำตัวประชาชน / ☐ บัตรราชการอื่น.....

เลขที่..... หมายเลขโทรศัพท์..... โดยเกี่ยวข้องกับฐานะเป็น.....

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ผู้ดูแล” โดยมีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแล และมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามแนวทาง
ข้อปฏิบัติและวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมว่า ข้าพเจ้าจะรับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น ตั้งแต่วันที่.....
เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. และประสงค์จะนำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาต่อที่

โรงพยาบาลรามาริบัติ (หอผู้ป่วยจิตเวช) ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

และทีมผู้รักษาสสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ตลอดเวลาตามข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้

ข้าพเจ้าได้รับทราบการอธิบายจากแพทย์ และ/หรือพยาบาลของหอผู้ป่วยจิตเวช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ทีมผู้รักษา” โดยทีมผู้รักษาได้ชี้แจงแนวทาง ข้อปฏิบัติ
และวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะที่รับผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแล ดังนี้

๑. ต้องจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่นำผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ (หอผู้ป่วยจิตเวช)
๒. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาครบถ้วน และนำของยาทั้งหมดกลับมาให้ทีมผู้รักษาในวันส่งตัวผู้ป่วย
๓. หากพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ไม่ว่ากรณีใดก็ตามให้ผู้ดูแลติดต่อทีมผู้รักษาเพื่อปรึกษาทันที
๔. ส่งตัวผู้ป่วยกลับมายังโรงพยาบาลรามาริบัติ (หอผู้ป่วยจิตเวช) ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

หรือส่งตัวกลับมาก่อนระยะเวลาที่กำหนดในกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วน

๕. คอยตอบข้อซักถามของทีมผู้รักษา จากการติดต่อสอบถามอาการทางโทรศัพท์

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากทีมผู้รักษาผู้ป่วยโดยเข้าใจตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อรับทราบ
และยินยอมด้วยความสมัครใจไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ดูแล

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาบาล รหัสบุคคล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

☐ พยานผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วย (หากสามารถแสดงความยินยอมได้)

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ รหัสบุคคล.....