



มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรง



Standard Operating Procedures : SOPs

Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care)

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่





มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Standard Operating Procedures : SOPs

Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care)

ISBN 978-974-296-980-6

จัดทำโดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม 2566

จำนวนพิมพ์ : 20,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

ขอบคุณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) โดยแผนงานนโยบาย
สาธารณสุขจิตที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำคู่มือ





คำนิยม

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Severe Mental Illness-High Risk to Violence; SMI-V) ซึ่งแม้จะเป็นส่วนน้อยของปัญหาความรุนแรงทั้งหมด แต่เป็นสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ด้วยระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การส่งต่อผู้ป่วยด้วยบริการจิตเวชชุมชน เข้าสู่การรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในทุกจังหวัด ตลอดจนการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงในชุมชนจะสามารถช่วยลดภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้

กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ จึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้ครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับ และพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาสการรักษาเหมาะสมเท่าเทียม และไม่ถูกตีตราจากสังคม ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 และคณะกรรมการบูรณาการคัดกรองบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งจะมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานของทั้งสองคณะให้เหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมาย

คู่มือการปฏิบัติงานแบบบูรณาการทั้งการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติด รวมทั้งความรู้ด้านกฎหมายต่างๆ ที่ทันสมัย จะเป็นเครื่องมือช่วยให้บุคลากรผู้ป่วยในระดับจังหวัดเข้าใจบทบาทภารกิจตามกฎหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาลและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ

ในโอกาสนี้ขอขอบคุณหน่วยงานทุกภาคส่วน และบุคลากรทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

(นายแพทย์โอภาส การย์กิวนพวงศ์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำนิยม

จากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะเหตุการณ์ ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู สะท้อนให้เห็นว่า การใช้ความรุนแรงในสังคมส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน และผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนในวงกว้าง

การสร้างสังคมที่ปลอดภัย จึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนและทุกภาคส่วน หากมีความเชื่อเดียวกันว่า ความรุนแรงเป็นเรื่องยอมรับไม่ได้ และความปลอดภัย สำหรับประชาชน เป็นเรื่องที่ต้องสร้างให้เกิดหลักประกันขึ้น การที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมทั้ง ร่วมกันค้นหา ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบปริเร้อยู่ต่อให้ทุกคนได้รับสิทธิ์ที่พื้นฐาน มีโอกาสได้รับการดูแล เข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม และได้รับการคุ้มครองดูแล ในสภาพแวดล้อมแห่งความรักและความเข้าใจ ก็จะเป็นการร่วมกันสร้างการเปลี่ยนแปลง และสร้างสังคมไทยที่ปลอดภัยต่อไป

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการกำหนด มาตรการ กลไกนโยบายทางสังคม และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคมทุกมิติการทำงาน ร่วมกับทุกภาคีเครือข่าย ในภาพพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V (V-Care) จึงเป็นโอกาส สำคัญในการร่วมสร้างสังคมไทยที่ปลอดภัย ขอขอบคุณทุกภาคีเครือข่ายที่เป็นพลังสำคัญ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคมให้หมดไป เพื่อความมั่นคงที่ยั่งยืนของ สังคมไทยต่อไปในอนาคต

○ ✓

(นายอนุกูล ปีดแก้ว)

ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



คำนิยม

การดำเนินงานด้านยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันมีการดำเนินที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปี พ.ศ. 2566 โดยเฉพาะนโยบายและข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 ให้มีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชุดรักษาความปลอดภัย หรือจัดเจ้าหน้าที่เข้าไป ดำเนินการค้นหาคัดกรอง ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness – High Risk to Violence: SMI-V) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม จึงต้องอาศัย ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย ดังกล่าวawan เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนขับเคลื่อนที่สำคัญทั้งด้านสุขภาพของสาธารณะทุกคน และสุขภาพจิตที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ซ่อนอยู่ลึก ภายในจิตใจ และต้องใช้ความเขี้ยวข่ายของบุคลากรด้านสุขภาพร่วมกันในการเฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพกายและใจในระดับบุคคล และเสริมความเข้มแข็งความผูกพันในครอบครัวให้มี ความแข็งแกร่ง และมีกำลังที่สำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อ่อนแอ หรือเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงได้ การปฏิบัติงานดูแลผู้มีโอกาสอันสูงสุดที่มีความรุนแรง ภายใต้ความร่วมมือ ร่วมใจของทุกคน จะเป็นพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมและประชาชนให้มีความสุขกาย สุขใจ และความปลอดภัยสำหรับทุกคน

นาย ธรรมวุฒิ

(นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข



มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



คำนิยม

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของคนไทย ตลอดจนtranslate หลักที่มีปัญหาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในสังคม การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านความมั่นคง เช่น ห้องตีน ตำรวจ และภาคประชาชน ภายใต้คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care) ครอบคลุมการค้นหา การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบไร้รอยต่อ นับว่าเป็นโอกาสสำคัญในการขยายพัฒนาการบริการสุขภาพจิตเวชและยาเสพติดเชิงรุกสู่พื้นที่ทุกจังหวัด เพื่อส่งมอบสังคมที่ปลอดภัยให้กับประชาชนทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช ความปลอดภัยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ความปลอดภัยของชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ ความปลอดภัยของสังคมโดยรวม และการนำกลับมาสู่ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

ขอแสดงความชื่นชมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ช่วยกันร่วมแรงร่วมใจพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (V-Care) เพื่อให้เกิดระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V (V-Care) และขอขอบคุณสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษากา และพื้นที่ผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่ได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิตพัฒนาคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ “ผู้ป่วยปลอดภัย ชุมชนปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย”

(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต



คำนำ

ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้นทั้งในครัวเรือนและในชุมชน เมื่อติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคม ใน 5 เดือน (พ.ค.-ก.ย. 2565) จำนวน 2,300 ช่าว พบร้าร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการดื่มสุรา และพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบรุนแรงมากกว่าในบ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสด้วยความรุนแรงเพิ่มขึ้น ด้วยในปีงบประมาณ 2565 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากความรุนแรง สูงสุด ในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7, 8 และ 11 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) แม้ผู้ก่อความรุนแรงส่วนใหญ่จะไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด แต่ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ จากกรณีความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดหนองบัวลำภู กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งด่วนในการรองรับการปฏิบัติงาน ดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ด้วยกลไกระดับต้นให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน การเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งและให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพ ทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ด้วยระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจัดทำ “คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)” เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านความมั่นคง และฝ่ายปกครอง เพื่อความปลอดภัยของคนไทยทุกครัวเรือนต่อไป

คณบุรุษจัดทำ



สารบัญ

หน้า

1. บทนำ	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. คำนิยาม	3
4. กรอบแนวคิด V-Care	5
■ SMI-V Scan	6
■ SMI-V Case management	6
5. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)	7
■ รายละเอียดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)	8
■ การจัดการรายกรณี (Case management)	10
6. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อ ^{ความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564}	12
7. บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	19
■ บทบาทของทีมสาธารณสุขระดับจังหวัด	19
■ บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)	20
■ บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่	23
■ บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	24
■ บทบาทของตำรวจ 191	25
■ บทบาทของหน่วยแพทย์ชุดฉุกเฉิน 1669	25
■ บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด	26
■ บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์	27
8. การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	28
9. ระบบติดตามและการประเมินผล	29
 ภาคผนวก	31
• เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย SMI-V	32
• แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย	34
• แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล	35
• เอกสารอ้างอิง	36
• คณผู้จัดทำ	38



บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังการระบาดของโรคโควิด-19 คณารัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2565 กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง

จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบร่วม การเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2565 จำนวน 27,518 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับแรก ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวช การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวานระวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี



2

มาตรฐานการปฏิบัติงาน



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



วัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานเดียวกัน
- เพื่อให้ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และส่งต่อเพื่อเข้ารับการวินิจฉัย เฝ้าระวัง และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม
- เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนสามารถอยู่ในชุมชนได้ ไม่กลับมาป่วยซ้ำ กำเริบซ้ำ หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ทึ้งต่อตนเองและผู้อื่น





คำนิยาม

1. ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI)

(กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุพพลภาพ รบกวนต่อ การใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการอาการ กำเริบ ประกอบด้วย 4 โรค ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 4) การติดยาเสพติด

2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ หารดกล้าว สะเทือนขรรค์ในชุมชน

SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาชญากรรม (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วา่เพลิง)





4

มาตรฐานการปฏิบัติงาน



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 3. **SMI-V Low Risk** หมายถึง ผู้ป่วย SMI ที่เคยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แต่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี และมีมิติร่วมของทีมจัดการรายกรณีว่าความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงแล้ว โดยต้องมีองค์ประกอบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตลอดช่วง

5 ปี

3. ไม่ใช้สุรา และยาเสพติด
4. ครอบครัว และชุมชนร่วมดูแล และเฝ้าระวังความรุนแรง
5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอาชญากรรม ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางแผน





กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)



กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care) มุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยหน่วยงานในพื้นที่สามารถให้บริการประชาชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ พื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ ด้วยสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตามเป้าหมาย “ผู้ป่วยจิตเวชปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย”

V-Care คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness High Risk to Violence) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ 2 ประการ เพื่อควบคุมป้องกันความรุนแรง คือ 1) การเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงพบทั้งแทรร์ระยะเริ่มแรก อาการยังไม่รุนแรง ทำให้สามารถควบคุมได้ยาก และ 2) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการทำเรื่องซ้ำ V-Care จึงประกอบด้วย 2 ระบบย่อยที่สำคัญ คือ



6

มาตรฐานการปฏิบัติงาน



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

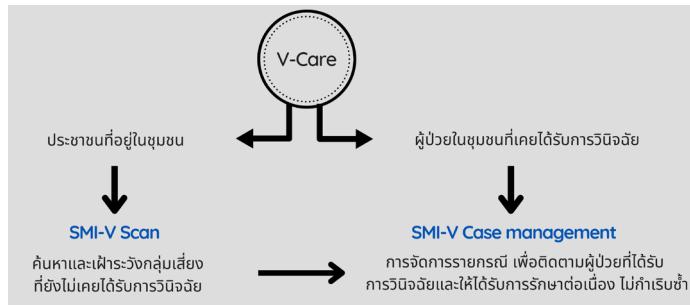


SMI-V Scan

หมายถึง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง SMI-V โดยครอบครัว ชุมชน สังเกต พฤติกรรมเสี่ยงได้จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉีย เที่ยวหาดระวาง หากพบสัญญาณเตือน 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน แนะนำเข้าสู่ระบบบริการ สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินวินิจฉัยโรค และได้รับการดูแลตามโรคและสภาพปัญหารายบุคคล ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 43.80 ของบุคคลกลุ่มคลังที่นำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบ 1669 เป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย SMI-V Scan จึงช่วยในการค้นหาและนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบดูแลรักษา ทั้งนี้ ทุกครอบครัว ควรได้รับการเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan ปีละ 1 ครั้ง ส่วนครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงควรถูกส่งต่อเข้ารับการเยียวยาจิตใจด้วย

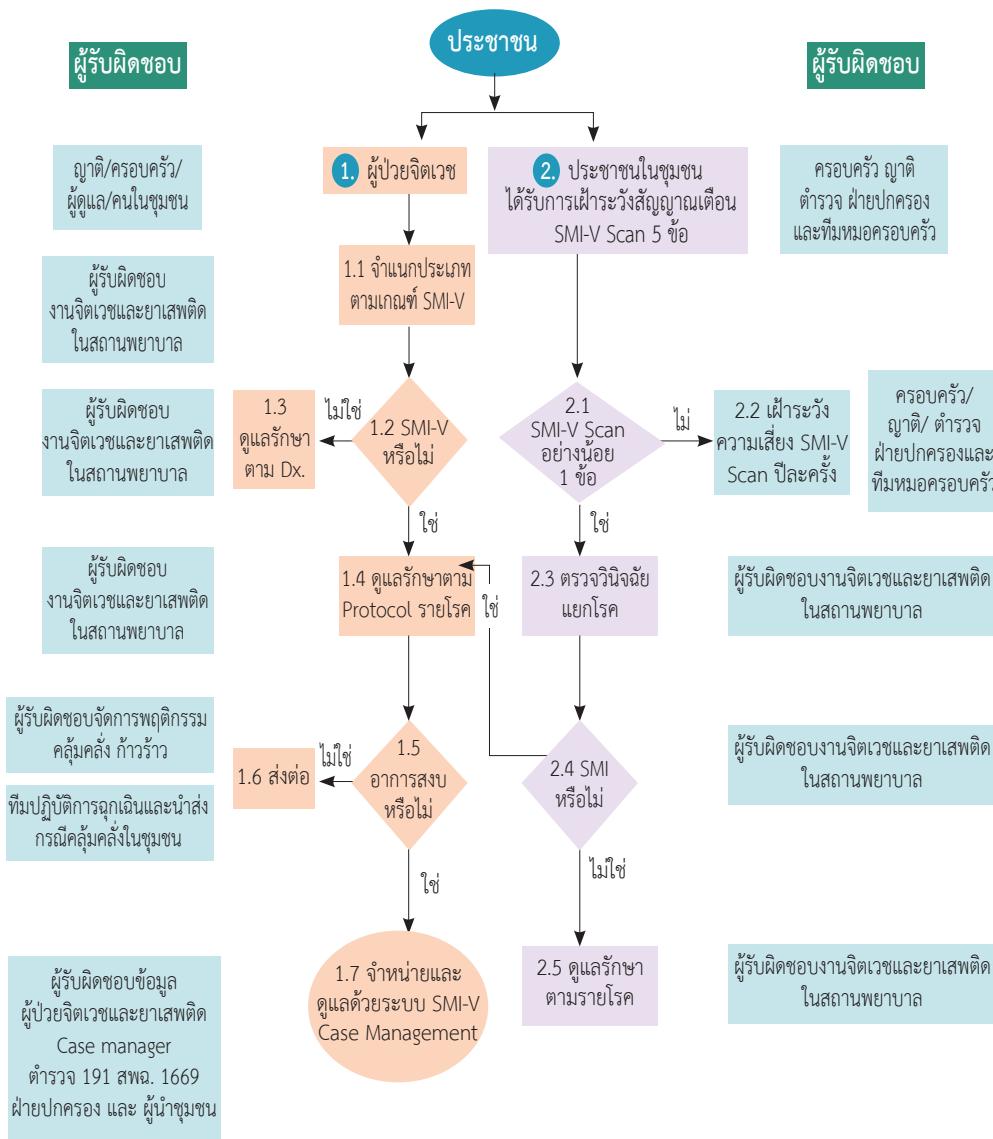
SMI-V Case management

หมายถึง การจัดการรายกรณี หรือ Case management เป็นการใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันทั้งประวัติการเจ็บป่วย ที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา ปัญหาสังคม จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น เพื่อวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดในชุมชนตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ





แนวปฏิบัติการการถูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)





8

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



รายละเอียดแนวปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)

กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
- ประชาชนทั่วไป

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วย SMI-V มีรายละเอียดแยกตามช่องทางหลักและเส้นทางการรับบริการ ดังนี้

1. หากวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ให้พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ SMI-V หรือไม่

1.2 จำแนกประเภทพฤติกรรมก่อความรุนแรงเป็น 4 ประเภท
(SMI-V 1-4)

1.3 หากไม่พบพฤติกรรมก่อความรุนแรง สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยแยกโรค

1.4 หากพบพฤติกรรมก่อความรุนแรงประ肉体ได้ประหอบนิ่ง (SMI-V 1-4) สถานพยาบาลดูแลรักษาตาม Protocol รายโรค

1.5 ประเมินอาการคลุ่มคลั่งว่าสงบเพียงพอที่จะทำการรักษาในสถานพยาบาลนั้นๆ หรือไม่ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) หรืออื่นๆ ที่คุณสมบัติใกล้เคียงกัน



1.6 หากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอาการไม่สงบ ให้ส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อดูแลรักษาตามศักยภาพ

1.7 หากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอาการสงบ และจำหน่ายจากโรงพยาบาล ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยระบบ SMI-V Case Management ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ สามารถเข้ารับบริการได้ที่ศูนย์พัฒนาสุภาพทางสังคม

2. ประชาชนในชุมชนทุกครอบครัว ได้รับการค้นหาเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยว หวานระวง” ทุก 1 ปี

2.1 หากพบสัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน เพื่อนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการรับการตรวจวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช

2.2 หากไม่พบสัญญาณเตือนข้อใดข้อหนึ่ง ควรเฝ้าระวัง SMI-V Scan ปีละ 1 ครั้ง

2.3 สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยแยกโรค

2.4 สถานพยาบาลใช้เกณฑ์การจำแนก SMI-V พิจารณาว่าจัดเป็นผู้ป่วย SMI-V หรือไม่ ประเภทใด (SMI-V 1-4) หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชและพบทิกรรมก่อความรุนแรงประเภทใดประเภทหนึ่ง สถานพยาบาลดูแลรักษาตาม Protocol รายโรค (ตามข้อ 1.4)

2.5 หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่พบทิกรรมก่อความรุนแรง สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยรายโรค (ตามข้อ 1.3)



การจัดการรายกรณี (Case management)

การจัดการรายกรณี เป็นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดได้รับการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน/อาการกำเริบ ประเมิน ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง หรือผู้อื่น โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในสถานพยาบาลทุกระดับ วางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ต่อเนื่องในชุมชนโดยนำข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติ ที่อยู่ คำยินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา ปัญหาสังคมจิตใจของ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและครอบครัว เป็นต้น จากแผนผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน มาวางแผนติดตามร่วมกันทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงขึ้นในชุมชน

2. พยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายของสถานพยาบาล ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับเครือข่ายที่เป็น ผู้จัดการรายกรณีในชุมชนประเมินระดับอาการทางจิต พฤติกรรมความรุนแรง โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

10 ด้าน





3. จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทีมจัดการรายกรณี กำหนดผู้จัดการข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข และใช้ข้อมูลร่วมกับทีมสังคมและความมั่นคง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับผู้ป่วย โดยเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน

4. พิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนร่วมกัน

5. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้านและในชุมชน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการรักษา และเฝ้าระวังความเสี่ยง ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทุก 1 เดือน 3 เดือน หรือจนกว่าเครือข่ายสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีแล้ว รวมถึง พิจารณาประชุมประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการรุนแรง ซึ่งช้อน และปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆที่ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งพิจารณาดูแลการใช้การจัดการ รายกรณีร่วมกันของทีมทางด้านสุขภาพ สังคม และความมั่นคง โดยใช้เกณฑ์ การสิ้นสุดการดูแล หรือเรียกว่า “SMI-V Low Risk”

6. ประสานสิทธิประโยชน์การดูแลช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ที่ผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดพึงได้รับ เช่น กองทุนผู้ประกอบอาชีพ เป็นต้น

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564



ประชาชนกัวไป

1. การด้านความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยทั่วไปตามเดือน*

1.1 พบรความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

นำตัวส่ง/ประสาน จนท.ตร.
นำตัวส่งสถานพยาบาล
(มาตรฐาน 114 ยสต/ มาตรา 22 พรบ.สุขภาพจิต)

1.2 *** Violence Management Acute Phase Management
- ประเมินอาการทางกาย
- ประเมินอาการทางจิต
- ประเมิน Substance Intoxication/Withdrawal

อาการดีขึ้น

1.3 ***ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตามศักยภาพ พิจารณาความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ด้วย OAS + 20+

1. ระดับ: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 0-1-2 Mid to Moderate MDD Low Risk Suicide
2. รพช./รพท.: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / CAS 0-1-2-3 Mild/Moderate/Severe MDD Low/Moderate/High Risk Suicide
3. สถานบำบัดกรรมการแพทย์:
ผู้ติดรุนแรง / OAS 0-1-2 Mild to Moderate MDD Low Risk Suicide เคลศที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.
4. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 3/ผู้ติดรุนแรง + OAS ระดับ 3/ Moderate to Severe MDD/ High Risk Suicide เคลศที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.

2. สำรวจ/ปักครุย/สถานพินิจฯนำผู้เสพ
ผู้ครอบครองเพื่อส่งเข้ากระบวนการ
บำบัดรักษาตามมาตรา 114

3. ศาลาสังฆ
ตามมาตรา 168

*การประเมินลักษณะ
ทางจิต ตามแยกการ
แบบท้าย

2.1 พบรความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2.2 ศูนย์คัดกรอง/ระบบคัดกรองในสถานพยาบาล
แบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด

อาการทางจิตมาก อาการทางจิตปานกลาง อาการทางจิตน้อย

2.3 ประเมินการใช้ยาเสพติด+BA/BII

2.4 ผู้ใช้ 2.5 ผู้เสพ 2.6 ผู้ติด

CBTx หากมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
ระหว่างการบำบัดรักษาใน
กัวไป ให้ประเมินเพิ่ม
ทักษะประเมินเชิง

ผู้ดูแลสถานพยาบาล/สถานพินิจฯมีส่วนร่วม
ในการประเมินความต้องการการรักษาใน
แบบคัดกรอง/2 หากมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
ระหว่างการบำบัด เช่น กัวร์ว่า ให้ประเมินเพิ่ม
ทักษะประเมินเชิง

สถานพินิจฯ
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภาคีเครือข่าย

บ้าบัด
ตามโปรแกรมของ
สถานพยาบาล/สถานพินิจฯ
สมรรถภาพผู้ติด
ยาเสพติด

2.7 ผู้ป่วยได้รับใบปรับรองเป็นผู้ห้ามการบำบัด/ห้ามจากความผิด
จากสถานพยาบาล/สถานพินิจฯมีส่วนร่วมผู้ติดยาเสพติด/
สถานพินิจฯสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย

2.8 ติดตาม

ผู้ผ่านการบำบัด
ได้รับติดตามอย่างน้อย 1 ปี
(ไม่เสพซ้ำ)

ศูนย์รับลงทะเบียนผู้เสพติด



รายละเอียดแนวปฏิบัติการถูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

กลุ่มเป้าหมาย | ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ซึ่งมาจาก 3 ช่องทางหลัก ดังนี้

1. การสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดย มหาดไทย/ผู้นำชุมชน/ญาติ (สำรวจและค้นหา โดยใช้การสังเกต 5 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต)
2. สำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และเยาวชนนำส่ง
3. ตามคำสั่งศาล

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

มีรายละเอียดแยกตามช่องทางหลักและเส้นทางการรับบริการ ดังนี้

1. การสำรวจและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

1.1 กลุ่มญาติ สำรวจ ฝ่ายปกครอง และทีมหมครอบครัว เฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนด้วย 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียวย เที่ยวหาดระแวง” สงสัย ใช้ยาเสพติด แต่

- หากไม่พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่งต่อศูนย์คัดกรอง เพื่อคัดกรอง ตามแบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด (ตามข้อ 2.2)
- หากพบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ว่าจะมีการใช้ยาเสพติดหรือไม่ ประสานเจ้าหน้าที่สำรวจนำตัวส่ง/นำตัวส่งสถานพยาบาล (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ม. 114 /พรบ.สุขภาพจิต ม.22)



14

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การรู้และผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



การเฝ้าระวังครรทำข้อสมำเสมอทุก 6 เดือน เนื่องจากโรคจิตเวช

และยาเสพติดเป็นภาวะเรื้อรัง อาจมีการกำเริบช่วงเวลาได้ก็ได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการขาดยา

1.2 สถานพยาบาล ประเมินและให้การดูแลตามลำดับ ดังนี้

- 1) การจัดการภาวะก้าวร้าว (Violence Management)
- 2) การประเมินและดูแลภาวะฉุกเฉิน (Acute Phase Management)

ประกอบด้วย

- ประเมินอาการทางกาย
- ประเมิน Substance Intoxication/Withdrawal
- ประเมินอาการทางจิต ตามแบบประเมิน OAS และ 2Q+ (ตามเอกสารเพิ่มเติม)

1.3 สถานพยาบาลบำบัดรักษาและดูแลเบื้องต้น

- หากอาการดีขึ้น ประเมินการใช้ยาเสพติด + BA/BI (ตามข้อ 2.3)
- หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อตามศักยภาพ พิจารณาตามความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ด้วย OAS + 2Q+ ตามเกณฑ์ ดังนี้

1. รพช.: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 0-1-2 Mild to Moderate MDD/ Low Risk Suicide

2. รพศ./รพท.: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS 0-1-2-3 Mild/Moderate/Severe MDD Low/ Moderate/High Risk Suicide

3. สถานบำบัดกรรมการแพทย์: ผู้ติดรุนแรง / OAS 0-1-2 Mild to Moderate MDD/Low Risk Suicide เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.

4. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด+OAS ระดับ 3/ ผู้ติดรุนแรง+OAS ระดับ 3 / Moderate to Severe MDD/High Risk Suicide เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.



2. สำรวจ/ฝ่ายปกครอง นำผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพ เข้ากระบวนการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 114

2.1 สำรวจ/ฝ่ายปกครอง ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



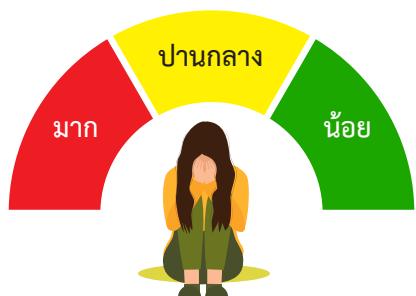
- หากพบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประสานเจ้าหน้าที่ สำรวจนำตัวส่งสถานพยาบาล (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 114 /พรบ.สุขภาพจิต มา.22) ตามข้อ 1.2
- หากไม่พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แต่ส่งสัญญาเสพติดส่งต่อศูนย์คัดกรอง เพื่อคัดกรองตามแบบรายงาน การคัดกรองการใช้สารเสพติด (ตามเอกสารแนบ)

2.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง/ระบบคัดกรองในสถานพยาบาล ประเมิน สภาพจิตและแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตามระดับความรุนแรง (ตามการประเมิน สภาพทางจิตในแบบรายงาน การคัดกรองการใช้สารเสพติด) ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มอาการทางจิตมากและปานกลาง ประสานเจ้าหน้าที่สำรวจนำตัวส่งสถานพยาบาล ตามข้อ 1.2

2) กลุ่มอาการทางจิตน้อย เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองทางการประเมินต่อ หมายเหตุ: เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตามระดับความรุนแรง มีดังนี้

อาการทางจิต



มาก

ขณะนี้มีความคิดอยากร้าวตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea/Suicidal attempt)/ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ข้าของ จนแตกหัก หรือก้าวร้าว รุนแรง/หาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

ปานกลาง

หัวใจ พูดคนเดียว เมื่อตนได้ตอบกับคนอื่น หรือเห็นภาพหลอนที่ คนอื่นไม่เห็น

น้อย

รู้สึกไม่สบายใจ เช็ง เศร้า ทุกข์ใจ หรือเบื่อหน่าย ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรไร้กำลังสุข



2.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประเมินการใช้ยาเสพติด และแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้ยาเสพติด ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ผู้เสพ และผู้ติด โดยใช้แบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) หรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI)



2.4 กลุ่มผู้ใช้ (ระดับคะแนน V2 2-3 คะแนน)

- การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion)

- การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment : CBTx)

- การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

- การบำบัดโรครวมทางจิตเวช (ถ้ามี)

- กรณีจำเป็นต้องเข้าระบบการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล/สถานพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สามารถพิจารณาส่งต่อโดยมีเอกสารการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา

2.5 กลุ่มผู้เสพ (ระดับคะแนน V2 4-26 คะแนน)

- ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก/ตามโปรแกรมของสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลระดับ รพช. กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว ได้ประวัติเพิ่ม ให้ทำการประเมินซ้ำ หากเกินศักยภาพให้ส่งต่อ รพท./รพศ.

- การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Motivational Enchantment Therapy: MET) 1-2 เดือน

- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 1-2 เดือน



- จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัด ในโรงพยาบาล, จิตสังคม บำบัดใน รพ.สต. คลินิกใกล้ในชุมชน (1-2 เดือน)
- การรักษาด้วยยา (Medication)
- การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
- กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย โดยมีเอกสารการส่งต่อผู้ติดยาเสพติด เพื่อเข้ารับการพื้นฟู

2.6 กลุ่มผู้ติด (ระดับคะแนน V2 27+ คะแนน)

- ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและพื้นฟูตามโปรแกรมของ สถานพยาบาล/ผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ โดย

1) สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

กรณีผู้ป่วยเสพติดรุนแรง

2) สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง

กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการพื้นฟูสมรรถภาพ

สถานพยาบาลสามารถพิจารณา ส่งต่อเข้าสถานพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภาคีเครือข่าย โดยมีเอกสารการส่งต่อ ผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการพื้นฟู

- การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified MATRIX, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัด แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวทางเทียร์ (SATIR Model) 2-4 เดือน

- การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดพื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดพื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทาง สายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน- 1 ปี

- การรักษาด้วยยา (Medication)

- การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)





- กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว หรือได้ประวัติเพิ่ม ให้ทำการประเมินช้ำ

2.7 การออกใบรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัด สามารถออกได้โดยสถานพยาบาล/ สถานพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด/ สถานพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

2.8 การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ปี หากไม่เสพช้ำ ให้ยุติ การติดตาม กรณีก้าวเริบช้ำหรือก่อความรุนแรง ดำเนินการตามข้อ 2

ทั้งนี้ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ สามารถรับบริการได้ที่ศูนย์พื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัด และ/หรือหลังการบำบัด

3. ศาลส่งเข้ารับการบำบัดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 168

- ผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพไม่สมควรได้รับการบำบัดหรือไม่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับการบำบัดตามมาตรา 114 ตรวจ/ฝ่ายปกครอง/จนท.ปปส. นำเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย หากศาลพิจารณาว่า ยังไม่สมควรลงโทษศาลสามารถส่งเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล ตามมาตรา 168

- กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว หรือได้ประวัติเพิ่ม ทำการประเมินช้ำ

- ทั้งนี้ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ สามารถรับบริการได้ที่ศูนย์พื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัดและ/หรือหลังการบำบัด





บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง

1. บทบาทของทีมสาธารณสุข: ถ้าจังหวัด

- สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (service plan) เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง
- บูรณาการประมวลกฎหมายยาเสพติด พรบ.สุขภาพจิต พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินในเขตสุขภาพ
- กำกับดูแลประสานงานทีมสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับเครือข่ายด้านความมั่นคง และด้านสังคม
- ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของทีมจัดการรายกรณี เพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง



ผู้ป่วยที่มีอาการคลุมคลั่ง/เลี้ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม จะต้องได้รับการควบคุมอาการคลุมคลั่ง ให้สงบ ก่อนส่งต่อประเมินอาการทางกายและทางจิต





2. บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

ผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และประสานกับทีมจัดการรายกรณี เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

องค์ประกอบของทีมจัดการรายกรณี

- บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
- ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดมอбыหมาย
- ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน





ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน มีบทบาทต่อไปนี้

1. เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนจำหน่ายกลับชุมชนร่วมกับแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งประสานงานศูนย์คัดกรอง สถานพื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์พื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด ร่วมกับทีมด้านสังคมและความมั่นคง
2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และสภาพการณ์ต่างๆ และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อการส่งต่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน
3. ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกับทีมสวัสดิการชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละราย และให้มีความเหมาะสมสมก่อนส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลับไปอยู่ในชุมชน รวมถึงการพิจารณาดูแลในระบบ V-Care เพื่อกลับไปดูแลตามระบบปกติ เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลงตามเกณฑ์





ผู้จัดการข้อมูล หรือ Data manager หมายถึง คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่

1. Data manager (DM) ระดับจังหวัด ได้แก่

ผู้ที่ประธานคณะกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมาย
สุขภาพจิตระดับจังหวัด มอบหมาย หรือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ
ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

2. Data manager (DM) ระดับอำเภอ ได้แก่

สาธารณสุขอำเภอ หรือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน

3. Data manager (DM) ระดับตำบล ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ
หรือนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การรักษาความลับเป็นไปตามกฎหมายตามวิชาชีพ ส่วนการเปิดเผยข้อมูล
ทำได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย/ตนเองหรือผู้อื่นภัยให้พะรำบัญญัติ
สุขภาพจิต พ.ศ.2551และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2)
ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะทำให้
เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน และต้อง
ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ Data manager รวมถึงรูปแบบ

และวิธีการเปิดเผย ควรเป็นความลับระหว่างหน่วยงานราชการ

(หลีกเลี่ยงการส่งข้อมูลผ่านระบบ Electronic ที่ไม่ได้เป็น
ของรัฐ อาทิเช่น Line, Google form เป็นต้น) ให้เปิดเผย
เฉพาะข้อมูลที่เป็น "พุติกรรมอันตราย" เท่านั้น จุดประสงค์
เพื่อให้สำรวจหรือฝ่ายปกครองนำส่งสถานพยาบาล "สงวน" ไว้
ซึ่งข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่จำเป็น อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
โรคประจำตัวของบุคคลนั้น





3. บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

1. ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ 'ไม่เหลบไม่นอน' เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียวย เที่ยวหวานระหว่าง (SMI-V Scan) หากพบอย่างน้อย 1 สัญญาณเตือนให้แนะนำเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

2. เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการกลุ่มคลึง กำหนดและนำมาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ งดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ที่มีเหล้า เช่น วัด ส่วนราชการและ เป็นต้น

3. ส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง เช่น รณรงค์ประชาสัมพันธ์ 5 สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) มีเส้นทางนำส่งในชุมชน หมู่บ้าน และช่องทางให้คำปรึกษา เบอร์โทรศัพท์ของผู้นำชุมชน

4. จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สายตรวจตำรวจ อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน และชุมชนกำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน เช่น การเตรียมการเข้าจุดเกิดเหตุ การเจรจา ไกล่เกลี่ย การประเมินความเสี่ยง การเข้าช่วยเหลือจำกัดพุทธิกรรม การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งผู้ป่วย

5. ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกินการควบคุม เช่น ตำรวจ, หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669, สถานพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

6. ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา



24

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



4. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)



1. ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่า และประชาชนทั่วไป จาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด บุนเอียง เที่ยวหาคระแวง (SMI-V Scan)

2. ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบบริการและได้รับการวินิจฉัย

3. ประสานการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน >> รพ.สต. >> อบต. / อปท. >> ชุมชน

4. จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (Data Management) ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบประสานงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ในฐานะผู้จัดการรายกรณีร่วมกับหน่วยงานด้านสังคมและความมั่นคง โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน



5. บทบาทของตำรวจ 191

1. ป้องกันอันตราย จากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กรณีคลุ่มคลังในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เบอร์ 191

2. ศูนย์รับแจ้งเหตุ 191 ประจำปี 1669 กรณีต้องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. สำรวจเป็นเจ้าพนักงานตาม พรบ.สุขภาพจิต ให้ดำเนินการนำตัวบุคคลคลุ่มคลัง ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ซักซ้ำ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น โดยจะมีผู้รับคุ้มครองด้วยหรือไม่ก็ได้

4. สำรวจแบบแผนการช่วยเหลือ เช่น ติดตามผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึงเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำบันทึกข้อตกลงกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ไม่ก่อเหตุความรุนแรงครั้งต่อไป

6. บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669

1. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมควบคุมสถานการณ์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

2. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ALS) ประเมินและควบคุมสถานการณ์ในการเตรียมการรักษา และนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลใกล้เคียง





7. บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของบุษย์ประจำจังหวัด



1. ร่วมทีมเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านสังคม โดยประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจาก รพ.สต. เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิต และพื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม为代表的ในชุมชน
2. เยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยประสานตัวตรวจ/ฝ่ายปกครอง เพื่อดูแลความปลอดภัยในการลงพื้นที่
3. ลงพื้นที่เมื่อเกิดเหตุกรณีความรุนแรงและมีผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับ อปท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ตัวตรวจ/ฝ่ายปกครอง/อสม./ครอบครัว/ประชาชน/ญาติ/ผู้ร้องเรียน
4. ร่วมประเมินสถานการณ์และกันผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ห่างจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ตัวตรวจเข้าพื้นที่เจรจาต่อรอง
5. ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคมระดับตำบลเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชน จาก ญาติ/ครอบครัว/คนใกล้ชิด เพื่อสอบถามผลกระทบ ความต้องการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและ เป็นธรรม





8. บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลก้าวไป โรงพยาบาลศูนย์

1. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.
2. จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V 1-4)
3. ให้การดูแลรักษารายโรค และบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อปท. >> ชุมชน
4. ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อปท./ผู้นำชุมชน/พมจ/ตำรวจ/อสม./ครอบครัว/ญาติ
5. สรุประยงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษา และผลการดำเนินงาน การจัดการรายกรณีทุกรายในอำเภอที่รับผิดชอบ
6. สรุปปัญหา/อุปสรรค และความต้องการสนับสนุน นำเสนอผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดที่มี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ





การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้ดำเนินการตามมติคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ว่าด้วยเรื่อง ลิทธิ์ผู้ป่วย มาตรา 16 “ห้ามเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในประการที่น่าจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่ (1) กรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน (3) มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย”

การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจึงต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างหน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข สังคม และฝ่ายปกครอง เพื่อร่วมกันค้นหาเฝ้าระวัง คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการจิตจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่เหมาะสม ตามมาตรการจัดการป้องกันปัญหาการก่อความรุนแรงในระดับจังหวัด สามารถกำหนดแนวทางติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนร่วมกัน เจ้าหน้าที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากฐานข้อมูล แต่ใช้ระบบของการดูแลภายในชุมชน สร้างความตระหนักให้แก่คนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคนนำชุมชนในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการคลุมคลั่งก่อความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ฝ่ายปกครองในพื้นที่สามารถระบุพิกัดและเฝ้าระวัง โดยชุมชนสร้างมาตรการหรือแนวทางของชุมชน ทั้งการลงเยี่ยมบ้านร่วมกัน ทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดการรักษา โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ โดยเสนอให้มีวาระการวางแผนจัดการป้องกันปัญหาการก่อความรุนแรง และการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดดังกล่าวได้



ระบบติดตามและประเมินผล

ระบบติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข (Health data center : HDC) โดยมีรหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในแฟ้ม SPECIAL PP ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐานจำนวน 7 รหัส มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 และ 1B036 - 1B038 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและพบว่า มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง รหัสไดรหัสหนึ่ง จึงต้องยืนยันการประเมินเพื่อลงทะเบียน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) ต่อไปนี้

รหัส	คำอธิบาย
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบร้าร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบร้าร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบร้าร้ายตนเองด้วยความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วงศิริ)
1B036	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบร้าปกติ



รหัส	คำอธิบาย
1B037	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบร่วมกับเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
1B038	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบร่วมปีระวัด/อาการอื่น

นอกจากนี้ การติดตามผู้ป่วย SMI-V สามารถบันทึกข้อมูล โดยใช้ระบบข้อมูลการบำบัด รักษา และพื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ตามแผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ด้วยระบบสารสนเทศ SMI-V Care รูปแบบ Web Application ซึ่งเชื่อมต่อกับ Health data center มีวัตถุประสงค์ในการบูรณาการการจัดการข้อมูล ในการดูแลรักษาไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงขึ้นในชุมชน



มาตรการป้องกัน
การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

31



ภาคผนวก





เกณฑ์การจัดแบบประเมินทักษะปัจจุบันเชิงเฉพาะเจาะจงเพื่อคุณภาพเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

1 มีประวัติทำร้ายตัวเองตัวรัก รุนแรงรุนแรงรุนแรงหรือสืบทอด	2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นท้ายที่รุนแรง รุนแรงรุนแรงรุนแรงทำให้ หัวใจล้าว สะเทือนหัวใจใน ชุมชน	3 มีอาการหลอกล่อ ภัยคุกคาม ต่อน้อง/ลูกน้องหรือแม่ซึ่งทำร้าย ผู้อื่นแบบหลอกหลอนทางจิต	4 มีความประวัติการทำร้าย รุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ฆ่าฟื้น รวมถึงคริบ)
<ul style="list-style-type: none"> กินยาเดินทางไกลท่องเที่ยวต่อต่อต่อ ใช้ยาต้านร้อนของรากพุทรา พลาง ลือโนน ปลดตัวเอง ทำให้ตัวเองเจ็บป่วยหนักมากที่หัวใจไม่ดี ทำให้หัวใจหอบหืด ทำให้หัวใจบั่นทอน หัวใจทับทาย เป็นไฟ ร้อนแรง ร้อนแรงอุ่นร้อน หล่อเย็นน้ำตื้นๆ ทุกครั้งที่หายใจแล้ว สามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น ใช้วัสดุรับเบ็ดตัวเอง ใช้ชุดน้ำเพื่อพยายามตัวเอง บุกหลอกฯ ไม่ออก ใช้ของแข็ง โลหะ ไม่ทำร้ายตัวเอง เพื่อให้เสียชีวิต เสียพิษตัวร้อนร้อนร้อน หรูหราให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ฟ้าดูดออกศีรษะโดย ห้องร้อนในห้องนอน ฝัน หลังท้อแท้ลง เปรี้ยวตื้น อีกคน (ระบุ) 	<ul style="list-style-type: none"> จัดบูรณะบ้าน พอกอาจรูป หรือจะไปติด หรือของ มีความพิเศษของมนต์รุกข์ อาวดีบารีสีขาวของ หรือมาตรา สีทอง หรือพิมพ์สีน้ำเงิน หมาย เปลี่ยน เสื้อผ้ารักษา จิตใจรักษา ทำความสะอาด เนื้อร้องกายหรือใบติดฝา อ้วกหัวใจของตนต่อหน้าสาธารณะ งับศีรษะ ลิ้วจี่หัวใจ ชำรุดอุปกรณ์ บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายต่อ ภัยคุกคาม อีกคน (ระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> มีความประวัติการทำร้ายรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ฆ่าฟื้น รวมถึงคริบ)..... 	



34

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย (สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี)

ชื่อ สกุล..... อายุ..... ปี HN.....

เลขบัตรประชาชน..... การศึกษา.....

อาชีพ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....

สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ท.74 เปิกได้

วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย..... ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน.....

วันที่รับไว้ครั้งนี้..... รับไว้ครั้งที่.....

อาการนำส่ง.....

ชื่อ-สกุลผู้ดูแล..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน.....

วันที่จำหน่าย..... รวมวันนอนในโรงพยาบาล.....

ที่อยู่หลังจำหน่าย.....

ผลคะแนนจากการประเมิน BPRS = CGI-S = GAF = 9Q = 8Q =

Stage of change ระดับ.....

Home Medication.....

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

การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....

สรุปปัญหาที่ส่งต่อเครือข่าย.....

การรับบริการหลังจำหน่าย รับยาใกล้บ้าน (ระบุสถานที่).....
 รับยาต่อเนื่องที่สถาบัน/รพจ. นัดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ความยินยอมของญาติในการส่งต่อข้อมูล/การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

ยินยอม..... ไม่ยินยอม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย

ลงชื่อ-สกุล ผู้สรุป..... หน่วยงาน.....

หมายเหตุ แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย สามารถปรับหรือใช้แบบส่งต่อของหน่วยงานเองได้





แบบสำเนาบันทึกตามผลการรักษาตามขั้นตอน

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เชื้อยุงค์	ผู้ป่วยเดินทางกลับภายนอกเพื่อรักษา			ผู้เดินทางจากภายนอกเพื่อรักษา			ผู้เดินทางจากภายในประเทศเพื่อรักษา			ผู้เดินทางจากภายในประเทศเพื่อรักษา		
				เด็ก	เยาวชน	ผล	เด็ก	เยาวชน	ผล	เด็ก	เยาวชน	ผล	เด็ก	เยาวชน	ผล

กรณีต้องห้ามพำนัช : บุบบะ ยกเว้นพัฒนาด้านบุคคล > เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ SMI-V Scan และต้องพำนัช “ถ้าการรักษาไม่สำเร็จ”

ผู้เดินทางประมูลน้ำเสื้อเชื้อจากภายนอก	แพทย์ต้องประเมินผู้เดินทางที่ต้องรักษาในประเทศ 10 ด้าน		
	ปกติ	ผิดปกติ	ผิดปกติ ควรรับ

ผู้เดินทางประมูลน้ำเสื้อเชื้อจากภายนอก	แพทย์ต้องประเมินผู้เดินทางที่ต้องรักษาในประเทศ 10 ด้าน

เตือนที่ 1 และ 2 เนื่องจากผู้เดินทางที่ 2-5 ยังคงดีขึ้นที่ 1-2 แม้จะรักษา

ผู้เดินทางประมูลน้ำเสื้อเชื้อจากภายนอก	แพทย์ต้องประเมิน		
	<input type="checkbox"/> ไม่เก็บยา	<input type="checkbox"/> กินยาในลักษณะอื่น	<input type="checkbox"/> กินยา
1. กรณียา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ยาตัดตู้และ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติในกรอบดูแล	<input type="checkbox"/>
3. กรณีสารประกอบติดตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ให้ได้รับ	<input type="checkbox"/>

การประเมิน : แนวทางการประเมินบุคคลที่มีเชื้อไวรัสคู่ตัวภายนอก เช่น บุบบะ ยกเว้น

1. ระหว่างคุณภาพของเชื้อไวรัสคู่ตัวที่อยู่ในร่างกาย เช่น เชื้อไวรัสบุบบะ ยกเว้นพัฒนาด้านบุคคล & ความต้องดูแลตัวเองเพื่อให้เกิดเชื้อไวรัสตัวใหม่ เช่นบุบบะ
2. ระหว่างคุณภาพของเชื้อไวรัสคู่ตัวที่อยู่ในร่างกาย เช่น เชื้อไวรัสบุบบะ ยกเว้นพัฒนาด้านบุคคล & ความต้องดูแลตัวเองเพื่อให้เกิดเชื้อไวรัสตัวใหม่ เช่นบุบบะ
3. ระหว่างคุณภาพของเชื้อไวรัสคู่ตัวที่อยู่ในร่างกาย เช่น เชื้อไวรัสบุบบะ ยกเว้นพัฒนาด้านบุคคล & ความต้องดูแลตัวเองเพื่อให้เกิดเชื้อไวรัสตัวใหม่ เช่นบุบบะ

แบบประเมินผู้เดินทางที่เดินทาง (SMI-V Scan)

1. ไม่เหลือเชิงลบ : มีบุบบะกรนoken บน毋ามในหลัง ไม่มีรอยน้ำลาย หลังสัมผัสด้วย	ไม่มี	
	มี	ไม่มี

2. เที่ยวไปเป็นครั้งๆ บุบบะติดต่อสัมผัสร่วมกัน
3. พูดคุยคุณดีๆ - 2. ถ้า ถ้า ที่ต้องรักษาในเชิงบุคคล

4. หลังจากเดินทางกลับมา : อาการผิดปกติที่ร่างกาย เช่นบุบบะ ยกเว้นพัฒนาด้านบุคคล & ความต้องดูแลตัวเอง เช่นบุบบะ

5. เพิ่งจากต่างประเทศ : ไม่สามารถรักษาตัวเอง เช่นบุบบะ

6. พอตัวไม่สามารถรักษาตัวเอง เช่นบุบบะ

การประเมิน : กรณีบุบบะอยู่ต่อหน้า : ให้คุณลักษณะคุณรักษาตัวเอง ตามดูแลตัวเอง เช่นบุบบะ

การประเมิน : กรณีบุบบะอยู่ห่างไกล : ให้คุณลักษณะคุณรักษาตัวเอง เช่นบุบบะ

โดยทั่วไป



เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ. (2556). คู่มือดูแลทางจิตเวช สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ.
นนทบุรี: เดอะ กราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
(2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื่องรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับ
บุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด
แสงจันทร์การพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัด
กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอส เพอร์สเพลส จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวปฏิบัติการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อ
การก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด. กรมสุขภาพจิต.

ธีระ ศิริสมุด และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
สำหรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสาร
วิชาการสาธารณสุข, 28(2): 158-171.

ปราณีต ชั่มพุตรา. (2547). การพัฒนาทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัด
เพื่อกำกับผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษาของผู้ป่วยพิรุณทอง
โรงพยาบาลจิตเวชครรราชสีมาราชคินทร์. การค้นคว้าอิสระ พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



พรพิพิญ วชิรดิลก และคณะ. (2563). การศึกษาเพื่อจัดข้อเสนอแนะด้านระบบการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลและพื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเภทซึบซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

สถาบันกัลยาณ์ราชนคrinทร์. (มมป) แนวทางการจัดการพุทธิกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับญาติและผู้ดูแล. สถาบันกัลยาณ์ราชนคrinทร์.

หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (2559). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพุทธิกรรม ก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย, 61(3): 253-266





คณ:ผู้จัดทำ

- | | | |
|-------------------------------|------------------|---|
| 1. นายแพทญ์บูรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ที่ปรึกษากำรสุขภาพจิต |
| 2. แพทญ์หญิงดุษฎี | จึงศิริกุลวิทย์ | ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางกุสุมा | พนอนุอดมสุข | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสถาบันครอบครัว |
| 4. ดร.วสมน | ทิพณีย์ | ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการ
กรรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว |
| 5. นางสาวชนิกรรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 6. นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 7. นางสาวภูษณิศา | ชัยวิรัตน์นุกูล | นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ |
| 8. นางสาวอนันญา | นะรัมย์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 9. นางสาวศิริพร | สุาราช | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 10. นางสาวทิพย์ภากรณ์ | พงศ์สุภา | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 11. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด | โรงพยาบาลตำรวจ | สำนักงานตำรวจนแห่งชาติ |



มาตรฐานการปฏิบัติงาน
การคุ้มครองป้องกันจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

39



บันทึก





40

มาตรฐานการปฏิบัติงาน



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

