



คู่มือการให้บริการประชาชน (Work Manual)

คู่มือที่ 2 คู่มือการให้บริการประชาชนการรับบริการบำบัดสารเสพติด

ของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
1. การรับบริการ บำบัดสารเสพติด	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	2-3
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	4
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	4
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	4
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	5
รายชื่อผู้จัดทำ	6

การรับบริการ บำบัดสารเสพติด

หมายถึงบริการที่สถาบัน กัลป์ยาม์ราชนครินทร์จัดบริการแก่ผู้ใช้สารเสพติดและเข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถาบันกัลป์ยาม์ราชนครินทร์แบบผู้ป่วยนอก

ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

(ระบุ กลุ่มผู้รับบริการ เช่น เด็ก/วัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ/หรือเป็นโรคทางจิตเวช รวมทั้ง ช่องทางในการให้บริการ เช่น ตึก อาคาร สถานที่ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และวัน เวลา เปิดทำการ/ให้บริการ)

<p>ผู้รับบริการหลัก : ผู้รับบริการอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีมีโรคร่วมจิตเวชร่วมกับโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดสำหรับผู้ป่วยนอก</p>	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
<p>-ที่ตั้งสถาบันกัลป์ยาม์ราชนครินทร์ เลขที่ 23 หมู่ 8 ถนน พุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร</p> <p>-งานบริการผู้ป่วยนอก อาคารตึกอำนวยการ</p> <p>-เบอร์ติดต่องานบริการผู้ป่วยนอก</p> <p>02-4416100 ต่อ 58203 /58212</p> <p>โทรสาร 02-4416101</p>	<p>-เปิดให้บริการตรวจรักษาเวลาปกติ</p> <p>ตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลาราชการ 08.30น.-12.00น.</p> <p>-เปิดบริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ นอกเวลาราชการ</p>

1. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

(ระบุ รายละเอียดงานตามลำดับ โดยอธิบายวิธีการที่ผู้รับบริการต้องดำเนินการในแต่ละขั้นตอน พร้อมระยะเวลาในการดำเนินงาน (นาที/ชั่วโมง/วัน) และผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด)

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

2.1 ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชร่วมกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่เป็นผู้ป่วยใหม่

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1)	ผู้รับบริการอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีพบ พยาบาลเพื่อคัดกรองเข้ารับการตรวจรักษา จากแพทย์ว่ามีโรคร่วมจิตเวชใดๆร่วมกับโรค ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด	20 นาที	พยาบาลผู้ป่วยนอกที่ ได้รับมอบหมาย
2)	ผู้รับบริการ -ทำบัตรผู้ป่วยที่งานเวชระเบียน -ตรวจสอบสิทธิ์ที่งานสิทธิบัตร -ตรวจสอบสัญญาณชีพและส่งให้พยาบาลก่อน พบแพทย์ -เข้าพบแพทย์ตามคิวที่ได้รับ	60 นาที	พยาบาล/พนักงาน ช่วยเหลือคนไข้/ เจ้าหน้าที่ งานเวชระเบียน/ เจ้าหน้าที่งานสิทธิบัตร
3)	-ผู้รับบริการได้รับการตรวจรักษาอาการจาก แพทย์ -ผู้รับบริการได้รับการพูดคุยโน้มน้าวการดูแล ตนเองเพื่อลดและเลิกใช้สารเสพติดโดย เจ้าหน้าที่ทีมบำบัดสารเสพติด	30 นาที	แพทย์/พยาบาล/ เจ้าหน้าที่จากทีมยาเสพติด
4)	-ผู้รับบริการได้รับยา และใบนัดเข้ากลุ่มบำบัด สารเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพในการมาพบ แพทย์ครั้งต่อไป กรณีอาการเจ็บป่วยดีขึ้น -ผู้รับบริการจะได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัด สารเสพติดจนครบเกณฑ์ ในวันพฤหัสบดี 10 ครั้ง/ 4 เดือน	10 นาที	แพทย์/พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพ
	รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น	120 นาที	

2.2 ผู้ป่วยเก่าที่มีโรคร่วมจิตเวชร่วมกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่นัดดูแลต่อเนื่อง

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1)	ผู้รับบริการอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีที่มีใบนัดพบแพทย์และเข้ากลุ่มบำบัดสารเสพติดพบพยาบาลเพื่อคัดกรองเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา (ผู้ป่วยเก่าที่มีสติ๊กเกอร์ติดที่แฟ้มผู้ป่วยนอก)	10 นาที	พยาบาลผู้ป่วยนอกที่ได้รับมอบหมาย
2)	ผู้รับบริการ -ยื่นบัตรนัดผู้ป่วยที่งานเวชระเบียน -ตรวจสอบสิทธิ์ที่งานสิทธิบัตร -ตรวจสอบสัญญาณชีพและส่งให้พยาบาลก่อนพบแพทย์ -เข้าพบแพทย์ตามคิวที่ได้รับหลังเข้ากลุ่มบำบัด	10 นาที	พยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้/เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน/เจ้าหน้าที่งานสิทธิบัตร
3)	ผู้รับบริการเข้ากลุ่มบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพในวันพฤหัสบดี เวลา 10.00 - 11.00 น. หลังจากนั้นมาพบแพทย์ต่อจากคิวปัจจุบันทันที	60 นาที	แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่จากทีมยาเสพติด
4)	แพทย์/พยาบาลนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกจนครบเกณฑ์ 4 เดือน	20 นาที	แพทย์/พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ
	รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น	100 นาที	

3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

(ระบุ เอกสาร/หลักฐานที่ผู้รับบริการต้องจัดเตรียมมาเพื่อประกอบการติดต่อขอรับบริการ เช่น บัตรนัด สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น)

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	บัตรประชาชน	1 ฉบับ
2)	แบบกรอกข้อมูลประวัติสำหรับผู้ป่วยใหม่	1 ฉบับ
3)	บัตรผู้ป่วย (กรณีมารับบริการครั้งสองขึ้นไป)	1 ฉบับ
4)	ใบนัดพบแพทย์ (กรณีมารับบริการครั้งสองขึ้นไป)	1 ฉบับ

4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

(ระบุ ค่าบริการที่ต้องชำระเบื้องต้น หรือประมาณการค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการ เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการของสิทธิการรักษาต่างๆ)

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	บัตรผู้ป่วย	20 บาท
2)	ใบนัดผู้ป่วย	-
3)	ค่ายาและบำบัดตามที่ได้รับ (กรณีจ่ายเอง)	ตามแพทย์ให้การบำบัดครั้งละประมาณ 100 – 300 บาท

5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

(ระบุ ผลสำเร็จของการบริการ ที่แสดงให้เห็นข้อกำหนดในการปฏิบัติงาน ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น ระบบงาน ระยะเวลาของกระบวนการงาน คุณภาพของผลผลิต (ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น) ความคุ้มค่าของงาน เมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ เป็นต้น)

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	ผู้รับบริการเข้ารับบริการได้ถูกต้อง ครบขั้นตอนและรวดเร็วตามเกณฑ์เฉลี่ย
2)	มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 85 ขึ้นไป

6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

(ระบุ ช่องทาง/วิธีการรับฟังข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนต่อการให้บริการ เช่น ที่อยู่ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ โทรสาร กล้องรับฟังความคิดเห็น Website E-mail เป็นต้น)

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร รหัส 10700
2)	โทรศัพท์ 02-4416100 โทรสาร 02-4416101
3)	กล้องรับความคิดเห็นที่งานผู้ป่วยนอกของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4)	Website : http://WWW.galya.go.th

รายชื่อผู้จัดทำ:

1. นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2. นางดวงจันทร์ บัวคลี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสาวชนิดา ชาภูโกฏ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางสาวสุณี ห้วยเรไร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นายยุทธ แก้วควรชุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาวรสสุคนธ์ ผลคำแปลง นักจิตวิทยา
7. นางสาวอินทิรา อะตะมะ นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
8. นายไตรรัตน์ สือพุทธมนตรี นักสังคมสงเคราะห์

แบบรายงานผลการประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ
ตามคู่มือการปฏิบัติงาน/คู่มือการให้บริการประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2560

แบบฟอร์ม 4

ชื่อหน่วยงาน:

คู่มือที่.....ชื่อคู่มือ.....

(1) ตัวชี้วัดการประกันคุณภาพ/ ประสิทธิภาพการให้บริการ	(2) ผลการปฏิบัติงาน/ผลลัพธ์ที่ได้	(3) ปัญหา/อุปสรรค จากการดำเนินงาน	(4) แนวทางการพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงาน

ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน..... ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail :

หมายเหตุ

- (1) ระบุตัวชี้วัดการประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการตามที่กำหนดไว้ในคู่มือฯ (ข้อ5)
- (2) ระบุผลการปฏิบัติงาน/ผลลัพธ์ที่ได้ เชนปริมาณ/คุณภาพให้ชัดเจน
- (3) ระบุปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ
- (4) ระบุแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

