

หน่วยงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
 รายงานการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

(3) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนการดำเนินการ / ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญ	(3) วัตถุประสงค์	(4) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(5) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(6) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(7) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ/ กำหนดเสร็จ	(8) สถานะ ดำเนินการ	(9) วิธีการติดตามและสรุปผล การประเมิน/ข้อคิดเห็น
ประเภทความเสี่ยง : ด้านกลยุทธ์ (Strategy:S)							
1. กลุ่มภารกิจสู่ความเป็นเลิศ ด้านนิติสุขภาพจิต	เพื่อสร้างความร่วมมือภาคเครือข่ายในการ ติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษให้เข้าสู่ การรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบดิจิทัล ป้องกันการกลับมาก่อคดีซ้ำอันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วยทางจิต	1. ขอให้ทางโรงพยาบาล/สถาบันทำงาน ร่วมกับเครือข่ายมากขึ้น เป็นตัวกลางในการ ประสานส่งต่อข้อมูลการติดตามและลงข้อมูล ในระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช 2. ประสานทำงานร่วมกับสสจ. และ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับ ใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ใน การวางแผนงานในการติดตามและส่งต่อ ข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษ ซึ่งอาจต้อง มีการเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้า มามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับ คณะอนุกรรมการฯ 3. ในพื้นที่เขตเมือง ประสานให้สำนัก การแพทย์กรุงเทพมหานคร เข้าร่วมเป็น เครือข่ายในการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้น โทษและเข้าร่วมใช้งานฐานข้อมูลนิติจิตเวช	การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษ ผ่านระบบดิจิทัลยังไม่บรรลุตามค่า เป้าหมายที่กำหนด	จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ให้กับเครือข่ายสาธารณสุข และยุติธรรม ให้เห็นความสำคัญของการติดตาม ผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษ	กลุ่มภารกิจสู่ความเป็นเลิศ ด้านนิติสุขภาพจิต	★	วิธีการติดตาม - ติดตามการดำเนินการบันทึกข้อมูลการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษลงบนฐานข้อมูลนิติจิตเวช ผ่านเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ (รพ./สถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิต/ รพ.แม่ข่าย/รพท./รพช.) - ประสานความร่วมมือกับกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ถึงรายละเอียด ในการส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังพ้นโทษให้กับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ให้ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถ นำข้อมูลที่มีไปติดตามได้สะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่า ข้อมูลการติดตามไม่ครบถ้วนในบางราย เช่น ขาดเบอร์โทรศัพท์ ขาดที่อยู่ผู้ต้องขัง จะกลับไป ขาดชื่อญาติ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้เพื่อใช้ในการกำกับติดตามหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต สรุปผลการประเมิน - การติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษ มีแนวโน้มที่จะบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยปีงบประมาณ 2568 (ค่าเป้าหมายปีงบประมาณ 2568 ร้อยละ 60) มีผู้ต้องขังจิตเวชพ้นโทษ จำนวน 3,880 คน ติดตามและบันทึกข้อมูลลงบนฐานข้อมูลนิติ จิตเวชได้ 2,745 คน คิดเป็นร้อยละ 70.74 เนื่องจาก 1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชให้ เข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น 2. การผลักดันเป็นตัวชี้วัดการบริหารจัดการของกรมสุขภาพจิต ทำให้เกิด ความร่วมมือในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ : ไม่มี

หน่วยงานสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
รายงานการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน
สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

(3) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนการดำเนินการ / ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญ	(3) วัตถุประสงค์	(4) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(5) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(6) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(7) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ/ กำหนดเสร็จ	(8) สถานะ ดำเนินการ	(9) วิธีการติดตามและสรุปผล การประเมิน/ข้อคิดเห็น
ประเภทความเสี่ยง : ด้านการปฏิบัติงาน (Operation : O)							
2. ทีมป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	1.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคปอดอักเสบ พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลของโรคปอดอักเสบ 2.เพื่อให้บุคลากรประเมินความเสี่ยงและเฝ้า ระวังภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยจิตเวชได้ ถูกต้อง 3. เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบตาม มาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4.ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้รับการดูแลตาม มาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	1.จัดอบรมบุคลากรในการประเมินและดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบ 2.จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติในการ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบ(WI.036.9) 3.มอบหมายบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงติดเชื้อปอดอักเสบ 4.นิเทศหน่วยงานในการป้องกันการเกิดปอด อักเสบ ตามแผนการนิเทศให้การนิเทศเป็น รายกลุ่ม/เดี่ยว โดย 4.1 Pre-Post conference ขณะรับส่งเวร ของหน่วยงาน 4.2 บรรยายโดยใช้ Power Point 4.3 สอนโดยกรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริง (Bedside Nursing Care) 5. ทีม IC ลงนิเทศทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และตรวจเยี่ยมหน่วยงานของทีม ICC 4.สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) 5. การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 6. การสอนการไอที่มีประสิทธิภาพ	จำนวนความถี่ในการเกิดผู้ป่วยติดเชื้อ ปอดอักเสบ แต่ระดับความ รุนแรงภาวะแทรกซ้อนลดลง	1. การนิเทศโดย ทีม IC เรื่อง การ พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอด อักเสบ 2. การตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเตียงรวม 3. การกำกับติดตามและนิเทศโดย ICWN 4. การนำแบบประเมินอาการเพื่อเฝ้า ระวังปอดอักเสบมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ (Sedation Score) 5. ป้ายเตือนผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ปอดอักเสบ (Pneumonia) 6.การทบทวนการ RCA ภาวะปอด อักเสบจากการติดเชื้อในขณะรักษาตัวใน โรงพยาบาลระดับ E	ทีมป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	O	ผลการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบในปี 2568 ทั้งหมด จำนวน 35 ราย แยก เป็นติดเชื้อในโรงพยาบาล 28 ราย ติดเชื้อจากชุมชน 7 ราย เมื่อวิเคราะห์ พบว่า เป็น กลุ่มผู้ป่วยวินิจฉัย F20-F29 = 22 ราย คิดเป็น 56.91% เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย 17 ราย วิธีการติดตาม 48.57% และเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ถึง 10 ราย คิด เป็น 28.57 % และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใน 3 วัน ก่อนมีอาการนำมารักษา มีปัจจัยการ ดูแลเกี่ยวกับการจำกัดพฤติกรรม = 18 ราย คิดเป็น 51.42% งาน IC ได้ติดตามโดย ICN ICWN นำสถิติมาวิเคราะห์หาความเสี่ยงของผู้ป่วยและนำผล การวิเคราะห์มาออกแบบแบบฟอร์ม F.036.16 แบบประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวังปอด อักเสบ เพื่อเป็นเครื่องมือในการตรวจจับและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะเกิด ภาวะแทรกซ้อนเป็นปอดอักเสบ และนำส่งการทดลองใช้ในหอผู้ป่วย ดึกสุรา 2 ซึ่งมี อุบัติการณ์ เกิดปอดติดเชื้อในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2567 มากถึง 15 ราย ผลจากการทดลอง นำร่อง ปี 2568 สุรา 2 พบการติดเชื้อปอดอักเสบ = 5 ราย คิดเป็น 14.28 % งาน IC จึงขยายผลสู่หอผู้ป่วยใน -เข้านิเทศการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบตามหอผู้ป่วยโดย ICN, ICWN -จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องการป้องกัน ปอดอักเสบของผู้ป่วยที่มีกลุ่มเสี่ยง -กำหนดตัวชี้วัด เดิมจากอัตรา 5 ต่อพันวันนอน เป็น ใช้ control chart จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลัง (36 จุด) โดยยึด ค่า2SD+0.5 เป็นค่าตัวชี้วัด ปี 2569
3. กลุ่มภารกิจบริการจิตเวช และสุขภาพจิต	1.ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนหลังจำหน่าย 2. เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย 3.ลดความเสี่ยงจากการดูแลด้านคลินิก	1.เกณฑ์กำหนด criteria การรับและส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเขตบริการ สุขภาพที่ 5 2. การประสานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในชุมชนโดยทีมเครือข่ายและพยาบาลจิต เวชชุมชนกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 3.นโยบายเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชในรพ.ทางกาย 4. การจัดหาแหล่งรองรับผู้ป่วยที่ญาติปฏิเสธ การรับและไม่มีญาติ เข้าสถานสงเคราะห์	จำนวนผู้ป่วยในที่เกิดจำนวนเตียงที่ กำหนด = 250 เตียง อัตราครอง เตียงเกินร้อยละ 100 และเกิดความ แออัดในหอผู้ป่วย	1.จัดประชุมร่วมระหว่างสถาบันและรพ. ในพท.เขตบริการสุขภาพที่ 5 เพื่อ กำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2.จัดวิธีปฏิบัติการส่งต่อฟื้นฟู วิธีการเก็บ ข้อมูล ตารางสถิติที่เกี่ยวข้อง และ ประชุมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบทุกวิชาชีพ 3.ชี้แจงวิธีการส่งต่อฟื้นฟูให้พื้นที่ทราบ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องร่วมกัน 4.ติดตามประเมินผลและนำปัญหา อุปสรรคที่พบ รายงานทีมบริหารทราบ เพื่อการแก้ไขที่เหมาะสม	กลุ่มภารกิจบริการจิตเวช และสุขภาพจิต	☆	1.มีการจัดประชุมชี้แจงและการทำข้อตกลงร่วมกันโรงพยาบาลในพื้นที่เรื่องการรับผู้ป่วย Admit (Refer Back) โดยมีจำนวน 12 โรงพยาบาล (จังหวัดสุพรรณบุรี /จังหวัด นครปฐม /จังหวัดสมุทรสาคร /จังหวัดเพชรบุรี /จังหวัดราชบุรี /จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ /จังหวัดสมุทรสงคราม) เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2567 2.มีการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทางกายในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 117 เตียง มีเตียงมีนิยัณญ์รักษ์ จำนวน 47 เตียง และเตียง Coward จำนวน 22 เตียง (ข้อมูล ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2568) จากผลการติดตาม สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์มีอัตราการครองเตียง ปี 2568 ร้อยละ 95.80

หน่วยงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
รายงานการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน
สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

(3) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนการดำเนินการ / ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญ	(3) วัตถุประสงค์	(4) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(5) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(6) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(7) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ/ กำหนดเสร็จ	(8) สถานะ ดำเนินการ	(9) วิธีการติดตามและสรุปผล การประเมิน/ข้อคิดเห็น
ประเภทความเสี่ยง : ด้านการเงิน (Financial: F)							
4. กลุ่มงานการเงินและบัญชี	ปิตลิตธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วย นอกทุกราย	ตรวจสอบข้อมูลการปิตลิตธิ ทุกวัน	ผู้รับบริการนอกเวลาไม่ถูกปิตลิตธิ หลังรับบริการ	มีการสื่อสารขั้นตอนการดำเนินงานให้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบ	กลุ่มงานการเงินและบัญชี	○	มีการตรวจสอบข้อมูลการปิตลิตธิ ทุกวันในเวลาราชการ แต่จะมีส่วนนอกเวลาราชการที่ ยังมีข้อมูลไม่สมบูรณ์
ประเภทความเสี่ยง : ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C)							
5. ทีมคณะกรรมการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล สถาบัน กัลยาณ์ราชนครินทร์	เพื่อป้องกันข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล ทางการรักษาของผู้ป่วย มีการรั่วไหลหรือสูญ หาย	มีการกำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล และกำหนด รหัสผ่านการใช้งานฐานข้อมูลของผู้ป่วย และการป้องกันการส่งต่อข้อมูล	มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการรักษา ผ่าน Line กลุ่ม	1.นำประเด็นเข้าหารือในการประชุมกลุ่ม ภารกิจบริการจัดเวชและสุขภาพจิต ซึ่ง เกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพที่มีการใช้ Line ในการส่งปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 2.จัดทำระเบียบปฏิบัติ การใช้สื่อสังคม ออนไลน์ เพื่อเผยแพร่วิธีการปฏิบัติงานที่ สอดคล้องกับการดำเนินงานตาม กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มีระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย	ทีมคณะกรรมการคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล สถาบัน กัลยาณ์ราชนครินทร์	○	1.รวบรวมกลุ่มไลน์ที่ใช้ในการให้คำปรึกษา 2.แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่เป็น Admin กลุ่ม 3.ลงเยี่ยมสำรวจภายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ บันทึกผลการตรวจติดตามและสรุปผล

หน่วยงานสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
รายงานการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน
สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

(3) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจ ตามแผนการดำเนินการ / ภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญ	(3) วัตถุประสงค์	(4) การควบคุมภายในที่มีอยู่	(5) ความเสี่ยงที่ยังมีอยู่	(6) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(7) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ/ กำหนดเสร็จ	(8) สถานะ ดำเนินการ	(9) วิธีการติดตามและสรุปผล การประเมิน/ข้อคิดเห็น
6. กลุ่มภารกิจบริการจิตเวช และสุขภาพจิต (งานบริการนิติจิตเวช)	เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้ตาม อำนาจหน้าที่	องค์กรวิชาชีพกำกับติดตามการมีบัตร ประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ของพนักงาน เจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551	พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่มีบัตร ประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 90 เป็นเหตุให้การปฏิบัติของ พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่เป็นไปตาม ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิต แห่งชาติซึ่งกำหนดให้ต้องแสดงบัตร ประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ขณะ ปฏิบัติงาน	1.งานบริการนิติจิตเวชร่วมกับองค์กร วิชาชีพและหน่วยงานที่มีพนักงาน เจ้าหน้าที่ที่สำรวจผู้มีความผิดปกติพนักงาน เจ้าหน้าที่และสถานะการมีบัตร ประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ 2.เร่งรัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งคำร้อง ขอมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ไป ยังสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติตามวงรอบที่เปิดรับ สมัคร 3.ติดตามจำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มี บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ 4.ชี้แจงการปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตาม ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	กลุ่มภารกิจบริการจิตเวช และสุขภาพจิต (งานบริการนิติจิตเวช)	★	1.สำรวจผู้ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขและมีคุณสมบัติ ตามระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ 2.จัดทำทะเบียนสำหรับผู้มีบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ โดยมีการประเมินกำกับติดตามผ่านตัวชี้วัดดังนี้ ร้อยละของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ สุขภาพจิต ๒๕๕๑ มีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ ผลงาน ร้อยละ 99.09

สถานะดำเนินการ

- ★ = ดำเนินการแล้วเสร็จ
- ✓ = ดำเนินการแล้วแต่ล่าช้ากว่ากำหนด
- X = ยังไม่ได้ดำเนินการ
- = อยู่ระหว่างดำเนินการ

ลายมือชื่อ 
นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
วันที่ 25 เดือน ก.พ. พ.ศ. 68