โครงการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

1. เรื่อง คุณภาพกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ชื่อเจ้าของผลงาน ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ

3. ความเป็นมา / เหตุผลของการพัฒนา / สาเหตุของปัญหา

หน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งได้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทางตึกเช่นกัน แต่จะเปิดให้บริการในวันจันทร์ – พุธ – ศุกร์ ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะเป็นการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจในการให้บริการ โดยมีการทำ CQI ต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2554 โดยได้นำปัญหาต่างๆ มีพัฒนา ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยจากเดือนกันยายน 2554 มีการเตรียมตรวจเพื่อรับการ Reaccradition และได้ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ อรวรรณ ศิลปะกิจ ทางหน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้าจึงเล็งเห็นปัญหา และนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในทีม

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะในการเตรียมรับการตรวจ Re-acrediation
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้า

5. กระบวนการ / สรุปเนื้อหา

ก่อนดำเนินการ ได้มีการประชุมทีมเพื่อปรึกษาในผลการสำรวจความพึงพอใจ และนำผลที่ได้มาปรับปรุง และผลของการแนะนำในการ Re – acrediation ในเดือนกันยายน 2554 มาพัฒนาโดยวางแผนแก้ไขร่วมกัน และมีการพัฒนา ดังนี้

ปัญหาและแนวทางพัฒนาของหน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้า

ปัญหาที่พบ	แนวทางพัฒนาโดยทีม	ผลการพัฒนา(มีค 55)
1. การคัดเลือก/เกณฑ์การจัดลำดับคิวพิจารณาอย่างไร ใครเข้าทำก่อน-หลัง	การคัดเลือก/เกณฑ์การจัดลำลัดคิวพิจารณาตามลำดับ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยอาการทางจิตรุนแรง เช่น ก้าวร้าว วุ่นวาย เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง 2. ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาด้วยไฟฟ้าครั้งแรก เพราะส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตยังไม่สงบ 3. ผู้ป่วยที่สงบสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยคัดเลือกผู้ป่วยหญิงเพื่อทำการรักษาก่อนผู้ป่วยชาย	- มีการใช้เกณฑ์ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงทำก่อน โดยไม่คำนึงถึงว่าเป็นผู้ป่วยของแพทย์ท่านใด แต่เน้น **<u>การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล</u>**

ปัญหาที่พบ	แนวทางพัฒนาโดยทีม	ผลการพัฒนา(มีค 55)
2. จำนวนพยาบาลที่อยู่ห้องพักฟื้นยังมีจำนวนน้อย	- พยาบาลที่อยู่ห้องพักฟื้นประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน มีหน้าที่ดังนี้ - พยาบาลทำหน้าที่วัดสัญญาณชีพร่วมกับประเมินการรู้สึกตัว อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้า และพิจารณายุติการผูกมัดผู้ป่วย - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำหน้าที่ช่วยวัดสัญญาณชีพ ประเมินผู้ป่วยภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาล พร้อมทั้งเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ตกเตียง	- พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ยังมีอัตรากำลังเท่าเดิม แต่ถ้ามีผู้ป่วยเพิ่มมีการขอความช่วยเหลือจากตึกเป็นครั้งคราว
3. การ Suction ในผู้ป่วยหลังทำ ECT จำเป็นต้องทำทุกรายหรือไม่ เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	- หน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้าได้นำมาพัฒนาโดยไม่ Suction ในผู้ป่วยที่ทำ ECT ทุกราย โดยจะมีสังเกต และ Suction ในรายที่มี Sceretion เยอะ และเสี่ยงต่อภาวะ obstruction - สาย Suction ที่ใช้จะเป็นแบบใช้แล้วทิ้ง ไม่นำกลับมาใช้ใหม่	- ได้มีการสื่อสารในการใช้ Suction กับผู้ป่วย ทำให้ลดการใช้สาย Suction และมีการพัฒนาลดการติดเชื้อโดยใช้แบบใช้แล้วทิ้ง ไม่ต้องนำกลับมาใช้ใหม่
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยชาย-หญิงนั่งรอที่เดียวกันเป็นจุดเสี่ยง/ทำอย่างไร	**ด้านผู้ป่วย** - แยกจุดนั่งรอเป็น 2 ด้าน โดยให้ด้านในชิดหน้าต่างเป็นผู้ป่วยหญิง และมีเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลขณะนั่งรอตลอดเวลา ส่วนผู้ป่วยชายให้นั่งรอบริเวณหน้าห้องน้ำ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตวุ่นวายให้นั่งรอที่บริเวณระเบียง มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลใกล้ชิด **ด้านผู้รักษา** - แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจะเริ่มมารักษาด้วย ECT ตั้งแต่เวลา 8.00 น. เป็นต้นไป	- มีการแยกจุดนั่งรอฝั่งชาย-หญิง โดยมี จนท. นั่งที่ตรงกลาง คอยดูแลใกล้ชิด ส่วนผู้รักษาเริ่มรักษาตั้งแต่ 8.00 น. ทำให้ผู้ป่วยเสร็จจากการรักษาเร็วประมาณ 8.00-9.00 น.

ปัญหาที่พบ	แนวทางพัฒนาโดยทีม	ผลการพัฒนา(มีค 55)
5. หลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำไมต้อง Restraint ใครเป็นคนประเมินยุติ ต้องทำอย่างไรถ้าอัตรากำลังน้อย	- ในกรณีผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดหลังรับการรักษาด้วย ECT จะถูกผูกมัดแบบหลวมๆ เพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุ / ตกเตียง โดยมีพยาบาลเป็นคนประเมินก่อนยุติการผูกมัด ในกรณีที่มีอัตรากำลังของพยาบาลน้อย ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ช่วยในการประเมิน แต่พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการยุติการผูกมัด	- ไม่มีผู้ป่วยได้รับอุบัติการณ์จากการหกล้ม-ตกเตียง - การประเมินเพื่อยุติ จะมีพยาบาลคอยดูแล และจะมีเวลาเขียนบอกที่ด้านหน้าป้ายเตียง
6. ห้องหลังพักฟื้นทำ ECT ควรมีเกณฑ์/กิจกรรมการดูแลที่ชัดเจน เช่น หลังออกมาจากทำ ECT 5,10,15 นาที ดูแลอย่างไร monitor อย่างไรให้ปลอดภัย	- พัฒนาเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยหลังรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น 1-5 นาที - ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนโดยเร็วที่สุด - Check V/S ครั้งแรก - เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็นกระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่น - ประเมินอาการ/ความเสี่ยง เช่น ฟันหัก ขากรรไกรค้าง ที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้า 10 นาที - ประเมินอาการเช่น oreintation เพื่อยุติการผูกมัด - เฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ 15 นาที - Check V/S ครั้งที่ 2 - ประเมินอาการ/ผลข้างเคียงจากการรักษา 30 นาที - ประเมินอาการเพื่อส่งผู้ป่วยกลับตึก	- มีการปฏิบัติตามเกณฑ์กำหนดไว้ และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทุกรายก่อนกลับตึก

ปัญหาที่พบ	แนวทางพัฒนาโดยทีม	ผลการพัฒนา(มีค 55)
7. จะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่มาทำ ECT ครั้งที่แล้วมีปัญหาอะไรหลังทำบ้าง	- มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำ ECT และมีการบันทึกปัญหาในการทำ ECT เราจะมีปัญหาไว้ในแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยม ทำให้ทราบได้ และมีการประสานตึกหรือประสานให้แพทย์ทราบก่อนทำการรักษา	- มีการบันทึกการติดตามเยี่ยมและได้นำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางพัฒนา โดยทำเป็น CQI
8. กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ แล้วจะ Set ทำ ECT ทำอย่างไร	- กรณีผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ แพทย์ประจำตัวเป็นผู้ประเมินอาการและมีคำสั่งให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเพื่อทำการรักษาได้ - กรณีผู้ป่วยอาการทางจิตรุนแรงให้นำเข้าปรึกษาในคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย แจ้งแพทย์ประจำตัวและประธานคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยเซ็นอนุญาตร่วมกัน	- มีการพัฒนาจากปัจจุบัน โดยมีการปรับเปลี่ยนใบเซ็นยินยอมให้ครอบคลุมและมีแพทย์เข้ามีมีส่วนร่วมตามเกณฑ์ในการรักษา

สรุป จากผลการพัฒนา พบว่าได้รับความร่วมมือจากทีมการดูแลทั้งหมด เช่น แพทย์ทุกท่านที่ Set การรักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาล ในหน่วยบริการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้จากหน่วยบริการเองและจากตึกผู้ป่วย ทำให้ผลการพัฒนาเป็นไปด้วยดี เช่น แพทย์ที่มารักษาด้วยไฟฟ้า เริ่มมาตั้งแต่ 8.00 น. และถ้าพบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เมื่อพยาบาลประเมินและรายงาน พบว่า มีความเสี่ยงในการเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น แพทย์ ก็จะ Set การรักษาก่อนผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยประจำตัว สอดคล้องกับผลการเก็บสถิติที่แพทย์ Set การรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วยใหญ่จะเป็นผู้ป่วยก้าวร้าวถึงร้อยละ 35.54 (สถิติการแสดงเหตุผลการรักษาด้วยไฟฟ้าในช่วงเดือนตุลาคม 2554-มีนาคม 2555 รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) ส่วนปัญหาในการ Suction ในผู้ป่วยหลังทำ ECT ซึ่งจากการศึกษา พบว่าการ Suction ในแต่ละครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้านานอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ เพราะภายในสายดูดเสมหะมีแรงดันต่ำกว่าบรรยากาศ ดูด O_2 ออกได้ หรือเกิดการระคายเคืองในขณะดูดเสมหะ (Http://student.mahidel.ac.th)

จากปัญหาในการ Suction หน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้าได้นำมาสื่อสารและทบทวนในการปฏิบัติร่วมด้วย เช่น การให้ O_2 ให้เพียงพอก่อนทำการรักษาและการเปิดเครื่องดูดเสมหะในการปรับความดันให้อยู่ในช่วง 120-200 mmHg จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ทำให้หน่วยบริการรักษาด้วยไฟฟ้า สามารถลดการเบิกสาย Suction จากแต่ก่อน Suction ทุกราย เป็นจะ Suction เฉพาะที่มีเสมหะเยอะ และเหนียว เพื่อป้องกันการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนต้น

ในปัญหากิจกรรมการดูแล เช่น เราได้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งในแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า จะมีบันทึกไว้อยู่ก่อนแล้ว

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

จากการนำข้อปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นมาปรับปรุง ทำให้ผลการพัฒนาในการ Reaccraditation ผ่านไปได้ด้วยดี (จากการตรวจ HA 12 มีนาคม 2555)

1. ทำให้เห็นมุมมองของอาจารย์ภายนอก และได้นำมาพัฒนาในโรงพยาบาล
2. บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำงาน
3. บุคลากรมีความสามัคคีในหน่วยงาน
4. ผู้รับบริการ ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจในการบริการ
5. ลดค่าใช้จ่ายในการใช้สาย suction