

## หัวข้อ : 5.13 palliative Care

### สถานการณ์

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง/โรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้การรักษามีแนวโน้มไปในการยืดชีวิตได้มากขึ้น ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้นกับเหตุการณ์ที่ไม่จำเป็น การรักษาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการ และอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว มีความทุกข์ทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเป็นการดูแลรักษาอีกวิธีหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาวะที่มีความเจ็บป่วย คุกคามได้อย่างมีชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตราบนวาระสุดท้ายของชีวิตในทุกมิติ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวผ่านกระบวนการ การค้นหาปัญหา การบรรเทาความทุกข์ทรมาน และการรักษาภาวะเจ็บป่วยด้านอื่นๆ อย่างเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างแท้จริง จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงในสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิถึงระดับปฐมภูมิสู่ชุมชน บ้าน และครอบครัว

ข้อมูลจังหวัดเพชรบุรีพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองปี 2561-2564 มีจำนวน 693 ราย, 851 ราย, 1,125 ราย และ 966 ราย ตามลำดับ (รายละเอียดไม่ตรงกับข้อมูลจาก HDC เนื่องจากมีการปรับเป็นระบบ HOSXP ต้องมีการปรับการส่งข้อมูล 43 แพ้มนต่อไป) ซึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับบริการ palliative care ต้องมีการ family meeting และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (การทำ Advance care plan) ให้การดูแลครอบคลุมเรื่อง Physical, Social, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

Palliative Care เป็น Service Plan ที่มีการให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ทุกโรงพยาบาล โดยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเรื่องงาน Palliative care ด้านการทำงานของระบบเครือข่ายมีมาตรฐาน การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายเหมือนกัน มีพยาบาลเฉพาะทางให้คำปรึกษา มีการส่งเสริมอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีทีม สหสาขาวิชาชีพ ร่วมดูแลมีการประสานเครือข่ายตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยใช้ระบบ Information Technology มาใช้ ตลอดจนถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น สื่อสารมวลชน จิตอาสาช่วยพัฒนางานทั้งกำลังคน และกำลังสิ่งของ

### มาตรการ/แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่สำคัญ ปี 2565

กลยุทธ์/ มาตรการ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	งบประมาณ
1. มาตรการ พัฒนาศูนย์ บุคคล	- ประชุม PCWN ในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล และ สหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) - เพิ่ม PCN 1 คน	50,000 บาท
2. มาตรการ พัฒนาระบบ บริการ/ลดความ แออัด	1. การส่งผู้ป่วย palliative care ที่มีการทำ Advance care plan) refer back กลับ บ้าน ทุกรายตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2. Allow natural death (withdraw ETT) ตามความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว 3. มาตรการการบริหารยามอร์ฟีนนอก รพ. มีการเพิ่ม ITEM ยาชนิดแปะ และ Syringe Sure fuser สนับสนุนแพทย์ทางเลือกภูมิปัญญาท้องถิ่น กัญชา 4. โรงพยาบาลชุมชนรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยว่าเป็น palliative care กลับไปดูแล ต่อเนื่องทุกราย 5. โครงการส่งลมหายใจกลับบ้านเกิดเรือนตาย ร่วมกับเครือข่ายชุมชน/มูลนิธิสว่าง สรรเพชร (การให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์กลับบ้าน) ผู้ป่วยระยะ Near dying ของ รพช. ที่ประสงค์ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ส่งกลับโดยรพช.พร้อมอุปกรณ์	**มูลนิธิ/ เครือข่ายชุมชน/ จิตอาสา/ ผู้บริจาคให้การ ช่วยเหลือ**
3. มาตรการ พัฒนาระบบ บริการ	1. ระบบการเข้าถึงบริการ one-stop-service ในคลินิก palliative /pain 2. การจัดทำระบบแอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม Telemedicine/Symptom control 24 ชม. 3. เปิดบริการการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ณ ศูนย์ palliative - ให้ความรู้การวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะท้ายเชิงรุก ในคลินิกโรค เรื้อรัง เพื่อพร้อมที่จะทำ Advance directive (สมุดเบาใจ) 4. โครงการจิตอาสา / เรียนรู้และนันทนาการ - สรรพผู้ป่วย (ต่อเนื่องเมื่อหมดช่วงโควิด-19) - เยี่ยมให้กำลังใจ - การส่งผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้านโดยมูลนิธิกุ้ย - การให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน เครื่องผลิตออกซิเจน/เครื่องดูดเสมหะ/ เตียง - ส่งเสริมการทำกิจกรรมเรียนรู้และนันทนาการ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามความ ต้องการ โดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ และเป็นการ ผ่อนคลาย เช่น การทำดอกไม้เบียด การเรียนทำอาหารทางสายยาง การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ การจัดทำผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การนวดสัมผัส ฯลฯ - มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจและร่วมพิธีแก่ครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต( Bereavement care )	- งบบริจาคของ งาน palliative care - จิตอาสา - ผู้นำชุมชน - เครือข่าย มูลนิธิ - สื่อสารมวลชน - จัดหาอุปกรณ์ ให้เพียงพอ

### ผลลัพธ์ที่ต้องการ :

- ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 50

1. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้

1.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48

1.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03

1.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5

1.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44

1.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50

1.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure(K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

1.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น รหัส B20-B24

1.8 ผู้สูงอายุ (อายุ  $> 60$  ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรค ตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง

1.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย

2. บุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioids (จำนวน) มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40

3. มีการทำ Family meeting และการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 50

4. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลการดำเนินการจากHDC) ร้อยละ 50

5. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน และร่วมกับหน่วยงาน ราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน

\* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการ แบบประคับประคองตาม ระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

6. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40  
ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย Strong Opioid	จำนวนผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคอง ( Z51.5 )	ร้อยละการบรรเทาอาการปวด และการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid
พระจอมเกล้า เพชรบุรี	71	82	86.58
ชะอำ	18	38	47.36
ท่าสาย	11	26	42.30
บ้านแหลม	2	2	100
บ้านลาด	6	24	25.00
เขาย้อย	0	4	0.00
หนองหญ้าปล้อง	0	20	0.00
แก่งกระจาน	11	11	100
ภาพรวมจังหวัด	119	197	60.40

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

มีการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z 51.5) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการและการวินิจฉัยระยะประคับประคอง Z51.5							รวม
	โรคมะเร็ง (C00-C96)	Stroke (I60-69) Dementia (F03)	กลุ่มบำบัด ทดแทนไต (N185)	COPD (J44) CHF (I50)	Hepatic failure (K72/70.4/71.7) เอดส์เต็มขั้น ( B20-B24)	ผู้สูงอายุใน ภาวะพึ่งพิง (R54)	ผู้ป่วยเด็ก 0-15 ปี	
พระจอมเกล้าฯ	60	8/0	5	1/4	1	2	1	82
ชะอำ	18	4	2	0	0	14	0	38
ท่าสาย	9	6	3	2/0	3	3	0	26
บ้านแหลม	0	0	0	0	0	2	0	2
บ้านลาด	4	2/0	3	4/4	1	6	0	24
เขาย้อย	3	0	0	0/1	0	0	0	4
หนองหญ้าปล้อง	6	0	2	2	0	0	0	10
แก่งกระจาน	6	0	2	3	0	0	0	11
ภาพรวมจังหวัด	100	20	15	9/9	5	27	1	197

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

ทีม PC ได้ทำ Family meeting และ Advance Care planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 50

ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง ( Z51.5 )	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Z51.5) และมีการทำ (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	82	63	76.82
ชะอำ	38	38	100
ท่าสาย	26	26	100
บ้านแหลม	2	2	100
บ้านลาด	24	24	100
หนองหญ้าปล้อง	10	10	100
เขาย้อย	4	4	100
แก่งกระจาน	11	11	100
ภาพรวมจังหวัด	197	178	97.10

หมายเหตุ 1. ใน HDC ข้อมูลยังเป็นรายชื่อในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ขณะนี้แจ้งงานไอทีปรับแก้ไขตาม template แล้ว

2. ข้อมูลเฉพาะรายใหม่ไม่ซ้ำ ใน HDC ข้อมูลยังเป็นรายชื่อ

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

บุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยาและบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวดและ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายและมี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids (ไม่มี/มี) ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

อำเภอ	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน PC (จำนวน)			Strong opioid			หมายเหตุ
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	Short acting (มี/ไม่มี)	Long acting (มี/ไม่มี)	Syringe driver (จำนวน)	
พระจอมเกล้าฯ	2 อบรม PC	PCN =2 , PCWN	อบรม 3 วัน=1 คน	มี	มี	มี Sure fuser	60 เครื่อง
ชะอำ	1 อบรม PC	PCWN 1 เดือน = 2	-	มี	มี	มี	-
ท่ายาง	2 อบรม PC	PCWN 1 เดือน = 1	-	มี	มี	มี	-
บ้านแหลม	-	PCWN 1 เดือน = 1	-	มี	มี	มี	-
บ้านลาด	-	PCN =1	-	มี	มี	มี	-
เขาย้อย	1 อบรม PC	PCWN 1 เดือน = 1	-	มี	มี	มี	-
หนองหญ้าปล้อง	-	PCWN 1 เดือน = 2	-	มี	มี	มี	-
แก่งกระจาน	-	PCWN 1 เดือน = 1	-	มี	มี	มี	-
ภาพรวมจังหวัด	6	PCN = 3 , PCWN อบรม 1 เดือน (มีทุก รพช.)	-	มี	มี	มี	-

ทุกโรงพยาบาลมีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564) (ต่อ)

เครือข่ายการดูแลระดับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคมหรืออาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์การแพทย์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ/หรือ แพทย์แผนไทยในการดูแลระดับประคอง (ไม่มี/มี) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 50 ปี 2565 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564)

โรงพยาบาล	เครือข่ายการดูแล ระดับประคอง(มี/ไม่มี)	ศูนย์อุปกรณ์การดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน (มี/ไม่มี)	แพทย์แผนไทย (มี/ไม่มี)	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ระดับประคอง (Z51.5)	จำนวนผู้ป่วยดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	ร้อยละผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
พระจอมเกล้าฯ	มี รพ.สต. จิตอาสา	มีที่ศูนย์ PC และหน่วยปฐมภูมิ	มี	25	25	100
ชะอำ	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	3	1	33.33
ท่าสาย	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	4	1	25.00
บ้านแหลม	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	2	0	0.00
บ้านลาด	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	0	0	0.00
เขาย้อย	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	1	0	0.00
หนองหญ้าปล้อง	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	0	0	0
แก่งกระจาน	มี รพ.สต.	มีใช้ร่วมกับ HHC	มี	0	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	มี	มี	มี	35	27	77.14



## ผลงานเชิงคุณภาพ

ทุกโรงพยาบาลของจังหวัดเพชรบุรี มีการให้บริการงานผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการเชื่อมโยงระดับเครือข่าย ระดับจังหวัด มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์วิสัญญี เป็นแพทย์ประจำศูนย์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลแม่ข่าย มีพยาบาลเฉพาะทาง 3 คน ทุกโรงพยาบาลชุมชน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม 1 เดือน ทุกโรงพยาบาล หอผู้ป่วยมี PCWN ดูแล และช่วยประสานงานต่างๆ มีการรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่วนกลางกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตช่วงสุดท้าย ตามความต้องการและได้จากไปตามธรรมชาติของชีวิตท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก มีการให้บริการจัดการอาการรบกวนความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เป็นตัวแทนในเขตสุขภาพที่ 5 การทำถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative care & Living will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ศูนย์ประคับประคอง และคลินิก Palliative /Pain โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงาน ระบบบริการงานดูแลแบบประคับประคอง ระบบการจัดการทั้งการเก็บข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 5 และนักศึกษาพยาบาล

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีการใช้ยา Strong Opioid หลาย Item ทั้งในและนอกโรงพยาบาล และรับปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายเป็นคลังยา หรือรับปรึกษาการใช้ยา Strong Opioid ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี

มีแนวทางลดความแออัด บริหารเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤติ ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการช่วย Allow natural death ตามการร้องขอ withdraw /withhold ของครอบครัว เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และจะเสียชีวิตอีกไม่นาน หรือผู้ป่วยเคยแจ้งความประสงค์ไว้ตาม Living will หรือ advance care plan สามารถเพิ่มเติมเตียงว่างของหอผู้ป่วยวิกฤติได้ ลดค่าใช้จ่ายที่สูงมากในผู้ป่วยระยะท้าย

พัฒนาระบบการบริการติดต่อ ขอความช่วยเหลือ 24 ชั่วโมง เพื่อลดการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย สามารถเบิกค่าให้การดูแลจากระบบ สปสช. ได้ ซึ่งเป็นรายได้ขององค์กร การบริหารและส่งเสริมมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน มูลนิธิ จิตอาสา กลุ่มผู้สูงอายุ สื่อสารมวลชนท้องถิ่น มาร่วมทำงานบริการได้อย่างครอบคลุม

การใช้สหสาขาวิชาชีพมาร่วมดูแล แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย ทิพย์กัญญา นักจิตวิทยา กายภาพบำบัด นักโภชนาการ มาร่วมดูแลอย่างเป็นระบบ และมีผู้รับผิดชอบเฉพาะของงาน Palliative ในสาขานั้น ทำให้การบริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

### ปัญหา/อุปสรรคที่พบและการแก้ไข

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข
บุคลากรยังขาดทักษะงาน การดูแลแบบประคับประคอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำโครงการอบรมพัฒนาทักษะบุคลากร ปี 2565</li> <li>- พยาบาล PCWN กรรมการของหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง ได้มีการอบรม Palliative care อย่างน้อย 1 เดือน ทุกคน</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ร่วมกับหน่วยงานสถาบันต่างๆ ผ่านระบบTeleconference , Zoom meeting ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค</li> </ul>
ระบบการเข้าถึงการวินิจฉัย เป็นผู้ป่วย Palliative Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำ criteria เข้าองค์กรแพทย์ และคู่มือมาตรฐานงาน Palliative Care</li> <li>- จัดทำระบบ Consult และรายละเอียดการให้บริการ ในแต่ละเรื่องและการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับ primary</li> <li>- ประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งใน รพ.และชุมชนให้รับทราบขอบเขตการให้บริการและค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุกในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย</li> </ul>
ในโรงพยาบาลชุมชน มีอุปสรรคต่อการบริหารยา มีระบบการใช้ยากลุ่ม และ ขนาดของยา Opioids เฉพาะไม่สะดวกต่อการ ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แม่ข่ายมีบริการ Clinic palliative/pain ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถมาเข้ารับบริการได้โดย One Stop Service โดยโรงพยาบาลชุมชนร่วมติดตามดูแลการใช้ยากลุ่ม Opioid ในพื้นที่ตนเอง</li> <li>- มีระบบการบริหารยาที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีหลาย Item ตามความเหมาะสม เช่น Syringe sure fuser /fentanyl patch 12/25/50</li> </ul>
ผู้ป่วย Palliative Care ถูกใส่ ท่อช่วยหายใจโดยไม่เคยได้ยา มอร์ฟีนช่วยลดอาการเหนื่อย มาก่อนแล้วต้องการถอดถอน ท่อช่วยหายใจภายหลัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเข้าปรึกษา Palliative Care ควรจะเริ่มตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 หรือโรคอื่นที่มี PPS=50 / karnofsky performance status=50</li> <li>- การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนก่อนที่มีอาการรบกวน (Symptom management)</li> <li>- เพิ่มการเข้าถึงเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายและกลุ่มผู้สูงอายุ การให้ความรู้ในการวางแผนการดูแลตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต และสามารถตัดสินใจทำAdvance directive ได้ตั้งแต่ยังมีสติสัมปชัญญะที่ครบสมบูรณ์</li> </ul>
ผู้ป่วยฉุกเฉินยังมีความเสี่ยง ถูกทำหัตถการที่ไม่จำเป็น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบไอทีข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care ขึ้น pop-up เป็นผู้ป่วย Palliative Care และทำ Advance care plan ไว้ให้สามารถเปิดดูได้ทุกหน่วยงาน ป้องกันถูกทำหัตถการที่ไม่ต้องการ</li> <li>- มีบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ระบุความต้องการล่วงหน้าแล้ว Advance care plan แล้ว</li> <li>- มีการจัดเก็บเอกสาร Advance directive และ ACPไว้ในเวชเบียนด้วยระบบcomputer ที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้</li> </ul>

### ปัญหา/อุปสรรคที่พบและการแก้ไข (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	การแก้ไข
แออัด/ หอผู้ป่วยวิกฤติ เตียงเต็ม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถ withdraw/withhold ตามความต้องการที่จะ Allow Natural death</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลรับผู้ป่วย Palliative Care ที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ กลับทุกรายโดยไม่มีเงื่อนไข **โรงพยาบาลจะสามารถรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้ 2 ราย**</li> <li>- ดูแลที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน/ให้บริการรพพยาบาลและรถมูลนิธิส่งกลับบ้าน/ พร้อมให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นใช้ต่อเนื่องที่บ้าน</li> <li>- ใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มผู้ป่วย Palliative Care</li> <li>- การรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชม.</li> <li>- ให้บริการผ่านทางระบบ Telemedicine ในกรณีผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกในการเดินทาง และส่งยาหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นผ่านทางระบบชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนการขอรับบริการ</li> </ul>

### นวัตกรรม/Best Practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. การใช้ระบบไอที จัดทำโปรแกรมการลงข้อมูลในแต่ละหน่วยงานสามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วย palliative care ได้ทั้ง ประวัติการดูแล การทำ advance care plan การใช้ยามอร์ฟิน การส่งต่อข้อมูล
2. การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนจัดหาใช้ Syringe sure fuser การใช้ยามอร์ฟิน มาใช้กับผู้ป่วย ทำให้ดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น ลดค่าใช้จ่าย และการนอนโรงพยาบาลได้มาก
3. การใช้ SKT/ บทสวดปฏิบัติสมุปปาต /Psychologist มาตอบสนองด้าน Social /Spiritual care
4. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วยระบุ ผู้ป่วย Palliative Care และการทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย Advance care plan
5. ดำเนินการใช้ระบบถอดบทเรียน Living will ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาใช้เผยแพร่ในจังหวัดเพชรบุรี ใช้ QR-CODE โดยการใช้องค์กรต่างๆ ให้มีส่วนร่วมของชุมชน เช่น มูลนิธิสว่าง/หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น
6. นวัตกรรมการเยี่ยมบ้านด้วยสติ๊กเกอร์ขอรับการดูแลแบบประคับประคอง แสดงให้โรงพยาบาลที่ไปรับผู้ป่วยเห็นในที่ชัดเจน

### ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

คำจำกัดความ ตามกรมการแพทย์ใน Service Plan Palliative Care ขอบข่ายของการดูแลกว้างมากขึ้น นอกจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถให้หายได้ ยังครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองกับการรักษาใส่ท่อช่วยหายใจนานๆ มีความทุกข์ทรมานกับการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิต ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน มีระบบการใช้มอร์ฟินหลายๆ Item ที่เหมาะกับผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการรบกวนให้ผู้ป่วยได้ Allow Natural Death

Palliative care จะต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ จะต้องมียาละเอียดค่อนข้างมาก ผู้ป่วยมีความเป็น Individual จำเป็นต้องใช้เวลา และทักษะในการดูแลครบทุกมิติ

1. มีการพัฒนาศูนย์ Palliative care ให้เป็นหน่วยงานที่แยกมาจากหอผู้ป่วยซึ่งระบบการทำงานต่างกัน โดยอาจจะขึ้นกับหน่วยงานพิเศษเช่นเดียวกับงานเคมีบำบัด

2. มีการเพิ่มบุคลากรพยาบาลอีก 1 คน ในศูนย์ Palliative เนื่องจากเป็นตามตัวชี้วัด Service Plan Palliative care (มีพยาบาล full time 2 คน ในโรงพยาบาล ระดับ S) เนื่องจากภาระงานที่หลากหลาย โดยมีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน มาใช้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดจนการทำรายงานข้อมูลต่างๆ การลงเยี่ยมบ้าน ลง e-claim เพื่อจัดเก็บรายได้ให้องค์กร ทำให้ทำงานบางครั้งรับแรงกดดันประสิทธิภาพ

### ผู้รับผิดชอบงาน :

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงปริญชาติ สอนเสาวภาคย์  | ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ         |
| 2. นางสาวอารีรัตน์ พรหมณีโสภ   | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ     |
| โทรศัพท์มือถือ 092-2729402   | e-mail : areeratps2514@gmail.com  |
| ปฏิบัติงานศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |                                   |
| 3. นางอุษา เอี่ยมองอาจ   | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ     |
| โทรศัพท์มือถือ 0844142704  | e-mail : yut-ae@windowsilive .com |
| ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี                                 |                                   |

## New normal สถานการณ์ COVID – 19 สาขา Palliative Care

