แบบฟอร์มตามหลักการทำ CQI

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1.หน่วยงาน คลินิกประคับประคอง งานPalliative care

2.ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสังคม

3.ที่มาของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนมากขึ้น (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,๒๕๕๗) เมื่อการดำเนินโรคมาสู่ระยะท้ายของชีวิตการทำงานของอวัยวะต่างๆทรุดลงเรื่อยๆจนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด (ฐิติมา โพธิ์ศรี,๒๕๕๐)โดยพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายหลายโรคต้องพบกับภาวะทุกข์ ทรมานจากอาการตางๆเช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการทางกายที่พบบ่อยเช่นอาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ปัญหาด้านจิตใจ เช่นความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง ด้านสังคมเช่น การเงิน สวัสดิการและเผชิญภาวะจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรคและการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามความจริงและเข้าสู่ระยะท้ายอย่างสงบ

องค์การอนามัยโลก (World health organization .WHO ,๒๐๐๒)ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)ว่าหมายถึงการดูแลที่มุ่งเน้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม ซึ่งการรักษาดังกล่าวเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยอยู่ในช่วงพัฒนามีเฉพาะบางพื้นที่ จึงยังต้องมีการวิจัยเชิงระบบและรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และบริบทสังคมไทยเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสู่ชุมชน เข้าถึงบริการได้ง่าย รวดเร็ว ครอบคลุม (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์,๒๕๕๒)

โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ให้บริการแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติ ๓ปีย้อนหลัง ปี ๒๕๖๒ – ปี๒๕๖๔ มีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน ๒๒ คน ๔๗ คน และ ๖๔ คนตามลำดับ (Hosxp ปี๒๕๖๔)ผู้ศึกษาในฐานะ Manager Palliative Care Nurse และมีส่วนร่วมในคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโรงพยาบาลสังคม ได้สนใจและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการตายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์(Good Death)จากการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบปัญหาว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่ชัดเจนเป็นแนวเดียวกันเช่น ๑.การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ๒. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ๓.การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ๔.การประเมินผลลัพธ์ ๕.ศักยภาพและความไม่พร้อมไม่พอเพียงของบุคลากร ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างและมีกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงบริการ ไม่ได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Advance Care Plan) จึงถึง Advance Directive ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีคุณภาพชีวิตต่ำและไม่บรรลุเป้าประสงค์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Good Death)

4.วิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ (อาจใช้แบบก้างปลา/Tree diagram หรือแบบอื่น)

5.วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
๒. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

6.ขั้นตอนการแก้ปัญหา (หรือเขียนแบบ Flow Chart)

ขั้นตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ดำเนินการช่วง กรกฎาคม ๒๕๖๕

๑. ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการและข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๒. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสังคม

๒.๑ การสังเกตการณ์ปฏิบัติการณ์พยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย

๒.๒ การสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการ แพทย์ จำนวน ๑ คน เภสัชกร จำนวน ๑ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน นักจิตวิทยาจำนวน ๑ คน นักโภชนาการจำนวน ๑ คน พยาบาลตัวแทนหน่วยงาน หอผู้ป่วยใน หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกโรคไตเรื้อรัง หน่วยไตเทียม คลินิกให้คำปรึกษา ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ แห่ง แห่งละ ๑ คน จำนวน ๑๒ คน รวมจำนวน ๑๕ คน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๒.๓ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน ๕ ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ๕ คน Care giver จำนวน ๕ คน รวมเป็นจำนวน ๑๕ คน

ขั้นตอนที่ ๒.การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ฉบับร่างดำเนินการดังนี้ ดำเนินการช่วง กรกฎาคม ๒๕๖๕

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสังคม ประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา ทีมพยาบาล นักโภชนาการ ทีมบริหารทางการพยาบาล จำนวน ๓๐ คน

๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสังคมนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และสถานการณ์มาวางแผนแก้ไขปัญหา และสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ ๓ การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไปทดลองใช้และแก้ไข ดำเนินการในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ และปรับปรุงแนวทางการดูแลตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ขั้นตอนที่ ๔ การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้ปรับปรุงไปใช้ในการปฏิบัติ

ดำเนินการในเดือนสิงหาคม- กันยายน ๒๕๖๕

ขั้นตอนที่ ๕ การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ดำเนินการในเดือน กันยายน ๒๕๖๕ ด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่าง มี ๓ กลุ่มคือ

๑. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะท้าย (Z๕๑๕) ดูแลแบบประคับประคองอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการรบกวนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ จำนวน ๑๕ คน

๒. กลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๕ คน

๓. กลุ่มผู้ให้บริการคือทีมผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา ทีมพยาบาล นักโภชนาการ ทีมบริหารทางการพยาบาล จำนวน ๓๐ คน

7.ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1..ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care plan)ในผู้ป่วยประคับประคองแบบมีคุณภาพ ≥ 40

2. ร้อยละผู้ป่วย palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 3-7 วันหลังจำหน่าย≥ 80

3.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Medications ในผู้ป่วยประคับประคองแบบมีคุณภาพ≥ 50

9.ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ มกราคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2565

10.ผลลัพธ์การดำเนินการ

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566 (ตค – พย)
1.ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)ในผู้ป่วยประคับประคองแบบมีคุณภาพ	≥50	0	0	33.33	52.29	30	48
2. ร้อยละผู้ป่วย palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 3-7 วันหลังจำหน่าย	≥80	100	100	100	95.12	62.5	42.86
3.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Medications ในผู้ป่วยประคับประคองแบบมีคุณภาพ	≥40	0	9.62	66.67	50	26.67	50

จากผลการพัฒนาพบว่า

๑. ด้านผู้ป่วย มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ดีมากขึ้น ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan ≥๕๐%) และได้รับการจัดการความปวด(เข้าถึงยา Opioids ≥๔๐%) และทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลด้านด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จนถึงผู้ป่วยระยะท้ายจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์(Good Death)

๒. ด้านผู้ให้บริการมีการรับรู้ต่อการบริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับดี(≥๘๐%) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี(≥๘๐%) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (≥๘๐%)

11.ปัญหา-อุปสรรค

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การปกปิดความจริงเรื่องโรคของญาติเพื่อป้องกันสภาพจิตใจของผู้ป่วยไม่ให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง เกิดความยุ่งยากในการให้ข้อมูล ผู้ป่วยต้องใช้เวลาปลอบประโลม

๒. ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จ้างคนดูแล บางครั้งเป็นแรงงานต่างด้าว

๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลายคน หรือผู้ดูแลที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจอยู่ไกล ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดไม่มีสิทธิในการตัดสินใจ ทำให้การให้ข้อมูล การวางแผนการดูแลไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหรือมีผู้ร่วมตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแผนการดูแลบ่อยๆลๆ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. พยาบาลมีภาระงานและต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆทำให้การเข้าถึงการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายทำได้ไม่เต็มที่โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

๒. โรงพยาบาลขาดเอกสารการค้นคว้าที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต้องไปค้นคว้าห้องสมุดอื่น

12.แนวทางที่จะพัฒนาในโอกาสต่อไป

ด้านบริหารและนโยบาย

๑. ควรสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

๒. ควรมีการนำเอาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไปใช้ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและต่อเนื่อง

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

๑. มีการประเมินผลลัพธ์การนำแนวทางไปปฏิบัติในระยะยาวเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

๒. ส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีการเชื่อมโยงต่อเนื่อง โดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

13.ภาคผนวก

แบบฟอร์มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (IPD) จังหวัดสกลนคร

Discharge planning in Palliative care :DMEEETHODAP Concept

รายการ	Assessment	Planning	ว/ด/ป/ผู้บันทึก
D: Disease (Breaking Bad News)			
-ข้อมูลและการรับรู้เรื่องโรค			
- ผู้ป่วย			
- ครอบครัว			
M:Medication			
- ความรู้เรื่องยาMOและยาอื่นๆ			
- การบริหารยาMOและยาอื่นๆ			
- ผลข้างเคียงของยา MOและการสังเกตอาการ			
E:Environment			
- สถานที่ต้องการเสียชีวิต			
- ผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลรอง/Proxy			
E:Economic			
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขณะอยู่ รพ.			
- ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต			
E:Equipment			
- ออกซิเจน			
- ที่นอนลม			
- ชุดทำแผล			
- Syringe driver			
- เครื่องดูดเสมหะ			
- อื่นๆ			
T:Treat			
- ประเมินอาการด้านร่างกายตาม ESAS			
- การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต			
- ความต้องการดูแลรักษาแพทย์ทางเลือก			
H:Health			
- Stable phase (PPS v2 70-100%) ตัวย SKT 1,3,7			
- Transitional phase (40-60%) ตัวย SKT 1,6,8			
- End of life (10-30%) ตัวย SKT 6,8,9			
- อื่นๆระบุ			
O:Out patient referral			
- การมารับยาต่อเนื่องโดยผู้ดูแล			
- การติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์			
- ช่องทางขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ			
- ให้นามบัตร			
D:Diet			
- ความสามารถการรับประทานอาหาร			
- ประเภทและชนิดของอาหาร			
- ภาวะโภชนาการ			
Advance care plan			
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า			
- Advance directive			
- Family meeting			
P:PPS v2:Palliative Performance status			
ติดสติ๊กเกอร์		Attending Physician	

ครั้งที่ .....ว/ด/ป.....

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(Advanced care plan)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 1

1. การรับรู้โรค/ระยะโรค/การดำเนินโรค

ผู้ป่วย.....

.....

ญาติ/ครอบครัว.....

.....

2. เป้าหมายในการดูแลรักษา

.....

3. ความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว.....

.....

4. ความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (เช่น การขอกล่าวคำขอโทษ, สถานที่ที่อยากไป เป็นต้น).....

.....

.....

.....

.....

5. สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย.....

6. ผู้ดูแลหลัก.....

7. ผู้ดูแลรอง.....

8. Proxy (กรณีไม่สามารถตัดสินใจเองได้ด้วยตนเอง).....

9. ผู้ป่วยต้องแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะหรือไม่

☐ ต้องการ (กรุณากรอกรายละเอียดลงในเอกสาร ส่วนที่ 2)

☐ ไม่ต้องการ

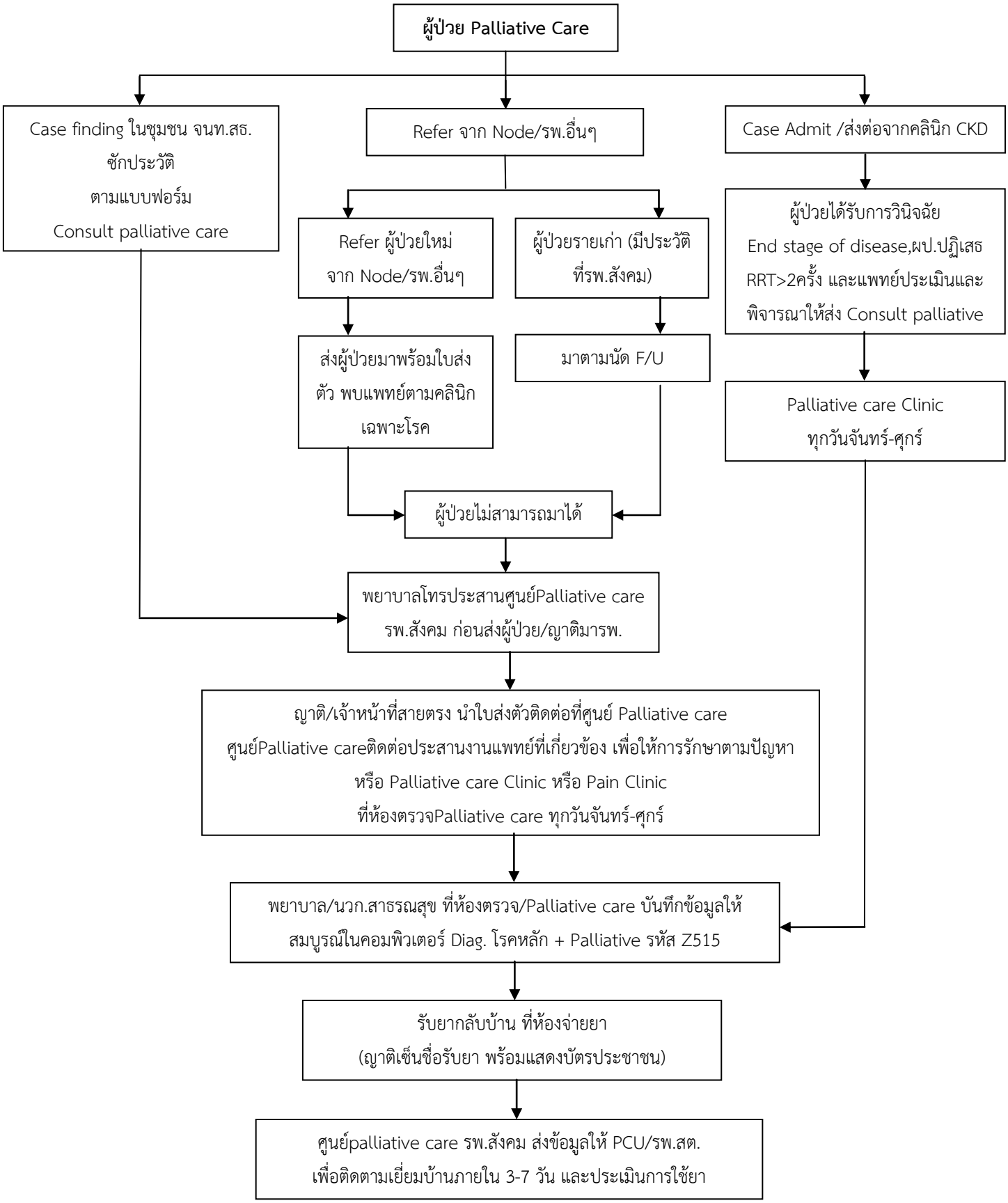
ผู้เข้าร่วมประชุม/ACP/FM

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Flow chart โรงพยาบาลสังคม