

Service Profile

งานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการให้บริการครบองค์รวมทั้ง 5 ด้าน โดย สหสาขาวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในชุมชนจนถึงวาระสุดท้าย

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope)

ให้การดูแลรักษาโรคโดยรวมที่มีความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย แบบประคับประคอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำ Family meeting เตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล ส่งเสริมการให้บริการเชิงรุก โดยการติดต่อและประสานงานผู้นำชุมชนและรพ.สต

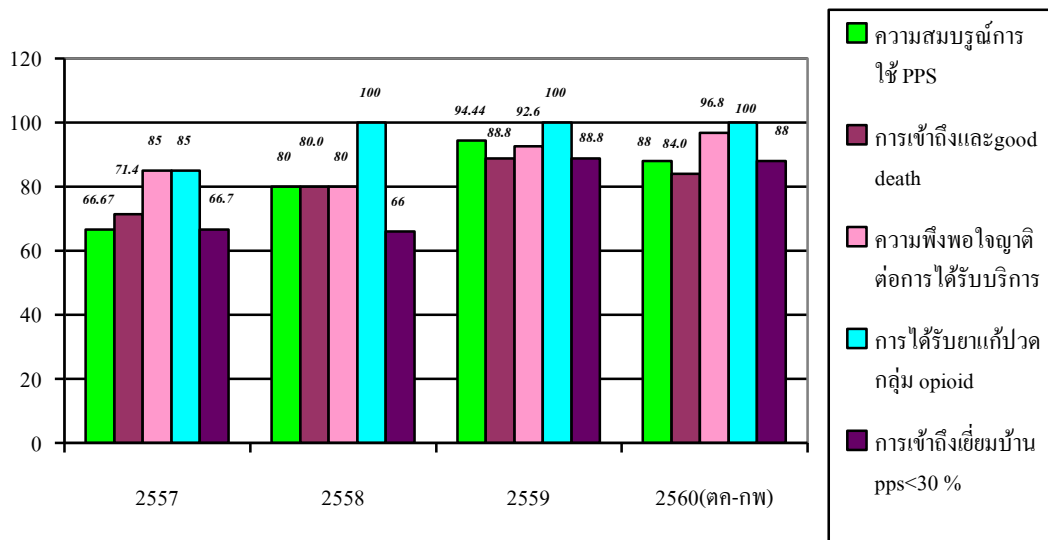
| ปี 2557 (31) | ปี 2558 (42) | ปี 2559 (49) | ปี 2560(44) |
|---------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| CA breast=12 | CA lung= 9 | CA lung= 9 | CA breast=9 |
| CA tongue=4 | CA colon=6 | CA tongue=6 | CA lung= 8 |
| CA liver=3 | CA liver=5 | CA breast=6 | CA liver=3 |
| CA Lymnode =3 | CA Brain=5 | Ca postate=4 | Ca nasopha=3 |
| Ca ovary=3 | Ca cervic =3 | CAEsopha=4 | CA thyroid=2 |
| CA thyroid=2 | CA breast=3 | CA colon=3 | CA colon=2 |
| CA bladder=1 | CA leukemia=3 | CA liver=3 | Ca cervic =2 |
| CA colon=1 | CA Lympho=1 | CA Lympho=3 | CA Lympho=2 |
| CAEsopha=1 | CA thyroid=1 | Ca cervic =2 | CA bladder=2 |
| CA larynx=1 | CA bladder=1 | CA pancrease=2 | CA Brain=1, MMR=1 |
| | CAEsopha=1 | CA Brain=1, CA | CA Esopha=1, CA |
| | CA larynx=1, Ca | bladder=1 | rectum=1 |
| | mouth=1 | CA leukemia=1, Ca | CA orophaynx=1, CA |
| | Ca nasopha=1 | gum=1 | penis=1 |
| | Ca stomach=1 | CA mouth=1, CA neck=1 | Ca ovary=1, CAEsopha=1 |
| | | Ca nasopha=1 | CAEsopha=1, CApostate=1 |
| | | | CApancrease=1, CAgum=1 |

| กระบวนการสำคัญ (Key Process) กระบวนการสำคัญ (Key Process) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement) | ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator) |
|---|--|---|
| 1. การเข้าถึงและการบริการ | - ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ | - อัตราการดูแล ในรพ.และภายนอกโดนนำPPs มาประเมินและส่งต่อการดูแลและอุปกรณ์ - อัตราความไม่พร้อมของทีม/เครื่องมือ |
| 2. การประเมินผู้ป่วย | - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม และทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และตามความเร่งด่วนเพื่อวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลตามระยะคงที่, เปลี่ยนผ่าน, วาระสุดท้าย - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินติดตามอาการ | - อุบัติการณ์ การประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้อง - อุบัติการณ์ที่ผู้วาระสุดท้ายไม่ได้รับการประเมินอาการ/อาการแสดงทันที โดยใช้ PPS และแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ |
| 3. การวางแผน 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | - ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่มีการประสานกันและมีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาความต้องการตามความเหมาะสมแต่ละราย | 1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย 2. อัตราการเกิด CA 3. อัตราการตาย 3. คะแนนความพึงพอใจผู้ให้และผู้รับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและการติดตามหลังผู้ป่วยจากไป 4. อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้าน |

| กระบวนการสำคัญ (Key Process) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement) | ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator) |
|---|---|---|
| <p>3.2 การวางแผนจำหน่าย</p> <p>4. การดูแลผู้ป่วยทั่วไป</p> <p>4.1 การดูแลทั่วไป</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสมกับมาตรฐานวิชาชีพ และข้อกำหนดทางกฎหมาย - การค้นหาเชิงรุกโดยตัวแทนและผู้นำในชุมชนเห็นความสำคัญ เกิดความร่วมมือเพิ่มมากขึ้น | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการ Re-admit CA 2. อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้านและ ทีม Palliative care 1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน, การตกเตียง, ความคลาดเคลื่อนทางยา , การบาดเจ็บจากการผูกยึด 2. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ 3. อัตราการไม่สมัครอยู่จากการไม่พึงพอใจในการดูแลรักษา |
| <p>4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และภาวะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในผู้ป่วยกลุ่มนอนติดเตียง 2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา High Alert Drug |
| <p>5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย</p> | <ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดกิจกรรมตามแผนเพื่อเสริมสร้างพลังผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพทุกขั้นตอนของการดูแลโดยการทำ family meeting | <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน case CA ผู้ป่วยนอนติดเตียง ในระยะวาระสุดท้าย (การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลการใส่สายสวนปัสสาวะ,) 3. ข้อร้องเรียนการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ/ผิดพลาดเมื่อส่งต่อ |

| กระบวนการสำคัญ (Key Process) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement) | ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator) |
|------------------------------|--|---|
| 6. การดูแลต่อเนื่อง | - การสร้างความร่วมมือของชุมชนและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้ได้ผลดี และมีการรายงานตอบกลับจากชุมชนแบบ two way communication | 1. จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC และรพสต 2. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามของเจ้าหน้าที่และจิตอาสา 3. จำนวนได้รับยาแก้ปวดและตายดีไม่ทุกข์ทรมาน |

| ตัวชี้วัด เป้าหมายร้อยละ 80 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 ตค-กพ |
|---|-------|------|-------|---------------|
| ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการส่งต่อโดยใช้ PPS palliative performance scale | 66.67 | 80 | 94.44 | 88 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการและ Good death (ตายดี) | 71.4 | 80 | 88.8 | 84 |
| ระดับความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติต่อบริการพยาบาล | 85 | 80 | 92.6 | 96.8 |
| การเข้าถึงบริการได้รับยาแก้ปวด Opioid และเวชภัณฑ์เมื่อลงชุมชน | 85 | 100 | 100 | 100 |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการเยี่ยมบ้าน (PPS<30) | 66.7 | 66 | 88.8 | 88 |



วิเคราะห์จากกราฟพบว่าจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 80 จากปี 2557-2558 ความสมบูรณ์ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการส่งต่อโดยใช้ PPS (palliative performance scale) และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีม และสามารถจากไปแบบตายดีได้ เพราะทีมงานที่มีการประชุมจัดตั้งคณะทำงานมีประธานเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและนำปัญหามาถอดบทเรียน พยาบาลผู้รับผิดชอบจะเข้าไปติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชนขาดการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองและจัดทำโครงการจากใจสู่ใจโดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จิตอาสาและอสม. ทีมชุมชน รพ.สต. เข้ามาเริ่มมีบทบาทในการติดตามดูแลที่บ้านแต่ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่ขาดทักษะการพูดคุยแบบประชุมครอบครัวที่ให้ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจแผนการดูแลผู้ป่วยและการลงเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมเพราะผู้ป่วยบางรายอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเช่นพื้นที่เกาะ ทำให้เจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดการเดินทางไปเยี่ยมจึงเป็นผลให้ตัวชี้วัดต่ำลง แต่ทีมประสานทางโทรศัพท์ได้บ้าง ส่วนการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid มีแนวโน้มดีขึ้นเพราะจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ยากลุ่มดังกล่าวมาก่อนแล้วและมารับการรักษาต่อโดยทีมแพทย์และเภสัชช่วยปรับขนาดยา ช่วงปี 2559-2560 (เดือน ตค59-กพ60) เป็นช่วงที่แพทย์และทีมพยาบาลได้รับการอบรมความรู้โดยจัดโครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งเครือข่ายและในโรงพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพไปอบรมระยะสั้น 1 เดือน ทีมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ปรับปรุงแบบฟอร์มเพื่อนำมาปรับใช้กับการทำงาน เรื่องการใช้ PPS เพื่อปรับการดูแลวาระสุดท้าย และรอเจ้าหน้าที่รับผิดชอบไปใส่เอกสารเองทำให้การใช้ ทำให้การส่งต่อแบบ PPS ลดลงจาก 94% ลงมาเป็น 88% การเยี่ยมบ้าน ทีมลงเยี่ยมได้ไม่ครอบคลุมจากการส่งต่อข้อมูลรพ.สต. บางแห่งมองเห็นว่าไม่เร่งด่วนแต่สุดท้ายผู้ป่วยจากไปก่อนการเยี่ยมติดตาม และเป็นผู้ป่วยจากตำบลอื่นๆ เข้ามาอยู่ การพัฒนางานต่อออกแนวทางปฏิบัติการใช้ยาแก้ปวดตามบันได 3 ขั้น เป็นการทบทวนการใช้ยาและนำมา conference case เพื่อการปรับปรุงการทำงานและหาจุดด้อยของทีมนำมาพัฒนาต่อ กิจกรรมพัฒนา

อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบอัตราความพึงพอใจ ปี 60 อัตราความพึงพอใจสูงสุด คิด เป็นร้อยละ 96.8 และในปี 58 พบอัตราความพึงพอใจต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

1. การเข้าถึงและการบริการ พบว่า

- แพทย์พยาบาลทีมและหอผู้ป่วย มีความเอาใจใส่ในการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง/บริการดี และโทรรายงานการเข้ามาเยี่ยมโดยทีมการให้คำปรึกษา คำแนะนำเป็นดูแลแบบองค์รวม ยิ้มแย้มแจ่มใสดี
- มีห้องสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกตึก ห้องพักกายสบายใจ
- ใช้ PPS(palliative performance scale) เป็นการประเมินอาการผู้ป่วยและการวางแผน การส่งต่อข้อมูล
- การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มประคองประคอง ตามโรคที่กำหนดได้มากขึ้น
- การช่วยให้สุขสบายด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม การที่ญาติเข้ามาเยี่ยมอย่างใกล้ชิด สามารถนิมนต์พระหรือผู้นำศาสนาได้ตลอด
- การประสานงานที่ระหว่างรพสต. ผู้นำชุมชน อสม. Care giver สามารถทำงานเป็นทีมได้ดี การตอบกลับไปส่งตัวโดยการทำให้ Discharge plan
- การเยี่ยมอุปกรณ์เช่นออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลมสะดวกมีการทำเยี่ยมเพื่อช่วยบำรุงรักษาของใช้
- การทำ family meeting เป็นการดีต่อผู้ป่วย ญาติและการเข้าถึงปัญหาสามารถวางแผนการแก้ไขได้ตามความต้องการผู้ป่วยและญาติ
- การไม่เลือกปฏิบัติของทีมทำให้ การทำงานประสานทีมแพทย์ได้เหมาะสม ซิงทางไลน์ โทรศัพท์ การนำยามาใช้ลดความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยแน่น หายใจลำบาก และสุดท้ายการจากไปของผู้ป่วยสุขและสงบและทำให้ญาติไม่เกิดความรู้สึกทรมานไปด้วย
- การพูดคุยสามารถประเมินความเชื่อและสามารถใช้ศาสนาต่างๆเข้ามาเพื่อสร้างความสงบให้ผู้ป่วยและญาติได้
- การประเมินปัญหาแล้วส่งคืนให้ชุมชนรับทราบจึงสามารถ ทำให้ชุมชนร่วมมือการแก้ปัญหาของชุมชนเองได้
- การเยี่ยมบ้านร่วมกับ HHC
- การเบิกยาผู้ป่วยนอกของผู้ป่วย palliative มีการโทรแจ้งวันมาก่อนเราเบิกวันอังคารและวันศุกร์
- ให้เบอร์พยาบาลไว้สามารถติดต่อสอบถามความวิตก วัจนได้ตลอดสับเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่อีก 1 ท่าน

. การประเมินผู้ป่วย พบว่า การนำแบบฟอร์มการประเมินด้วย PPS เป็นการประเมินผู้ป่วยและได้พูดคุยกับญาติผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สามารถค้นหาปัญหาสอบถามได้ในคราวเดียวกัน ไว้สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมได้

2. การส่งต่อมีแนวโน้มดีขึ้นที่รับการประสานการส่งต่อมาหลายช่องทางจากรพสต.ในชุมชน ทางเอกสาร ทางไลน์ ทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกที่ได้รับการดูแลจนถึงที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

3. การวางแผน เป็นการวางแผนจำหน่ายไว้ล่วงหน้า เพื่อการเตรียมความพร้อมการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน และทำ family meeting เพื่อญาติรับทราบข้อมูลการรักษาหรือแบบประคับประคอง เป็นการเตรียมความพร้อมการรับรู้การลุกลามของโรค เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการสิ่งใดญาติต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควรปฏิบัติตามคำขอร้อง การเตรียมเมื่อกลับไปบ้านสถานที่ต้องมีความพร้อมและพยาบาลจะช่วยแนะนำขั้นตอนการดูแลช่วงวาระสุดท้ายและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

4. การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ ต่อแผนการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ทีมให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยมีการดูแลทุกแผนกที่เข้ามาให้บริการที่โรงพยาบาล มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ทีมประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร ผู้ดูแลด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค แผนไทยและทีมเยี่ยมบ้าน และจิตอาสาที่ชุมชน

5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนระหว่างอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยางและมีแผลกดทับ (bed ridden) ก่อนจำหน่ายต้องวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการทาอาหาร โดยให้ญาติ /ผู้ดูแลผู้ป่วยไปเรียนรู้การทาอาหารกับโภชนากรที่โรงครัว เพื่อสามารถกลับไปทาที่บ้านได้ เรื่องแผลกดทับพยาบาลเป็นผู้สอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ แหล่งวัสดุที่จัดซื้อรวมถึงการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ส่วนเรื่องการฟื้นฟูเป็นหน้าที่ของนักกายภาพ สอนญาติเพื่อไปทาที่บ้านได้ และมีการติดตามเยี่ยมโดยทีม HHC , Palliative care ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตรับผิดชอบ

6. การดูแลต่อเนื่อง มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง CA Asthma COPD TB และ Stroke bed ridden โรคหัวใจ ที่เป็นแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนแต่การกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำในโรคเดิม และผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น ในทีมการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

แผนพัฒนาต่อไป

- ส่งพยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง 2 ท่าน ส่งทีมงานไปศึกษาดูงานที่รพ.ที่มีศักยภาพดีกว่าและนำมาดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
- จัดยื่นข้อมูลส่งลงสู่ชุมชน โดยให้ชุมชนคิดและร่วมมือแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่ชุมชนต้นแบบและยั่งยืน