Home-Based Palliative Care: Making it Happen

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

การบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งหมายถึงการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการบริบาลดูแลจัดการอาการไม่ให้ทุกข์ทรมาน การได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ได้มีโอกาสเตรียมตัวและเลือกสถานที่ดูแล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลที่บ้าน แต่เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่รองรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่จึงรู้สึกวิตกกังวลในการดูแลที่บ้าน เนื่องจากกลัวอาการทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักไม่ได้รับการดูแลจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่สามารถเข้าถึงยา opioids ซึ่งมีความสำคัญในการรักษาอาการปวดและอาหารหอบที่ทำให้ไม่สุขสบาย ประกอบกับปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ต่ำทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ hospital-based palliative care consultation มีค่าใช้จ่ายต่อวันลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการนี้ โดยมีการลดด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารักษาใน ICU ลงถึงร้อยละ 42 มีการลดลงของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสี แต่ใช้จ่ายด้านยาไม่ได้มีความแตกต่างกัน[1] การศึกษาของ Robinson และพวก[2] พบว่าการมี inpatient palliative care unit ทำให้เกิดความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการรักษาแบบ conventional care ถึง $1300 ต่อคน นอกจากนี้พบว่าการมี hospital-based hospice care programs ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการเยี่ยมบ้านถึง 10 เท่า และยังพบว่าการควบคุมความปวดในผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมากและดีกว่า conventional cancer care การศึกษาแบบ meta-analysis[3] เปรียบเทียบการดูแลแบบ palliative home care เทียบกับการดูแลตามปกติที่บ้าน พบว่าในกลุ่มที่ได้ palliative home care จะมีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าและมีการจัดการอาการที่ดีกว่า การมี palliative care service ทำให้มีการจัดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งช่วยให้มีการทำเจตจำนงค์ล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงยืดเยื้อชีวิต (advance directives) ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์เช่น การกู้ชีพ การใช้ยากระตุ้นหัวใจ และอื่นๆ

การศึกษาในประเทศไทยโดยชุติมา อัคลีพรรณ[4] ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในประเทศไทยทั้งหมดที่เสียชีวิตในปีพศ. 2548-2549 พบว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 10,646-231,167 บาท ร้อยละ 31-86% เป็นค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ จากการต้องใช้จ่ายค่าเดินทาง การขาดรายได้ของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ค่ากินอยู่ของผู้ดูแลในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล แม้ว่ายาระงับปวดจะสามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิ์ แต่การจำกัดปริมาณยาในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อย รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงยาระงับปวดในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเสียเวลาทำมาหากิน การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายอาจใช้เวลานานหลายเดือนจึงสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อครอบครัว การวิเคราะห์สถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ขอนแก่น ที่ปรึกษาเข้ามาในหน่วยการุณรักษ์[5] พบว่าร้อยละ 48 เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 39 เสียชีวิตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่เหลือเสียชีวิตที่โรงพยาบาลที่ทางหน่วยฯ ส่งต่อ ในจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 22 เป็นการกลับไปถอดถอนท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากร้อยละ 21 ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งปรึกษาหน่วยการุณรักษ์ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการปรึกษา และเมื่อหน่วยฯ ได้เข้าพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ75 แสดงเจตจำนงค์ในการถอดถอนเครื่องพยุงชีพ

จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยคนส่วนใหญ่ยังเสียชีวิตที่บ้าน วัฒนธรรมประเพณีไทยโดยเฉพาะในภาคอีสานยังมีความเชื่อว่าต้องเสียชีวิตที่บ้าน การตระหนักของแพทย์ในการพิจารณาว่าเมื่อไรควรเลือกการรักษาแบบประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลดเปลื้องภาระทางเศรษกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลที่บ้านช่วยให้มีโอกาสเสียชีวิตในที่ที่ผู้ป่วยต้องการ

ข้อดีของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เป็นสถานที่เต็มไปด้วยความทรงจำ ความสุข ความรัก ความรู้สึกปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถกำหนดกิจกรรมต่างๆได้ตามความต้องการ
- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ดูแลและครอบครัวคุ้นเคย รู้สึกสามารถกำหนดการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่คุ้นเคยได้
- ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม
- มีครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสามารถให้การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณได้ดีกว่าทีมสุขภาพ
- การดูแลที่บ้านสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลในโรงพยาบาล

ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน

- ต้องมีการเตรียมการด้านสถานที่ ซึ่งในบางครอบครัวอาจไม่มีความสะดวก เช่นสถานที่คับแคบ อยู่ในคอนโดมีเนียม มีห้องขนาดเล็ก ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาและถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้อาจต้องมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือต้องผลัดกันดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อน ผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นงานที่หนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ครอบครัวมักวิตกกังวลในเรื่องการจัดการอาการ หรือกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ขาดความมั่นใจเนื่องจากไม่ได้มีทีมสุขภาพดูแลตลอดเวลา

องค์ประกอบที่จำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างราบรื่นจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบต่างๆ ที่ช่วยให้สามารถดูแลที่บ้านได้ ที่สำคัญมีดังนี้

- การมีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ให้สามารถประเมินและให้การบริบาลผู้ป่วยได้อย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบาย รวมถึงเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้ดูแล
- การวางแผนการจำหน่ายอย่างดี เพื่อช่วยการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ
- การสื่อสาร การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถึงแม้ตัวโรคจะไม่มีแนวทางรักษาต่อ แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในแนวทางแบบประคับประคอง และจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลโรคและแนวทางการดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและ

ทราบเป้าหมายการรักษา ซึ่งจะช่วยหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพทุกระดับมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด การส่งต่อข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแล ทีม palliative care ในโรงพยาบาลชุมชนควรสามารถเข้าถึงการปรึกษากับ palliative care specialist เพื่อช่วยให้คำแนะนำการจัดการอาการที่ซับซ้อนควบคุมลำบาก รวมถึงช่วยในการตัดสินใจในการทำหรือไม่ทำหัตถการหรือการรักษาชนิดต่างๆ

- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการปวดและอาการหอบ ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานถ้าไม่สามารถจัดการอาการได้ดี ผู้ป่วยมักไม่ยินดีกลับบ้าน หรือกลับบ้านแล้วมักถูกนำกลับมาโรงพยาบาลใหม่
- การมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น รถเข็น เตียงลม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่นเครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver ซึ่งเป็นเครื่องปั๊มยาให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง
- การเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันยังทำได้ยากในบางแห่ง เนื่องจากหน่วยงานส่วนใหญ่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบด้านนี้ทำงานประจำ และถึงแม้จะมีก็ไม่สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- การมีเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชนรองรับการส่งต่อและการเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและนำบริการต่างๆไปให้ผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ระยะท้ายมากๆ มักมีอาการอ่อนล้า การเดินทางและมาคอยตรวจที่โรงพยาบาลจะสร้างความไม่สุขสบายและเป็นภาระ
- การมียาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการที่สามารถเอายาฉีด morphine ออกไปให้ที่บ้าน เนื่องจากในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลืนยาได้ จำเป็นต้องให้ยาเข้าใต้ผิวหนัง รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาจากมีภาวะการอุดตันของทางเดินอาหาร

การศึกษาในต่างประเทศ[6] ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดูแลและเสียชีวิตที่บ้านประสบผลสำเร็จพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ เศรษฐานะที่ดี ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ การมีผู้ดูแลเต็มเวลา ความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ และการที่ผู้ป่วยแจ้งเจตจำนงค์ให้ทราบว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

การประคับประคองครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

จากประสบการณ์การทำงาน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญของการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีความเสียสละ อดทน และมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกด้าน เพื่อให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย

- พิจารณาว่าผู้ดูแลหลักเป็นใคร อาจเป็นคนในครอบครัว หรือนอกครอบครัว แต่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
- ผู้ดูแลหลักต้องได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาในปัจจุบัน และแผนการดูแลล่วงหน้า
- ต้องให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาด้วยเสมอ เพื่อทีมจะได้รับรู้ความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อให้รับรู้แผนการดูแลร่วมกัน
- ประเมินความต้องการของผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความต้องการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ความต้องการการประคับประคองทางจิตใจ และการช่วยเหลือทางสังคม
- เตรียมผู้ดูแลหลักให้มีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย สอนเทคนิกการพยาบาลดูแลผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การให้ยา และถ้าผู้ป่วยมีแผลหรือมีท่อระบายต่างๆ ต้องสอนวิธีการดูแล รวมถึงถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่อาจพบ รวมถึงการดูแลและจัดการอาการในระยะก่อนเสียชีวิต

- การให้ข้อมูลต่างๆ วิธีการดูแลผู้ป่วย วิธีการให้ยา ควรเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการทบทวนเป้าหมายการดูแลและสถานที่ดูแลเป็นระยะ โดยทำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
- มีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรให้ผู้ดูแลหลักได้มีโอกาสพักจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ (respite care) โดยผู้ดูแลคนอื่นในครอบครัวหรือจิตอาสามาช่วย
- การประคับประคองจิตใจในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆในการจัดการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงเอกสารและวิธีการแจ้งตาย และการดูแลหลังการสูญเสีย (bereavement care)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้การดูแลที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น การศึกษาของ Benzar และพวก[7] พบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเมื่อต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการได้รับข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค ความวิตกกังวลและการขาดความรู้เรื่องการจัดการอาการ ขาดการให้รายละเอียดวิธีการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเมื่อมีปัญหาจะขอความช่วยเหลือจากใคร การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการไปดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างไร้รอยต่อ ป้องกัน re-admission และให้สามารถใช้ชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก่อนการจำหน่ายจำเป็นต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค มีการพูดคุยถึงแผนการจัดการอาการ รวมถึงอาการในระยะสุดท้ายที่อาจที่อาจพบ และแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้าย สถานที่อยู่ในระยะสุดท้าย/เสียชีวิต มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน รวมถึงการทำ advance directives ถ้าผู้ป่วยต้องการ ควรมีการสื่อสารให้ทราบทั่วกันในระหว่างครอบครัว และสื่อสารให้ทีมสุขภาพทุกระดับทราบ

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดการอาการ และการเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกัน โดยแต่ละวิชาชีพมีหน้าที่ดังนี้

แพทย์

- การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบแนวทางการดูแลและวิธีจัดการอาการ และการใช้ยาต่างๆ
- ประเมินอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ oxygen, nebulizer, syringe driver
- คาดคะแนชนิดและปริมาณยาที่ต้องจำเป็นต้องใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านควรมีการวางแผนการบริหารยา โดยเฉพาะวิธีการให้ยาในระยะที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ เตรียมยาที่ใช้จัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมักให้ทางใต้ผิวหนัง (ตารางที่ 2)

- เขียนข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแล ให้แก่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ
- ส่งต่อ advance care plan/advance directives

พยาบาล

- ประสานส่งต่อกับพยาบาลเครือข่าย ให้ข้อมูล: สภาวะผู้ป่วย แผนการดูแล ยาและอุปกรณ์ที่ทางเครือข่ายต้องเตรียม
- กรณีมี continuous subcutaneous infusion เติมยาให้เพียงพอก่อนการเดินทางกลับบ้าน
- ส่งต่อข้อมูลการเตรียมยาและผสมยาถ้าใช้ยาฉีด
- ให้ข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆแก่ครอบครัว และส่งต่อข้อมูลเหล่านี้กับเครือข่ายที่ส่งต่อด้วย
- ส่งต่อหมายเลขโทรศัพท์/ช่องทางสื่อสาร/ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และช่องทางสื่อสารระหว่างเครือข่าย

เภสัชกร

- ตรวจสอบยา ความถูกต้อง ขนาดยาที่ใช้
- ถ้าใช้ continuous subcutaneous infusion ให้ตรวจสอบความเข้ากันของยา วิธีผสมยา
- ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถมียาใช้ได้พอเพียงระหว่างคอยเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน
- ประสานจัดยาที่จำเป็นต้องใช้ กรณีที่ต้องให้ต่อเนื่อง โดยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้านผู้ป่วยให้มารับยาและเก็บไว้ที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 1 Prescription for Anticipatory Symptom Management

Symptoms	Drugs	Dosages
Pain	Morphine 10mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
Anxiety/Agitation	Midazolam 5mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.

Respiratory secretions	Buscopan 20mg/ml Atropine 0.4mg/ml 1%Atropine eye drop	20 mg SC if required up to 6 times in 24 h. 0.4 mg SC q 4 h. 4 drops SL q 4 h.
NV/ Terminal restlessness	Haloperidol 5 mg/ml	2.5 mg SC prn.

ขั้นตอนที่ 3 – เอกสาร

แพทย์

- เขียนใบ refer ที่มีรายละเอียดเพียงพอ
- ลงบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย
- ระบุแผนการดูแล
- เขียนแผนส่งต่อ advance care plan/directives

พยาบาล

- ตรวจสอบ palliative care discharge checklist

ตารางที่ 2. Palliative Care Discharge Checklist

Checklist	Yes	No	Comment
ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ			
ประสานการเยี่ยมบ้าน			
การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
ประสานรถส่งต่อ			
จัดเตรียมยาและเบิกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
เบอร์โทรศัพท์และช่องทางติดต่อของเครือข่ายที่ส่งต่อ			
อธิบายช่องทางติดต่อทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ			
การพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสภาวะโรค แผนการดูแล			
ตรวจสอบความพร้อมของครอบครัว การใช้ยา			
สมุดประจำตัวผู้ป่วยและ advance directives			

ขั้นตอนที่ 4 – **หลังการส่งต่อ**

- ติดตามสอบถามผู้ป่วยและครอบครัว/เครือข่ายส่งต่อ
- ให้ข้อแนะนำแก่เครือข่าย เรื่องการจัดการอาการ การจัดหายา

การเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา

เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถ้ามีปัญหาอะไรผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉิน จากการที่ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานนี้เป็นหลักโดยตรง ระบบการรับปรึกษาจึงเป็นไปด้วยความลำบาก อย่างไรก็ตามหน่วยงานควรพยายามจัดระบบโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มารองรับ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติและจัดช่องทางการสื่อสาร แต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันตามทรัพยากรที่มี ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีระบบโทรปรึกษาพยาบาลหน่วยการุณรักษ์ที่เป็นเจ้าของไข้ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการพยาบาลหน่วยฯ จัดเวรผลัดกันรับโทรศัพท์สำหรับปรึกษาภาวะฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลดูแลศูนย์ palliative care ประจำเพียงคนเดียว ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรปรึกษาได้ในเวลาราชการ แต่นอกเวลาราชการผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรเข้าปรึกษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และส่งผ่านข้อมูลมายังศูนย์ palliative care ในวันรุ่งขึ้น ในภาวะฉุกเฉินจริงๆ ผู้ป่วยควรมีสิทธิ์กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก

การส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเข้าถึงยา opioids

เนื่องจากการดูแลแบบ palliative care ยังเป็นงานใหม่และยังไม่ได้รับการมอบหมายและจัดระบบอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนมาร่วมในการดูแล เนื่องจากเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางแห่งยังไม่มีองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงยังขาดการจัดระบบการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแต่ละแห่งควรเริ่มมีการจัดระบบการดูแล และควรมี

การจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลระดับต่างๆเข้าด้วยกัน มีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูล ในปัจจุบันสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผลักดันให้มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองขึ้น โดยให้มีโรงพยาบาลจังหวัดทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายและมีเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเกิดขึ้น ซึ่งมีหลายจังหวัดที่สามารถพัฒนาเครือข่ายถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย

ระบบการเข้าถึงยาระงับปวดโดยเฉพาะยาในกลุ่ม opioids เป็นสิ่งที่สำคัญ มีผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำนวนมากที่ต้องเดินทางไปรับยายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดเนื่องจากไม่สามารถรับยาดังกล่าวได้ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทาง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมียาที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายควรเป็นแหล่งสนับสนุนยาระงับปวดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถจัดหาได้ มีเครือข่ายบางแห่งใช้มาตรการจัดให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งทำหน้าที่เป็น node ในการให้ยืมยาหรือเบิกยา opioids สำหรับโรงพยาบาลในเครือข่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย นอกจากนี้การจัดระบบให้สามารถนำยาฉีด morphine ออกไปใช้ได้ที่บ้านผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจะไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหา gut obstruction ที่ไม่สามารถใช้ยาชนิดรับประทานได้ ควรดึงเภสัชเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบยา

ตัวอย่างการส่งต่อผู้ป่วยและการเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

นาย ก. ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจังหวัดมายังโรงพยาบาลศรีนครินทร์เนื่องจากตรวจพบมีก้อนในปอดด้านขวาร่วมกับมี pleural effusion ผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยเป็น non-small cell lung cancer และมีการกระจายของมะเร็งไปที่ตับ ผู้ป่วยมีอาการหอบ ได้รับการเจาะเอาน้ำในปอดออกสองครั้ง แต่ต่อมาไม่สามารถเจาะออกได้ แพทย์ได้แจ้งการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่มีการรักษาตัวโรคได้ ทีม palliative care ได้เข้ามาร่วมดูแล โดยในเบื้องต้นได้ควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโดยการให้ยา morphine และค่อยๆปรับยาจนผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ได้บอกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้ให้ผู้ป่วยคิดสะท้อนถึงความต้องการและบอกแนวทางการดูแลที่บ้าน ได้สร้างความมั่นใจว่าอาการของผู้ป่วยพอที่จะจัดการให้อยู่ได้ที่บ้าน และจะติดต่อประสานเครือข่ายให้ลงเยี่ยมบ้านและดูแลร่วมกัน ได้มีการพูดคุยถึงการดำเนินโรคและการจัดการอาการในระยะท้ายสุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยตัดสินใจกลับบ้าน ได้เลือกแนวทางการดูแลที่ไม่รุกรานแต่ให้สุขสบาย (comfort care) หน่วยการุณรักษ์ได้จัดอุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยต้องใช้ เช่นเครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องพ่นยา ได้ติดต่อสื่อสารกับทีมโรงพยาบาลชุมชน สอบถามยา morphine ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ว่าทางโรงพยาบาลมีหรือไม่ (กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มียาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ทางหน่วยฯจะเบิกยาให้ผู้ป่วยในปริมาณที่เพียงพอ) ได้มอบ care plan ของผู้ป่วยรวมถึงความต้องการแนวทางการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต พร้อมกันนี้ทางหน่วยฯได้ให้แนวทางการปรับยา morphine กรณีผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น โดยให้ปรับยา morphine เพิ่มขึ้นครั้งละร้อยละ 30-50 การใช้ benzodiazepine ร่วมด้วยกรณีมี anxiety หรือ agitation ได้แนะนำวิธีการจัดการอาการสำหรับ terminal dyspnea และทางโรงพยาบาลชุมชนสามารถติดต่อขอคำปรึกษาจากหน่วยฯได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยกลับไปใช้เวลาอยู่ที่บ้านทั้งหมด 4 สัปดาห์ และในระยะสุดท้ายของชีวิตได้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดการอาการหอบ และเสียชีวิตอย่างสงบตาม terminal dyspnea care plan โดยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (รูปที่ 1.)

รูปที่ 1. การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านและการส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่าย

นาง ข. ได้รับการวินิจฉัยเป็น advance ovarian cancer มี massive ascites และ complete gut obstruction จาก carcinomatosis peritonei ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรคและต้องการกลับบ้าน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องแบบ colicky pain ร่วมกับท้องอืดไม่ผายลม หน่วยการุณรักษ์ได้รับการปรึกษาให้มาร่วมดูแล หน่วยได้ประเมินผู้ป่วยและให้ข้อมูลแผนการดูแล ติดต่อโรงพยาบาลชุมชน โดยให้เภสัชชุมชนและพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องลงเยี่ยมบ้านร่วมกันกับหน่วยฯ พร้อมกับให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลงเยี่ยมบ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน ผู้ป่วยมียา morphine ร่วมกับ buscopan ผสมกันใน syringe เดียวกันโดยให้ continuous subcutaneous infusion ผ่านทาง syringe driver หน่วยได้สอนแสดงวิธีการผสมยาและการแทง subcutaneous และวิธีการใช้เครื่อง syringe driver แก่ครอบครัวผู้ดูแลและแก่ทีมเครือข่าย เภสัชจากโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่จัดยาให้พยาบาล รพ.สต.นำไปไว้ที่ รพ.สต.และทำหน้าที่ผสมยาให้ญาติผู้ป่วยมารับยาทุกวัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น พยาบาลรพ.สต.โทรปรึกษามาที่หน่วยการุณรักษ์ ซึ่งได้แนะนำปรับยาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้านได้อย่างราบรื่นนาน 4 สัปดาห์โดยมีทีมสุขภาพให้บริการที่บ้าน และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านโดยไม่ทุกข์ทรมาน ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (รูปที่ 2.)

รูปที่ 2. การส่งต่อแผนการดูแลและสอนเครือข่ายให้ subcutaneous infusion โดยใช้ syringe driver

บทสรุป

ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ในสังคมไทยยังมีความต้องการการดูแลในระยะท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน ในสังคมชนบทที่อยู่กันแบบเครือญาติทำให้มีผู้ดูแลและมีเครือญาติอยู่ใกล้ชิด มีความอบอุ่นในการดูแลที่บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านควรอิงเข้ากับระบบสุขภาพ แต่จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากร มีการทำแนวปฏิบัติและคู่มือการทำงาน มีการจัดระบบยาที่มีความจำเป็นให้เข้าถึงได้ในระดับชุมชน และที่สำคัญที่สุดคือมีระบบส่งต่อและการสื่อสารระหว่างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Penrod JD, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. J Palliat Med 2006;4:855-60.
2. Robinson BE, Pham H. Cost-effectiveness of hospice care. Clin Geriatr Med 1996;12:417-28.
3. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Rev 2013, Issue 6. No.CD00760.
4. Akaleephan C. Current practice, financing and policy on terminal ill patients in Thailand. Doctoral thesis, University of East Anglia.
5. สถิติผู้ป่วยระยะท้ายของหน่วยการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พศ.2555.
6. Maida V. Factors that promote success in home palliative care: a study of a large suburban palliative care practice. J Palliat Care 2002;18:282-6.
7. Benzar E, Hansen L, Kneitel A, et al. Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. J Palliat Med 2011;14:65-9.