

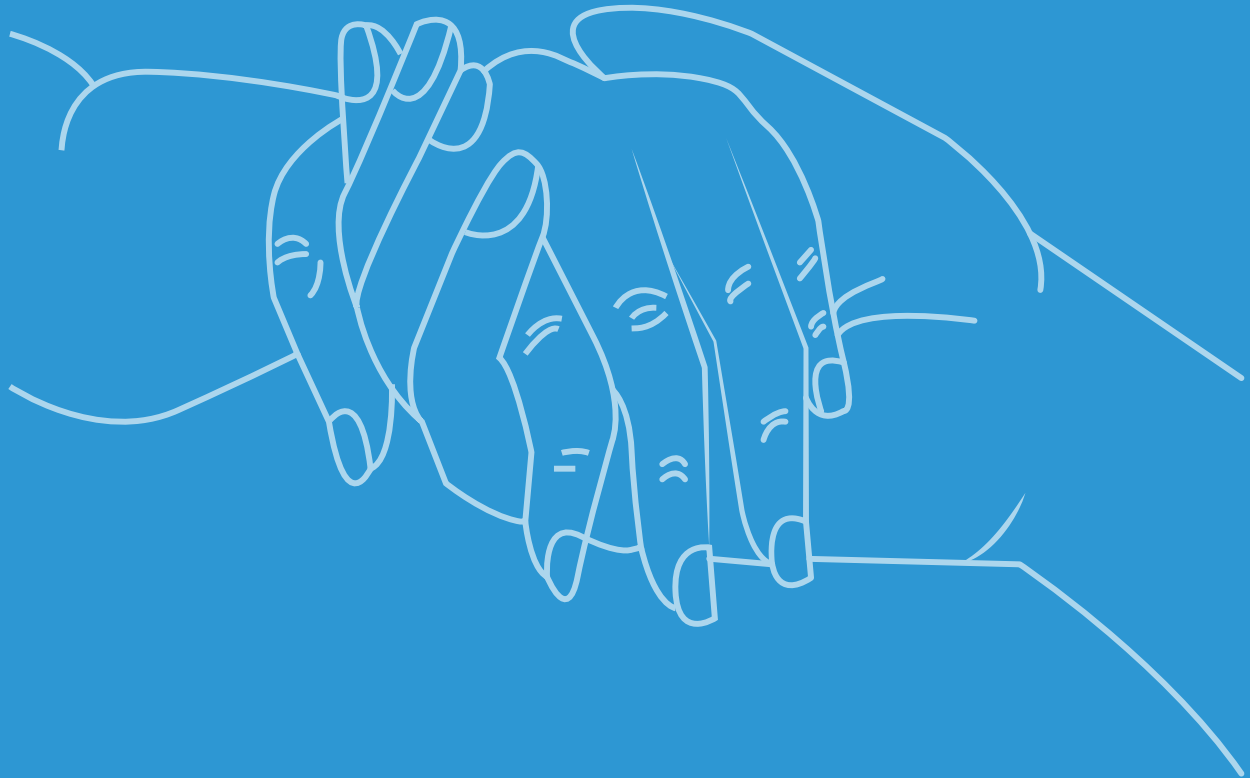
ISBN : 978-616-438-314-2



มาตรฐานคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

Quality Standards for Palliative Care



ศรียิ่ง ไพโรจน์กุล
ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

ศูนย์การุณรักษ์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Karunruk Palliative Care Center
เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
Thai Palliative Care Network

มาตรฐานคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
Quality Standards for Palliative Care

October 2021

Karunruk Palliative Care Center

Thai Palliative Care Network

Department of Medical Service, MOPH

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

ศูนย์การุณรักษ์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Karunruk Palliative Care Center
เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
Thai Palliative Care Network

มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

Quality Standards for Palliative Care

ISBN : 978-616-438-314-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2561 จำนวน 1,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 : พฤศจิกายน 2561 จำนวน 1,920 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3 : ตุลาคม 2564 จำนวน 1,000 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2539

รายการบรรณานุกรมสำเร็จรูป (CIP) ของห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ มข.

มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง = Quality Standards for Palliative Care / บรรณาธิการ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2564.

60 หน้า : ภาพประกอบ

ISBN 978-616-438-314-2

1. การดูแลแบบประคับประคอง 2. มาตรฐานคุณภาพ - - การดูแล. (1). ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, บรรณาธิการ. (2). มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์การุณรักษ์. [WB310 ม435 2561]

สอบถามและขอใช้/ปรับใช้ คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ติดต่อ ศูนย์การุณรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

สามารถ download ได้ที่

www.karunruk.org

ศูนย์การุณรักษ์

ตึกสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ชั้น 18

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

www.karunruk.org e-mail: karunrukk@gmail.com

Tel. 043-366-656

คำนำ

คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Quality Standards for Palliative Care) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองได้ใช้ในการประเมินคุณภาพศูนย์ดูแลแบบประคับประคองของตนเอง เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้จัดทำขึ้นโดยศูนย์การุณรักษ์ร่วมกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Thai Palliative Care Network) โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในเขตสุขภาพนำไปใช้ในการดำเนินการและใช้ในการประเมินคุณภาพ

การพัฒนาคู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้ได้ใช้คุณภาพมาตรฐานของประเทศ Australia และ Singapore เป็นต้นแบบ หลังการจัดทำในปี พศ. 2561 ได้มีศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจำนวนมากได้นำไปใช้ในการประเมินตนเอง พบว่าช่วยให้เห็นโอกาสในการพัฒนาการทำงาน คู่มือรุ่นแรกไม่มีการคิดเป็นค่าคะแนนในแต่ละตัวชี้วัด ทำให้ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบระหว่างศูนย์แต่ละแห่งได้ ในการปรับปรุงและจัดทำรุ่นใหม่ในปี พศ. 2564 นี้ ได้ทำการปรับให้มีการคิดค่าคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด และมีการปรับตัวชี้วัดบางตัวให้ประเมินได้ง่ายขึ้นและเหมาะสมกับสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศไทย

ผู้จัดทำคู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้ มีความคาดหวังว่าจะสามารถนำไปใช้ประเมินครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งจะเป็นกระบวนการ benchmarking ทำให้รู้ว่าองค์กรใดเป็นผู้ปฏิบัติได้ดีที่สุด ทำให้เกิดวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) เพื่อนำมา เป็นต้นแบบให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองอื่นนำมาปรับปรุงการดำเนินงานของตน โดยนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงาน และเป็นเส้นทางสู่สู่ความเป็นเลิศอย่างก้าวกระโดด นอกจากนี้การประเมินในวงกว้างจะช่วยสะท้อนคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในระดับประเทศ ทำให้เห็นช่องว่างในการพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบและยกมาตรฐานของการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยสู่ระดับมาตรฐานโลก

รศ.พญ.ศรียิ่ง ไพโรจน์กุล

หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ประธานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

สารบัญ

มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care

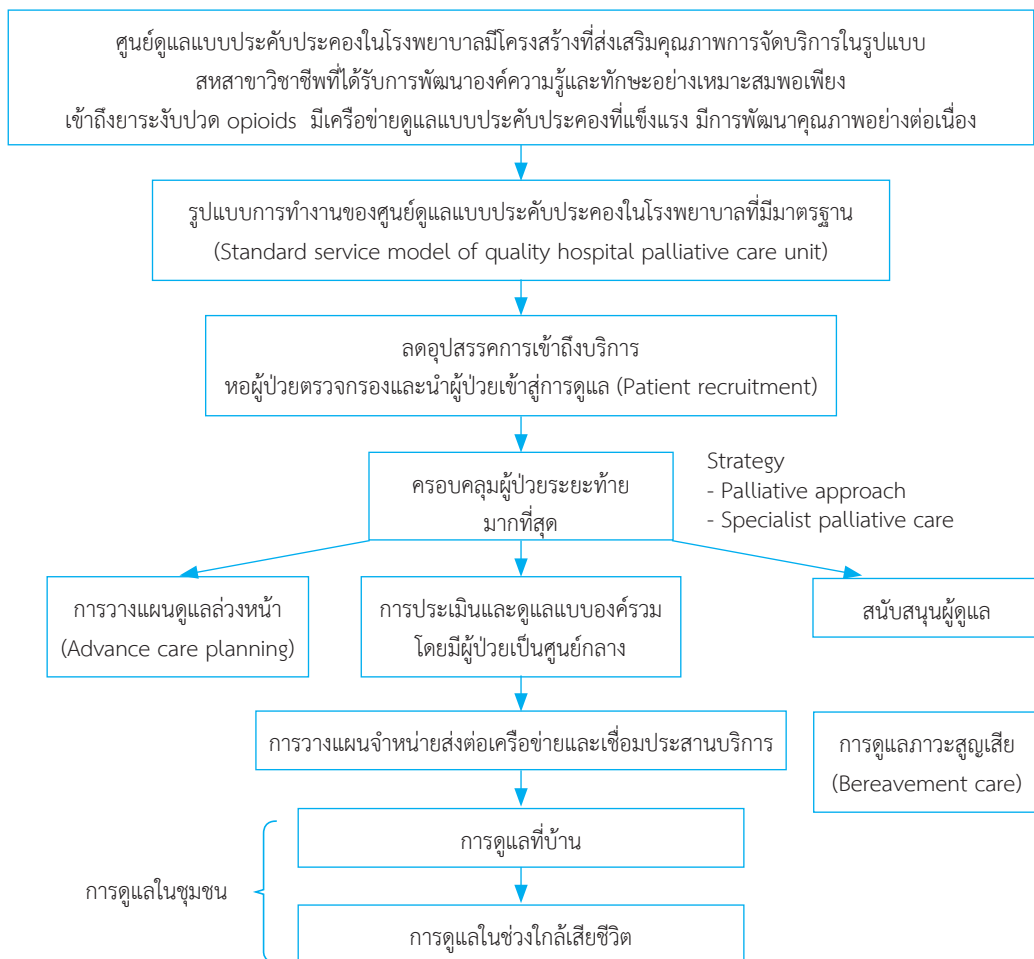
ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง	1
คำจำกัดความ	4
การแบ่งระดับระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง	8
มาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ	10
มาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง	15
มาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ	22
มาตรฐานคุณภาพที่ 4 การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	
มาตรฐานคุณภาพที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	32
มาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	36
มาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต	40
มาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล	45
มาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย	49
มาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม opioids	53
มาตรฐานคุณภาพที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ	58

ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

การจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ระบบบริการของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นต้นทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองโดยการตรวจกรอง เพื่อให้ได้รับการดูแลในเวลาที่เหมาะสมและครอบคลุม มีการประเมินแบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติทั้งกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตัว การให้ข้อมูลและช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า การทำงานในรูปแบบสหสาขา มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี มีการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต ทั้งนี้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีเครือข่ายในชุมชนที่รับการส่งต่อและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างและระบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญดังในแผนภูมิ



แผนภูมิโครงสร้างและการจัดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลของสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงต้องมีการประเมินตนเองเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพเหมาะกับบริบทและระบบบริการ วัฒนธรรมประเพณีของประเทศไทย

การวิเคราะห์คุณภาพการทำงานของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองหลังการเข้าสู่ service plan

ในปี พ.ศ. 2559 แม้การดูแลแบบประคับประคองจะเข้าสู่ระบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการให้บริการยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการประเมินและพัฒนา ศูนย์การุณรักษ์และเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำ Quality Standards for Palliative Care พร้อมสมุดคู่มือประเมินตนเองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561¹ เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โดยยึดแนวทางมาตรฐานคุณภาพของประเทศ Australia² และ Singapore³ มาเป็นต้นแบบและปรับให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย คู่มือนี้กรมการแพทย์ได้แจกจ่ายให้แก่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองทั่วประเทศเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน แต่ไม่ได้มีการควบคุมหรือตรวจสอบด้านคุณภาพอย่างเคร่งครัด การตรวจสอบคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจะทำให้เห็นภาพสถานการณ์ของการให้บริการ เห็นช่องว่างของคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง และช่วยในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐาน

การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง

World Palliative Care Alliance ได้จัดระดับบริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2012⁴ ได้รับการจัดให้อยู่ในระดับ 3a คือมีการจัดการบริการดูแลประคับประคองเฉพาะแห่ง ไม่ครอบคลุม และยังไม่เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ ในปี ค.ศ. 2017⁵ ประเทศไทยได้ถูกยกขึ้นมาให้อยู่ในระดับ 4a คือเริ่มมีการจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่กว้างขวางครอบคลุมและอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ ซึ่งนับว่าระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองของเรามีการพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่แข็งแรง ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุม จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้ขึ้นไปอยู่ในระดับ 4b เท่าเทียมกับไต้หวัน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และควรทำอย่างเร่งด่วนให้ทันรับกับสถานการณ์สุขภาพของประเทศเรา การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องมีความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพต่างๆ รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคลากรสุขภาพที่ทำงาน เพื่อฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ โดยมีเข็มมุ่งให้การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าไม่แพ้ประเทศที่มีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับโลก

เอกสารอ้างอิง

1. Pairojkul S. Quality Standard for Palliative Care. Khon Kaen: Klung Nanathum Publishing. 2019. [Internet] [cited 1 oct 2021]. Available from <http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/91-content/135-quality-standards?Itemid=437>
2. Palliative Care Australia. Standard for Providing Quality Palliative Care for all Australians. May 2005. [Internet] [cited 1 Oct 2021]. Available from: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/07/Standards-for-providing-quality-palliative-care-for-all-Australians.pdf>.

3. National Strategy for Palliative Care Implementation Taskforce. National Guidelines for Palliative Care. Jan 2015. [Internet] [cited 1 Oct 2021]. Available from: <http://singaporehospice.org.sg/en/wp-content/uploads/2018/05/National-Guidelines-for-Palliative-Care-and-Interpretation-Guide-1st-Edition-Dec-2015.pdf>. Accessed 10 June 2020.
4. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. [Internet] [cited 1 Oct 2021]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Access Mar 2020.
5. Clark D, Baur N, Clelland D, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. [Internet] [cited 1 oct 2021]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>

คำจำกัดความ

การเข้าใจคำจำกัดความต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองให้ตรงกันเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเข้าใจตรงกันของระบบบริการและระบบการเบิกค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ในปัจจุบันการเบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เฉพาะของการดูแลแบบประคับประคอง จะเป็นการเบิกจ่ายได้เฉพาะการเยี่ยมบ้านเท่านั้น ในอนาคตเมื่อปริมาณงานมีความชัดเจนอาจมีการเบิกจ่ายในส่วนอื่นเพิ่มขึ้นได้ ในปี พ.ศ. 2563 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทยขึ้น และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คำจำกัดความดังต่อไปนี้ได้คัดลอกมาจากคำจำกัดความที่จัดทำโดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ¹ เพื่อใช้อ้างอิงให้ตรงกัน

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ¹

ภาวะเรื้อรัง (Chronic condition) คือ ภาวะเจ็บป่วยหรือเสื่อมถอยทางกาย จิต หรือจิตเวชซึ่งดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ก่อให้เกิดข้อจำกัดถาวรต่อสมรรถนะทางกายจิตใจ และการรู้คิด (cognition) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม¹

ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life - limiting condition) คือ ภาวะที่รักษาไม่หายขาด และทำให้มีชีวิตรสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล¹

ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening condition) คือ ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง¹

การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care) คือ การบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เราเรียกระบบบริการนี้ว่า **ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospice service)** ซึ่งหมายถึง ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราวเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพัก (respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าว เรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice)¹

จากคำจำกัดความจะเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการวินิจฉัย ภาวะที่จำกัดชีวิต/คุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาจได้รับการดูแลในแนวทาง palliative approach (primary palliative care) โดยทีมสุขภาพทั่วไปที่ให้การดูแลผู้ป่วย ส่วนคำว่า Hospice care มักหมายถึง การจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ

ให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตและโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งอาจมีเวลาเหลือเพียง 6-12 เดือน² ซึ่งผู้ให้การดูแลมักเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ (specialist palliative care) เป็นการดูแลที่เบ็ดเสร็จ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็น และความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้ รูปแบบการดูแลมักเป็นการให้การดูแลที่บ้าน หรือในสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (hospice)

โดยทั่วไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม จะแบ่งการอบรมทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคองออกเป็น 3 ระดับ³ ได้แก่

(1) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (primary palliative care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(2) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (general palliative care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(3) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (specialist palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

ในส่วน of สถานดูแลแบบประคับประคอง (palliative care unit/center) ภายใต้การนิยามคำจำกัดความได้แบ่งระดับ of สถานดูแลแบบประคับประคองดังนี้

(1) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care unit) ทำหน้าที่จัดบริการ

(2) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ¹

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี¹ ทั้งนี้เรามักเข้าใจว่า End-of-Life care มีความหมายเหมือน Palliative care

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ¹

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ¹

การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids accessibility) คือ การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการสาธารณสุข เอื้อให้มีการบริหารยาเหล่านี้ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และส่งจ่ายในโรงพยาบาลทุกระดับ และสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน¹

การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to palliative care) คือ การเข้าถึงระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและพอเพียงโดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล¹

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือ การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในหลายๆ มิติของชีวิต รวมถึงสภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท¹

การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-center care) คือ การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสิทธิ ความประสงค์ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม¹

จิตวิญญาณ (Spirituality) การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต¹

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) คือ กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกในครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ¹ **และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will)** คือ หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย¹ ในการทำแผนดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมักจะมีการแต่งตั้งผู้มีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีที่ความต้องการของผู้ป่วยระบุไว้ว่าจะไม่ชัดเจน ผู้ตัดสินใจแทนจะเป็นผู้บอกความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยทีมสุขภาพในการตัดสินใจ คำจำกัดความของผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)¹ คือ บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ทำเอกสารที่มีผลทางกฎหมายเรียกว่าหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (lasting/durable power of attorney) ซึ่งคือ เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้¹

ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) คือ บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายถึงผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ

ครอบครัว (Family) คือ ผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย มีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา หรือคู่ชีวิต หรือทางกฎหมาย หรือประเพณีวัฒนธรรม หรือบุคคลที่ไว้วางใจ

ผู้ดูแล (Caregiver) คือ ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน ให้การดูแลโดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary team) คือ กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงาน หรือระบบเดียวกันรวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

ทีมสหวิทยาการ (Multi-disciplinary team) คือ กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลายสาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย
2. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care – creating a sustainable model. NEJM2013; 368:1173-1175.
3. Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). Palliative Care Competence Framework. Dublin: Health Service Executive. [Internet] [cited 1 Oct 2021]. Available from: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/322310/CompetenceFrameworkFinalVersion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

การแบ่งระดับระบบบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

การจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง จำเป็นต้องมีโครงสร้างและระบบการจัดบริการที่เอื้อต่อการบริการ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ศักยภาพของศูนย์ดูแลประคับประคองจะขึ้นกับระดับโรงพยาบาลซึ่งแบ่งตามขนาดเตียง โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และต้องทำงานร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองระดับนี้จึงต้องการทรัพยากรที่มากกว่าโรงพยาบาลระดับเล็ก

การแบ่งระดับของหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข¹

ได้มีการแบ่งระดับสถานพยาบาลตามจำนวนเตียงและศักยภาพ

ตติยภูมิ

- โรงพยาบาลศูนย์ (A)
- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S)
- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)

ทุติยภูมิ

- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)

ปฐมภูมิ

- สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

การจัดระบบบริการสุขภาพ¹

ระดับตติยภูมิ	ระดับบริการทุติยภูมิ	ระดับบริการปฐมภูมิ
บริการรักษาโรค โดยแพทย์เฉพาะทาง สาขาต่อยอด (Sub-specialty) ในระดับ Excellence Center สามารถให้บริการรักษาโรคโดยแพทย์สาขาต่อยอด ใน 4 ศูนย์หลักๆ ดังนี้ ศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ และศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ	บริการรักษาโรคทั่วไป โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ในทุติยภูมิระดับสูง อาจมีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (Major) หรือสาขารอง (Minor)	บริการส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู รักษาโรคเบื้องต้น ถึงระดับผู้ป่วยนอก โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว

การแบ่งระดับสถานบริการเพื่อการประเมินคุณภาพศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง

มาตรฐานคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองนี้ สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินคุณภาพของ ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองระดับโรงพยาบาลศูนย์ และระดับโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นระดับตติยภูมิ แต่สามารถ ทดลองนำมาใช้ในการประเมินศูนย์ดูแลแบบประคับประคองระดับทุติยภูมิ ซึ่งอาจมีความเชี่ยวชาญและทรัพยากร น้อยกว่าได้

ผู้ให้บริการ ระดับ A	ศูนย์ดูแลแบบ ประคับประคอง โรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	• มีทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะกลาง/ยาว • มีพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานทำงานแบบเต็มเวลา • มีวิชาชีพอื่นได้แก่ เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสา • ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในหอผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือมีเตียงดูแลผู้ป่วยของตนเอง • มีคลินิกผู้ป่วยนอก • มีระบบเยี่ยมบ้าน	• ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวที่มีความซับซ้อน • มีทรัพยากรในการจัดบริการที่ครบวงจร • ให้ข้อแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ให้บริการระดับ B • มีการเชื่อมต่อกับผู้ให้บริการระดับ B เพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการที่ซับซ้อน • มีการควบคุมคุณภาพและการตรวจประเมิน • สามารถจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมผู้ให้บริการทุกระดับ • มีระบบเครือข่ายที่เอื้อต่อการส่งต่อ
ผู้ให้บริการ ระดับ B	ศูนย์ดูแลแบบ ประคับ ประคอง โรงพยาบาล ระดับ F1-3, M2	• มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะกลาง • มีวิชาชีพอื่นได้แก่ เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด จิตอาสา • มีคลินิกผู้ป่วยนอก • มีระบบเยี่ยมบ้าน	• ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวซึ่งไม่ซับซ้อน • ให้ข้อแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ให้บริการในชุมชน • มีการเชื่อมต่อกับผู้ให้บริการระดับ A เพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน • มีการเชื่อมต่อกับผู้ให้บริการในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS) [Internet] [cited 21 October 21]. Available from <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>

มาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ

หลักการและเหตุผล การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำเป็นต้องบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพของประเทศเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และความยั่งยืนของการทำงาน ¹⁻³ ศูนย์ดูแลประคับประคองที่ทำหน้าที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ต้องมีสถานที่ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ มีโครงสร้างคณะกรรมการที่กำหนดทิศทางนโยบาย และกำหนดกลยุทธ์การดำเนินการ โดยการทำงานด้วยทีมสหสาขาที่ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับเพียงพอต่อการทำงาน มีการวางอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน รวมถึงมีระบบดูแลตนเองของบุคลากรผู้ทำงาน และเข้าถึงการสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดทางจิตใจ ⁴⁻⁶	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	1.1 ศูนย์ดูแลประคับประคองมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และกลยุทธ์การดำเนินการ 1.2 บุคลากรที่ทำงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน 1.3 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับปริมาณงาน เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ 1.4 บุคลากรที่ทำงานในศูนย์ดูแลประคับประคองจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง และต้องมีระบบที่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน 1.5 มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และพอเพียงสำหรับการจัดบริการ
แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
1.1 ศูนย์ดูแลประคับประคองมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และกลยุทธ์การดำเนินการ	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีผู้รับผิดชอบงานดูแลแบบประคับประคอง ■ มีโครงสร้างคณะกรรมการประกอบด้วย ประธานศูนย์ และเลขานุการ และกรรมการอื่นๆ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และกลยุทธ์การทำงาน ■ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ขอบเขตการทำงานของบุคลากร ■ ทีมมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสานการดูแล ■ มีการกำกับติดตามการทำงาน และมีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษากรณีประสบปัญหาที่กระทบจิตใจ ■ มีการสร้างสุขภาวะที่ดีในการทำงาน มีการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าของบุคลากร ■ มีการสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน/รพสต. เพื่อการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบงานด้านดูแลแบบประคับประคอง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของกรรมการ ■ มีแผนการดำเนินการของศูนย์ ■ มีหลักฐานการประชุมติดตามการทำงานอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

1.2 บุคลากรที่ทำงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน																										
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี																									
ผู้ให้บริการทุกระดับ - ทีมสหวิชาชีพต้องผ่านการอบรมด้าน palliative care จากองค์กรระดับประเทศ ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน WHO ได้กำหนดระยะเวลาการฝึกอบรมสำหรับประเทศ low- หรือ middle-income โดยให้บุคลากรที่ทำงานระดับปฐมภูมิต้องผ่านการอบรมระยะสั้น 20-40 ชั่วโมง บุคลากรทำงานระดับ secondary level และ tertiary level ต้องผ่านการอบรม intermediate level โดยผ่านการอบรมระยะ 60-80 ชั่วโมง ระดับตติยภูมิเฉพาะด้าน ซึ่งต้องการความชำนาญเฉพาะด้าน ต้องผ่านการอบรมระยะเวลา 3-6 เดือน¹ ผู้ให้บริการทุกระดับ - ทีมได้รับการอบรมในหัวข้อที่จำเป็นเหล่านี้¹ - Communication - Decision-making - Management of complications of treatment and the disease management of pain and symptoms - Psychosocial care for the patient and family - Spiritual understanding and approaches - Care of the dying - Bereavement care ผู้ให้บริการทุกระดับ - บุคลากรต้องได้รับการอบรมให้มีสมรรถนะที่สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับการอบรม - การทำงานในบริบทประเพณี วัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว - ปัญหาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องและแนวทางการแก้ปัญหา - การสื่อสาร การประสานความขัดแย้ง การให้คำปรึกษา - การใช้อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย (การให้ยาทาง syringe driver) - มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาล	ข้อเสนอแนะ ผู้ให้บริการทุกระดับ <table><tr><th>ระดับ รพ.</th><th>บุคลากร</th><th>ระยะเวลาการอบรม</th></tr><tr><td rowspan="3">A</td><td>แพทย์</td><td>3-6 เดือน</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>3-6 เดือน</td></tr><tr><td>เภสัช</td><td>20-40 ชั่วโมง</td></tr><tr><td rowspan="3">S, M1</td><td>แพทย์</td><td>60-80 ชั่วโมง</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>60-80 ชั่วโมง</td></tr><tr><td>เภสัช</td><td>20-40 ชั่วโมง</td></tr><tr><td rowspan="3">M2, F1-3</td><td>แพทย์</td><td>20-40 ชั่วโมง</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>20-40 ชั่วโมง</td></tr><tr><td>เภสัช</td><td>20-40 ชั่วโมง</td></tr></table> - มีการประเมินสมรรถนะของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ - มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีบุคลากร แพทย์ พยาบาล และเภสัชที่ผ่านการฝึกอบรมตามเกณฑ์อย่างน้อยวิชาชีพละ 1 คน แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ - คอร์สฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล เภสัช ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว https://www.karunruk.org/academic-training/ - คอร์สฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน website ของคณะพยาบาลต่างๆ - Links to e-learning courses and publications on palliative care education for health professionals and caregivers can be found at http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html		ระดับ รพ.	บุคลากร	ระยะเวลาการอบรม	A	แพทย์	3-6 เดือน	พยาบาล	3-6 เดือน	เภสัช	20-40 ชั่วโมง	S, M1	แพทย์	60-80 ชั่วโมง	พยาบาล	60-80 ชั่วโมง	เภสัช	20-40 ชั่วโมง	M2, F1-3	แพทย์	20-40 ชั่วโมง	พยาบาล	20-40 ชั่วโมง	เภสัช	20-40 ชั่วโมง
ระดับ รพ.	บุคลากร	ระยะเวลาการอบรม																								
A	แพทย์	3-6 เดือน																								
	พยาบาล	3-6 เดือน																								
	เภสัช	20-40 ชั่วโมง																								
S, M1	แพทย์	60-80 ชั่วโมง																								
	พยาบาล	60-80 ชั่วโมง																								
	เภสัช	20-40 ชั่วโมง																								
M2, F1-3	แพทย์	20-40 ชั่วโมง																								
	พยาบาล	20-40 ชั่วโมง																								
	เภสัช	20-40 ชั่วโมง																								

	- Palliative care training materials developed by WHO (Integrated management of adolescent and adult illness and Integrated management of childhood illness) are available to download from http://www.who.int/hiv/capacity/modules/en/index.html - ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี Palliative Care บทความน่าสนใจ https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliativeth																																																											
1.3 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับปริมาณงานเพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ																																																												
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี																																																											
เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นงานที่ต้องใช้เวลาและมีภาระการทำงานสูง รวมถึงเป็นการทำงานที่มีผลกระทบต่อจิตใจและก่อให้เกิดความเครียด จึงต้องมีบุคลากรที่เพียงพอต่อภาระงาน เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าของบุคลากรผู้ทำงาน ข้อเสนอแนะของ WHO¹ แพทย์ มีความสามารถในการจัดการอาการปวดและอื่นๆ และคุ้นเคยกับการจัดการโรคของผู้ป่วย แพทย์อาจทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม ในระยะแรกอาจไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์สาขาเฉพาะทาง palliative care อาจเป็นแพทย์ในสาขาต่างๆ ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม พยาบาล เป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากทำหน้าที่ในการดูแลยังทำหน้าที่ประสานการดูแล อาจทำหน้าที่หัวหน้าทีมสหสาขา เภสัชกร เนื่องจากการจัดการอาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เภสัชกรจึงมีความสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นโดยเฉพาะยากลุ่ม opioids Network of PC teams across the levels of health-care¹ Tertiary care level (A, S) national or regional hospital - Specialist PC team: physician, nurse, part-time social worker and pharmacist	ข้อเสนอแนะ บุคลากรศูนย์การดูแลประคับประคองควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล <table><tr><th>ระดับรพ.</th><th>วิชาชีพที่ต้องมี</th><th>จำนวนคนอย่างน้อย</th><th>บทบาท</th><th>ตำแหน่ง</th><th>วิชาชีพที่ควรมีเสริม</th></tr><tr><td rowspan="4">A, S (ผู้ให้บริการระดับ A)</td><td>แพทย์</td><td>3-4/1:200</td><td>Team manager</td><td>FTE 40H/W</td><td>นักสังคมฯ, นักจิตวิทยา, กายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>3-4/1:200</td><td>Case manager</td><td>Full-time</td><td>แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา, นักโภชนาการ, กิจกรรมบำบัด</td></tr><tr><td>เภสัชกร</td><td>1-2</td><td>Team member</td><td>Part-time</td><td></td></tr><tr><td>นักสังคม</td><td>1</td><td>Team member</td><td>Part-time</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">M1, M2 (ผู้ให้บริการระดับ A)</td><td>แพทย์</td><td>1</td><td>Team manager</td><td>Part-time</td><td>กายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>1</td><td>Case manager</td><td>Full-time</td><td>แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา</td></tr><tr><td>เภสัชกร</td><td>1</td><td>Team member</td><td>Part-time</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">F1-3 (ผู้ให้บริการระดับ B)</td><td>แพทย์</td><td>1</td><td>Team manager/ member</td><td>Part-time</td><td>กายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>พยาบาล</td><td>1</td><td>Care manager</td><td>Full-time/ Part-time</td><td>แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา</td></tr><tr><td>เภสัชกร</td><td>1</td><td>Team member</td><td>Part-time</td><td></td></tr></table>	ระดับรพ.	วิชาชีพที่ต้องมี	จำนวนคนอย่างน้อย	บทบาท	ตำแหน่ง	วิชาชีพที่ควรมีเสริม	A, S (ผู้ให้บริการระดับ A)	แพทย์	3-4/1:200	Team manager	FTE 40H/W	นักสังคมฯ, นักจิตวิทยา, กายภาพบำบัด	พยาบาล	3-4/1:200	Case manager	Full-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา, นักโภชนาการ, กิจกรรมบำบัด	เภสัชกร	1-2	Team member	Part-time		นักสังคม	1	Team member	Part-time		M1, M2 (ผู้ให้บริการระดับ A)	แพทย์	1	Team manager	Part-time	กายภาพบำบัด	พยาบาล	1	Case manager	Full-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา	เภสัชกร	1	Team member	Part-time		F1-3 (ผู้ให้บริการระดับ B)	แพทย์	1	Team manager/ member	Part-time	กายภาพบำบัด	พยาบาล	1	Care manager	Full-time/ Part-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา	เภสัชกร	1	Team member	Part-time	
ระดับรพ.	วิชาชีพที่ต้องมี	จำนวนคนอย่างน้อย	บทบาท	ตำแหน่ง	วิชาชีพที่ควรมีเสริม																																																							
A, S (ผู้ให้บริการระดับ A)	แพทย์	3-4/1:200	Team manager	FTE 40H/W	นักสังคมฯ, นักจิตวิทยา, กายภาพบำบัด																																																							
	พยาบาล	3-4/1:200	Case manager	Full-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา, นักโภชนาการ, กิจกรรมบำบัด																																																							
	เภสัชกร	1-2	Team member	Part-time																																																								
	นักสังคม	1	Team member	Part-time																																																								
M1, M2 (ผู้ให้บริการระดับ A)	แพทย์	1	Team manager	Part-time	กายภาพบำบัด																																																							
	พยาบาล	1	Case manager	Full-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา																																																							
	เภสัชกร	1	Team member	Part-time																																																								
F1-3 (ผู้ให้บริการระดับ B)	แพทย์	1	Team manager/ member	Part-time	กายภาพบำบัด																																																							
	พยาบาล	1	Care manager	Full-time/ Part-time	แพทย์แผนไทย, พระนักบวช, จิตอาสา																																																							
	เภสัชกร	1	Team member	Part-time																																																								

▪ Secondary care level (M, F) District hospital, Specialist PC team: physician, nurse who supervises primary health-care clinics, part-time social worker and pharmacist. ▪ Primary care level: Nurses trained in basic PC who are supervised by the district level and who train and supervise community volunteers and family caregivers. ▪ Community level: Community leaders, traditional healers, and family caregivers, who are trained to provide basic home-based care, and who are supervised by primary care level nurses.	
1.4 บุคลากรที่ทำงานในศูนย์ดูแลประคับประคองจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง และต้องมีระบบที่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
“กิจกรรมสนับสนุนการทำงานของบุคลากร” คือ มีแผนการในการสนับสนุนและรองรับบุคลากรที่ประสบปัญหา เผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก “เหตุการณ์วิกฤติ” คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉุกเฉินหรือคุกคามต่อกายและจิตใจของพนักงาน ผู้ให้บริการทุกระดับ ▪ มีการระบุ และให้เข้าถึงการสนับสนุนประคับประคองตามสถานการณ์ ทั้งการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความมั่นใจในการทำงาน รวมถึงมีมาตรการการจัดการ และการเข้าถึงการปรึกษากรณีประสบภาวะวิกฤติ ▪ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรผู้ทำงานให้สามารถปรับตัวได้ เผชิญปัญหา และจัดการกับความเครียด รวมถึงระบบพี่เลี้ยง ▪ มีช่องทางอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ ให้คำปรึกษา (ตัวอย่าง เช่น การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญพิเศษ)	แนวปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ▪ มีหลักฐานการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรผู้ทำงานในการเผชิญสถานการณ์ ปรับตัว และเสริมความเข้มแข็ง เช่น - การปฐมพยาบาล - ระบบพี่เลี้ยงดูแล ให้คำปรึกษา - การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียด - โปรแกรมการพัฒนาวิชาชีพ เช่น ทักษะการสื่อสาร ▪ มีหลักฐานแนวทางการเข้าถึงความช่วยเหลือ/การขอคำปรึกษาของบุคลากรผู้ทำงาน โดยมีระบบการจัดเก็บเป็นความลับ

1.5 มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและพอเพียงสำหรับการจัดบริการ	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีความสำคัญที่สุด คือ ยากลุ่ม opioids ซึ่งจำเป็นต้องมีในทุกโรงพยาบาล เวชภัณฑ์ ผู้ให้บริการระดับ B มี essential opioids ดังต่อไปนี้ - Morphine injection - Immediate-released morphine: MOIR, MO syrup - Controlled-release morphine: MST (10, 30), Kapanol (20, 50) * การผ่านเกณฑ์ต้องมีครบทุก item แต่ไม่จำกัดขนาด	เวชภัณฑ์ ผู้ให้บริการระดับ A มี essential opioids ดังต่อไปนี้ - Morphine injection - Immediate-released morphine: MOIR, MO syrup - Controlled-release morphine: MST (10, 30), Kapanol (20, 50) - Fentanyl injection, TD * การผ่านเกณฑ์ต้องมีครบทุก item แต่ไม่จำกัดขนาด
ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องปั๊มสารละลาย syringe driver	ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานการทำทะเบียนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ■ มีระบบบันทึกการยืมอุปกรณ์

References

1. World Health Organization. Palliative care: Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes 2007; Available from: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/index.html (Access March 1, 2021)
2. 67th World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. WHO Agenda item 9.4, January 23, 2014. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (Access March 1, 2021)
3. Stjernward J, Foley K, and Ferris F. The public health strategy for palliative care. J Pain Symp Manage 2007;33:486-93.
4. Dahlin C. National Consensus Project for Quality Palliative care. In: Ferrel BR, ed. Structure and Process of Care. NY: Oxford University Press. 2015, p 1-11.
5. Fogelman PM and Bakitas M. Hospital-Based Palliative Care. In: Ferrel BR, ed. Structure and Process of Care. NY: Oxford University Press. 2015, p 13-46.
6. การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. 2060. หน้า 18-1. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>

มาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายได้รับการวินิจฉัย และเข้ารับการบริการแบบประคับประคอง ในเวลาเหมาะสม

หลักการและเหตุผล ผู้ป่วยทุกรายที่มีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ควรได้รับการดูแลด้วยบุคลากรสาธารณสุขโดยการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care approach) ความล้มเหลวในการวินิจฉัยผู้ที่มีสภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตนำไปสู่การดูแลที่ไม่เหมาะสม การลดอุปสรรคการเข้าถึงการดูแล และการวินิจฉัยที่ทันเวลาร่วมกับการประเมินที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถประเมินความต้องการ และจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁻³ ผู้ป่วยที่มีความต้องการที่เกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการจะต้องสามารถเข้าถึงการบริการแบบประคับประคองจากศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นนอกเหนือจากบริการแบบประคับประคอง⁴⁻⁸	
ทุกระดับ	2.1 มีหลักฐานที่แสดงถึงระบบที่ใช้ค้นหา ตรวจกรอง และระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย (มีโอกาเสียชีวิตภายใน 12 เดือน) 2.2 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง หรือบริการอื่นที่จำเป็น ถ้าความต้องการของผู้ป่วยเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ 2.3 ผู้ให้บริการมีระบบในการตรวจคัดกรอง และจัดลำดับความเร่งด่วนของการปรึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะได้รับในเวลาที่เหมาะสม 2.4 มีหลักฐานแสดงการจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย รวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแล ทราบถึงผู้ที่จะต้องติดต่อเพื่อให้ได้รับบริการ และทราบแหล่งข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง 2.5 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ควรสามารถเข้าถึงหน่วยบริการอื่นที่ให้การช่วยเหลือได้ 2.6 ผู้ให้บริการมีหลักปฏิบัติสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านการดูแลแบบประคับประคอง หรือกรณีมีความต้องการเร่งด่วน
ระดับ A	2.7 ผู้ให้บริการสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญตามความต้องการที่เหมาะสม
เครื่องมือประเมิน	
1	เครื่องมือที่ใช้ระบุผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย 1a. Gold standard Framework (GSF) Prognostic Indicator Guidance⁹ 1b. Palliative Care network of Wisconsin. Fast Fact and Concepts¹⁰ 1c. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ Functional unit and list of disease of Palliative care¹¹ 1d. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง¹²

2	2a. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การขอรับการปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย ¹³
3	การดูแลในภาวะฉุกเฉิน 3a. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน ¹⁴ 3b. Palliative Care Guidelines ศูนย์การุณรักษ์ ¹⁵
แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
2.1 มีหลักฐานที่แสดงถึงระบบที่ใช้ในการค้นหา ตรวจกรอง และระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย (มีโอกาเสียชีวิต ภายใน 12 เดือน)	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ระบบ กระบวนการในการค้นหาและระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life-limiting illnesses) มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 12 เดือน โดยผู้ป่วย ■ อยู่ในสภาวะที่โรคไม่สามารถรักษาได้ มีการดำเนินอย่างต่อเนื่องและลุกลาม ■ ผู้ป่วยแก่หง่อม และมีโรคร่วมมาก ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 12 เดือน ■ สภาวะโรคที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากภาวะวิกฤติของโรคนั้นๆ ■ ภาวะคุกคามต่อชีวิตเฉียบพลันจากการเกิดภัยอันตรายร้ายแรง	ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ผู้ให้บริการทุกระดับ เป็นผู้ระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย ■ ทำได้โดยการใช้เครื่องมือประเมิน (ข้างล่าง) หรือการใช้ Surprise question “คุณจะประหลาดใจหรือไม่ที่ผู้ป่วยคนนี้จะเสียชีวิตภายใน 12 เดือนข้างหน้า”⁴ เครื่องมือประเมิน 1a. Gold Standards Framework (GSF) Prognostic Indicator Guidance. (http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf) 1b. Disease-specific indicators of prognosis: • Heart failure: CAPC Fast Facts #143 Prognostication in Heart Failure https://www.mypcnow.org/blank-fj2d4 • Renal Failure: CAPC Fast Fact #191– Prognosis in Patients Receiving Dialysis https://www.mypcnow.org/blank-zh8vg • Liver Failure: FastFacts#189–Prognosis in Decompensated Chronic Liver Failure https://www.mypcnow.org/blank-t9wv6 • Dementia: FastFacts#150Prognosticationin Dementia https://www.mypcnow.org/blank-txv87 • COPD: FastFacts#141–Prognosis In End-Stage COPD https://www.mypcnow.org/blank-ye0fz • HIV/AIDS: FastFact#213–Prognosis In HIV and AIDS https://www.mypcnow.org/blank-uh2m9

ระยะเวลา 12 เดือน ใช้เป็นแนวทางในการระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย การระบุผู้ป่วยเหล่านี้ควรทำในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการจัดบริการการดูแลที่มีคุณภาพ รวมถึงการดูแลและการสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย	- Anoxic Ischemic & Encephalopathy:FastFact#234–Prognosis of Anoxic-Ischemic Encephalopathy https://www.mypcnow.org/blank-pjsyy 1c. Functional unit and list of disease of palliative care สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์¹¹ 1d. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง⁷
2.2 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองหรือบริการอื่นที่จำเป็น ถ้าความต้องการของผู้ป่วยเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตที่ได้รับการดูแลด้วยทีมสุขภาพโดยใช้ palliative approach เมื่อมีความต้องการที่ซับซ้อนเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ ควรได้รับการส่งต่อศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นถ้าจำเป็น ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้แก่ ■ มีอาการที่จัดการลำบาก เช่น ภาวะปวดที่ควบคุมได้ไม่ดี และ/หรือ อาการไม่สบายอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วแต่ยังไม่ดีขึ้น ■ มีประเด็นทางจิตสังคม และ/หรือ จิตวิญญาณที่ซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ■ มีความยุ่งยากในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ■ มีความยุ่งยากในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้ตัวชีวิต ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีแนวปฏิบัติการขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย ■ มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยประเมินจากร้อยละของผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแล เกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ และได้รับการส่งต่อ ตัวตั้ง: จำนวนของผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ และได้รับการส่งต่อ ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความต้องการในการดูแล เกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ แหล่งข้อมูล ■ แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย⁶

ผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญในสาขาอื่นๆ เช่น ■ ผู้เชี่ยวชาญความปวด ■ จิตแพทย์ ■ แพทย์รังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เป็นต้น	
2.3 ผู้ให้บริการมีระบบในการตรวจคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วนของการปรึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะได้รับในเวลาที่เหมาะสม	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ให้บริการแบบประคับประคองจะต้องรับการส่งต่อ/รับปรึกษาจากผู้ให้บริการ/ผู้เชี่ยวชาญ หรือจากสถาบันอื่นๆ - การส่งต่อการดูแลที่บ้านจะได้รับการดูแลภายในเวลาที่กำหนด โดยพิจารณาตาม PPS ของผู้ป่วย	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการดูแลหรือติดต่อภายในเวลาที่กำหนด ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อรายใหม่ที่ได้รับการดูแล หรือติดต่อภายในเวลาที่กำหนด ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อรายใหม่ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับไว้ใน การดูแล ✓ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรายใหม่: ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับการดูแลภายใน 1 วันทำงาน ✓ ผู้ป่วยนอก/ที่อยู่ที่บ้านรายใหม่: ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับการติดต่อจากทีม โดย - ระดับ PPS < 30 ภายใน 1 วัน - ระดับ PPS = 40-50 ภายใน 3 วัน - ระดับ PPS > 50 ภายใน 1 สัปดาห์
2.4 มีหลักฐานแสดงการจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายรวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแลทราบถึงผู้ที่จะต้องติดต่อเพื่อให้ได้รับการบริการ และทราบแหล่งข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลต้องได้รับหรือมีแหล่งข้อมูลที่แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ■ ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลทราบช่องทางการติดต่อผู้ให้บริการด้านการดูแลประคับประคอง	แหล่งข้อมูล ■ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/ความรู้ความเข้าใจการดูแลประคับประคอง.pdf ■ แผ่นพับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/4.-การดูแลแบบประคับประคอง.pdf ■ บทความเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย/เรื่องเล่าจากประสบการณ์ . https://med.mahidol.ac.th/fammed/palliativecare/knowledges ■ หลักการดูแลประคับประคอง https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th

มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

	คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care). บังอร ไทรเกตุ บรรณาธิการ, 2556. https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/palliative-care-48737757.
2.5 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ควรสามารถเข้าถึงหน่วยบริการอื่นที่ให้การช่วยเหลือได้	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ มีบริการแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง และทุกวัน	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ - มีหลักฐานแสดงการมีระบบการเข้าถึง หรือติดต่อบุคลากรศูนย์ดูแลแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น ตารางเวร สำหรับบริการแบบประคับประคอง - กรณีไม่มีระบบการเข้าถึงการปรึกษาศูนย์ดูแลแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีระบบทดแทน เช่น การโทรห้องฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยที่มีบุคลากรรับผิดชอบ เป็นต้น
2.6 ผู้ให้บริการมีหลักปฏิบัติสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านการดูแลประคับประคอง หรือกรณีมีความต้องการเร่งด่วน	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจัดทำหลักปฏิบัติในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินหรือความต้องการจำเป็นเร่งด่วนให้กับผู้ให้บริการและต้องมีแนวทางเหล่านี้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการครอบคลุมถึงสภาวะ palliative care emergency ต่อไปนี้ - Pain crisis - Stridor - Massive Bleed - Intractable seizure - New spinal cord compression - Superior vena cava obstruction - High suicide risk	มาตรการที่แนะนำ ผู้ให้บริการทุกระดับ - มีแนวปฏิบัติการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แหล่งข้อมูล - แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน⁸ - Palliative Care Guidelines ศูนย์การุณรักษ์⁹

2.7 ผู้ให้บริการสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญตามความต้องการที่เหมาะสม	
มาตรฐานคุณภาพ - คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการระดับ A มีรายชื่อของแพทย์ผู้ส่งปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญที่สามารถติดต่อได้เมื่อต้องการ เช่น ■ แพทย์ผู้ส่งปรึกษา ■ Medical oncologists ■ Radiation Oncologist ■ Pain specialist ■ Psychiatrist ■ อื่นๆ (ตามความจำเป็นขององค์กร)	มาตรการที่แนะนำ ผู้ให้บริการระดับ A ■ หลักฐานของรายชื่อผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันอื่นๆ ที่สามารถติดต่อได้เมื่อต้องการ รายการเหล่านี้ต้องมีอย่างน้อย: ✓ แพทย์ผู้ส่งปรึกษา ✓ Medical oncologists ✓ Radiation Oncologist ✓ Pain specialist ✓ Psychiatrist ✓ อื่นๆ (ตามความจำเป็นขององค์กร)

เอกสารอ้างอิง

1. Gaertner J, Weingärtner V, Wolf J, Voltz R. Early palliative care for patients with advanced cancer: how to make it work? Curr Opin Oncol 2013;25(4):342-52.
2. Glare PA. Early implementation of palliative care can improve patient outcomes. J Natl Compr Canc Netw 2013;11Suppl1:S3N9.
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363(8):733-42.
4. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. N Engl J Med 2013;368(13):1173-5.
5. Reville B, Reifsnyder J, McGuire DB, Kaiser K, Santana AJ. Education and referral criteria: impact on oncology referrals to palliative care. J Palliat Med 2013;16(7):786-9.
6. Addicott R. Delivering better end-of-life care in England: barriers to access for patients with a non-cancer diagnosis. Health Econ Policy Law 2012;7(4):441N-4.
7. Le BH, Watt JN. Care of the dying in Australia's busiest hospital: benefits of palliative care consultation and methods to enhance access. J Palliat Med 2010;13(7):855-60.
8. Lyckholm JJ, Coyne PJ, Kreutzer KO, Ramakrishnan V, Smith TJ. Barriers to effective palliative care for low-income patients in the late stages of cancer: A report of a study and strategies for defining and conquering the barriers. Nurs Clin N Am 2010;45(3):399-409.
9. Gold standard Framework (GSF) Prognostic Indicator Guidance. <https://www.goldstandards-framework.org.uk> (access Apr 14, 2021).

10. Palliative Care network of Wisconsin. Fast Fact and Concepts. <https://www.mypcnw.org/fast-facts> (access Apr 14, 2021).
11. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. Functional unit and list of disease of Palliative care. <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>
12. การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. 2560. หน้า 3-1. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
13. การขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560 หน้า 4-1. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
14. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560 หน้า 12-1. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
15. Karunruk Palliative Care Center. Handbook for Palliative Care Guidelines. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf>

มาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ โดยมีความต่อเนื่องในการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่น

หลักการและเหตุผล ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการหลายหน่วยงานในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย การประสานงานที่ไม่ดี ซึ่งได้แก่ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างวิชาชีพและหน่วยบริการ ความไม่ยืดหยุ่น ต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลแบบแยกส่วน การขาดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย อาจเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น (เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเข้าแผนกฉุกเฉิน และการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น) ดังนั้นการส่งต่อและประสานงานที่ดีจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ¹⁻⁷	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	3.1 มีผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย
	3.2 มีการจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานบริการและหน่วยงานอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและเป็นองค์รวม
	3.3 ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มีรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการของสถานพยาบาล
	3.4 มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่จำเป็นและมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับส่งต่อ
	3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการนอกเหนือขอบเขตของการให้บริการตามปกติ เช่น การดูแลพิเศษที่เฉพาะตัวควรมีการส่งต่อให้ผู้บริการรายอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
	3.6 มีแผนการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
เครื่องมือประเมิน	
1	แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่นๆ
2	เอกสารการให้บริการของหน่วยงานและช่องทางติดต่อผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย
3	ศูนย์การรณรงค์ - แผ่นพับการดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ⁸
แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
3.1 มีผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยทุกรายควรมีการระบุผู้ให้บริการหลักเพื่อประสานการดูแล	แนวปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ให้บริการหลัก ที่ได้รับการกำหนดให้เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้บริการหลัก หมายถึง ■ โรงพยาบาลทั่วไป - ทีมผู้เชี่ยวชาญหลักหรือทีมดูแลแบบประคับประคอง ■ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง - ทีมดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้บริการหลักสามารถเปลี่ยนแปลงตามสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ ขึ้นกับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไหน	■ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนสถานบริการ ต้องมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบให้แก่สถานบริการที่ส่งต่อ
3.2 มีจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานบริการและหน่วยงานอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ร้อยต่อและเป็นองค์รวม	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมักมีการส่งต่อจากสถานบริการหนึ่งไปอีกสถานบริการหนึ่ง การมีเครือข่ายทั้งแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไร ร้อยต่อ และเป็นองค์รวม	แนวปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีการสร้างระบบเชื่อมต่อกับหน่วยบริการทุกระดับเป็นเครือข่าย ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร ร้อยต่อ
3.3 ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มีรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการของสถานพยาบาล	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ มีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาราชการ เช่น ■ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ■ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรที่สามารถตรวจสอบได้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาราชการ เช่น - ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล - ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน
3.4 มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่จำเป็นและมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับส่งต่อ	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ จำเป็นต้องมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับดูแลผู้ป่วยโดยเป็นเอกสารหรือการพูดคุย	แนวปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนส่งต่อ ที่มีการส่งต่อข้อมูลด้วยการโทรศัพท์สื่อสารหรือเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อมูลที่ส่งต่อควรประกอบด้วย - สรุปอาการที่เป็นปัญหาในระหว่างการเข้ารักษาพยาบาล - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา (ถ้ามี) - ข้อมูลเรื่องการใช้จ่ายและการตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียง วันที่ปรับขนาดยาต่างๆ - การพูดคุยเรื่องเป้าหมายการดูแล - แผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (ถ้ามี) - มีการแจ้งเตือนกรณีที่มีปัญหา เช่น การมีข้อขัดแย้งในครอบครัว การวินิจฉัยที่ล่าช้า เป็นต้น	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งได้มีการส่งต่อ (สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นไปตามแผนหรือตามคาดการณ์)
3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการนอกเหนือขอบเขตของการให้บริการตามปกติ เช่น การดูแลพิเศษที่เฉพาะตัว ควรมีการส่งต่อให้ผู้บริการรายอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ บางครั้งความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวอยู่นอกเหนือขอบเขตของการให้บริการตามปกติของสถานบริการ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการจากสถานบริการอื่นที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม	ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีเอกสาร/หลักฐานของสถานบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยมา เพื่อให้เกิดการบริการที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจรวมถึงการเข้าถึงดูแลรักษาบางอย่าง เช่น - ความช่วยเหลือที่บ้าน - ความช่วยเหลือที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน - ความช่วยเหลือด้านการเดินทาง - การฟื้นฟูสมรรถภาพ - การให้คำปรึกษา - อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น ■ ทั้งนี้การประสานงานอาจทำโดยทีมงาน/สังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล
3.6 มีแผนการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ที่ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ จะต้องมีหลักปฏิบัติในการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยทำเป็นเอกสาร/แผ่นพับที่ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ	แนวปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงวิธีปฏิบัติ หรือเอกสาร/แผ่นพับข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ แผ่นพับคำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

	ตัวชี้วัด ร้อยละของครอบครัวที่ได้รับการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ตัวตั้ง: จำนวนครอบครัวที่ได้รับข้อมูล ตัวหาร: จำนวนครอบครัวผู้เสียชีวิตในการดูแลทั้งหมด
--	--

References

1. Mason B, Epiphanou E, Nanton V, Donaldson A, Shipman C, Daveson BA, Harding R, Higginson I, Munday D, Barclay S, Boyd K, Dale J, Kendall M, Worth A, Murray SA. Coordination of care for individuals with advanced progressive conditions: a multi-site ethnographic and serial interview study. Br J Gen Pract 2013;63(613):e580-8.
2. Husain A, Barbera L, Howell D, Moineddin R, Bezjak A, Sussman J. Advanced lung cancer patients' experience with continuity of care and supportive care needs. Support Care Cancer 2013;21(5):1351-8.
3. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol 2013;14(7):638-46.
4. Engelhardt JB, McClive-Reed KP, Toseland RW, Smith TL, Larson DG, Tobin DR. Effects of a program for coordinated care of advanced illness on patients, surrogates, and healthcare costs: a randomized trial. Am J Manag Care 2006;12(2):93-100.
5. Aiken LS, Butner J, Lockhart CA, Volk-Craft BE, Hamilton G, Williams FG. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. J Palliat Med 2006;9(1):111-126.
6. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. Lancet 2000;356(9233):888-893.
7. Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, Freeling P. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliat Med 1996;10(2):151-61.
8. แผ่นพับคำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/10.-คำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.pdf>

มาตรฐานคุณภาพที่ 4

การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
โดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย
และครอบครัว/ผู้ดูแล

หลักการและเหตุผล ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายควรได้รับการประเมินแรกเริ่มแบบองค์รวมโดยครอบคลุมความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อค้นหาความต้องการและให้การสนับสนุนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ¹⁻³ มีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก เพื่อตอบสนองความต้องการของที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายทุกราย ได้รับการประเมินและบันทึกครอบคลุมถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณสังคมและวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม
	4.2 มีหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังจากการประเมินแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล
	4.3 มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ
	4.4 มีหลักฐานการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ตามความเหมาะสมโดยมีการบันทึกข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาตามความต้องการที่เปลี่ยนไป
	4.5 มีการประเมินอาการทางกาย และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม
	4.6 มีวิธีที่จะตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย
เครื่องมือ	
1	แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วย: ก. แบบฟอร์มของผู้ให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ
2	เครื่องมือการประเมินอาการ: ก. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). ⁴ ข. Palliative Care Outcome Collaboration (PCOC). ^{5, 6}
3.	เครื่องมือประเมินจิตใจ โปรท็อกซ์ ⁷
4.	เครื่องมือการประเมินจิตวิญญาณ: ก. FICA Spiritual Assessment Tool. ^{8, 9} ข. HOPE Spiritual Assessment Tool. ¹⁰

แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายทุกราย ได้รับการประเมินและบันทึกครอบคลุมถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ควรมีการบันทึกเกี่ยวกับการตรวจกรองและแนวทางรักษาอาการที่พบได้บ่อย เช่น อาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประเมินความต้องการทางจิตสังคม ผู้ป่วยทุกคนต้องมีบันทึกการประเมินเบื้องต้นดังต่อไปนี้ ■ อาการปวด หายใจลำบาก และอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ■ การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์/การเผชิญกับสถานการณ์/ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า ■ ประวัติทางสังคม แผนภูมิครอบครัว หรือบันทึกเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เศรษฐกิจ สังคม ■ จิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา และความชอบหรือความต้องการต่อแนวทางการรักษาพยาบาล ■ วัฒนธรรม เชื้อชาติ ภาษาที่สื่อสาร หรือเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านการรักษาพยาบาล	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองอาการปวด ระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรกหรือการประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองอาการปวด ระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรกหรือการประเมินเบื้องต้น ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการบริการครั้งแรกหรือการประเมินเบื้องต้น ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน และปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย) ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่เข้ารับการตรวจกรองระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย) ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม ในการตรวจกรองครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น(ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย) ซึ่งอย่างน้อยควรทำการประเมินด้าน ✓ จิตใจ: อารมณ์ /การเผชิญปัญหา/ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า ✓ สังคม: แผนภูมิครอบครัวหรือบันทึกเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ✓ จิตวิญญาณ: ศาสนา ✓ วัฒนธรรม: เชื้อชาติ ภาษาที่สื่อสาร (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานของผู้ป่วย)

	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกด้าน สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม ในการตรวจกรองครั้งแรก ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งได้รับการตรวจกรองครั้งแรก เครื่องมือการประเมิน ■ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) http://www.palliative.org/newpc/professionals/tools/esas.html ■ Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) http://ahsri.uow.edu.au/pcoc/forms/index.html ■ FICA Spiritual Assessment Tool https://smhs.gwu.edu/gwish/clinical/fica ■ HOPE Spiritual Assessment Tool ■ https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/mental-health/treatments-and-wellbeing/spirituality-and-mental-health-a-guide-to-the-assessment-of-spiritual-concerns-in-mental-healthcare.pdf?sfvrsn=2a344130_2 ■ iPOS-Integrated Palliative Care Outcomes Scale https://pos-pal.org
4.2 มีหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังจากการประเมินแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยทุกราย (ทั้งด้านการจัดการอาการปวด รวมถึงอาการอื่นๆ และปัญหาด้านจิตใจสังคม และ จิตวิญญาณ)	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น(ตรวจสอบจากบันทึกรายงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น

4.3 มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีบันทึกที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยในทีมควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ให้คำปรึกษา และการมีส่วนร่วมของเภสัชกร นักโภชนาการ ผู้นำจิตวิญญาณ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่สนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาล (ถ้าจำเป็น) สถานบริการทุกระดับควรมีการร่วมมือทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีการประชุมหารือกันในกลุ่มเป็นระยะๆ	มาตรการที่แนะนำ ผู้ให้บริการทุกระดับ หลักฐานการประชุมของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ร้อยละของผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้วยการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้วยการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ในการรักษาทั้งหมด
4.4 มีหลักฐานการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยมีการบันทึกข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เปลี่ยนไป รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาตามความต้องการที่เปลี่ยนไป	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีบันทึกในการประเมินและแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีการปรับปรุงเป็นประจำตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีการประเมินและติดตามผลการดูแลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยบรรเทาอาการต่างๆของผู้ป่วย เช่น อาการปวด และหายใจลำบาก	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ร้อยละของอาการปวดของผู้ป่วยในระดับปานกลางหรือรุนแรง (ค่าคะแนน ≥ 4) ลดลงภายใน 72 ชั่วโมง (ตรวจสอบบันทึกในเวชระเบียน) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดในระดับปานกลางหรือรุนแรง (ค่าคะแนน ≥ 4) ลดลงภายใน 72 ชั่วโมง ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่มีอาการปวดในระดับปานกลางหรือรุนแรง(ค่าคะแนน ≥ 4)
4.5 มีการประเมินอาการทางกาย และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีการบันทึกผลการประเมิน อาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ตลอดการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรือน้อยทุกๆ 3 วัน นอกเหนือจากนี้ ต้องมีการบันทึกผลการประเมินทางจิตใจและจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ	ผู้ให้บริการทุกระดับ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการปวด ทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรือน้อยทุกๆ 3 วัน (ตรวจสอบการบันทึกจากเวชระเบียน) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการปวด ทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรือทุกๆ 3 วัน

	ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้พบผู้ให้บริการได้ตรวจเยี่ยมมากกว่า 1 ครั้ง ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน และปัญหาในระบบทางเดินอาหารทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรืออย่างน้อยทุกๆ 3 วัน (ตรวจสอบการบันทึกจากเวชระเบียน) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน และมีปัญหาในระบบทางเดินอาหารทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรืออย่างน้อยทุกๆ 3 วัน ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้พบผู้ให้บริการได้ตรวจเยี่ยมมากกว่า 1 ครั้ง ■ ร้อยละของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวที่ได้รับการประเมินความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรืออย่างน้อยทุกสัปดาห์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินนั้น ได้แก่ ✓ ESAS (ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า/สภาวะความเป็นอยู่ที่ดี) ✓ PCOC (ระดับคะแนนของปัญหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยา จิตวิญญาณ และทางสังคม) ✓ IPOS (ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า/ความรู้สึกสงบ) ✓ เครื่องมืออื่นๆ เช่น Distress Thermometer (ตรวจสอบการบันทึกจากเวชระเบียน) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวที่ได้รับการประเมินความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการหรืออย่างน้อยทุกสัปดาห์ ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวทั้งหมดที่ได้พบผู้ให้บริการมากกว่า 1 ครั้ง
4.6 มีวิธีที่จะตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ต้องมีบันทึกในการตรวจกรองหรือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในรายที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมินเรื่องการฆ่าตัวตาย (ตรวจสอบบันทึกเวชระเบียน)

การตรวจกรองหรือโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาที่เหมาะสม	การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q หรือประเมินสามารถทำได้โดยการถามผู้ป่วยว่า “มีความคิดเรื่องการจบชีวิตตัวเองบ้างไหม” ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินเรื่องการฆ่าตัวตาย ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการลงความเห็นว่ามีภาวะซึมเศร้า
---	--

เอกสารอ้างอิง

- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 2010;16(5):423-435.
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock R, Ahles TA. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(7):741-93.
- Abernethy AP, Currow DC, Fazekas BS, Luszcz MA, Wheeler JL, Kuchibhatla M. Specialized palliative care services are associated with improved short-and long-term caregiver outcomes. *Support Care Cancer* 2008;16(6):585-97.
- Edmonton Symptom Assessment System Revised. Available online. <http://hpcconnection.ca/wp-content/uploads/2018/02/esas-r-guidelines.pdf>. Accessed April 15, 2021.
- Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) Version 3 Dataset Forms. Available online-<https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/forms/index.html>. Accessed April 15, 2021.
- Currow DC, Eagar K, Aoun S, Fildes D, Yates P, Kristjanson LJ. Is it feasible and desirable to collect voluntarily quality and outcome data nationally in palliative oncology care? *J Clin Oncol* 2008;26(23):3853-9.
- ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี จิตยานุวัตร. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer (ปรอทวัดทุกข์). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;58(3):257-270. <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/04-Sawitree.pdf> Accessed April 15, 2021.
- FICASpiritual AssessmentTool.Avalableonline. <https://smhs.gwu.edu/spirituality-health/program/transforming-practice-health-settings/clinical-fica-tool>. Accessed April 15, 2018.
- Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(2):163-73.
- Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Am Fam Physician* 2001;63(1):81-89.

มาตรฐานคุณภาพที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ป่วยทุกคนที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า

หลักการและเหตุผล การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยให้มั่นใจว่าความปรารถนาของผู้ป่วย จะได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และทำให้การรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ¹⁻⁵	
ทุกระดับ	5.1 มีระบบที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายได้รับข้อมูลและเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
	5.2 ผู้ป่วยในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองมีแผนการดูแลล่วงหน้าและสื่อสารให้ครอบครัวทราบ
	5.3 มีระบบบันทึกเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตและบุคลากรสามารถเข้าถึงเอกสารได้
	5.4 มีระบบในการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม
เครื่องมือ	
ข้อมูล เอกสารวิชาการสำหรับทีมสุขภาพและครอบครัว ก. ความรู้เกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า ⁶ https://baojai.co/advance-care-planning/ ข. สมุดเบาใจ ⁷ https://baojai.co/baojai-form-online/ ค. แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา ⁸ http://www.thailivingwill.in.th	
การปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
5.1 มีระบบที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตได้รับข้อมูลและเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	
มาตรฐานคุณภาพ – คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ระบบ หมายถึง โครงสร้างภายในที่ช่วยสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำเอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตครอบคลุมกลไกดังนี้ ■ มีการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากรในการสื่อสารการทำแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำเอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ตระหนักถึงแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ แหล่งข้อมูลสำหรับการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ■ สื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ ■ มีเอกสารให้ข้อมูล ■ บุคลากรได้รับการฝึกทักษะในการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า แหล่งประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ ■ Website Thai Living Will http://www.thailivingwill.in.th ■ Website Peaceful Death https://peacefuldeath.co/wp-content/uploads/2017/12/Baojai.pdf

■ มีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ■ ควรทำโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ■ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำเอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ■ แผนการดูแลล่วงหน้า และเอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องสามารถเข้าถึงได้ และสามารถเห็นได้ในบันทึกการดูแลรักษา/ระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ■ พัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่รวมถึงการทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ได้รับการยินยอมจากผู้ป้อนั้น มีความเข้าใจและตระหนักว่าตนเองอาจต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่สามารถตัดสินใจเองได้	
5.2 ผู้ป่วยในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองมีแผนการดูแลล่วงหน้าและสื่อสารให้ครอบครัวทราบ	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยทุกรายและมีการบันทึกลงในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย/การบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์ ■ แผนการดูแลล่วงหน้าควรประกอบด้วยเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ แนวทางการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพ ข้อดี ข้อเสีย รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ สถานที่ดูแล และสถานที่เสียชีวิต	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า และลงบันทึกในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย หรือมีการบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์ อย่างน้อยควรประกอบด้วยเป้าหมายการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพ สถานที่ดูแล และสถานที่เสียชีวิต ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า และมีบันทึกลงในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย หรือมีการบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์

■ ควรมีการทบทวนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการของผู้ป่วย ■ ควรมีผู้ตัดสินใจด้านสุขภาพที่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ■ ความต้องการของผู้ป่วยต้องได้รับการตอบสนองให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ■ ความต้องการการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยได้มีการสื่อสารไปยังผู้ให้บริการอื่นๆ เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านการดูแลไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ (มีการใช้แบบฟอร์มส่งต่อ) ผู้ให้บริการระดับ A แพทย์พยาบาลและทีมสุขภาพทั้งหมดซึ่งให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยในความดูแลของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด โดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์ และผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้มีการสื่อสารทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีการสื่อสารให้ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักรับทราบ ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้มีการสื่อสารทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีการสื่อสารให้ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักรับทราบ ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการบันทึกแผนดูแลล่วงหน้าในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย/การบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์
5.3 มีระบบการบันทึกเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ เกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิต และบุคลากรสามารถเข้าถึงเอกสารได้	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีการบันทึกเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยในเวชระเบียน/OPD card และมีฉบับของผู้ป่วยที่เก็บไว้กับตัว	ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ แผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการลงบันทึกในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย/การบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์รวมถึงมีระบบแจ้งเตือนอย่างน้อยควรประกอบด้วยเป้าหมายการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพ สถานที่ดูแล และสถานที่เสียชีวิต ตัวชี้วัด ■ บุคลากรรับทราบระบบการจัดเก็บ และสามารถเข้าถึงเอกสาร ตัวตั้ง: บุคลากร แพทย์/พยาบาลที่ทราบระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย ตัวหาร: บุคลากร แพทย์/พยาบาลทั้งหมด
5.4 มีระบบในการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	
ผู้ให้บริการทุกระดับ ควรมีระบบในการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม โดยผ่านทางการประชุมสหสาขาวิชาชีพ หรือการทบทวนรายงานการตาย เป็นต้น	ผู้ให้บริการทุกระดับ มีหลักฐานแสดงว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การไม่มีการพ่วงชีพตามความต้องการ หรือ การได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Stein RA, Sharpe L, Bell ML, Boyle FM, Dunn SM, Clarke SJ. Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life Decision Making in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Onco.* 2013;31(27):3403-3410.
2. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ ritish* 2010;340:c1345.
3. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: A national study. *J Am Geriatrics Soc.* 2007;55(2):189-194.
4. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *NEJM* 2010;362(13):1211-1218.
5. Zhang BH, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health Care Costs in the Last Week of Life Associations With End-of-Life Conversations. *Arch Intern Med.* 2009;169(5):480-488.
6. ความรู้เกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า. <https://baojai.co/advance-care-planning/>
7. สมุดเบาใจ <https://peacefuldeath.co/wp-content/uploads/2017/12/Baojai.pdf>
8. แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา <http://www.thailivingwill.in.th> Access April 15, 2021.

มาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการเฉพาะตัวโดยอาศัยข้อมูลจากการประเมิน ที่ครอบคลุมรอบด้าน

หลักการและเหตุผล ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการเฉพาะตัวที่แตกต่างกันตามพื้นฐานทางความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นได้ด้วยการดูแลตามความต้องการเฉพาะตัว ทั้งกายจิตใจ อารมณ์ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ¹⁻³	
ทุกระดับ	6.1 ความต้องการเฉพาะตัวตามพื้นฐานความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาการจัดการบริการ ซึ่งมีความเฉพาะตัว
	6.2 มีการสื่อสารข้อมูลสภาวะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดอ่อนและ อย่างสม่ำเสมอ
	6.3 ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความ จำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด การฝึกพูด และอื่นๆ) ควรเชื่อมโยงแหล่ง บริการที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย
ระดับ A	6.4 ในกรณีที่มีความขัดแย้งด้านจริยธรรมที่ซับซ้อนเกินกว่าการจัดการของหน่วยบริการ ควรนโยบายและขั้นตอนนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม (หรือเทียบเท่า เช่น กรรมการจัดการความเสี่ยง คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม เป็นต้น)
เครื่องมือ	
	แบบประเมินผู้ป่วยของหน่วยงาน แบบประเมินจิตสังคม พรอวัตต์ทุกซ์ ⁴ แบบประเมินจิตวิญญาณ FIGA ^{5,6} , HOPE ⁷
แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
6.1 ความต้องการเฉพาะตัวตามพื้นฐาน ความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ในการพิจารณาการจัดการบริการ ซึ่งมีความเฉพาะตัว	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ให้บริการทุกระดับควรมีการตรวจ กรองความต้องการ ทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ วัฒนธรรม และความเชื่อ ตั้งแต่เริ่มให้การดูแล และมีการคัดกรอง เป็นระยะโดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง สภาวะของโรค	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ▪ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตรวจกรองและบันทึกข้อมูลด้าน จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม ในการตรวจกรอง ซึ่งอย่างน้อยควรทำการประเมินด้าน ✓ จิตใจ อารมณ์ การเผชิญปัญหา ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า

	✓ สังคม แผนภูมิครอบครัว หรือบันทึกเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ✓ จิตวิญญาณ ศาสนา ✓ วัฒนธรรม เชื้อชาติ ภาษาที่ใช้สื่อสาร ✓ (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกด้านสังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม ในการตรวจครั้งต่อไป ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจครั้งต่อไป แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ • FICA ^{5,6} • HOPE⁷
6.2 มีการสื่อสารข้อมูลสถานะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดอ่อนและอย่างสม่ำเสมอ	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ให้บริการทุกระดับควรแจ้งสถานะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบันทั้งในช่วงเริ่มให้การดูแล และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะโรคผู้ป่วย หมายเหตุ ผู้ให้บริการควรเคารพในสิทธิของผู้ป่วยในการรับทราบข้อมูล ขณะเดียวกันต้องเข้าใจถึงประเพณีวัฒนธรรมในบทบาทของครอบครัวเรื่องการตัดสินใจ	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และเป็นปัจจุบันทั้งในช่วงเริ่มให้การดูแล และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะโรคผู้ป่วยและบันทึกเป็นหลักฐาน
6.3 ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความจำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัดการฝึกพูด และอื่นๆ) ควรเชื่อมโยงแหล่งบริการที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ให้บริการควรมีรายชื่อ หน่วยงาน หรือบริการต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครอบคลุมตามต้องการ	ผู้ให้บริการทุกระดับ มีรายชื่อหน่วยงานหรือบริการต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลทางจิตวิญญาณ อาชีวบำบัด และการประกอบอาชีพ แหล่งข้อมูล/การสนับสนุนการดูแลทางจิตวิญญาณ http://www.budnet.org https://peacefuldeath.co

6.4 ในกรณีที่มีความขัดแย้งด้านจริยธรรมที่ซับซ้อนเกินกว่าการจัดการของหน่วยบริการ ควรมีนโยบายและขั้นตอนนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม หรือเทียบเท่า เช่น คณะกรรมการจัดการความเสี่ยง

มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ความขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อมีทางเลือกหลากหลาย และมีความยากลำบากในการตัดสินใจ ตัวอย่าง ความขัดแย้งทางจริยธรรม - ข้อขัดแย้งของหลักการทางจริยธรรม เช่น ผู้ป่วยประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่มีการประคับประคองที่พอเพียง - หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy) กับหลักการไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) - การเรียกร้องการตรวจและรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ - ความต้องการยาควบคุมความรู้สึกตัว (palliative sedation) - การปกปิดความจริงจากผู้ป่วย - การยับยั้ง/ถ่วงถ่วงการพองพยับชีพ ผู้ให้บริการระดับ A มีแนวทางในการส่งต่อกรณีที่มีความซับซ้อนทางจริยธรรม รวมถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การดูแลประคับประคอง หรือ คณะกรรมการจริยธรรม ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเมื่อต้องการการปรึกษา	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการระดับ A มีหลักฐานระบบการส่งต่อปรึกษาคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในกรณีที่มีประเด็นซับซ้อนทางจริยธรรม แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ - Online casebook on “Making Difficult Decisions with Patients and Families”, developed by the NUS Centre for Biomedical Ethics.⁸ http://www.bioethicscasebook.sg - Jonsen’s 4 boxes approach.⁹ https://depts.washington.edu/bioethx/tools/4boxes.html

เอกสารอ้างอิง

1. Ellis PM. The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small- cell lung cancer. *Curr Oncology*. 2012;19:S7-S15.
2. Janssen DJ, Spruit MA, Alsemgeest TP, Does JD, Schols JM, Wouters EF. A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(4):189-194.
3. Lloyd-Wiatts M, Reeve J, Kissane D. Distress in palliative care patients: Developing patient-centred approaches to clinical management. *Eur J Cancer*. 2008;44(8):1133-1138.
4. ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี จิตยานุวัตร. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer (ปรอทวัดทุกข์). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556;58(3):257-270. <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/04-Sawitree.pdf>. Accessed April 15, 2018.
5. FICA Spiritual Assessment Tool. Available online. <https://smhs.gwu.edu/spirituality-health/program/transforming-practice-health-settings/clinical-fica-tool>. Accessed April 15, 2021.
6. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(2):163-73.
7. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Am Fam Physician* 2001;63(1):81-89.
8. NUS Centre for Biomedical Ethics. Making Difficult Decisions with Patients and Families. <http://www.bioethicscasebook.sg/>. Accessed Apr 15, 2021.
9. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 7th Edition ed: McGraw-Hill; 2010.

มาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต

การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

หลักการและเหตุผล ในระยะใกล้เสียชีวิตความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำเพาะตัว จึงควรนำมาพิจารณาและดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุด รวมถึงให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและครอบครัว ¹⁻⁴	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	7.1 ทีมสุขภาพรับรู้ ว่า ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ต้องมีการบันทึก สื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นรับรู้
	7.2 ครอบครัวได้รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ทันเวลา และคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย บริบทสังคม และวัฒนธรรม
	7.3 อาการไม่สบายต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ต้องได้รับการประเมินและจัดการอาการที่เหมาะสม ถ้าจำเป็นอาจส่งต่อให้ทีมดูแลระดับประคองเข้ามาช่วยดูแล
	7.4 มีหลักฐานการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตสุขสบายที่สุด รวมถึงการประคับประคองครอบครัวและผู้ดูแล
เครื่องมือ	
1	หนังสือ/เอกสารให้คำแนะนำแก่ทีมสุขภาพที่ดูแล: ก. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต ⁵ ข. Karunruk Palliative Care Center. Palliative Care Guidelines ⁶ ค. Training for the Trainers in Palliative Care, Module 5 Last hours of life ⁷
2	เอกสารให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ก. หนังสือเมื่อความตายใกล้มาถึง https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/AW-เมื่อ_เมื่อความตายใกล้มาถึง-คู่มือสำหรับ.pdf ข. แผ่นพับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/9.-การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต.pdf ค. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care). บังอร ไทรเกตุ บรรณาธิการ. https://www.slideshare.net/UtaiSukvi-watsirikul/palliative-care-48737757

แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
7.1 ทีมสุขภาพรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ต้องมีการบันทึก สื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นรับรู้	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ทีมสุขภาพรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต มีการบันทึกและสื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพรับรู้ทั่วกัน	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ✓ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับต้องได้รับการฝึกให้ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตได้ ✓ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับต้องได้รับการฝึกเรื่องการสื่อสารในระยะใกล้เสียชีวิตกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้ ตัวชี้วัด ■ ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการสื่อสารกับผู้ป่วย (ถ้าทำได้) และครอบครัว และได้มีการบันทึกไว้ในรายงานของผู้ป่วย ตัวตั้ง: จำนวนของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการสื่อสารกับผู้ป่วย (ถ้าทำได้) และครอบครัว และได้มีการบันทึกไว้ในรายงานของผู้ป่วย ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเสียชีวิตทั้งหมด แหล่งข้อมูลสำหรับทีมให้บริการ ✓ แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต⁵. https://www.karunruk.org/operational-guide-lines-for-hospital-palliative-care-program/ ✓ Karunruk Palliative Care Center. Palliative Care Guidelines⁶. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf ✓ Training for the Trainers in Palliative Care, Module 5 Last hours of life⁷. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/08/Module-4-Final-hours-of-life-and-SC-administration.pdf

7.2 ครอบครัวได้รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตทันเวลา และคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย บริบทสังคม และวัฒนธรรม	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลหรือแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตในเวลาที่เหมาะสม และเตรียมแผนการจัดการอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามวัยบริบทสังคมและวัฒนธรรม	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ - สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลหรือแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตในเวลาที่เหมาะสม แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ - มีหลักฐานของระบบการให้ข้อมูลกับครอบครัวรวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต แหล่งข้อมูลสำหรับทีมให้บริการ ✓ แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต⁵. https://www.karunruk.org/operational-guide-lines-for-hospital-palliative-care-program/ ✓ Karunruk Palliative Care Center. Palliative Care Guidelines⁶. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf ✓ Training for the Trainers in Palliative Care, Module 5 Last hours of life⁷. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/08/Module-4-Fianl-hours-of-life-and-SC-adminis-tration.pdf
7.3 อาการไม่สุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ต้องได้รับการประเมินและจัดการอาการที่เหมาะสม ถ้าจำเป็นอาจส่งต่อให้ทีมดูแลประคับประคองเข้ามาช่วยดูแล	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
อาการแสดงเมื่อใกล้จะเสียชีวิต อาการที่พบบ่อยเมื่อใกล้จะเสียชีวิต ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้/อาเจียน สับสน และมีเสียงเสมหะในลำคอ	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ - มีการประเมินอาการเมื่อใกล้จะเสียชีวิต - มีการปรับการรักษาซึ่งการรักษานี้รวมถึงการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันในการควบคุมอาการ

ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการประเมินอาการเป็นระยะและมีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการประเมินอาการซ้ำ และปรับแผนการรักษาอย่างทันท่วงที มีการจัดการอาการ และ/หรือสั่งการรักษาล่วงหน้าให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้	ตัวชี้วัด - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการที่พบบ่งชี้ในช่วงเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต (ตรวจสอบจากบันทึกการทำงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการที่พบบ่งชี้ในช่วงเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเสียชีวิตทั้งหมด ผู้ให้บริการทุกระดับ (ผู้ป่วยใน) : - ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตได้รับการควบคุมความปวดที่ดี (ตรวจสอบจากบันทึกการทำงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการควบคุมความเจ็บปวดที่ดีในการดูแลครั้งสุดท้าย ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่มีอาการปวด ≥ 3 - ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตได้รับการควบคุมอาการหายใจลำบากที่ดีในการดูแลครั้งสุดท้าย (ตรวจสอบจากบันทึกการทำงานของผู้ป่วย) ตัวตั้ง: จำนวนของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการควบคุมอาการหายใจลำบากที่ดีในการดูแลครั้งสุดท้าย ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตที่มีอาการหายใจลำบาก ทั้งหมด
7.4 มีหลักฐานการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตสุขสบายที่สุด รวมถึงการประคับประคองครอบครัวและผู้ดูแล	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตอย่างสุขสบายที่สุด และมีการวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลรวมถึงการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการที่ไม่สุขสบายต่างๆ และการหยุดการรักษาที่ไม่จำเป็น มีการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม และมีการดูแลด้านจิตสังคมที่ดี การรักษาเป็นการรักษาเฉพาะบุคคล และตั้งอยู่บนความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ - มีการจัดระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายในระยะท้ายของชีวิต - มีการจัดระบบเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Kehl KA, Kowalkowski JA. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and” symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30(6):601-16.
2. Heath JA, Clarke NE, Donath SM, McCarthy M, Anderson VA, Wolfe J. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer: an Australian perspective. *Med J Aust* 2010;192(2): 71-5.
3. Murtagh FE, Addington-Hall J, Edmonds P, Donohoe P, Carey I, Jenkins K, Higginson J. Symptoms in the month before death for stage 5 chronic kidney disease patients managed without dialysis. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(3):342-52.
4. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members’ Experiences and Recommendations. *J Clin Onc* 2010;28:142-148.
5. การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560 หน้า 11-1. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
6. Karunruk Palliative Care Center. Palliative Care Guidelines. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560. สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5-Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf>
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Last hours of life. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ นภาพลมิรัตน์, บรรณาธิการ. Training for the Trainers in Palliative Care, Module 5 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, 2560. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/08/Module-4-Fianl-hours-of-life-and-SC-administration.pdf>

มาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองต้องเผชิญกับความเครียดเป็นอย่างมาก จากบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงควรได้รับการดูแลรวมถึงการสนับสนุนความต้องการด้านทักษะการดูแลและอารมณ์ของผู้ดูแล

หลักการและเหตุผล: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองต้องเผชิญกับความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านสุขภาพและการทำงาน ดังนั้นความต้องการในด้านทักษะการดูแลและความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนเพื่อที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁻⁹	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	8.1 ค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรกและตระหนักถึงความต้องการของผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง 8.2 ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงวิธีการดูแลตนเองและการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก
เครื่องมือที่ใช้	
แหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก. โครงการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ดูแลประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ https://www.karunruk.org/conferences-workshop-for-volunteers-or-care-givers/ ข. แหล่งข้อมูลออนไลน์และช่องทางการช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ■ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล¹⁰ ศูนย์การุณรักษ์ https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/คู่มือดูแลผู้ป่วยฯ.pdf ■ ความรู้ดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและประชาชน.¹¹ http://www.thailivingwill.in.th/e_book/Palliative_care/files/assets/basic-html/page1.html	
แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
8.1 ค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรกและความต้องการของผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินและตระหนักถึงอย่างต่อเนื่อง	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ การประเมินผู้ดูแลหลักซึ่งประกอบด้วย การระบุถึงความต้องการการสนับสนุน ระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลความเต็มใจในการดูแลต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการให้การดูแล	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยต้องได้รับการระบุตัวเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก

	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับระบุตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด - ร้อยละของผู้ดูแลที่ได้รับการประเมินความต้องการในเวลาที่เหมาะสม ตัวตั้ง: จำนวนผู้ดูแลที่ได้รับการประเมินความต้องการในเวลาที่เหมาะสม ตัวหาร: จำนวนผู้ดูแลหลักทั้งหมด แหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ของผู้ดูแล ก. โครงการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ดูแลประคับประคอง https://www.karunruk.org/conferences-workshop-for-volunteers-or-care-givers/ ข. แหล่งข้อมูลออนไลน์และช่องทางการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล¹⁰ https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยฯ.pdf - ความรู้ดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและประชาชน.¹¹ http://www.thailivingwill.in.th/e_book/Palliative_care/files/assets/basic-html/page1.html
8.2 ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงการดูแลตนเองและการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าถึงการอบรมทักษะการดูแลตนเอง และการจัดการอารมณ์ของตนเอง นอกเหนือจากข้างบน ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าถึงการดูแลกรณีภาวะฉุกเฉินและการปรึกษานอกเวลาราชการ	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ มีแผนงาน/โครงการฝึกอบรมผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลหลักต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ร้อยละของผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม ตัวตั้ง: จำนวนผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกสอน ตัวหาร: จำนวนผู้ดูแลทั้งหมด

	แหล่งข้อมูลสำหรับผู้จัดการ: ▪ Singapore Hospice Council online resource for patient and caregivers (www.singaporehospice.org.sg) ▪ Online guide developed by Macmillan Cancer Support (http://www.macmillan.org.uk/informationNandNsupport/index.html) ▪ Online guide developed by the National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) https://www.caringinfo.org ▪ Hospice of the Western Reserve. Care giver training guide. https://cdn.flipsnack.com/widget/v2/flipsnackwidget.html?hash=fdclde8t&bg-color=EEEEEE&t=1492785891
--	--

เอกสารอ้างอิง

1. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting in formal caregivers of patients in the terminal phase of adisease. Cochrane Database Syst Rev 2011;6:CD007617.
2. Hudson PL, Remedios C, Thomas K. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. BMC Palliat Care 2010;9:17.
3. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. CA: A Cancer Journal for clinicians 2010;60:317-339.
4. Grande G, Stajduhar K, Aoun S, Toye C, Funk L, Addington-Hall J, Payne S, Todd C. Supporting lay carers in the end of lifecare: current gaps and future priorities. Palliat Med 2009;23(4):339N344.
5. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Cockayne M, Braithwaite M. Teaching family carers about home-based palliative care: final results from a group education program. J Pain Symptom Manage 2009;38(2):299N308.
6. Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: aqualitative systematic review. Palliat Med 2008;22(2):153N171.
7. Walsh K, Jones L, Tookman A, Mason C, McLoughlin J, Blizzard R, King M. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. Randomized trial.Br J Psychiatry 2007;190:142N147.

8. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, Haley WE. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer* 2006;106(1):214N222.
9. Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med* 2003;17(1): 63-74.
10. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Available from: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/คู่มือดูแลผู้ป่วยฯ.pdf>
11. ความรู้ดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและประชาชน. Thai Living Will. Available from: http://www.thailivingwill.in.th/e_book/Palliative_care/files/assets/basic-html/page1.html

มาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย

ครอบครัวที่เผชิญกับความสูญเสียได้รับการประคับประคองภาวะเศร้าโศกในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการ และความปรารถนา

หลักการและเหตุผล: มีการค้นหาและระบุภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะเศร้าโศก (Grief) ของคนในครอบครัวและผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม การให้การดูแลภาวะเศร้าโศกโดยทีมหรือการส่งต่อเพื่อรับบริการเยียวยาความเศร้าโศกควรที่จะประเมินความต้องการและความจำเป็นก่อน การให้คำปรึกษาทางจิตเวชพบว่ามีประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะการปรับตัวได้ยากต่อภาวะสูญเสีย ¹⁻⁷	
ทุกระดับ	9.1 มีข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต (เช่น การจัดการศพ การจัดงานศพ) ควรมีความพร้อมในกรณีที่ครอบครัวต้องการขอความช่วยเหลือ 9.2 มีระบบในการตรวจกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องการการดูแลภาวะเศร้าโศก และให้คำปรึกษาโดยตรง หรือส่งต่อหน่วยบริการที่ให้การดูแลด้านนี้ 9.3 บุคคลคนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่ได้รับการระบุว่ามีความเสี่ยงต่ออาการเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) ควรได้รับการส่งต่อการบริการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย
เครื่องมือ	
ข้อมูล/เอกสารสำหรับ ก. รายชื่อหน่วยงานที่ให้บริการดูแลภาวะสูญเสีย (ศูนย์ดูแลประคับประคอง) ข. เอกสาร/แผ่นพับ ศูนย์การุณรักษ์. ก้าวผ่านความโศกเศร้าเสียใจ https://www.karunruk.org/books-category/	
ข้อมูล/เอกสารการดูแลจัดการหลังการเสียชีวิต ก. ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับคำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/10.-คำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.pdf https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/11.-ก้าวผ่านความเศร้าโศก-เสียใจ.pdf ข. เครือข่ายพุทธิกาฉลาดทำศพ http://www.budnet.org/book/book-57.php	
เครื่องมือตรวจกรอง complicated grief	
แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
9.1 มีข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต (เช่น การจัดการศพ การแจ้งตาย การจัดงานศพ) ควรมีความพร้อมในกรณีที่ครอบครัวต้องการขอความช่วยเหลือ	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ข้อมูลที่เหมาะสมได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการศพงานศพตามประเพณีและบริบทศาสนา	ตัวชี้วัด ร้อยละของครอบครัวที่ได้รับข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต

■ เอกสารและการจัดการที่จำเป็น ■ กฎหมายและข้อปฏิบัติในกรณีการแจ้งการเสียชีวิตทั้งนอกและในสถานพยาบาล ■ เอกสารรับรองการตาย และเอกสารรับรองที่เกี่ยวข้องในกรณีที่เสียชีวิต นอกสถานพยาบาล ■ การเงิน/ประกันชีวิต สำหรับผู้ให้บริการทุกระดับ มีข้อมูล ทบทวนให้เป็นปัจจุบัน เป็นระยะ และเข้าถึงได้ง่าย	ตัวตั้ง: จำนวนครอบครัวที่ได้รับข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด แหล่งสนับสนุนสำหรับผู้ให้บริการทุกระดับ ■ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยในภาวะสูญเสีย เช่น แผ่นพับศูนย์การุณรักษ์. ก้าวพ้นความโศกเศร้าเสียใจ https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/11.-ก้าวพ้นความเศร้าโศก-เสียใจ.pdf ■ ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับคำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/10.-คำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.pdf ■ เครือข่ายพุทธิกา. ฉลาดทำศพ http://www.budnet.org/file/book/pdf/chaladthamsop.pdf ■ ภัคพงศ์วงศ์คำ. นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง. ๒๕๕๙ หน้า ๑๑๖, ๑๓๐-๑๓๑, ๑๓๓, ๑๖๗ ■ คู่มือการสอบสวนสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๐) http://www.cco.moph.go.th/cco24/Death%20Cause%20Guide_out.pdf
9.2 มีระบบในการตรวจกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องการการดูแลภาวะเศร้าโศก และให้คำปรึกษาโดยตรงหรือส่งต่อหน่วยบริการที่ให้การดูแลด้านนี้	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการคัดกรองความต้องการด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกในเวลาที่เหมาะสมและให้การดูแลเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief)	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ควรมีระบบการคัดกรองความจำเป็นในการดูแลภาวะเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัว และมีบริการให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะสูญเสียหรือมีระบบส่งต่อเมื่อจำเป็น ตัวชี้วัด สำหรับผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีระบบการคัดกรอง ■ มีการให้คำปรึกษา และ/หรือ มีระบบการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ■ ร้อยละของครอบครัวผู้สูญเสียได้รับการคัดกรอง ตัวตั้ง: จำนวนผู้สูญเสียที่ได้รับการคัดกรอง ตัวหาร: จำนวนผู้สูญเสียทั้งหมด

	แหล่งสนับสนุนสำหรับบุคลากร ■ แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief : ICG) แปลมาจาก Dr. Holly G. Prigerson โดย อรสา ไยยong เป็นผู้แปลมีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ หลังจากนั้น คัดคะแนนรวมของการประเมิน และ แปลผลโดยถือว่า คะแนนรวมของ ICG ที่มากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (complicated grief) สามารถสืบค้นได้ในเว็บไซต์ Weill Cornell Medicine Center for Research on End-of-Life Care https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13_thai.pdf
9.3 บุคคลคนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่ได้รับการระบุว่ามีความเสี่ยงต่ออาการเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) ควรได้รับการส่งต่อการบริการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ระบุและส่งต่อคนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวกับการสูญเสียให้กับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแล ผู้ให้บริการระดับ A ให้คำปรึกษาและประคับประคองแก่ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการสูญเสีย	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ควรมีระบบส่งต่อคนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวกับการสูญเสีย ตัวชี้วัด สำหรับผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการจัดบริการแก่ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวกับการสูญเสีย ■ มีหลักฐานการให้คำปรึกษา ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ แหล่งข้อมูลสำหรับผู้จัดการบริการ เอกสาร/แผ่นพับ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยในภาวะสูญเสีย เช่น แผ่นพับศูนย์การุณรักษ์ ก้าวพ้นความโศกเศร้าเสียใจ https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/11.-ก้าวพ้นความเศร้าโศก-เสียใจ.pdf ■ ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับคำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/10.-คำแนะนำสำหรับญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.pdf

เอกสารอ้างอิง

1. Hudson P, Remedios C, Zordan R, Thomas K, Clifton D, Crewdson M, Hall C, Trauer T, Bolleter A, Clarke DM, Bauld C. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *J Palliat Med* 2012;15(6):696N702.
2. Widera EW, Block SD. Managing grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician* 2012;86(3):259-64.
3. Holtslander LF. Caring for bereaved family caregivers: analyzing the context of care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(3):501-6.
4. Grassi L. Bereavement in families with relatives dying of cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007;1(1):43-9.
5. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370(9603):1960-73.
6. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med* 2006;9(5):1188-203.
7. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(21):2601-8.

มาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยาในกลุ่ม opioids
ผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids เพื่อควบคุมอาการ โดยมีแนวปฏิบัติและขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่าใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล

หลักการและเหตุผล: ยาในกลุ่ม opioids เป็นยาที่ใช้แพร่หลายในการดูแลแบบประคับประคอง ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่มีประโยชน์ แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยงและอาจเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม¹⁻⁴ การให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถใช้ยาจัดการอาการได้อย่างเต็มที่โดยเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด⁵⁻⁸	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	10.1 ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองสามารถเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids
	10.2 การใช้ยาในกลุ่ม opioids ในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ควรทำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติซึ่งมีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสม
	10.3 มีหลักฐานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยาในกลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย
	10.4 มีการยึดตามข้อกำหนดของกฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ ⁹ ในขั้นตอนการสั่งยา การเก็บรักษาอย่างปลอดภัย การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาและการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยาในกลุ่ม opioids
	10.5 มีนโยบายและแนวปฏิบัติการบริหารยาฉีด morphine ที่บ้าน
เครื่องมือ	
แหล่งความรู้สำหรับผู้ให้บริการ ก. ศูนย์การุณรักษ์. Palliative Care Guidelines⁹. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf ข. ศูนย์การุณรักษ์.แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล - การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน หน้า 14-1¹⁰. https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/ ค. NICE clinical guidelines 2012. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief⁸ https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/resources/palliative-care-for-adults-strong-opioids-for-pain-relief-pdf-35109564116677. Access May 2018.	
แหล่งความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ง. ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับการรักษาอาการปวดด้วยมอร์ฟีน https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/6.การรักษาด้วยยามอร์ฟีน.pdf	

แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
10.1 ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงยากกลุ่ม opioids	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
“การเข้าถึงยากกลุ่ม opioids” หมายถึงการมียากกลุ่ม opioids และมีความสามารถในการบริหารจัดการยาให้แก่ผู้ป่วยได้ ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ให้บริการมีความตระหนักถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยากกลุ่ม opioids รวมทั้งนอกเวลาราชการ และสามารถเข้าถึงได้ผ่านทั้งในโรงพยาบาล หรือการจัดบริการที่บ้าน มีแหล่งข้อมูล (เช่น แผ่นพับ เว็บไซต์) เกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยากกลุ่ม opioids สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ รายการยาของโรงพยาบาลมียากกลุ่ม opioids ■ ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงยากกลุ่ม opioids ได้ทันเวลา	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงยากกลุ่ม opioids ทั้งในและนอกเวลาราชการ ■ Opioid ควรได้รับในเวลาที่เหมาะสม ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานว่าผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงยากกลุ่ม opioids ได้รวมถึงนอกเวลาราชการ ■ ร้อยละของการได้รับยา opioid ตามเวลาที่กำหนด การได้รับยาตามเวลาที่กำหนด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสั่งยา (แบบเขียนหรือ electronic) จนกระทั่งยาถึงผู้ป่วย Stat order: < 1 ชั่วโมง Routine order: < 4 ชั่วโมง ตรวจสอบรายงานผู้ป่วย - ไม่นับรวมกรณีการเยี่ยมบ้าน ตัวตั้ง: จำนวนการสั่งยา opioid ที่ได้รับยาตามเวลาที่กำหนด ตัวหาร: จำนวนการสั่งยา opioid ทั้งหมด
10.2 การใช้ยากกลุ่ม opioids ในการจัดการอาการไม่สบาย ควรทำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติซึ่งมีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสม	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
“การตรวจสอบ” หมายถึงการตรวจสอบการใช้ยา opioids อย่างถูกต้องและปลอดภัยตามแนวทางปฏิบัติขององค์กรหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ควรมีแนวปฏิบัติขององค์กรที่ชัดเจนในการใช้ยากกลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย ■ ผู้ป่วยที่ได้รับยา opioid ชนิดฉีด ควรได้รับการติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ■ ผู้ให้บริการควรมีการทบทวน medication error อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ผู้ให้บริการสามารถใช้ยากกลุ่ม opioids ได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีข้อบ่งชี้และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ■ ผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม opioids ได้รับการติดตามผลข้างเคียงที่รุนแรง	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานการใช้แนวทางปฏิบัติขององค์กรหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการใช้ยากกลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย ■ มีหลักฐานของระบบที่ใช้ติดตามอาการ opioid toxicity ในผู้ป่วยที่ได้รับยา opioid ชนิดฉีดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยควรมีการติดตามดังต่อไปนี้ ○ อัตราการหายใจ ○ ระดับความรู้สึกตัว ○ Myoclonic jerks ■ มีหลักฐานว่าผู้ให้บริการมีการทบทวน medication error อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ ■ ศูนย์การุณรักษ์. Palliative Care Guidelines. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf ■ ศูนย์การุณรักษ์.แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล - การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน หน้า 14-1. https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/ ■ NICE clinical guidelines 2012. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/resources/palliative-care-for-adults-strong-opioids-for-pain-relief-pdf-35109564116677. Access May 2018.
10.3 มีหลักฐานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยากกลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักมีความเข้าใจที่ผิดในเรื่องการใช้ยากกลุ่ม opioids จึงควรมีแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ ผู้ให้บริการทุกคนที่สั่งยากกลุ่ม opioids ควรอธิบายข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง	ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานการเข้าถึงสื่อข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา opioid สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับการใช้ยา morphine จัดการความปวด https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/6.การรักษาด้วยยามอร์ฟิน.pdf

10.4 มีการยึดตามข้อกำหนดของกฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ ^๑ ในขั้นตอนการสั่งยา การเก็บรักษาอย่างต่อเนื่อง การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาและการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยาในกลุ่ม opioids	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
“การควบคุมยาเสพติด”: พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดที่ไม่เป็นไปเพื่อการรักษา	แนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ ควรมีนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงานในเรื่องการรับยา การเก็บยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาและมีการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยาในกลุ่ม opioids ที่กำหนดเป็นข้อตกลงในการดำเนินงาน ■ ควรมีหลักฐานการบันทึกข้อมูลเรื่องการรับยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาที่กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการ ■ ควรมีหลักฐานว่ามีระบบการรายงานความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา opioid. ตัวชี้วัด ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ มีหลักฐานของนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงานในเรื่องการรับยา การเก็บยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาและมีการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยาในกลุ่ม opioids ■ มีหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการรับยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาที่กำหนดเป็นข้อตกลงในการดำเนินงาน ■ มีหลักฐานว่ามีระบบการรายงานความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา opioid.
10.5 มีนโยบายและแนวปฏิบัติการบริหารยาฉีด morphine ที่บ้าน	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจะไม่สามารถกลืนอาหารและยาได้ จึงควรบริหารยาทางใต้ผิวหนัง และยาที่มีความสำคัญที่สุดคือยา morphine โรงพยาบาลจึงควรมีแนวปฏิบัติการบริหารยา morphine โดยการฉีดทางใต้ผิวหนังที่บ้าน เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเข้าโรงพยาบาลและให้สามารถเสียชีวิตที่บ้านได้	ตัวชี้วัด: สามารถนำยา opioids ชนิดฉีดไปใช้ที่บ้านผู้ป่วยกรณีไม่สามารถบริหารยาทางปากได้ ผู้ให้บริการทุกระดับ แหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ ■ ศูนย์การรณรงค์. แผ่นพับการใช้ยา morphine จัดการความปวด. https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/6.การรักษาด้วยยามอร์ฟิน.pdf

References

1. Dowell D, Kunins HV, Farley TA. Opioid analgesics—risky drugs, not risky patients. JAMA 2013;309(21):2219-2220.
2. Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. N Engl J Med 2012;367(2):146-55.
3. Schisler RE, Groninger H, Rosielle DA. Counseling patients on side effects and driving when starting opioids” #248. J Palliat Med 2012;15(4):484-5.
4. Webster PC. Medically induced opioid addiction reaching alarming levels. CMAJ 2012;184(3):285-6.
5. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, Dale O, DeConno F, Fallon M, Hanna M, Haugen DF, Juhl G, King S, Klepstad P, Laugsand EA, Maltoni M, Mercadante S, Nabal M, Pigni A, Radbruch L, Reid C, Sjogren P, Stone PC, Tassinari D, Zeppetella G; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol 2012;13(2):e58-68.
6. Bennett MI, Bagnall AM, José Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. Pain 2009;143(3):192-9.
7. Nuckols TK, Anderson L, Popescu L, Diamant AL, Doyle B, Capua PD, Chou R. Opioid Prescribing: A Systematic Review and Critical Appraisal of Guidelines for Chronic Pain. Ann Intern Med. 2014;160(1):38-47.
8. NICE clinical guidelines 2012. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/resources/palliative-care-for-adults-strong-opioids-for-pain-relief-pdf-35109564116677>. Access May 2018.
9. ศูนย์การุณรักษ์. Palliative Care Guidelines⁹. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/5.Handbook-of-palliative-care-guideline.pdf>
10. ศูนย์การุณรักษ์.แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล - การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน หน้า 14-1¹⁰. <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
11. ศูนย์การุณรักษ์. แผ่นพับการรักษาอาการปวดด้วยมอร์ฟิน. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/6.การรักษาด้วยยามอร์ฟิน.pdf>
12. พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 . <http://www.thailawforum.com/drugs-act/>

มาตรฐานคุณภาพที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ
หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงการจัดบริการ
และคุณภาพการดูแล ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หลักการและเหตุผล: ผู้ให้บริการการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีความมุ่งมั่นในการให้บริการที่มีคุณภาพ การจัดบริการต้องมีการตรวจวัด วิเคราะห์ ทบทวน ประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ รวมถึงควรมีการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่นๆ มีการตั้งเป้าประสงค์และทบทวนขั้นตอนการทำงาน ให้มั่นใจว่าการจัดบริการมีคุณภาพและปลอดภัย ¹⁻¹²	
ตัวชี้วัด	
ทุกระดับ	11.1 ผู้ให้บริการมีกรอบการทำงานเพื่อช่วยให้การจัดบริการมีการพัฒนาคุณภาพซึ่งประกอบด้วย 11.1.1 มีการใช้ palliative guidelines ในการจัดการอาการ 11.1.2 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 11.1.3 มีบุคลากรได้รับมอบหมายงานพัฒนาคุณภาพและเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
ระดับ A	11.1.4 มีการทบทวนรายงานของผู้เสียชีวิต หรือมีการทำ monthly case review 11.1.5 มีโครงการพัฒนาคุณภาพหรืองานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องต่อปี
ทุกระดับ	11.2 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการ
เครื่องมือที่ใช้	
1. การประเมินผลลัพธ์การดูแล (Palliative Outcome Scales) ¹³ 2. Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) Assessment Toolkit ¹⁴	
การปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ	
11.1 ผู้ให้บริการมีกรอบการทำงานเพื่อช่วยให้การจัดบริการมีการพัฒนาคุณภาพ	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อแนะนำสำหรับการปฏิบัติที่ดี
การพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ clinical practice guidelines, clinical pathway มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้การดูแลที่มีมาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติที่ดี: ผู้ให้บริการทุกระดับ - การดูแลประคับประคองต้องเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล - มีการใช้ Palliative care guidelines มาใช้ในการจัดการอาการ (https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/)

• มีนโยบายและขั้นตอนในการทำงานเพื่อปรับปรุงและประกันคุณภาพในการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย • การบริการมีระบบรายงาน adverse event และการทบทวนรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยทบทวนหัวข้อการจัดการอาการ การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลการพลัดพราก รวมถึงการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่ต้องการหรือไม่ • มีโครงการพัฒนาคุณภาพซึ่งทำอย่างเป็นระบบ โดยการจัดทำและดำเนินการโดยองค์กร เพื่อติดตาม ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการบริการ เป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ยกระดับการบริการ	• มีการใช้เครื่องมือ/กรอบการพัฒนาคุณภาพ (ตย. PDSA) ในโครงการพัฒนาคุณภาพ • มีบุคลากรได้รับมอบหมายงานพัฒนาคุณภาพและเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ผู้ให้บริการระดับ A: • มีการทำ Dead reviews/monthly case review ทุกเดือนโดยครอบคลุมมิติด้านการจัดการอาการ จิตสังคม และการเยียวยาผู้สูญเสีย • มีโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยหนึ่งเรื่องต่อปี
11.2 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการ	
มาตรฐานคุณภาพ-คำอธิบาย	ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
ผู้ให้บริการทุกระดับ มีการสะท้อนกลับจากผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งครอบคลุม ■ การจัดการอาการ ■ การประคับประคองด้านจิตสังคม ■ การสื่อสารให้ข้อมูล ■ การดูแลภาวะสูญเสีย	ตัวชี้วัด: ผู้ให้บริการทุกระดับ ■ หลักฐานการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ■ ร้อยละของครอบครัวผู้สูญเสียมีความพึงพอใจในระดับดีและดีมาก มากกว่าร้อยละ 80 เครื่องมือที่ใช้ ■ FAMCARE 5 ■ เครื่องมือที่ศูนย์สร้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJ, Cohen J, Pasman HR, Deliens L, Francke AL; EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. J Pain Symptom Manage 2013;46(4):556-72.
2. De Lima L, Bennett MI, Murray SA, Hudson P, Doyle D, Bruera E, Granda-Cameron C, Strasser F, Downing J, Wenk R. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) List of Essential Practices in Palliative Care. J Pain Palliat Care Pharmacother 2012;26(2):118-22.

3. Raijmakers N, Galushko M, Domeisen F, Beccaro M, Lundh Hagelin C, Lindqvist O, Popa-Velea O, Romotzky V, Schuler S, Ellershaw J, Ostgathe C; OPCARE9. Quality indicators for care of cancer patients in their last days of life: literature update and experts' evaluation. *J Palliat Med* 2012;15(3):308-16.
4. Agar M, Lockett T. Outcome measures for palliative care research. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6(4):500-7.
5. Hanson LC, Rowe C, Wessell K, Caprio A, Winzelberg G, Beyea A, Bernard SA. Measuring palliative care quality for seriously ill hospitalized patients. *J Pall Med* 2012;15(7):798-804.
6. Schenck AP, Rokoske FS, Durham DD, Cagle JG, Hanson LC. The PEACE project: Identification of quality measures for hospice and palliative care. *J Pall Med* 2010;13(12):1451-1459.
7. Ferrell B, Connor SR, Cordes A, Dahlin CM, Fine PG, Hutton N, Leenay M, Lentz J, Person JL, Meier DE, Zuroski K; National Consensus Project for Quality Palliative Care Task Force Members. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(6):737-44.
8. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf (access May 2017).
9. Dahlin C. National Consensus Project for Quality Palliative care. In: Ferrel BR, ed. *Structure and Process of Care*. NY: Oxford University Press. 2015, p 1-11.
10. Fogelman PM and Bakitas M. Hospital-Based Palliative Care. In: Ferrel BR, ed. *Structure and Process of Care*. NY: Oxford University Press. 2015, p 13-46.
11. การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง. ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล*.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. 2560. หน้า 18-1.สามารถ download ได้ที่ <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>
12. National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. https://www.qualityforum.org/A_National_Framework_and_PREFERRED_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality. (access May 2017).
13. Palliative Outcome Scale (POS). Available online. <https://pos-pal.org>
14. Palliative Care Outcomes Collaboration. Available online. <http://www.pcog.org.au> (access May 2017)
15. Toolkit of Instruments to Measure End-of-Life Care. Available online. <http://as800.chcr.brown.edu/pcog/>.



ศูนย์การุณรักษ์

ตึกสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชมราชชนนี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
www.karunruk.org e-mail: karunrukk@gmail.com
Tel. 043-366-656 Fax: 043-366657