

โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ในเขตพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต7 ขอนแก่น พค.2558

- ผู้รับผิดชอบโครงการ** รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ประธานคณะกรรมการเครือข่าย Palliative care สปสช.เขต 7
ประธานศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ที่อยู่และเบอร์ประสานงาน โทรศัพท์ 043- 366599 มือถือ 081-7087909
โทรสาร 043- 366598 Email address: srivieng@kku.ac.th
ชื่อบัญชีที่โอนงบ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ธ.เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
หมายเลขบัญชี 000065001542

2. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาไปอย่างก้าวไกล การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตายในทศวรรษนี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับในหลายทศวรรษก่อน ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ (Global Health Observatory, WHO) สาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะภายใน 40 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่นโรคเบาหวาน ความดันสูง โรคหัวใจ เป็นต้น (การสาธารณสุขไทย 2551-2553) การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วย โรคต่างๆในอดีตซึ่งไม่สามารถรักษาได้หรือผลการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ซึ่งหมายถึงการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ รวมถึงได้รับการรักษาที่มุ่งยืดชีวิตแม้อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกของการรักษาต่างๆที่มักกระทำโดยครอบครัวโดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม ซึ่งบางครั้งการรักษาดังกล่าวอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ palliative care เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย โดยจุดมุ่งหมายของ palliative care คือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่โรครักษาไม่ได้หรือรักษาลำบาก หลักการของ palliative care คือการยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่โดยไม่ไปยึดหรือเร่งเวลาที่เหลือ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ โดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในบางครั้งอาจมีความสำคัญมากกว่าด้านร่างกาย นอกจากนี้ส่วนสำคัญในการดูแลแบบ palliative care คือการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงจริง รวมถึงทางเลือกต่างๆในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้าน palliative care พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สถานะโรคมักมีการเตรียมตัว และมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกรานและต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสด้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ ในด้านเศรษฐกิจพบว่าค่าใช้จ่ายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้สร้างภาระแก่ครอบครัวอย่างหนักหน่วง การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548 – 2549 (ชุดิมา อรรถสิทธิ์, IHPP) พบว่าในระยะเวลาหนึ่งปีมีผู้ตายทั้งสิ้น 387,970 ผู้ตายครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) ซึ่งได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้เป็นการตายด้วยโรคชรา ครึ่งหนึ่งของผู้ที่เสียชีวิตที่บ้าน รองลงมาคือ โรงพยาบาลรัฐ

จำนวนผู้ที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 76.6 ร้อยละ 63.8 ของผู้ใช้บริการ และต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 15,357 – 206,912 บาทภายใน 1 ปีก่อนเสียชีวิต มีครัวเรือนร้อยละ 29.2 ที่อาจจัดได้ว่าอยู่ในสภาวะล้มละลายโดยที่มีค่าใช้จ่ายภายใน 1 ปีก่อนเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ตลอดทั้งปี แม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้ค่าใช้จ่ายมหาศาล แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลับไม่ดี มีผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ แต่กลับสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย

การศึกษาระบบบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมและ cost effective สำหรับประเทศไทยเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน เพื่อนำไปสู่การพิจารณาจัดบริการนี้ในระบบสาธารณสุข รวมถึงการวางแผนการจัดงบประมาณ ประเทศไทยมีระบบการบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิที่แข็งแกร่งและทั่วถึง ดังนั้นระบบบริการที่เหมาะสมควรเป็นระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้การบริการระดับปฐมภูมิมาเป็นตัวรองรับ แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาทดลองระบบ สร้างการเชื่อมต่อของบริการระดับต่างๆ พร้อมกันนี้ควรใช้ระบบและทุนทางสังคมในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาการจัดบริการผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลตลอดเวลา โดยอาจศึกษาความคุ้มค่าของการจัดดูแลแบบ hospice เปรียบเทียบกับ palliative ward/bed ในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมที่ต้องทำต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพ โดยการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการรักษาอาการทางกายต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลด้านจิตวิญญาณและการเยียวยาความโศกเศร้าจากการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจที่เป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

การบริการแบบ palliative care มักพบในสถาบันโรงเรียนแพทย์ ในขณะที่หน่วยบริการในระดับปลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนยังไม่สามารถจัดบริการดังกล่าวให้กับผู้ป่วยได้เลย ผลกระทบที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้ากลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เนื่องจากเกรงว่าจะไม่สามารถหาบริการที่จะมาช่วยดูแลอาการทุกข์ทรมานทางกายในระยะสุดท้าย แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายที่บ้านกับครอบครัว รวมถึงการที่ไม่สามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามประเพณีและความเชื่อ การที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจะได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นต้องสร้างความตระหนักและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับต่างๆ ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถจัดบริการนี้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการส่งต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

3. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อพัฒนาขับเคลื่อนและเตรียม “โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น พศ.2558”

4. วิธีดำเนินการ

คณะกรรมการเครือข่ายที่ได้รับการแต่งตั้งมาจัดการประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาโครงการฯ โดยการดำเนินโครงการจะอาศัยความร่วมมือ ทรัพยากรและงบประมาณจากหน่วยงานที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย รวมถึงทรัพยากรจากแหล่งอื่นๆ

- 4.1 ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำโครงการ
- 4.2 นำเสนอโครงการฯ เพื่อการเห็นชอบและให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆในการดำเนินโครงการฯ
- 4.3 แต่ละจังหวัดตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้อย่างเป็นระบบ
- 4.5 คณะกรรมการฯประชุมร่วมกันเพื่อเตรียมเครื่องมือต่างๆที่จะใช้ในการดำเนินงาน เช่น คู่มือ แบบบันทึก สมุดประจำตัวผู้ป่วย แนวปฏิบัติ การเก็บข้อมูล

4.6 จัดทำโครงการ conference สัจจรเพื่อได้เรียนรู้ case ในบริบทพ.จังหวัด และรพ.ชุมชน รับฟังปัญหา หาแนวทางารดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ลูกข่าย และเป็นกรเยี่ยมให้กำลังใจให้กับลูกข่ายด้วย

5. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 เกิดการพัฒนาและเตรียมโครงการฯ

5.2 ได้เครื่องมือต่างๆที่จะใช้ทำงานร่วมกัน

5.2 เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต7 ที่ทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ผลที่ได้รับจากการดำเนิน “โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต7 ขอนแก่น พศ.2558” ได้แก่

5.1.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

5.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต7เพิ่มขึ้น

5.1.3 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเครือข่าย

5.1.4 เกิดเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต7 ที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นต้นแบบให้แก่เขตอื่นๆ

6. ตัวชี้วัด

6.1. “โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต7 ขอนแก่น พศ.2558”

6.2. เครื่องมือในการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

6.3. เครือข่ายติดต่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7

7. ระยะเวลาของโครงการ

6 เดือน

8. งบประมาณ

8.1 รายละเอียดการใช้งบประมาณ จากรหัสกิจกรรม I-๕๗-๓-๓๐-๕๓๐-๐๑-๒ (Index ๓-๐๑๓)

- ค่าใช้จ่ายสมทบการจัดประชุมบุคลากรทุกระดับ 4 จังหวัดๆละ 20,000 บาท รวมเป็นเงิน 80,000 บาท

- ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมเขียนและเตรียมโครง การทำเครื่องมือในการทำงาน (การทำแบบบันทึกและแนวปฏิบัติ) รวมเป็นเงิน 20,000 บาท

งบประมาณรวมทั้งสิ้น 100,000 บาท

(หนึ่งแสนบาทถ้วน)

9. แผนการดำเนินโครงการ

กิจกรรม	เดือนที่ 1-6
1. การพัฒนาโครงการและระบบดูแลผู้ป่วยระยะและระบบเยี่ยมบ้านของแต่ละโรงพยาบาล และระบบส่งต่อ การทำแบบบันทึกและแนวปฏิบัติ	←→
2. การการฝึกอบรมรายจังหวัดรวม 4 จังหวัด	←→
3. ให้การดูแลในโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้าน	←→
4. Case conference สัปดาห์	←→

ผู้เสนอโครงการ

.....

(รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการเครือข่าย Palliative care สปสช.เขต 7

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....

()

ตำแหน่ง

ผู้อนุมัติโครงการ

.....

(นายพิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 7 ขอนแก่น