**แบบฟอร์ม
การนำเสนอผลงาน Best practice Service Plan
การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan sharing)
ครั้งที่ 4 ปี 2560
………………………………………………………………………………………….**

**ส่วนที่ 1
ชื่อผลงาน
Best practice Service Plan(สาขา Palliative care)**ผลของการพัฒนาระบบจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยทีมสหวิชาชีพ **กำหนดรูปแบบการนำเสนอ**ผลงานทางวิชาการ **ชื่อผู้ส่งผลงาน**นายมนตรี วงศ์คำมา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเถิน จังหวัด ลำปาง
เขตสุขภาพที่ 1 โทรศัพท์ 054291585 มือถือ 0918524399 โทรสาร 054292016-7 ต่อ 422
Email: mont592@gmail.com ปีที่ดำเนินการ 2558-2560
ส่วนที่ 2บทคัดย่อ

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดในโรงมะเร็งจำนวนมากยังมีความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งเมื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid (ทั้งที่มีบทบาทสำคัญมากในการระงับปวดดังกล่าว)เนื่องจากขาดการประเมินความปวด (Pain score) แล้วนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาเริ่มยากลุ่ม Opioid เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินไปของภาวะความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเป็นระบบ ขาดการประสานงานกันอย่างเข้าใจระหว่างวิชาชีพ และทัศนคติที่ผิดๆเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่ม opioid ที่กลัวการติดยาและอาการอันไม่พึงประสงค์เรื่องการกดการหายใจ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่กล้าใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและมักปล่อยให้ผู้ป่วยปวดจนถึงขั้นรุนแรงมากจนยากต่อการระงับปวดให้บรรเทาลงผู้ป่วยกลุ่มที่สองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioid แต่กลับไม่สามารถระงับปวดให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการใช้ยากลุ่มดังกล่าวรวมทั้งยาเสริมอื่นๆ เช่น การให้ยา morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์เนิ่น แก่ผู้ป่วยเมื่อมีอาการปวดเฉียบพลัน (prn) ทั้งที่ยามีคุณสมบัติในการเริ่มออกฤทธิ์ช้ามากถึง 4 ชั่วโมง (แต่ออกฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมง) แทนที่จะใช้ morphine syrซึ่งออกฤทธิ์เร็วเพียง ครึ่งชั่วโมง (แต่ออกฤทธิ์นานเพียง 4-6 ชั่วโมง) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานกว่ายาจะเริ่มออกฤทธิ์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาใช้แล้วไม่ได้ผล และเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่ตามมาปัญหาการให้ยา MST ระงับปวดแบบ around the clock แต่กลับไม่ให้ยา Morphine syrup สำหรับใช้เป็น rescue dose เมื่อผู้ป่วยมี breaktrough pain การให้แต่ Morphine syrหรือ injection เฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด แต่กลับไม่ให้ MST แบบ around the clock เพื่อความคุมอาการปวดต่อเนื่อง การให้ MST ในผู้ป่วยที่กลืนยาเม็ดไม่ได้หรือให้ยาทาง NG feeding เมื่อผู้ดูแลนำยาไปบดทำให้ยาออกฤทธิ์สั้นลง คุมอาการปวดแบบต่อเนื่องไม่ได้ การไม่มี Fentanyl patch (แทนยาฉีด morphine)นำกลับไปใช้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้การเปลี่ยนจากขนาดยาฉีด เป็นยารับประทาน (ซึ่งต่างกัน 3 เท่า) ไม่เหมาะสม การไม่ได้ประเมิน pain score รวมถึงการประเมินและจัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาแล้วนำไปใช้ปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมตามภาวะการดำเนินไปของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ การขาดช่องทางให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้มีโอกาสสะท้อนกลับ/สอบถามปัญหาเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ฯลฯ เหล่านี้เป็นต้น ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การระงับปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร จนมีผู้ป่วยรายหนึ่งนำยา Morphine ไปรับประทานเพื่อฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความปวด และถือเป็นกรณีศึกษาที่กระตุกความสนใจให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ระดมสมองเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาจนเกิดผลการพัฒนาเรื่องนี้ขึ้น

**วัตถุประสงค์** : เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (และผู้ดูแล) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเถิน ที่มารับบริการตั้งแต่งวันที่ 1 เม.ย.-30 ก.ย. 2558 โดยประเมินจาก (1) จำนวนยาของผู้ป่วยที่เข้าถึงยากลุ่ม opioid มากขึ้น (2) อุบัติการณ์ยาหมดก่อนนัดติดตาม/การ re-admit ด้วยปัญหาเรื่องปวดหรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากยา (3) การควบคุมอาการปวดโดยประเมินจาก Pain score ที่ลดลง (4) การจัดการ ADR ที่ป้องกันได้ (5) ปัญหาการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมลดลง

**วิธีดำเนินการ :**

(1).ประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อรับทราบ ทบทวน และหาแนวทางแก้ปัญหา รวมถึงการออกแบบระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย
(2).พัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรในทีม โดยมีทั้งแบบส่งออกไปฝึกอบรม/ศึกษาดูงานที่หน่วยงานภายนอก(ในเรื่อง Pain management สำหรับแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร; การประเมิน pain score การใช้ยาระงับปวด การปรับเปลี่ยนการดูแลอื่นๆให้เหมาะสม) และการเรียนรู้ร่วมกันในหน่วยงานขณะดูแลผู้ป่วย (Pain management/Palliative care round) รวมถึงการเผยแพร่ระบบให้หน่วยงานอื่นๆเพื่อขยายทีมให้สามารถดูแลเอง/ส่งต่อผู้ป่วยมาให้ทีมฯ ได้มากขึ้น
(3).การนำยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ที่จำเป็นมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับความปวด ได้แก่ fentanyl patch และ morphine syrup (จากเดิมที่มีเพียง morphine 10 mg sustained release, morphine syrup )
(4).จัดตั้ง Pain management service ที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้บริการครบวงจรตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการบริการเชิงรุกโดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ การพัฒนาทักษะในการประเมิน pain score โดยพยาบาลและเภสัชกรทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การออกแบบประเมิน Pain score ที่ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลและนำมาประกอบการปรับเปลี่ยนยาใน การมานัดติดตามเพื่อรับยาเพิ่มแต่ละครั้ง และสร้างระบบให้ญาติสามารถมารับยาแทนได้
(5).สร้างเครือข่ายการดูแลในระดับ รพ. เชื่อมโยงกับ รพสต. และเครือข่ายจิตอาสาในชุมชน เช่น อสม. อปท. เป็นต้น เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
(6).เป็นวิทยากร/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ พื้นที่จังหวัด/เขตสุขภาพอื่นๆ/สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เพื่อสร้างระบบเข้าถึงยา opioids และการดูแลผู้ป่วย palliative care ให้ครอบคลุมผู้ป่วยในประเทศไทยให้มากที่สุด

**ผลการดำเนินการ**
ประเมินผลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียน Palliative care; Pain management service แบบบันทึก Pain score ของผู้ป่วยที่มารับยาเพิ่มแต่ละ visit แบบบันทึกกิจกรรมทางการบริบาล (รวมทั้งระบบฐานข้อมูลการจ่ายยากลุ่ม opioids ในโปรแกรม HosXP) พบว่าผู้ป่วยนอก 6 เดือนหลังจากเริ่มดำเนินงาน มีการเข้าถึงยากลุ่ม opioid เพิ่มขึ้นเป็น 73 visit (30 ราย) จาก 50 visit (28 ราย ) ในช่วง 6 เดือนก่อนเริ่มดำเนินงาน ทำให้มี visit ที่มารับยาของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 1.79 visit ต่อราย เป็น 2.43 visit/ราย ที่สำคัญคือมีการเริ่มยา opioids ให้ผู้ป่วย 6 ราย ที่ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวที่บ้าน (โดยทีมเยี่ยมบ้านโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล) ในส่วนของผู้ป่วยใน ก็พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและบำบัดความปวดมากขึ้น จาก 11 visit (9 ราย) ก่อนเริ่มดำเนินงาน เป็น 30 visit (29 ราย) หลังจากเริ่มดำเนินงาน หลังจากนั้นก็วางแผนจำหน่ายไปดูแลต่อที่บ้าน และมารับยาเพิ่มแบบ OPD visitจึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ re-admit ด้วยเรื่องปวดหรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากยา มีแนวโน้มลดลงลดลงจาก ร้อยละ 9.1 ก่อนเริ่มดำเนินงาน เหลือเพียงร้อยละ 3.3 หลังเริ่มดำเนินงานผู้ป่วยนอก 6 เดือนหลังเริ่มดำเนินงาน พบว่ามีร้อยละของอุบัติการณ์ยาหมดก่อนนัดเนื่องจากใช้ยาไม่ได้ผล จึงใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าแผนการรักษาลดลง จากร้อยละ 32 เหลือเพียง ร้อยละ 8.2ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในช่วง 6 เดือนหลังเริ่มดำเนินงาน สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยที่มี Pain score ในระดับ 0- 3 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ช่วง 6 เดือนก่อนการดำเนินงาน เป็นร้อยละ 82.2 ในช่วง 6 เดือนหลังเริ่มดำเนินงาน (p<0.001) นอกจากนี้ยังมีการประเมิน Pain score ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน Pain score ลดลงจากร้อยละ 34 ก่อนเริ่มดำเนินงานเหลือเพียง ร้อยละ 2.2 หลังเริ่มดำเนินงานในส่วนของการควบคุมความปวด (Pain score 0-3) ของผู้ป่วยในก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากร้อยละ 9.1 ก่อนเริ่มดำเนินงาน เป็นร้อยละ 60 หลังเริ่มดำเนินงาน(p=0.005)ปัญหาในการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยนอก ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการใช้ยาในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยหลังเริ่มดำเนินงาน พบว่าลดลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น ปัญหาการให้ยาแบบ around the clock แต่ไม่ให้ rescue dose ลดลงจากร้อยละ 78 เหลือเพียงร้อยละ 16.4 หลังเริ่มดำเนินการปัญหาการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยในก็มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ปัญหาการให้แต่ rescue dose แต่ไม่ให้ around the clock ลดลงจากร้อยละ 36.4 เหลือเพียง ร้อยละ 6.7 หลังเริ่มดำเนินงานปัญหาการไม่ได้ประเมิน/จัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction; ADR)ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอกและรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีแนวโน้มลงลงจากร้อยละ 48 ก่อนเริ่มดำเนินงาน เหลือเพียงร้อยละ 15.1 หลังเริ่มดำเนินงานการประเมินและจัดการ ADR ในผู้ป่วยใน ก็มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังตัวอย่างเรื่อง การจัดการเรื่องปัญหาท้องผูกจากยาโดยการให้ยาระบายป้องกัน ทำให้ปัญหาลดลงจากร้อยละ 45.5 เหลือร้อยละ 20 หลังเริ่มดำเนินงาน
**อภิปรายผล** : ผลการดำเนินงานพบว่า เมื่อเพิ่มความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง โดยพัฒนากิจกรรมต่างๆข้างต้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลด้านอื่นๆโดยเฉพาะด้านอารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำได้ง่ายขึ้น แม้ว่ารูปการศึกษาผลการดำเนินงานอาจไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดทางการวิจัยแต่ก็พอแสดงให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีของการพัฒนาได้ หากในอนาคตจะมีการพัฒนารูปแบบการวิจัยให้ดียิ่งขึ้น ก็จะสามารถนำผลไปเผยแพร่และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในวงกว้างได้มากขึ้นต่อไป เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมารจากความปวดให้มากที่สุด

**ความภาคภูมิใจ:** (1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเริ่มต้นจากการบำบัดอาการทางกาย โดยเฉพาะความปวด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อจิตใจ และการเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบ (2)ได้พัฒนาการใช้องค์ความรู้และทักษะร่วมกันของทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด และได้สร้างเครือข่ายที่สามารถดูแลต่อเนื่องลงไปถึงชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และเกิดระบบดูแลอย่างยั่งยืน (3)สามารถทะลายข้อจำกัดของระบบการใช้ยากลุ่ม opioid แบบเดิมๆที่เข้มงวดเนื่องจากเคยถูกมองว่าเป็นยาเสพติดและมีความเสี่ยงสูงในการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นการสร้างระบบเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยที่ยังรักษาความรัดกุมในการจัดการยาเสพติดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความปวดจากโรคมะเร็ง (4) สามารถแก้ไขทัศนคติที่ผิดๆที่มักไม่เชื่อว่าความปวดในผู้ป่วยมะเร็งสามารถความคุมให้ไม่ปวดได้ โดยใช้ความรู้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและเรื่องยาในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้ทนทุกข์ทรมานกับความปวดจนเสียชีวิต