



แนวทางการบริหารจัดการ ระบบยาในการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข





กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข





ชื่อหนังสือ : แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล
เภสัชกรสุธาร จันทะวงษ์

กองบรรณาธิการ : เภสัชกรหญิงพรพิมล จันทร์คุณาภาส
เภสัชกรหญิงไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง
เภสัชกรหญิงนุชน้อย ประภาโส
เภสัชกรหญิงวิภา เต็งอภิชาติ
เภสัชกรหญิงรัชนก สิริโชติวงศ์
เภสัชกรหญิงวรัญญา จวนสา
เภสัชกรหญิงวรรณพร วัฒนวงษ์
เภสัชกรหญิงอารีวรรณ ทองขุนดำ
เภสัชกรจตุพร มหานิล
เภสัชกรหญิงอังศุรัตน์ ยัมละมัย
เภสัชกรหญิงพรกษ พิทักษ์ธรรม
เภสัชกรอัญญารัตน์ ศรีวิโรจน์
เภสัชกรมนตรี วงศ์คำมา
เภสัชกรหญิงวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย : กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02 5901628 โทรสาร 02 5901634
<http://dmsic.moph.go.th>

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2561

จำนวนพิมพ์ : 500 เล่ม

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และมีศักยภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) เชื่อมโยงตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ระยะกลาง (Intermediate Care) ระยะยาว (Long-term Care) และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพให้สามารถรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ที่มีความซับซ้อน รวมถึงรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดระยะเวลาโรคภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยด้อยโอกาสและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น ในปี 2559 จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาคูดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และในปี 2560 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาคูดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและจะต้องพักรักษาตัวที่บ้าน จึงพบปัญหาในการเข้าถึงยากลุ่ม Opioids ซึ่งในปี 2561 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะทำงานพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข เล็งเห็นว่า การพัฒนาระบบการจัดการยาและการบริหารจัดการที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยา ลดความทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและจากไปอย่างสงบหรือตายดี จึงดำเนินการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการระบบยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ข้อมูลรายการยาที่ใช้ การจัดการและการบริหารจัดการด้านยา และอุปกรณ์เสริม ระบบการบริการ การติดตาม การส่งต่อ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่มีในระบบ เป็นต้น โดยคณะทำงานฯ ได้นำข้อสรุปจากการสำรวจมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กองบริหารการสาธารณสุข ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการระบบยาเล่มนี้
จากประสบการณ์ทำงานและการค้นคว้าเพิ่มเติม ทำให้มีแนวทางปฏิบัติงานและตัวอย่างข้อมูล สำหรับ
ใช้ในการพัฒนาต่อยอด เพื่อให้การพัฒนาระบบยาสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative Care) มีพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สิงหาคม 2561



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ค
ผลการสำรวจระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	1
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	7
แนวทางการบริหารจัดการยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระดับเขต/ ระดับจังหวัด/ระดับโรงพยาบาล/ระดับตำบล	9
บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmacist's role in Palliative care)	11
รายการยาจำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Essential Drugs List in Palliative Care)	12
ตัวชี้วัดระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Key Performance Indicators in Palliative Care)	14
ระบบสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	16
ภาคผนวก	17
• รายละเอียดตัวชี้วัดระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (KPI Template)	18
• ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	20
• แนวทางการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง	27
• กฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม Opioids	31
• กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmaceutical Care Process for Palliative care)	37
• ประสิทธิภาพและแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	40
• ประสิทธิภาพและแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน	54
• ตัวอย่างการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านนโยบายการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี	58
• คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1713/ 2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข	63





+ **MEDICINE**

ผลการสำรวจระบบยาในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยกิจกรรมบริการยากลุ่ม Opioids ถือเป็น 1 ในเป้าหมายการให้บริการ (Service delivery) ที่ต้องส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้อย่างเพียงพอและไม่ขาดแคลน ในการนี้กองบริหารการสาธารณสุข ได้จัดทำแบบสำรวจระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในปีงบประมาณ 2559 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติงานของเภสัชกรในแต่ละหน่วยงานและนำข้อมูลพื้นฐานมาพัฒนามาตรฐานงานของเภสัชกรในการสนับสนุนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการพัฒนาบุคลากร

จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 629 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 896 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.20 ผลการสำรวจพบว่า จำนวนเภสัชกรที่เคยผ่านการฝึกอบรม 341 คน และจำนวนเภสัชกรที่มีความสนใจจะเข้าฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 1,003 คน โดยมีความสนใจจะเข้าฝึกอบรมระยะเวลา 2 วัน หรือ 2 สัปดาห์ เป็นจำนวนมากกว่าระยะเวลาอบรม 4 เดือน

ตารางที่ 1 จำนวนเภสัชกรที่ผ่านการอบรมและที่มีความสนใจจะเข้าฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหลักสูตร	จำนวนเภสัชกร	
	ผู้ที่เคยผ่านการอบรม (คน)	ผู้ที่สนใจจะเข้าฝึกอบรม (คน)
หลักสูตรระยะสั้นด้านเภสัชกร Palliative care 4 เดือน	2	170
หลักสูตรระยะสั้นด้านเภสัชกรครอบครัว FCPL 4 เดือน	33	148
อบรม 2 สัปดาห์ Palliative Care for pharmacist	130	319
อบรม 2 วัน Palliative Care for pharmacist	176	366
รวม	341	1,003

ส่วนที่ 2 การบริหารเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 629 แห่ง ส่วนใหญ่มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) 608 แห่ง คิดเป็น

ร้อยละ 96.66 และมีการทบทวนรายการยาสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) จำนวน 472 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.04

จากการสำรวจกรอกรายการยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบ่งตามกลุ่มยา ดังนี้

2.1 กลุ่ม Opioids for Pain Management พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มียาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ Tramadol HCl 50 mg. capsule คิดเป็นร้อยละ 98.57 รองลงมาคือ Morphine 10 mg. injection และ Tramadol HCl 50 mg. injection คิดเป็นร้อยละ 95.71 และ 91.73 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีรายการยา กลุ่ม Opioids for Pain Management สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

รายการยา	จำนวนโรงพยาบาลที่มียาสำหรับผู้ป่วย	
	แห่ง	คิดเป็นร้อยละ
Tramadol HCl 50 mg. capsule	620	98.57
Tramadol HCl 50 mg. injection	577	91.73
Codeine+Paracetamol tablet	38	6.04
Morphine 10 mg. injection	602	95.71
Morphine 2 mg./ml. syrup	365	58.03
Morphine Immediated release 10 mg. tablet	223	35.45
Morphine sustained release 10 mg. tablet	371	58.98
Morphine sustained release 30 mg. tablet	149	23.69
Morphine sustained release 60 mg. tablet	13	2.07
Morphine sustained release 10 mg. capule	135	21.46
Morphine sustained release 20 mg. capule	47	7.47
Morphine sustained release 50 mg. capule	16	2.54
Fentanyl 100 mcg. injection	234	37.20
Fentanyl 12 mcg. patch	18	2.86
Fentanyl 25 mcg. patch	75	11.92
Fentanyl 50 mcg. patch	21	3.34
Fentanyl 100 mcg. patch	0	0
Methadone 5 mg. tablet	10	1.59
Oxycodone tablet	2	0.32

2.2 กลุ่ม Non-Opioids for Pain Management พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มี Paracetamol และ NSAIDs จำนวน 616 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.93 และพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมียาอื่นในกลุ่ม Non-Opioids for Pain Management สำหรับใช้ใน

โรงพยาบาล เช่น Diclofenac tablet Diclofenac injection Ibuprofen Indomethacin Mefenamic capsule/tablet Nimesulide Piroxicam Celecoxib Etoricoxib Parecoxib Meloxicam Naproxen Aspirin Ketolorac เป็นต้น

2.3 กลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มี Midazolam 5 mg. injection Lorazepam tablet และ Diazepam tablet จำนวน 243 621 และ 622 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.63 98.73 และ 98.89 ตามลำดับ

2.4 กลุ่ม Adjuvants เพื่อลดอาการรบกวนต่างๆ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มียาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ Prednisolone tablet คิดเป็นร้อยละ 98.41 รองลงมาคือ Phenytoin capsule และ Haloperidol injection คิดเป็นร้อยละ 98.09 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนโรงพยาบาลที่มีรายการยา กลุ่ม Adjuvants เพื่อลดอาการรบกวนต่างๆ สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

รายการยา	จำนวนโรงพยาบาลที่มียาสำหรับผู้ป่วย	
	แห่ง	คิดเป็นร้อยละ
Amitriptyline tablet	615	97.77
Cabamazepine tablet	562	89.35
Phenytoin capsule	617	98.09
Hyoscyamine tablet	174	27.66
Prednisolone tablet	619	98.41
Gabapentin capsule	316	50.24
Atropine injection or Atropine eye drop	576	91.57
Haloperidol tablet	615	97.77
Haloperidol injection	617	98.09
Dexamethasone 4 mg. tablet	272	43.24
Octreotide injection	123	19.55

2.5 สมุนไพรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง (ร้อยละ 81.56) ยาเหี่ยวหอม (ร้อยละ 36.25) ยาระบายมะขามแขก (ร้อยละ 85.53) ยามะระขึ้นก (ร้อยละ 39.43) ยาธาตุบดเขย (ร้อยละ 51.83) รมยาสมุนไพร (ร้อยละ 16.85) และยังพบว่าโรงพยาบาลได้มีการนำสมุนไพรอื่นๆ มาใช้เป็นสมุนไพรทางเลือก เช่น ยาหอมนวโกฐ สหสธารา ขมิ้นชัน เพชรสังฆาต จันทน์ลีลา ธาตุบรรจบ ประสะไพล ฟ้าทะลายโจร ห้าราก อมมะแว้ง ครีมไพล ครีมกลีเซอรินพญาหอ กลีเซอริน เสดดพังพอน ยาหอมเทพจิตร ขมิ้นชัน ขิง ยาหม่องไพล จันทน์ลีลา ยาน้ำมันมะขามป้อม รากจืด ชุมเห็ดเทศ นวโกฐ เบญจอมฤต ยาเถาเอ็นอ่อน ยาธาตุบรรจบ ยาธรณีสันตะฆาต น้ำมันมะพร้าวใช้สำหรับนวด เป็นต้น

2.6 เครื่องมือและอุปกรณ์เสริมที่ใช้ประกอบการบริหารยา โรงพยาบาลมีการนำเครื่องมือหรืออุปกรณ์เสริม เช่น Syringe driver จำนวน 210 แห่ง (ร้อยละ 33.39) Syringe 20 cc. จำนวน 568 แห่ง (ร้อยละ 90.30) และ Scalp vein จำนวน 313 แห่ง (ร้อยละ 49.76) นอกจากนี้ยังพบอุปกรณ์อื่นๆ เช่น Extension tube transpore Extension Syring 1 cc. Medicut Infusion pump Oxygen เป็นต้น

ส่วนที่ 3 การบริการเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

จากการสำรวจ โรงพยาบาลที่ส่งแบบตอบกลับมาจำนวน 629 แห่ง พบว่าจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวน 51,217 ราย แบ่งเป็น

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| - CA Palliative ในโรงพยาบาล | จำนวน 29,848 ราย |
| - CA Palliative ในชุมชน | จำนวน 14,119 ราย |
| - Non- CA Palliative ในโรงพยาบาล | จำนวน 19,563 ราย |
| - Non- CA Palliative ในชุมชน | จำนวน 17,535 ราย |

โดยมีจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับยากลุ่ม Strong Opioids รวม 22,261 ราย คิดเป็นมูลค่าของยา 25,550,278 บาท (ยีสบิหาล้านห้าแสนห้าหมื่นสองร้อยเจ็ดสิบแปดบาท)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 86.49 มีเภสัชกรเป็นคณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 82.83 มีการกำหนดแนวทางและขั้นตอนการให้ยาชนิดฉีด/ยาเม็ด/ยาน้ำ/แผ่นแปะ ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 52.31 และ มีการกำหนดแนวทางและขั้นตอนการให้ยาชนิดฉีดที่บ้านผู้ป่วย ร้อยละ 17.17

ส่วนแนวทางการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ

3.1 การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กรณีผู้ป่วยนอก พบว่าจำนวนโรงพยาบาลที่จัดให้มีเภสัชกรรับผิดชอบและสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในโรงพยาบาล ร้อยละ 81.24 และเภสัชกรมีบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หรือผู้ดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 57.71

3.2 การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กรณีผู้ป่วยใน พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเภสัชกรที่มีบทบาทในการทำ Medication Reconciliation ร้อยละ 80.60 รองลงมา คือ มีการทำ Discharge Counselling ร้อยละ 55.17 และมีบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หรือผู้ดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 54.05 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กรณีผู้ป่วยใน

บทบาทของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยใน	จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรม กรณีผู้ป่วยใน	
	แห่ง	คิดเป็นร้อยละ
มีเภสัชกรร่วมการ Round ward กับสหวิชาชีพในหอผู้ป่วย	213	33.86
มีการทำ Advanced Care Plan ร่วมกับหอผู้ป่วย	135	21.46
มีการทำ Conference Case ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	206	32.75
มีการทำ Discharge Counselling	347	55.17
มีการทำ Medication Reconciliation	507	80.60
มีบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หรือผู้ดูแลใกล้ชิด	340	54.05

3.3 การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน จากการสำรวจพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 82.99 รองลงมา คือ มีการเชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กับงานเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 77.26 และมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร้อยละ 77.11 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน

บทบาทของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้าน	จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรม กรณีการติดตามเยี่ยมบ้าน	
	แห่ง	คิดเป็นร้อยละ
มีการเชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กับงานเยี่ยมบ้าน	486	77.26
มีการเชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กับระบบสุขภาพตำบล อำเภอ (District Health System/ Primary Care Cluster)	400	63.59
มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	485	77.11
มีการแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาที่บ้านผู้ป่วย	466	74.09
มีการปรับขนาดยาหรือปรับยาและยากลับอื่นๆ ที่บ้านร่วมกับทีมรักษา	359	57.07
มีการจัดการยาเหลือคืนของผู้ป่วยที่บ้าน	452	71.86
มีหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน	522	82.99
มีการกำหนดบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	464	73.77

3.4 การส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ไปยังหน่วยบริการอื่นๆ พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคองไปยังโรงพยาบาลที่สูงกว่า ร้อยละ 83.30 ไปยังโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า จำนวน 288 แห่ง (ร้อยละ 45.79) และไปยังโรงพยาบาลสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 558 แห่ง (ร้อยละ 88.71) โดยโรงพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ชัดเจน จำนวน 416 แห่ง (ร้อยละ 66.13) และมีแนวทางการบริหารจัดการยาระหว่างหน่วยบริการ จำนวน 372 แห่ง (ร้อยละ 59.14)

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค

4.1 โรงพยาบาลที่เพิ่งจะเริ่มต้นพัฒนางาน palliative care จึงไม่มีหน่วยงานและขั้นตอนการดำเนินงานของ palliative care ที่ชัดเจน ส่งผลให้เภสัชกรยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในงาน palliative care ของโรงพยาบาล

4.2 กรณียาที่มีอายุยาสั้น โดยเฉพาะ Morphine syrup สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่รับคืนยาหรือแลกเปลี่ยนยา ทำให้สูญเสียมูลค่ายา เพราะอัตราการใช้ไม่แน่นอน การทำลายยากลุ่มยาเสพติดมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก

4.3 เภสัชกรที่รับผิดชอบยังขาดประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย palliative care และมีจำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอต่อการทำงาน

4.4 บางหน่วยงานไม่ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมเนื่องจากข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง

4.5 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นปัจจุบันเพื่อที่จะนำมาใช้บริหารจัดการหรือวางแผนด้านยา

4.6. การส่งต่อผู้ป่วยไม่มียาให้ผู้ป่วย เช่น Morphine syrup

สรุปผลการสำรวจระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 629 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 896 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.20 ผลการสำรวจพบว่า จำนวนเภสัชกรที่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จำนวน 341 คน ซึ่งถือว่ามียาจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเภสัชกรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8,863 คน (ข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560) คิดเป็นร้อยละ 3.85

โดยเภสัชกรในโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ด้านระบบยาและการบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงการส่งต่อยาให้กับผู้ป่วยไปใช้ในหน่วยงานอื่น ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรให้สามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อตอบสนองนโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือการลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี ความปวดและอาการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเกิดความทุกข์ทรมาน การใช้ยาระงับปวดและยาลดอาการรบกวนต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

ในการวินิจฉัยภาวะระยะท้ายในประเทศไทยนั้น รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล แปลจาก Thomas K และคณะ¹ ให้ข้อมูลว่า การวินิจฉัยภาวะระยะท้ายของโรคเป็นขั้นตอนการวินิจฉัยเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยได้ระบุกลุ่มโรคที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ดังนี้

- กลุ่ม cancer
- กลุ่ม organ failure ได้แก่ Heart disease (Congestive Heart Failure :CHF) Chronic Obstructive Pulmonary Disease:COPD Renal disease
- กลุ่ม neurological disease ได้แก่ Motor Neurone disease(MND) Parkinson disease (PD), Multiple sclerosis (MS)

- กลุ่ม frailty and dementia ได้แก่ frailty stroke

นายแพทย์อากาศ พัฒนเรืองไธและคณะ² ได้มีการกำหนดกลุ่มโรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ออกเป็น 8 กลุ่มโรคดังนี้คือ

1. Palliative care in cancer patients
2. Palliative care in neurological disease/stroke
3. Palliative care in renal replacement therapy
4. Palliative care in heart disease
5. Palliative care in multiple trauma patients
6. Palliative care in infectious disease/HIV/AIDS
7. Pediatric palliative care
8. Palliative care in aging/dementia

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มีการกำหนด Essentials Management

in Palliative care และได้แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งประเทศไทยมีการกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ที่ต้องมีระบบการควบคุมให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เกสซ์กรจึงมีบทบาทสำคัญหลายประการตั้งแต่การเตรียม ยาจำเป็นในรูปแบบต่างๆให้เพียงพอ การให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบริหารยา การปรับขนาดยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่อง (Medication reconciliation) การหยุดให้ยาที่ไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ การให้ความรู้ ด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

การจัดทำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เริ่มมาจากมติการประชุม คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 14 สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2559 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 4 อาคาร 6 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนด ให้มีคณะทำงานต่างๆขึ้นเพื่อร่างแนวทางการดำเนินงาน โดยมอบหมายให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านระบบยา จัดทำแนวทางการดำเนินงานในส่วนของการพัฒนาระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกระดับสามารถนำแนวทางที่จัดทำขึ้น ไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ทั้งในด้านการบริหารจัดการยา บทบาทเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล และที่บ้านของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อผลักดันให้การพัฒนานี้ ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงยากกลุ่ม Opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย การบรรเทาความทุกข์ ทรมานของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง :

1. Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition Oct 2011. The Gold Standard Framework, Center in End of Life Care (CIC).
<http://www.goldstandardsframework.org.uk>.
2. อากาศ พัฒนเรืองไธ และคณะ . List disease of Palliative care and Functional unit . กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , กันยายน 2559.
3. Lipman AG, Arter SG, Berry JI, et al. ASHP Statement on the pharmacist's role in hospice and palliative care. Am J Health-Syst Pharm. 2002; 59:1770-3.
4. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacist's role in palliative and hospice care. Am J Health-Syst Pharm. 2016; 73:1351-67.

แนวทางการบริหารจัดการยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง ในระดับเขต/ระดับจังหวัด/ ระดับโรงพยาบาล/ระดับตำบล

1. ระดับเขต :

ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรม (Chief Pharmacy Officer: CPO) ระดับเขต ดำเนินการ ดังนี้

- 1) กำหนดเป้าหมายระดับเขตและพัฒนากลไกการขับเคลื่อนมาตรการและเร่งรัดให้หน่วยบริการในเครือข่ายดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 2) พัฒนาสารสนเทศการรายงานตัวชีวิตด้านระบบยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 3) ขับเคลื่อนและบูรณาการตัวชีวิตด้านระบบยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- 4) ควบคุมและติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายทุกระดับ
- 5) สนับสนุนการจัดการระบบยาที่ใช้ในกับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในรูปแบบเครือข่ายระดับเขต

2. ระดับจังหวัด :

ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee : PTC) ระดับจังหวัด ดำเนินการ ดังนี้

- 1) กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด
- 2) ขับเคลื่อนและบูรณาการตัวชีวิตด้านระบบยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
- 3) ควบคุมและนิเทศติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด
- 4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรในด้านการบริหารเชิงระบบและการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 5) สนับสนุนการจัดการระบบยาที่ใช้ในกับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในรูปแบบเครือข่ายระดับจังหวัด

3. ระดับโรงพยาบาล :

ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) ระดับโรงพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้

- 1) กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
- 2) พัฒนามาตรการและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงแนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการของระบบยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคอง

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงาน
1. การคัดเลือกยา	- ทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลให้มีความสอดคล้องและมีความครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) - กำหนดกรอบรายการยาที่จำเป็นให้เหมาะสมกับระดับการให้บริการของโรงพยาบาล
2. การจัดซื้อจัดหา/การตรวจรับยา	- ดำเนินการตามระเบียบพัสดุ - เพิ่มการสำรวจยาให้สอดคล้องกับความต้องการโดยใช้ข้อมูลปริมาณการใช้ยาจากปีที่ผ่านมา
3. การควบคุม/การจัดเก็บยา	- มีการแยกเก็บยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท - มีระบบควบคุมและรักษาความปลอดภัยของคลังยาและห้องจ่ายยาตามมาตรฐาน - มีบัญชีทะเบียนควบคุมการจัดเก็บยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
4. การเบิกจ่ายยา	- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee : PTC) กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายยาให้ชัดเจน - มีรายงานการเบิกจ่ายยาตามกฎหมายกำหนดไว้ - มีการใช้ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษ - มีการทบทวนและแก้ไขปัญหาระบบการเบิกจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ
5. การใช้ยาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างสมเหตุสมผล	- มีการจัดการอาการด้วยขนาดยาที่เหมาะสม และสามารถควบคุมอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ ในระดับที่ยอมรับได้ - ทบทวนและปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับระยะของโรค - จัดระบบการค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุม - มีระบบขึ้นทะเบียนและการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น - มีการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และแพทย์ผู้ดูแลหลัก
6. การติดตามการใช้ยา	- มีการติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา - มีการควบคุมและป้องกันการรั่วไหลของการนำไปใช้ในทางที่ผิด - มีระบบยาคืนจากผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิด
7.การทำลายวัตถุเสพติด/ซาก	- ดำเนินการตามระเบียบพัสดุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
8. ระบบรายงาน	- มีการส่งรายงานการใช้ยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามที่กฎหมายกำหนด

4. ระดับตำบล : Primary Care Cluster (PCC) / ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสช.)

ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) ระดับโรงพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดระบบติดตามการใช้ยา รวมถึงการสำรวจรับยาคืนที่บ้านเพื่อส่งต่อให้กับโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 2) สามารถประเมินการใช้ยาและอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmacist's role in Palliative care)

บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล (ในโรงพยาบาลทุกระดับ A S M1 M2 F1 F2 และ F3)

1. งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก
จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในรูปแบบ Clinic/
Counselling ผู้ป่วยโดยเภสัชกร
2. งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน
จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในรูปแบบของ
การ Round ward/Case Conference/Advance Care plan/Discharge Counselling ร่วมกับ
ทีมสหวิชาชีพ
โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ (งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก/ใน)
 - 1) ปรับขนาดยาระงับปวดและยากลุ่มอื่นๆในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
 - 2) จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (Drug Related Problems: DRPs) ที่พบในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
 - 3) ทำการทบทวนประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MR)
 - 4) ให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ดูแล (Care giver)
 - 5) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนวิชาการด้านยา สำหรับการจัดการอาการของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้กับทีมสุขภาพในชุมชน
 - 6) จัดหา/จัดเตรียมยา/รูปแบบยาที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation)

บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน (ในโรงพยาบาลทุกระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 และ PCC)

1. มีการติดตามผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้าน
 - 1) ปรับขนาดยาระงับปวดและยากลุ่มอื่นๆในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านร่วมกับทีมรักษา
 - 2) จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (Drug Related Problems: DRPs) ที่พบในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่บ้าน
 - 3) จัดการยาเหลือของผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4) ให้ความรู้และทักษะด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ดูแล Care giver
2. เชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายกับ District Health System: DHS และ Primary Care Cluster: PCC

รายการยาจำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Essential Drugs List in Palliative Care)

คณะทำงานพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนรายการยาที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A (Advance level hospital) ระดับ S (Standard level hospital) ระดับ M (Middle level hospital) และระดับ F (First level hospital) ตามตารางที่ 7

**ตารางที่ 7 แสดงรายการยาที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับระดับ
ความปวดและบรรเทาอาการอื่นๆโดยแยกตามระดับของโรงพยาบาล**

ระดับ โรงพยาบาล	ยากลุ่ม Opioids	ยาที่ใช้บรรเทา อาการอื่นๆ	ยาสมุนไพร
A	1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MorphineIR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MST 30 mg tab 4. Kapanol cap 5. MO inj 6. Fentanyl patch ส่วนยา Methadone และยา Oxycodone พิจารณาตาม ความเหมาะสมของโรงพยาบาล	1. Lorazepam tab 2. Amitriptyline tab 3. Atropine inj or Atropine eye drop 4. Haloperidol tab 5. Haloperidol inj 6. Midazolam 5 mg inj 7. Gabapentin cap 8. Dexamethasone 4 mg tab 9. Octreotide inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสม ของโรงพยาบาล	ยาสมุนไพรที่รักษา อาการรบกวนทางกาย/ ใจของผู้ป่วยระยะท้าย ตามรายการบัญชี ยาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร ตามความเห็นชอบของ แพทย์ผู้ให้การรักษา
S	1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือMorphineIR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MST 30 mg tab 4. Kapanol cap 5. MO inj 6. Fentanyl patch	1. Lorazepam tab 2. Amitriptyline tab 3. Atropine inj or Atropine eye drop 4. Haloperidol tab 5. Haloperidol inj 6. Midazolam 5 mg inj 7. Gabapentin cap 8. Dexamethasone 4 mg tab 9. Octreotide inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสม ของโรงพยาบาล	ยาสมุนไพรที่รักษา อาการรบกวนทางกาย/ ใจของผู้ป่วยระยะท้าย ตามรายการบัญชี ยาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร ตามความเห็นชอบของ แพทย์ผู้ให้การรักษา
M1 M2	1.Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MorphineIR 10mg tab 2.MST 10 mg tab 3.MST 30 mg tab 4.MO inj 5.Fentanyl patch	1. Lorazepam tab 2. Amitriptyline tab 3. Atropine inj or Atropine eye drop 4. Haloperidol tab 5. Haloperidol inj 6. Midazolam 5 mg inj 7. Gabapentin cap และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสม ของโรงพยาบาล	ยาสมุนไพรที่รักษา อาการรบกวนทางกาย/ ใจของผู้ป่วยระยะท้าย ตามรายการบัญชี ยาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร ตามความเห็นชอบของ แพทย์ผู้ให้การรักษา

ระดับ โรงพยาบาล	ยากลุ่ม Opioids	ยาที่ใช้บรรเทา อาการอื่นๆ	ยาสมุนไพร
F1 F2 F3	1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MorphineIR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MO inj	1.Lorazepam tab 2.Amitriptyline tab 3.Atropine inj 4.Haloperidol tab 5.Haloperidol inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสม ของโรงพยาบาล	ยาสมุนไพรที่รักษา อาการรบกวนทางกาย/ ใจของผู้ป่วยระยะท้าย ตามรายการบัญชี ยาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร ตามความเห็นชอบของ แพทย์ผู้ให้การรักษา

cap : capsule , IR : immediate-release , inj : injection , tab : tablet

รายการยาในกลุ่ม Opioids ที่ควรมีใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในสถานพยาบาลอย่างน้อยที่สุดควรประกอบด้วย ยามอร์ฟีนในรูปแบบยาฉีด (Morphine injection) ส่วนยารับประทานชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (sustained-release formulation: SR) อย่างน้อยควรมี MST 10 mg tablet เพื่อควบคุมอาการปวดพื้นฐาน นอกจากนี้ยารับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้นอย่างน้อย ควรมียามอร์ฟีนในรูปแบบยาน้ำ (Morphine syrup) หรือ ยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์สั้นในรูปแบบยาเม็ด (Morphine IR 10 mg tablet) เพื่อควบคุมอาการปวดพื้นฐาน (background pain) หรือการควบคุม อาการปวดกำเริบเป็นครั้งคราว (breakthrough pain: BTP) นอกจากนี้ยามอร์ฟีนยังสามารถนำไปใช้ได้ ในการบรรเทาอาการหอบเหนื่อย (dyspnea) ซึ่งขนาดยาที่ใช้จะต่ำกว่าขนาดยาที่ใช้ในการระงับปวด ส่วนรายการยาที่ใช้จัดการบรรเทาอาการอื่นๆ ที่แนะนำให้มีในสถานพยาบาลอย่างน้อยที่สุด เช่น Lorazepam tablet เพื่อใช้เป็นยาบรรเทาอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก Amitriptyline tablet เพื่อใช้เป็นยาจัดการอาการปวดแบบเหตุประสาท (neuropathic pain) และ Haloperidol tablet/ Injection เพื่อใช้เป็นยาจัดการภาวะเพ้อ (delirium) เป็นต้น

สำหรับสถานพยาบาลในระดับ AS M1 หรือ M2 ควรพิจารณาเพิ่มประเภทยา รูปแบบ และขนาดยา ให้มากขึ้น เพื่อบุคลากรทางแพทย์จะได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ควรมีการพิจารณารายการยาสมุนไพรรักษาอาการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ตามรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร เพื่อเพิ่ม ทางเลือกในการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมของสถานพยาบาล

เอกสารอ้างอิง :

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา .บัญชียาหลักแห่งชาติ (National list of essential medicines:NLEM) บัญชียาจากสมุนไพร , กระทรวงสาธารณสุข . สิงหาคม 2556

ตัวชี้วัดระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Key Performance Indicators in Palliative Care)

1. ระดับจังหวัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกรอบรายการยาาระงับปวดกลุ่ม Opioids ตามกำหนด	70	80	90	100
2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้าย ในผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร	70	80	90	100
3	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร				
	3.1 โรงพยาบาลระดับ A หรือ S	100	100	100	100
	3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 หรือ M2	100	100	100	100
	3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 หรือ F2 หรือ F3	-	80	90	100
4	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านโดยเภสัชกร	100	100	100	100

2. ระดับโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565
1	มีระบบรายงานมูลค่ายาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย	มี	มี	มี	มี
2	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids	70	80	90	95
3	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ คลังยาโรงพยาบาล				
4	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ จุดจ่ายยา				
5	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำปรึกษาด้านยาแบบผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร	70	80	90	95

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565
6	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร				
	6.1 โรงพยาบาลระดับ A หรือ S	60	70	80	90
	6.2 โรงพยาบาลระดับ M1 หรือ M2	50	60	70	80
	6.3 โรงพยาบาลระดับ F1 หรือ F2 หรือ F3	-	50	60	70
7	ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่กลับบ้านได้รับการติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกร	70	80	90	95
8	ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่กลับบ้านและมีปัญหาด้านยาได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกร	90	100	100	100

3. ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565
1	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน	100	100	100	100

ระบบสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. พัฒนาศักยภาพเภสัชกร ตามหลักสูตรต่างๆ ดังนี้

- 1.1 หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน (สำหรับโรงพยาบาลระดับ A, S)
- 1.2 หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นงานเภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน ระยะเวลา 4 เดือน
- 1.3 หลักสูตรพัฒนาเภสัชกรดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ระยะเวลา 2 สัปดาห์
- 1.4 หลักสูตรพัฒนาเภสัชกรดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ระยะเวลา 2 วัน

2. ระบบข้อมูลสารสนเทศและสารสนเทศ

- 2.1 พัฒนาระบบสารสนเทศ
- 2.2 จัดทำระบบรายงานตามตัวชี้วัดโดยกระทรวงสาธารณสุข

3. การสนับสนุนด้านงบประมาณ และ วัสดุครุภัณฑ์

- 3.1 มีการสำรวจและสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ให้ยาผ่านทาง subcutaneous Infusion ทาง syringe driver แก่โรงพยาบาลทุกระดับ

4. ระบบเครือข่ายสนับสนุนและส่งต่อ ที่เชื่อมโยงทั้งในระดับเขต/ระดับจังหวัด/ ระดับโรงพยาบาล/ระดับตำบล

ภาคผนวก

- รายละเอียดตัวชี้วัดระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (KPI Template)
- ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- แนวทางการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- กฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม Opioids
- กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Pharmaceutical Care Process for Palliative care)
- ประสิทธิภาพและแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม
ผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล
- ประสิทธิภาพและแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน
- ตัวอย่างการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านนโยบายการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี
- คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1713/ 2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงาน
พัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข

 **MEDICINE**

รายละเอียดตัวชี้วัดระบบยาในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (KPI Template)

1. ระดับจังหวัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกรอบรายการยาาระงับปวดกลุ่ม Opioids ตามที่กำหนด	(จำนวนโรงพยาบาลที่มีกรอบรายการยาาระงับปวดกลุ่ม Opioids ตามที่กำหนด/จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด) x100
2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยระยะท้ายในผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร	(จำนวนโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยระยะท้ายในผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร/จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด) x100
3	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายบนหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร	(จำนวนโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายบนหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร/จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด) x100
4	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร	(จำนวนโรงพยาบาลที่มีกิจกรรมการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร/จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด) x100

2. ระดับโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ
1	มีระบบรายงานมูลค่ายาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย	มีรายงานมูลค่ายาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ที่ใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายทุกเดือน
2	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล) x100
3	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ คลังยาโรงพยาบาล	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ คลังยาโรงพยาบาล
4	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ จุดจ่าย	จำนวนครั้งของการขาดคราวของยาาระงับปวดกลุ่ม Strong Opioids ณ จุดจ่าย
5	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำปรึกษาด้านยาแบบผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำปรึกษาด้านยาแบบผู้ป่วยนอกโดยเภสัชกร/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล) x100

ลำดับ	ตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ
6	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หอผู้ป่วยโดยเภสัชกร	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล) x100
7	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับบ้านได้รับการติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกร	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกร/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล) x100
8	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับบ้านและมีปัญหาด้านยาได้รับการจัดการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกร	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับบ้านและมีปัญหาด้านยาได้รับการจัดการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกร/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับบ้านและมีปัญหาด้านยาทั้งหมด) x100

3. ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ
1	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับ การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน	(จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน/จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด)x100

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตัวอย่างที่ 1 แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการถูกถามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการถูกถามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ วังมึน +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกถามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ วังมึน +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกถามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ วังมึน +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกถามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	วังมึนหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ. พญ. บุณยามาส จิวสุทอง และคณะกรรมการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

(ที่มา : <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative3th> ภาควิชาเวชศาสตร์
ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)

ตัวอย่างที่ 2 แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด								มีอาการปวดรุนแรงที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย								มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการคลื่นไส้								มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการซึมเศร้า								มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่วิตกกังวล								วิตกกังวลมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอน								มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอนมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่เบื่ออาหาร								เบื่ออาหารมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
สบายดีทั้งกายและใจ								ไม่สบายกายและใจเลย			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ								มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(ที่มา : <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative2th> ภาควิชาเวชศาสตร์
ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)

ตัวอย่างที่ 3 : แบบประเมิน Pain score

MODERATE

UNIVERSAL PAIN ASSESSMENT TOOL

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbal Descriptor Scale	NO PAIN		MILD PAIN		MODERATE PAIN		MODERATE PAIN		SEVERE PAIN		WORST PAIN POSSIBLE
WONG-BAKER FACIAL GRIMACE SCALE											
ACTIVITY TOLERANCE SCALE	Alert Smiling NO PAIN		No humor serious flat CAN BE IGNORED		Furrowed brow pursed lips breath holding INTERFERES WITH TASKS		Wrinkled nose raised upper lips rapid breathing INTERFERES WITH CONCENTRATION		Slow blink open mouth INTERFERES WITH BASIC NEEDS		Eyes closed moaning crying BEDREST REQUIRED

ที่มา : http://www.nes.scot.nhs.uk/media/2701203/faces_scale_tool.pdf

ตัวอย่างที่ 4: แบบบันทึกการปรับทางเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะท้าย

ชื่อ-สกุล..... HN.....อายุ.....ปี

ผลการวินิจฉัยโรค ☐ HT ☐ DM ☐ DLP ☐ IHD ☐ HF ☐ CVA, Stroke

☐ Gout, Hyperuricemia ☐ CKD ☐ Asthma ☐ HIV ☐ อื่นๆระบุ

สิทธิการรักษา ☐ ทอมีท. ☐ ทอไม่มีท. ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกได้/จ่ายตรง ☐ อื่นๆ

สถานพยาบาลที่รักษาปัจจุบัน

1. 2. 3.

แผนภูมิครอบครัว

ติดต่อกรณีฉุกเฉิน : ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ผู้ดูแล 1st caregiver หน้าที่.....

ผู้ดูแล 2nd caregiver หน้าที่.....

ประวัติการแพ้ยา / อาหาร.....

ประวัติการแพ้ยา / อาหาร.....

Medication for symptom control

แบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยระยะท้าย
ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Date																	
Pain	0																
	10																
Tiredness	0																
	10																
Nausea	0																
	10																
Depress	0																
	10																
Anxiety	0																
	10																
Drowsiness	0																
	10																
Appetite	0																
	10																
Wellbeing	0																
	10																
Shortness of breath	0																
	10																
Other	0																
	10																
PPS																	
Completed by																	
P= Patient																	
C= Caregiver																	
A= Caregiver-assisted																	

Pharmacist note

	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย	Action & Plan
	IFFE	
	CAREGIVER	
	Problem list	

Pharmaceutical Care

เภสัชกร.....

วันที่	ปัญหาที่พบ	การแก้ไข ป้องกันการเกิดปัญหา การให้คำแนะนำ
	<input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	<input type="checkbox"/> 1. ความรู้เรื่องโรค
	<input type="checkbox"/> 2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> 2. ยาและการใช้ยา
	<input type="checkbox"/> 3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	<input type="checkbox"/> 3. การเก็บรักษา
	<input type="checkbox"/> 4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	<input type="checkbox"/> 4. ADR/การแก้ไข
	<input type="checkbox"/> 5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	<input type="checkbox"/> 5. โฆษณาการ
	<input type="checkbox"/> 6. ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา/ยา-อาหาร	<input type="checkbox"/> 6. ภาวะแทรกซ้อน
	<input type="checkbox"/> 7. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง	<input type="checkbox"/> 7. การปฏิบัติตัว
	<input type="checkbox"/> 8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ	<input type="checkbox"/> 8. พบแพทย์ตามนัด
	<input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ	<input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ ระบุ.....
	<input type="checkbox"/> 9.1 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	
	<input type="checkbox"/> 9.2 ใช้ยาผิดวิธีที่แนะนำหรือระบุไว้	
	<input type="checkbox"/> 9.3 ลืมกินยา	
	<input type="checkbox"/> 9.4 กินยาซ้ำซ้อน/ได้รับยาซ้ำซ้อน	
	<input type="checkbox"/> 9.5 หยุด/ลด/เพิ่ม ขนาดยาเอง	
	<input type="checkbox"/> 9.6 ขาดยา	
	<input type="checkbox"/> 9.7 ยาเหลือสะสมเกินวันนัด	
	<input type="checkbox"/> 9.8 เก็บยาไม่เหมาะสม	
	<input type="checkbox"/> 9.9 แบ่งยา	
	<input type="checkbox"/> 9.10 อื่นๆ ระบุ.....	F/U ครั้งต่อไป

ตัวอย่างที่ 5: แบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

แบบฟอร์มการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative Care

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุดรธานี ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล และ ทีมสุขภาพในชุมชน ใน PCC/คสม./รพสต.

วันที่.....

Patient profile	Diagnosis	Drug profile	Finding (INHOMESSS)	Drug related problems	Plan
<div>ชื่อสกุล.....</div> <div>HN.....</div> <div>อายุ.....ปี</div> <div>ที่อยู่.....</div> <div>รพสต.....</div> <div>เบอร์โทร.....</div>	.....	.....	Immobility.....	.....Improper drug selection	ระยะสั้น.....
	.....	.....	Nutrition.....	.....use without indication	ระยะยาว.....
	Problem (before)	.....	.....accuracy	.....Compliance	เจ็บระบบ.....
	.....	.....	.....ADR	.....Implement	.....
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>	.....	.....	Housing.....	.....DI	แนะนำ.....
	.....	.....	Other People.....	.....ME	ปรับพฤติกรรม.....
	Assessment	.....	Medication.....	.....Overdose	อื่นๆ.....
	BIO.....	.....	.....untreated indication	.....sub therapeutic dosage	.....
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>	.....	.....	Examination.....	.....Herb/food.....	Monitor & Evaluation
	PSYCHO.....	.....	Service.....	.....อื่นๆ.....	พึงพอใจ (5).....
	.....	.....	Spiritual.....	note เพิ่มขึ้น.....	Care.....
	SOCIAL.....	.....	Safety.....	.....	.....

Note.....

การติดตามต่อเนื่องโดย คสม/รพสต.....

ลงชื่อ.....เภสัชกรเยี่ยมบ้าน.....ลงชื่อ.....ทีมสหวิชาชีพ.....ลงชื่อ.....จนท.PCC/คสม/รพสต

แนวทางการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmaceutical Care Process for Palliative Care)

โดย ภญ.รัชนก สิริโชคิวงศ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และคณะ

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการไม่สุขสบายที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL) ของผู้ป่วยแย่ลง อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อย ได้แก่ ความปวด (pain) ภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) และอาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นต้น¹ อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ไม่สามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามกลางครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยที่มีอาการไม่สุขสบายระยะท้ายจึงจำเป็นต้องเสียชีวิตในโรงพยาบาลเนื่องจากกลัวความทุกข์ทรมานในระยะก่อนเสียชีวิต อุปสรรคของการไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายและไม่สามารถตายดีที่บ้านได้ตามความต้องการ เกิดจากการขาดการควบคุมและจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย การใช้ยาระงับปวดอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้² วัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ปัจจุบันมีองค์การวิชาชีพหลายสถาบันได้ระบุแนวทางและหลักการใช้อย่างถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งนี้อ้างอิงตามคำแนะนำการจัดการความปวดขององค์การอนามัยโลกด้วยวิธีการจัดการความปวดตามระดับความปวดที่จำแนกโดยบันได 3 ขั้น (WHO Analgesic Ladder) ซึ่งยาในกลุ่ม Strong opioids เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการอาการดังกล่าว³

อย่างไรก็ตามปัญหาการเข้าถึงยาในกลุ่ม Strong opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย ยังเป็นปัญหาที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก จากสำรวจการใช้ยาในกลุ่ม Opioids เพื่อจัดการความปวด พบว่ามากกว่า 121 ประเทศ ยังมีการใช้ในระดับต่ำ และ ร้อยละ 83 ของประชากรโลกเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในประเทศที่ยากต่อเข้าถึงยา⁴ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงยา ได้แก่ การควบคุมการเข้าถึงยามอร์ฟิน ระบบการเบิกชดเชยยา การบันทึกข้อมูลเฉพาะ ความซับซ้อนของกฎระเบียบการส่งจ่ายยา⁵⁻⁷ เป็นต้น ส่วนอุปสรรคในการจัดการอาการปวดให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสร้างความตระหนัก ทักษะการขาดองค์ความรู้ในการปรับขนาดยาและไม่ทราบรูปแบบยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์^{1,6,8-9}

ปัญหาการเข้าถึงยา กลุ่ม Opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย

WHO ได้ระบุให้ palliative care เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพ การเข้าถึง Opioids เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแล palliative care จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการใช้อยา Opioids ในสถานพยาบาลรวมถึงการใช้ที่บ้านกรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นความจำเป็นที่ต้องทำให้เกิดการเข้าถึงยาในกลุ่ม Opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญของเภสัชกร ซึ่งมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบยาให้มีประสิทธิภาพ

ในประเทศไทยยาในกลุ่ม Strong opioids จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ที่ต้องมีระบบการควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่ผ่านมาในปี พ.ศ.2553 มีการ

จัดประชุมร่วมกันระหว่างองค์การเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อหาหรือเรื่องแนวทางการใช้ยากกลุ่ม opioids ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถเข้าถึงยามอร์ฟินจากผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 65 ที่จำเป็นต้องใช้ยา⁸ เมื่อวิเคราะห์อย่างละเอียดพบว่าปัญหาการเข้าถึงยานั้นเกิด 3 ประเด็นหลัก คือ 1) อุปสรรคทางกฎหมายในการใช้และการบริหารยา บุคลากรด้านการสาธารณสุขมีความเข้าใจข้อกฎหมายที่ผิด 2) กลัวการปรับขนาดยาให้สูงขึ้น และ 3) ทศนคติทางสังคมที่เกี่ยวกับผู้ที่ใช้ยากกลุ่มนี้⁸

ข้อกฎหมายที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันคือ การห้ามยืมยากกลุ่ม Opioids ระหว่างสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ตามนิยามของการจำหน่ายในมาตรา 4 หมายถึง “ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้” ประกอบมาตรา 27 “ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต”¹⁰ และมีกฎหมายกำหนดปริมาณการครอบครองยาของสถานพยาบาลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2558 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ดังนั้นสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ควรทำการทบทวนความจำเป็นในการใช้ยากกลุ่ม Opioids และเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในโรงพยาบาลปรับรายการยาให้มีความเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณการครอบครองเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยาในผู้ป่วยระยะท้าย

ประเด็นด้านกฎหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา คือ ยากกลุ่ม Opioids นำไปใช้นอกสถานพยาบาลได้หรือไม่ ข้อเท็จจริงคือ เมื่อพิจารณาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 และพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ไม่ได้ห้ามการนำยาไปใช้นอกสถานพยาบาล ดังนั้นจึงสามารถนำยากกลุ่ม Opioids ไปใช้นอกสถานพยาบาลได้⁸ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการยกเว้นให้ครอบครองได้ไม่เกินจำนวนที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 18 (1) แต่ทั้งนี้สถานพยาบาลควรมีความระมัดระวังในการควบคุมกำกับกับการเบิก-จ่าย ให้เป็นไปตามความจำเป็นภายใต้คำสั่งแพทย์และมีหลักฐานที่ยืนยันสามารถสืบค้นได้ถึง ข้อบ่งใช้ ปริมาณจ่ายและการนำยาฉีดกลุ่ม Opioids ไปใช้นอกสถานพยาบาลควรสร้างระบบการกำกับติดตามการใช้ยา การตรวจสอบปริมาณยาที่ใช้ ยาที่เหลือ รวมถึงระบบการคืนยาที่เหลือหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อป้องกันการนำยาฉีดกลุ่ม Opioids ไปใช้ในทางที่ผิด เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยประกาศเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในแต่ละโรงพยาบาล

ความเข้าใจคลาดเคลื่อนของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่ม Opioids รักษาอาการปวดในผู้ป่วยระยะเร่ง ได้แก่ การใช้ยากกลุ่ม Opioids อาจทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยร้องขอยาในปริมาณที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่ามากเกินไปหรือจำนวนครั้งของการขอยามีความถี่มากเกินไป ในความเป็นจริงปริมาณและขนาดยาในการควบคุมอาการปวดที่เหมาะสมมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของความปวด ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ รวมทั้งความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายในเชิงเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) การสั่งยาไม่มีแบบแผนการให้ยา (Dosage regimen) ที่ชัดเจนแน่นอน ซึ่งในเวชปฏิบัติการปรับขนาดยา

จะพิจารณาจากผลการตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เพราะเสพติดยา แต่เป็นเพราะขนาดยาที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการระงับปวด (inadequate treatment)¹¹ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมและค่อยๆ พิจารณาปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนสามารถระงับความปวดได้ตามเป้าหมาย โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use: RDU)

การจัดหายาในกลุ่ม opioids ให้มีอย่างเพียงพอสำหรับการรักษาผู้ป่วยในกรณีต่างๆ เช่น กรณียา morphine ชนิดน้ำเชื่อมชาครว โดยเตรียมจากยาฉีด หรือ กรณีการเตรียมยา morphine ชนิดเหน็บทวารหนัก ต้องดำเนินการโดยเภสัชกรและกฎหมายอนุญาตให้เฉพาะการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น (Extemporaneous preparation) ไม่ควรมีการเตรียมยาในรูปแบบดังกล่าวในปริมาณมากเป็นรอบการผลิต (Lot.) ของงานเตรียมยาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมก่อนมีการส่งจ่ายยาเนื่องจากจะเข้าข่าย “การผลิต” ซึ่งขัดต่อพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 4¹⁰ “...“ผลิต” หมายความว่า เพาะ ปลูก ทำ ผสม ประสม แปรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ และให้หมายความรวมถึงการแบ่งบรรจุ หรือรวมบรรจุด้วย

แนวทางการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาในผู้ป่วยระยะท้ายในระดับโรงพยาบาล

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายมีการห้ามยืมยากกลุ่ม opioids ระหว่างสถานพยาบาล แนวทางการแก้ไขปัญหากรณีโรงพยาบาลไม่มียากกลุ่ม opioids ที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยหรือมีไม่เพียงพอมีทางออกดำเนินการตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 252212 ข้อ 5 (3) “การจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนไข้ที่ผู้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษา จะกระทำได้ก็ต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ตามใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) ท้ายกฎกระทรวงนี้” กล่าวคือ เมื่อมีใบสั่งจ่ายจากแพทย์จากสถานพยาบาลอื่นโดยแนบใบย.ส. 5 ประกอบ สถานพยาบาลสามารถจำหน่ายได้โดยอาศัยข้อยกเว้นของกฎกระทรวงดังกล่าว

การตีความในทางปฏิบัติ สถานพยาบาลของรัฐมีระบบการขอสนับสนุนยาโดยดำเนินการเป็นหนังสือ และมีลายมือชื่อผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่ขอรับการสนับสนุน ดังนั้นการดำเนินการขอสนับสนุนยากกลุ่ม opioids จึงสามารถกระทำได้ โดยจำเป็นต้องมีเอกสารแนบเพิ่มเติมคือ รายชื่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) แยกรายบุคคล เพื่อให้สถานพยาบาลที่ให้การสนับสนุนมีหลักฐานตามที่ระบุข้างต้น แต่ทั้งนี้การดำเนินการในสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับนโยบายด้านยาของแต่ละพื้นที่และบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง :

1. Wilkie DJ, Ezenwa MO. Pain and Symptom Management in Palliative Care and at End of Life. Nurs Outlook. 2012; 60(6): 357–364.
2. กิตติกร นิลมานันต์. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต The end of life care. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
3. World Health Organization. “WHO’s Pain Relief Ladder.” [Online]. Available: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/. Retrieved July 25, 2017.
4. Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011; 25:6-18.
5. World Health Organization. “Palliative Care.” [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Retrieved July 25, 2017.
6. Dzieraznowski T, Ciałkowska-Rysz A. Accessibility of opioid analgesics and barriers to optimal chronic pain treatment in Poland in 2000–2015. Support Care Cancer. 2017;25(3):775–781.
7. Institute of Medicine. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2011:153-154.
8. ภัคพงศ์ วงศ์คำ. เอกสารประกอบโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557–2559: การเข้าถึงยากกลุ่ม Opioids ในประเด็นทางกฎหมาย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.gogood.in.th/upload/article/F_61_2.pdf. สืบค้น 20 สิงหาคม 2560.
9. Murnion BP, Gnjjidic D, Hilmer SN. Prescription and administration of opioids to hospital in-patients, and barriers to effective use. Pain Med. 2010;11(1):58-66.
10. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oja.coj.go.th/doc/data/oja/oja_1495595497.pdf. สืบค้น 20 สิงหาคม 2560.
11. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. “แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง 2556.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/document/157017838/แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง-2556>. สืบค้น 20 สิงหาคม 2560.
12. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. “กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://narcotic.fda.moph.go.th/laws/Narcotic/B%20กฎกระทรวง%20\(ยส\)/NB_02%20กฎกระทรวง%20ฉบับที่%202%20พ.ศ.2522.pdf](http://narcotic.fda.moph.go.th/laws/Narcotic/B%20กฎกระทรวง%20(ยส)/NB_02%20กฎกระทรวง%20ฉบับที่%202%20พ.ศ.2522.pdf). สืบค้น 11 กันยายน 2560.

กฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม Opioids

โดย นางสาววิภา เต็งอภิชาติ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หัวข้อนี้ จะกล่าวถึงการขอรับอนุญาต รายการและประเภทยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่มีจำหน่ายในประเทศ การสั่งซื้อ การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา การจัดทำรายงาน รวมถึงการทำลายยาในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

การขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความประสงค์จะใช้ยาในกลุ่ม Opioids ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น โดยคุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิ์ขอรับอนุญาตฯ ได้แก่

1. กรณีเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมวด ก.

2. กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง และ

(ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(ข) ไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย ยา และกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตการเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพฯ หรือใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

(ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

(จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมวด ค.

การยื่นขอรับอนุญาตฯ ผู้ขอรับอนุญาตฯ สามารถยื่นคำขอได้ที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เว้นแต่กรณีสถานพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในปริมณฑลหรือส่วนภูมิภาคสามารถยื่นคำขอได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ โดยใบอนุญาตฯ มีอายุใช้ได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่ยื่นขอใบอนุญาตฯ

ในกรณีที่สถานพยาบาลใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจสั่งพักใช้ใบอนุญาตได้ โดยมีกำหนดครั้งละไม่เกิน 180 วัน หรือกรณีที่มีการฟ้องต่อศาล ผู้อนุญาตจะสั่งพักใช้ใบอนุญาตไว้รอคำพิพากษาถึงที่สุดก็ได้ ดังนั้นหากสถานพยาบาลถูกพักใช้ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในช่วงเวลาดังกล่าวจะไม่สามารถจ่ายยาในกลุ่ม Opioids ได้

รายการและประเภทยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่มีจำหน่ายในประเทศ

ยาในกลุ่ม Opioids จำเป็นต้องมีการควบคุมในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะต้องกำหนดประเภทและปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้

ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วประเทศในแต่ละปี และประกาศในราชกิจจานุเบกษา รวมทั้งส่งข้อมูลดังกล่าวไปยังสหประชาชาติ (United Nations) ทราบ ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขจะพิจารณาจากปริมาณการใช้ของประเทศในแต่ละปี และกำหนดปริมาณยาในกลุ่ม Opioids ที่จะต้องใช้ทั่วประเทศในแต่ละปี โดยเพิ่มจำนวนสำรองสำหรับกรณีประเทศจะมียอดการใช้เพิ่มขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลจำนวนการใช้ยาในกลุ่ม Opioids จำนวนที่มีการนำเข้า และจำนวนที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2553 – 2558

ชนิดยาเสพติดให้โทษ	ประจำปี 2553	ประจำปี 2554	ประจำปี 2555	ประจำปี 2556	ประจำปี 2557	ประจำปี 2558
	(หน่วย : กิโลกรัมเบส)					
1. Codeine						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	700	700	700	700	700	700
จำนวนที่นำเข้า	642.251	668.690	629.148	96.086	49.996	640.122
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	400.937	138.684	561.468	415.764	382.436	340.971
2. Fentanyl						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	0.70	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
จำนวนที่นำเข้า	0.486223	0.797552	0.631881	1.100	0.874	1.380
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	0.899013	0.627337	0.794562	0.859	1.072	1.260
3. Methadone						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	100	100	100	100	100	100
จำนวนที่นำเข้า	33.306	67.536	67.556	-	67.501	0.0009
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	25.139	25.257	31.035	35.47800	37.368	43.798
4. Morphine						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	150	250	250	250	250	250
จำนวนที่นำเข้า	165.194	86.213	105.222	78.506	53.544	149.077
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	80.151	61.222	71.803	76.681	102.570	109.086
5. Pethidine						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	210	200	200	200	200	200
จำนวนที่นำเข้า	178.568	191.452	43.517	-	-	-
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	72.438	59.426	55.061	50.335	61.254	59.160
6. Oxycodone						
จำนวนที่กำหนดตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	-	-	8
จำนวนที่นำเข้า	-	-	-	-	-	0.269
จำนวนที่ใช้ในประเทศ	-	-	-	-	-	0.269

จากข้อมูลจะเห็นว่าในระยะหลัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการพิจารณาจำนวนยาในกลุ่ม Opioids ที่จะต้องใช้ในการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วประเทศในแต่ละปี โดยมีการเพิ่มจำนวนสำหรับรองรับกรณีประเทศจะมียอดการใช้เพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการขาดแคลนยาในประเทศ ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลแนวโน้มจำนวนการใช้ จำนวนที่มีการนำเข้า และจำนวนที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขของ Morphine ในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งจำนวนที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข มีปริมาณมากกว่าจำนวนการใช้ในประเทศประมาณ 3 เท่า

การสั่งซื้อ

ในส่วนของการผลิต การนำเข้า และการจำหน่ายในกลุ่ม Opioids ให้แก่สถานพยาบาล กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะเป็นผู้จัดหายาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 และจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยรายการยาในกลุ่ม Opioids ที่มีการจำหน่าย ในประเทศไทยในปัจจุบัน แสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 รายการยาในกลุ่ม Opioids ที่มีจำหน่ายในประเทศ

Codeine <ul style="list-style-type: none"> - Codeine Phosphate 15 mg/tab - Codeine Phosphate 30 mg/tab Fentanyl <ul style="list-style-type: none"> - Fentanyl Citrate injection 10 µg/2 mL - Fentanyl Citrate injection 50 µg/10 mL - Fentanyl Transdermal Patch 12 µg/hr - Fentanyl Transdermal Patch 25 µg/hr - Fentanyl Transdermal Patch 50 µg/hr Methadone <ul style="list-style-type: none"> - Methadone HCl Oral Concentrate Solution 10 mg/mL - Methadone HCl 5 mg/tab 	Morphine <ul style="list-style-type: none"> - Morphine injection 10 mg/mL - Morphine Oral Solution 10 mg/5 mL - Morphine sulfate IR 10 mg/tab - Morphine Sustained Release 10 mg/tab - Morphine Sustained Release 20 mg/tab - Morphine Sustained Release 50 mg/tab - Morphine Sustained Release 60 mg/tab - Morphine Sustained Release 100 mg/tab Pethidine <ul style="list-style-type: none"> - Pethidine injection 50 mg/mL Oxycodone <ul style="list-style-type: none"> - Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet 10 mg - Oxycodone HCl reformulation controlled release tablet 40 mg - Oxycodone HCl + Naloxone controlled release tablet 10/5 mg
--	--

กรณีของ Methadone ในอดีตกำหนดให้ Methadone ชนิดเม็ดใช้สำหรับการบำบัดอาการปวด ส่วน Methadone ชนิดน้ำใช้สำหรับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษเท่านั้น แต่ภายหลังได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 กำหนดให้มีการนำ Methadone ชนิดน้ำ มาใช้ในการบรรเทาอาการปวด เพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาอาการปวด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเมเร็ง นอกจากนี้ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนด ชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ ทัวราชอาณาจักร ประจำปี พ.ศ. 2557 (ฉบับที่ 2) กำหนดเพิ่มเติมด้วยยา Oxycodone สำหรับใช้ในประเทศ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเลือกจ่ายในกลุ่ม Opioids ได้เพิ่มขึ้น

การสั่งซื้อยาในกลุ่ม Opioids สามารถยื่นเอกสารประกอบการสั่งซื้อ ดังนี้

กรณีสถานพยาบาลของรัฐ	กรณีสถานพยาบาลของเอกชน
<ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสือแนะนำความประสงค์ที่จะขอซื้อจากหน่วยงาน 2. คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามแบบ ย.ส.4 3. สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต 5. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามแบบ ย.ส.4 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 3. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 4. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 5. สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติด ให้โทษในประเภท 2 6. สำเนาบัตรประจำตัวผู้รับอนุญาต 7. ไปรษณียบัตรระบุชื่อและที่อยู่ของสถานพยาบาล

ปัจจุบันกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดได้มีการพัฒนาระบบสั่งซื้อและรายงานการใช้วัตถุเสพติดทางการแพทย์ออนไลน์ด้วยตนเอง เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอซื้อ พร้อมเอกสาร หลักฐาน ประกอบคำขอซื้อ รวมถึงรายงานการใช้วัตถุเสพติดผ่านระบบสารสนเทศดังกล่าว โดยขั้นตอนในการสั่งซื้อ และรายงานการใช้วัตถุเสพติดทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์นั้น สถานพยาบาลสามารถทำหนังสือ มอบอำนาจการขอใช้งานระบบ และขอรหัสผ่านในการเข้าสู่ระบบไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ให้โทษ ทั้งนี้เมื่อสถานพยาบาลดำเนินการสั่งซื้อหรือรายงานการใช้วัตถุเสพติด ผ่านระบบออนไลน์แล้ว สถานพยาบาลจำเป็นต้องทำการส่งพิมพ์เอกสารจากระบบเพื่อให้ผู้รับอนุญาตลงนาม พร้อมจัดส่งเอกสาร ดังกล่าวไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติขายต่อไป ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการสั่งซื้อและรายงานการใช้ วัตถุเสพติดทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับหลักเกณฑ์การพิจารณาอนุมัติคำขอซื้อของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะพิจารณาจากพยานประจำปีของแต่ละสถานพยาบาลได้รับ ตามที่ระบุไว้ในบัญชีท้ายประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 และพิจารณาตามอัตรา การใช้ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และหากสถานพยาบาลใดมีความประสงค์จะขอจำหน่ายยาเสพติด ให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด สามารถยื่นขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดได้ตามมาตรา 8(5)

การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา

เพื่อเป็นการควบคุมให้มีการใช้ยาในกลุ่ม Opioids อย่างเหมาะสม ป้องกันไม่ให้เกิดการรั่วไหล สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับ ข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการจำหน่ายและการเก็บรักษา ดังนี้

1. ตามกฎหมายได้นิยามความหมายของคำว่า จำหน่าย คือ ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้ ดังนั้นการ จ่ายยาให้ผู้ป่วยของสถานพยาบาล จึงเข้าข่ายการจำหน่าย ซึ่งการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผู้รับอนุญาตจะจำหน่ายได้เฉพาะในสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น ไม่สามารถนำยาออกไปจ่าย ณ สถานที่อื่นหรือสถานพยาบาลอื่นได้ รวมถึงการเก็บรักษา จะต้องเก็บไว้ ณ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต แต่ละแห่ง หากสถานพยาบาลใดมีหลายสาขา การเก็บจะต้องเก็บให้ตรงตามสถานที่ที่มีการซื้อเพื่อใช้ แต่ละแห่งเท่านั้น

2. สามารถจ่ายให้ได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ตนให้การรักษานั้น ซึ่งไม่รวมถึงการจำหน่าย ให้แก่บุคคลทั่วไป เช่น การวางจำหน่ายโดยทั่วไป การจำหน่ายโดยให้มีการสั่งซื้อทางไปรษณีย์ หรือทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการจำหน่ายที่มีได้อยู่ในความควบคุมของแพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์

3. กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์จะจ่ายยาในกลุ่ม Opioids ให้กับบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ ผู้ป่วยซึ่งผู้รับอนุญาตเป็นผู้ให้การรักษ สามารถกระทำได้ต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์

4. การให้ หรือการให้ยืมยาในกลุ่ม Opioids ระหว่างสถานพยาบาลไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากตามกฎหมายสถานพยาบาลสามารถจ่ายยาดังกล่าวให้ได้เฉพาะแก่คนไข้ที่ตนให้การรักษานั้น ดังนั้น การให้ หรือการให้ยืมระหว่างสถานพยาบาลจะเข้าข่ายการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 โดยไม่ได้รับอนุญาต ฉะนั้นในกรณีที่สถานพยาบาลเกิดภาวะยาขาด สามารถให้แพทย์เขียนใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 5) เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรับยาที่สถานพยาบาลใกล้เคียงได้

5. ตามกฎหมายได้นิยามความหมายของคำว่า ผลิต คือ เพาะ ปลูก ทำ ผสม ปูรง แปรสภาพเปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ และให้หมายความรวมถึงการแบ่งบรรจุ หรือรวมบรรจุด้วย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงรูป การแบ่งผงยาในแคปซูล หรือการเตรียมยาในปริมาณมากที่ไม่ใช่เป็นการเตรียมให้กับผู้ป่วย เฉพาะราย จึงเข้าข่ายเป็นการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 โดยไม่ได้รับอนุญาต

6. ต้องจัดให้มีการเก็บรักษายาในกลุ่ม Opioids แยกเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกับยาอื่นๆ เก็บในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรง มีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญหาย หรือมีการนำเอาไปใช้โดยมิชอบ และพร้อมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบชนิดและจำนวนคงคลังได้ตลอดเวลาที่เปิดดำเนินการด้วย

7. จัดให้มีการตรวจนับจำนวนยาคงเหลืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะไม่มีการสูญหาย

8. กรณียาในกลุ่ม Opioids ถูกโจรกรรม หรือสูญหาย หรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบโดยเร็ว

9. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเดินทางระหว่างประเทศและต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ติดตัวเข้ามาหรือออกไปนอกประเทศสำหรับใช้รักษาเฉพาะตัว สามารถกระทำได้โดยต้องขอรับใบอนุญาตนำเข้า หรือใบอนุญาตส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ซึ่งแนบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- การนำเข้า ให้แนบใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ขอรับใบอนุญาต ซึ่งระบุชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคหรืออาการของผู้ป่วย ชื่อและรูปแบบของยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนหรือปริมาณยาที่แพทย์สั่ง ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้สั่งจ่าย และหนังสือรับรองที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐของประเทศต้นทางที่ผู้ขอรับใบอนุญาตประสงค์จะนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ติดตัวออกมา โดยการออกหนังสือรับรองดังกล่าวให้คำนึงถึงรายละเอียดตามที่กำหนดในแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการนำตำรับยาที่มีการควบคุมระหว่างประเทศติดตัวในการเดินทางเพื่อใช้ในการรักษาเฉพาะตัว (Guidelines for National Regulations Concerning Travellers under Treatment with Internationally Controlled Drugs) ซึ่งออกตามมติของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ

- การส่งออก ให้แนบใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ขอรับใบอนุญาต ซึ่งระบุชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคหรืออาการของผู้ป่วย ชื่อและรูปแบบของยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนหรือปริมาณยาที่แพทย์สั่ง ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้สั่งจ่าย

การจัดทำรายงาน

สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จะต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือน

และรายปี โดยบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่สถานพยาบาลเปิดทำการ รายละเอียด ดังนี้

1. จัดทำรายงานประจำเดือน ตามแบบ ย.ส. 6 แสดงชื่อยา แสดงเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ชื่อและที่อยู่ผู้รับยา ปริมาณยาที่ รับ จ่าย คงเหลือ ตลอดจนวันเดือนปีที่มีการรับจ่าย โดยลงข้อมูลเป็นรายเดือนเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนนั้นๆ และเสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นเดือน พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 5 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย

2. จัดทำรายงานประจำปี ตามแบบ ย.ส. 7 แสดงชื่อยา และปริมาณยาที่รับ จ่าย คงเหลือ รายงานเป็นรายปี เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม และเสนอรายงานดังกล่าวต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในเดือนมกราคมของปีถัดไป พร้อมจัดเก็บสำเนา 1 ชุดไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอย่างน้อย 5 ปี นับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย

การทำลายยาในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

หากสถานพยาบาลมียาในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุ เสื่อมคุณภาพ หรือไม่ประสงค์จะมีไว้ในครอบครองต่อไป สามารถดำเนินการทำลายได้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กรณีสถานพยาบาลของรัฐ ขั้นตอนการทำลายให้ปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อ จัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ดังนี้

(1) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อควบคุมการทำลาย อย่างน้อย 3 คน

(2) ถ่ายรูปยาเสพติด ก่อนการทำลาย

(3) ทำลายยาเสพติด โดยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ละลายน้ำให้เสียสภาพ (สำหรับยาเม็ดหรือแคปซูล) ทบหรือบด (สำหรับยาฉีด) หรือเผาทำลายด้วยความร้อนสูง

(4) ถ่ายรูปขณะทำลาย และหลังทำลายแล้ว

(5) รายงานการทำลายพร้อมรูปถ่ายไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(6) บันทึกข้อมูลในรายงานประจำเดือน ตามแบบ ย.ส. 6 และรายงานประจำปี ตามแบบ ย.ส. 7

2. กรณีสถานพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้จัดทำหนังสือไปยังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล และส่วนภูมิภาค ให้จัดทำหนังสือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุมัติการทำลาย ดังนี้

(1) แจ้งชนิดของยาเสพติด เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ และสาเหตุที่ต้องการจะทำลาย รวมถึงวันเวลา และสถานที่ที่ต้องการทำลาย เพื่อขออนุมัติการทำลาย

(2) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้รับอนุญาตทราบ และในการทำลายจะต้องมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการทำลาย โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบยาเสพติดที่จะทำลาย เลขที่ผลิต (Lot. No.) วันที่ผลิต วันหมดอายุ ปริมาณ พร้อมทั้งจัดทำบันทึกการทำลายยาเสพติด และถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐานเพื่อรายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบต่อไป

(3) บันทึกข้อมูลในรายงานประจำเดือน ตามแบบ ย.ส. 6 และรายงานประจำปี ตามแบบ ย.ส. 7

กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับ ผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(Pharmaceutical Care Process for Palliative care)

โดย ญญ.วรรณพร วัฒนวงษ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และคณะ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และ กระทรวงสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Department of Health and Human Services) ได้กำหนดหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ไว้ว่า “การบริหารบรรเทาเป็นการดูแลโดยมีผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ขณะที่ลดความทุกข์ทรมาน”¹

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองจะครอบคลุมในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง (cancer) โรคหัวใจวาย (heart failure) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary disease; COPD) โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease) และ multiple sclerosis เป็นต้น เภสัชกรโรงพยาบาลมีบทบาทในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ณ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผ่านการดูแลในขั้นตอนของการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การบริหารจัดการบรรเทาอาการปวดและปัญหาอื่นๆ การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมจัดทำกรวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) และแผนการส่งต่อผู้ป่วย (transition planning) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด²

การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึงความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามที่ต้องการ (หายจากโรค บำบัดหรือบรรเทาอาการ ชะลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรคและป้องกันโรค) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmaceutical palliative care) สามารถนำไปบูรณาการการปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบการจัดการด้านยา (medication management) ดังนี้

1. กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care of patients)

- 1.1 มีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนวิชาการด้านยาให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น
 - 1) ให้ข้อมูลยาแก่แพทย์เพื่อเลือกชนิด ขนาดและรูปแบบยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
 - 2) แนะนำยาชนิดอื่นทดแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่สามารถใช้ยาชนิดแรกได้
 - 3) ตอบคำถามหรือให้บริการข้อมูลทางยาแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยได้
 - 4) ให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่างๆ ที่สัมพันธ์กับยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 บทบาทการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

1) จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้านการใช้ยาและข้อมูลอื่นๆที่อาจมีผลต่อการใช้ยา เช่น ประวัติผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป้าหมายการดูแล แผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อเข้าใกล้ระยะใกล้เสียชีวิต ข้อมูลพื้นฐานด้านมิติทางสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและเชื่อมต่อไปถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมายการดูแล เช่น การติดตามประเมินความปวดและอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการดังกล่าวให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยและญาติยอมรับได้ รวมถึงการวินิจฉัยปัญหาทางยาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยวิเคราะห์รากปัญหาและส่งต่อปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเพื่อตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. ระบบการจัดการด้านการใช้ยา (Medication management)

2.1 จัดหา/จัดเตรียมยาในรูปแบบยาที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ชัดเจน โดยมีการปรับรูปแบบยาที่เหมาะสมตามระยะเวลาต่างๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีนชนิดเม็ดและของเหลวในช่วงแรก เมื่อถึงช่วงใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลืนอาหารและของเหลว จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบยาฉีดเพื่อบริหารยาทางผิวหนัง หรือหลอดเลือด เป็นต้น เกสซ์กรจำเป็นต้องบริหารระบบการกระจายยาและการสำรองยาระงับปวดโดยเฉพาะในกลุ่ม Opioids ให้มีเพียงพอต่อการให้บริการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อจัดหา syringe driver สำหรับบริหารยาในระยะใกล้เสียชีวิต แนะนำการผสมยา ข้อมูลความไม่เข้ากันของยา ความคงตัวของยาในตัวทำลายต่างๆ โดยอาจจัดทำคู่มือให้ความรู้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงบทบาทในการสร้างระบบการเบิกจ่ายยาที่เหมาะสม

2.2 การทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่อง (Medication Reconciliation: MR) ผู้ป่วยระยะท้ายมักได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนานร่วมกัน เกสซ์กรควรทำการทบทวนประสานรายการยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและลดหรือหยุดการใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และอันตรกิริยาของยาที่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วย รวมถึงค้นหาการใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพรที่นอกเหนือจากการสั่งใช้ของแพทย์ ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายมีการแสวงหาการรักษาทางเลือก (alternative medicine) ที่หลากหลาย อาจก่อให้เกิดความสับสนโดยไม่จำเป็นและเกิดอันตรกิริยาต่อยาหลักที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในขณะนั้น ดังนั้นการทบทวนประสานรายการยา ควรดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนแรกกับผู้ป่วย ระหว่างการรักษา ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น การติดตามเยี่ยมบ้าน และทุกครั้งที่มีการส่งมอบยาในลักษณะผู้ป่วยนอก

2.3 การสืบค้นและเสนอแนวทางการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) ปัญหาการใช้ยาที่บ่งชี้ผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จัดการอาการไม่สบายได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ได้รับยาที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีข้อบ่งชี้ ขาดการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม ขาดความรู้

เรื่องยาและทักษะที่จำเป็นต่อการใช้ยา เป็นต้น เกสซ์กรจึงควรดำเนินกิจกรรมนี้เป็นประจำและต่อเนื่อง กิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ ไม่ได้ช่วยในด้านของการลดอัตราการเสียชีวิต แต่ให้สอดคล้องกับระดับที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติยอมรับได้ เช่น ใช้ยาระงับปวดจากระดับที่มีความปวดระดับรุนแรง (severe pain) ให้อยู่ในระดับต่ำ (mild pain) หรือผู้ป่วยบางรายอาจยอมรับที่ระดับปานกลาง (moderate pain) เนื่องจากข้อจำกัดด้านพยาธิสภาพและการดำเนินไปของโรค การสับคันปัญหาด้านยา ต้องดำเนินการตรวจดูที่ความปวดยังลดลงไม่ถึงระดับเป้าหมาย หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกัน/แก้ไขได้ในระดับที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

2.4 การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลการรักษาตามที่ต้องการ

การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการบันทึกข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อการปรับขนาดยาของแพทย์ เช่น ในช่วงแรกการให้ยาระงับปวดจะเริ่มในขนาดต่ำๆ ร่วมกับติดตามการตอบสนองต่อยา เกสซ์กรควรบันทึกข้อมูลจำนวนครั้งของการได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดกำเริบ (breakthrough pain: BTP) ระหว่างวัน โดยแนะนำ/สอนผู้ดูแลให้ทราบวิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ทั้งยาระงับปวดและยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับขณะนั้น เช่น ยาบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ยาบรรเทาอาการท้องผูก ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น แล้วทำการรวบรวมข้อมูลนำเสนอให้แพทย์ทราบเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับแบบแผนการให้ยาที่เหมาะสมต่อไป

ประสบการณ์และแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

โดย ภญ.วรรณพร วัฒนวงษ์ และ ภญ.วรัญญา จวนสง โรงพยาบาสรพพิทิตประสงค์
ภญ.วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ โรงพยาบาลอุดรธานี

รูปแบบกิจกรรมงานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถดำเนินการได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ขึ้นกับความพร้อมในด้านอัตราากำลังและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น ดำเนินกิจกรรมบริบาลทางเภสัชกรรมในหอผู้ป่วย ผ่านการ Round ward, การทำ Case conference, การทำ Advanced care plan ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการทำ Discharge counseling ส่วนการดำเนินกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่คลินิกเฉพาะทางหรือในท้องให้คำปรึกษา เป็นต้น รายละเอียดของกิจกรรมเป็นดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลพื้นฐานและการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล

บันทึกข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- Pain score
- Palliative performance score (PPS)
- Edmonton symptom assessment system (ESAS)

ประเมินผู้ป่วย

- โรคที่ผู้ป่วยเป็น ทั้งโรคหลักและโรคร่วม
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะฟุ้งฟิง ภาวะเครียด (stress)
- IFFE :
 - I : Idea - ความคิด (ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นอะไร)
 - F: Feeling - ความรู้สึก (ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับความเจ็บป่วยของตน)
 - F: Function - ภารกิจประจำวัน (ความเจ็บป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยทำอะไรได้มากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวัน)
 - E: Expectation - ความคาดหวัง (ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ เป็นอย่างไร)

ประเมินผู้ดูแล (caregiver)

- C: Care : สอบถามรายละเอียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ดูแลต้องทำอะไรมากน้อยเพียงใด ประเมินขีดความสามารถของผู้ดูแล
- A: Affection : ประเมินสภาพทางอารมณ์ รู้สึกสับสน โกรธ น้อยใจ เศร้าโศก หมดหวัง รู้สึกผิดละอายใจ หรือเหนื่อยแค้น
- R: Rest : ได้พักบ้างหรือไม่ ถ้าไม่ได้พักควรจัดตารางให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พักผ่อน คลายความเครียด และได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบบ้าง
- E: Empathy : แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส
- G: Goal of care : ถามเป้าหมายการดูแลว่าเป็นอย่างไร อยากให้เป็น อยากรู้ และตั้งเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยที่เป็นจริงร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยบอกประโยชน์และโทษของการรักษาวิธีต่างๆ

- I: Information : ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค ชี้แจงจำกัดในการรักษาโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรค ให้เทคนิคการดูแลที่ทำให้การดูแลง่ายขึ้น
- V: Ventilate : รับฟังผู้ดูแลผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ดูแลหาผู้ที่สามารถพูด ระบายความรู้สึกได้ อาจเป็นแพทย์ พยาบาล เพื่อน หรือกลุ่มผู้ดูแลด้วย กันเอง
- E: Empowerment : ชื่นชมให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยทำได้ดี
- R: Resources : หาผู้ช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่จำเป็น เช่น ผู้มาช่วยสับเปลี่ยน ดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะเป็นคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือชุมชน จ้างผู้ดูแลเพิ่ม หรือการพาผู้ป่วยไปอยู่สถานพยาบาลเป็นช่วงสั้นๆ (respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพักได้

2. การทำ medications reconciliation ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

Medication Reconciliation คือ กระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อใช้รายการยานี้เป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง และในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อช่วยลดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ยกตัวอย่างเช่น Transcribing error ที่เกิดจากการลอกคำสั่ง Re-Med การไม่ได้รับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง การได้รับยาซ้ำซ้อนกับที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การไม่ได้หยุดยาบางรายการก่อนเข้าทำหัตถการบางอย่างที่สำคัญ รายการยาในคำสั่งใช้ยาเกิดอันตรกิริยากันกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การสั่งใช้ยาชนิดเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ เป็นต้น

กระบวนการทำ medication reconciliation ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญดังนี้

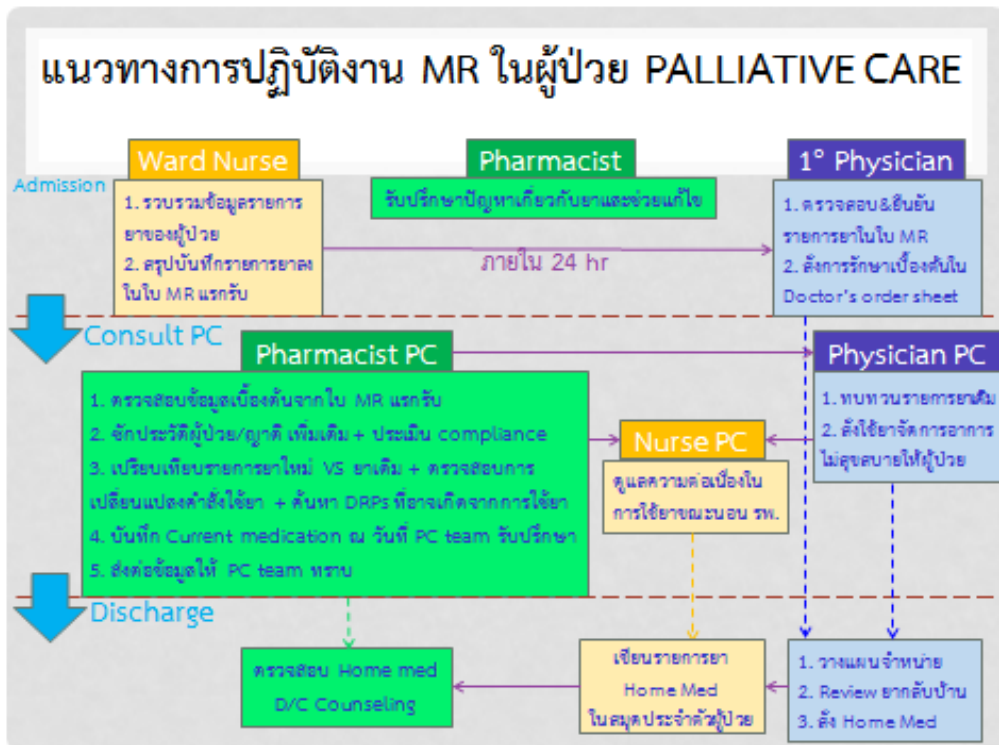
- 1) Verification บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง
- 2) Clarification ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายการยา
- 3) Reconciliation เปรียบเทียบรายการใหม่กับรายการยาเดิมที่เคยได้รับและบันทึกการเปลี่ยนแปลง
- 4) Transmission ส่งต่อข้อมูลตามรอยต่อการรักษา

ความแตกต่างของรายการยา (Medication discrepancy) ที่มักพบได้บ่อยเมื่อทำ medication reconciliation

- 1) Omission error ไม่มีการสั่งใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ
- 2) Co-mission error มีการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน
- 3) Different dose/route/frequency มีการสั่งใช้ยาโดยขนาด/วิธีการบริหาร/ความถี่การให้ยาแตกต่างไปจากเดิม
- 4) Medication change within medical class มีการเปลี่ยนชนิดยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน

ในผู้ป่วยระยะท้ายมักจะพบการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ซึ่งกระบวนการทำ medication reconciliation ในผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะการทบทวนยาบางรายการที่ไม่มีข้อบ่งใช้หรือความจำเป็นต่อการรักษาในขณะนั้นแล้ว เนื่องจากการใช้ที่ไม่มีข้อบ่งใช้หรือใช้ยาเกินความจำเป็น อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามมาได้ ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการหยุดใช้ยาที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ดังนั้นการมีเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพจะสามารถช่วยดูแลเรื่องการให้ยาสามารถป้องกันและลดการใช้ยาหลายขนาน ส่งผลให้หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

ตัวอย่างการทำ Medications reconciliation



ADMISSION

ตัวอย่างใบ MR แกร็บตอนผู้ป่วย admit

พยานา/เภสัชกร ประจำ ward
ซักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วย
บันทึกข้อมูลลงในใบ MR

รายงานปัญหาที่พบ & ผล consult ในใบ MR

CONSULT PALLIATIVE CARE

ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับเภสัชกร PC (หน้า 2)

Verification

Current medication

Medication of PC

Clarification

Reconciliation

เภสัชกร ผู้บันทึกข้อมูล
แพทย์/พยาบาล ผู้ให้ทราบข้อมูล

Transmission

DISCHARGE

ตัวอย่างสมุดประจำตัวของผู้ป่วย

หน่วยการดูแล
Palliative Care Unit

สมุดประวัติประจำตัว
ข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยการดูแล

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ครอบคลุมทุกพื้นที่ นครวิสัยชนบท

*โปรดนำสมุดเล่มนี้มาด้วยทุกครั้งเมื่อไปพบแพทย์
เพื่อการติดตามอาการหรือมีเหตุมาปรึกษา

Transmission

วันที่รับ	ชื่อผู้ป่วย	ชื่อแพทย์	ชื่อพยาบาล	ชื่อเภสัชกร
1	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
2	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
3	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
4	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
5	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
6	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
7	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
8	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
9	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
10	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
11	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
12	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
13	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
14	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.
15	นางสาว ก. ก.	นายแพทย์ ก. ก.	นางพยาบาล ก. ก.	นายเภสัชกร ก. ก.

สมุดประจำตัวผู้ป่วยช่วยส่งต่อข้อมูล
รายการยาที่ได้รับไปสู่
Palliative care network

3. ค้นหาและประเมินปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบปัญหาจากการใช้ยา กลุ่ม Strong opioids สูงถึงร้อยละ 86.7⁴ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้ยา กลุ่มอื่นๆด้วย ปัญหาจากการใช้ยาที่พบ ได้แก่ การเกิด ADRs, ใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือก ร่วมกับการรักษาปัจจุบัน, ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา, ได้รับชนิดยาไม่เหมาะสม, ใช้ยาไม่ถูกเวลา, ได้รับยาในขนาดที่ต่ำ, ขาดความรู้และทักษะในการใช้ยา, การใช้ยาผิดเทคนิค, ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล และปัญหาอันเกิดจากระบบยา^{4,5} ดังตัวอย่างกรณีศึกษาของการสืบค้น DRPs ที่พบบ่อยใน palliative care ต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 3.1 Transcribing error

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 72 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอดชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC) เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2560 ด้วยอาการเหนื่อยเพลีย รับประทานอาหารได้ลดลง ชีพ สับสนมากขึ้น ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร แต่พบว่ามียาประวัติโรคประจำตัวเดิมเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและภาวะต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยได้หยุดรับประทานยามาประมาณ 2 สัปดาห์ในช่วงก่อนเข้ารับรักษาตัวเนื่องจากมีเหนื่อยเพลียมากขึ้น

แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2560 เภสัชกรประจำทีมได้ทำการทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่อง พบว่าแพทย์ได้ทำการคัดลอกคำสั่งใช้ยาเดิม (Re-medication) ล่าสุดจาก order ก่อนหน้า (Review treatment) ในวันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2560 โดยมีรายการยาใน Doctor's order sheet (order for continuation) ดังต่อไปนี้

- Ceftazidime 2 gm IV q 12 hr
- Clindamycin 600 mg IV q 8 hr
- Omeprazole 40 mg IV OD
- B1-6-12 1x3 PO pc
- Cyproheptadine 1x1 PO pc
- MTV 1x3 PO pc
- Folic acid 1x1 PO pc
- Actonel® (35) 1x1 PO pc

จากการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยเภสัชกรทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเข้าขวา และได้รับยา Actonel® (risdrionate sodium) มาตั้งแต่พฤศจิกายน พ.ศ.2559 เมื่อทำการสืบค้นประวัติรายการยาเดิมของผู้ป่วยจากโปรแกรมของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยเคยได้รับยาดังกล่าวในขนาดการรักษา “35 mg 1 tab OD ac q Monday” แต่เมื่อตรวจสอบการบริหารยาให้ผู้ป่วยในช่วงวันที่แพทย์สั่งใช้ยาจากแบบฟอร์มตารางการบริหารยาของพยาบาลพบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาดังกล่าวตั้งแต่วันที่แพทย์สั่งใช้ยา เนื่องจาก Actonel® เป็นยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (non-essential drugs:NED) ของโรงพยาบาล จำเป็นต้องเขียนใบประกอบการสั่งใช้ยาระบุเหตุผลการขอใช้ยาเพิ่มเติมในการเบิกยาให้ผู้ป่วย

การดำเนินการโดยเภสัชกร : พบทวนข้อมูลยา Actonel® มีข้อบ่งใช้ในการรักษาภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ในผู้ชาย ชนิดรับประทาน (ออกฤทธิ์ทันที) ขนาด 35 mg วันละครั้ง ทุกสัปดาห์ ต้องบริหารยาขณะท้องว่างพร้อมดื่มน้ำเปล่าเต็มแก้ว (6 หรือ 8 ออนซ์) อย่างน้อย 30 นาทีก่อนรับประทาน อาหาร เครื่องดื่ม หรือยาชนิดรับประทานอื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนการดูดซึม

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น พบปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (Drug related problems: DRPs) คือความไม่เหมาะสมของขนาดการรักษาด้วยยา Actonel® (Improper dosage regimen) จึงได้ปรึกษา แพทย์ผู้สั่งใช้ยา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน โดยเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาเป็น Actonel® (35) 1 tab PO ac weekly q Monday และเขียนใบประกอบการสั่งใช้ยาเพื่อเบิกยาให้พยาบาลบริหารยาแก่ผู้ป่วยต่อไป

กรณีศึกษาที่ 3.2 Non-compliances

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรง (Rectum cancer) ที่ลุกลาม กระจายสู่ตับ เข้ารับการรักษา ณ คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 ด้วยอาการปวด แน่นท้อง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ไม่มียาสมุนไพรรักษาอื่นที่ใช้ประจำ มีประวัติเรื่องเกิด Infusion reaction grade 1 (rash) จากยา oxaliplatin เมื่อประเมินโดยเกณฑ์ของ Naranjo พบว่า มีระดับความสัมพันธ์เป็นระดับน่าจะใช่ (probable) ในระหว่างเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการ ปวดแน่นตึงบริเวณสะดือ ปวดเป็นบางครั้ง ปวดมากที่สุด คะแนนปวด 10/10 มักจะทนไม่ไหว หลังรับประทานยา morphine แล้วคะแนนปวดลดลงเป็น 2-3/10 ซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้ แพทย์ผู้ดูแลหลัก จึงปรึกษาทیمสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เภสัชกรประจำทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ทำการสืบค้นประวัติการรับยาจากโปรแกรม โรงพยาบาลล่าสุดในวันที่ 9 พฤษภาคม 2560 จากคลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และสอบถามความร่วมมือ ในการใช้ยาจากผู้ป่วยเพิ่มเติม ได้ข้อมูลดังนี้

รายการยา	ขนาดการรักษา	เวลารับประทานยา เมื่อสุดท้ายก่อนมา รพ.	ความร่วมมือในการใช้ยา
Kapanol® (20 mg)	ครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 12 ชั่วโมง	จำไม่ได้ว่า ทานครั้งสุดท้ายเมื่อไร	ไม่ได้ทานยาเป็นประจำทุกวัน จะทานเฉพาะเวลาปวด
Morphine syrup (2 mg/ml)	ครั้งละ 5 ซีซี ทุก 2 ชั่วโมง เวลาปวดมาก	จำไม่ได้ว่า ทานครั้งสุดท้ายเมื่อไร	ทานยาเฉพาะเวลาปวด ทานเป็นบางครั้ง
Amitriptyline (10 mg)	ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน	22 พ.ค. 2560 เวลา 20.00 น.	ทานยาเป็นประจำทุกวัน
Senokot (7.5 mg)	ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน	22 พ.ค. 2560 เวลา 20.00 น.	ทานยาเป็นประจำทุกวัน

การดำเนินการโดยเภสัชกร : จากข้อมูลเบื้องต้นทำให้พบปัญหาเกี่ยวกับยา (DRPs) คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (Non-compliance) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบบทบาทของยา Kapanol[®] ว่ามีประโยชน์ในการควบคุมอาการปวดตลอดทั้งวัน (background pain) จึงรับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการปวดเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเรื่องอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ เภสัชกรจึงส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้แก่ทีมเพื่อป้องกันปัญหาการปรับขนาดยา Kapanol[®] เพิ่มขึ้นจนเกิดการใช้ยาเกินขนาดการรักษา (Overdose) รวมทั้งได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งใช้และแนวทางการบริหารยา Kapanol[®] และ morphine syrup ที่ถูกต้องอีกครั้ง

กรณีศึกษาที่ 3.3: Subtherapeutic dosage

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 50 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Advanced cholangiocarcinoma) ปฏิเสธการแพ้ยาและโรคประจำตัวอื่น มาโรงพยาบาลตามนัดแพทย์เพื่อติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมอาการปวด มักปวดในช่วงเย็นหรือดึกของแต่ละวัน จึงถูกส่งตัวมาปรึกษาที่มสสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เภสัชกรประจำทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ตรวจสอบประวัติรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล มีดังนี้

- MST (10 mg) 1 tab PO OD
- Morphine syrup (2 mg/ml) 1 ml PO q 4 HR for BTP
- Amitriptyline (10 mg) 1 tab PO hs
- Metoclopramide (10 mg) 1 tab PO TID
- Senokot (7.5 mg) 2 tab PO hs
- Vitamin B complex 1 tab PO TID

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยืนยันว่าได้ใช้ยาเป็นประจำตามที่แพทย์สั่ง เภสัชกรจึงขอตรวจสอบประจำตัวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมักขอรับประทานยาน้ำ morphine syrup ในช่วงเวลา 16.00-24.00 น. เพิ่มเติมเพื่อบรรเทาอาการปวด (breakthrough pain) ซึ่งในระหว่างนั้นมีช่วงคะแนนความปวดเท่ากับ 4-6/10

การดำเนินการโดยเภสัชกร: จากข้อมูลข้างต้นพบปัญหาเกี่ยวกับยา (DRPs) คือความไม่เหมาะสมของขนาดการรักษาด้วยยา MST และช่วงความถี่ในการให้ยามีระยะห่างเกินไป เนื่องจาก MST เป็นยา morphine ในรูปแบบยาเม็ด ชนิดควบคุมการปลดปล่อยที่ควรให้ทุก 8-12 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเพียงวันละครั้งหรือทุก 24 ชั่วโมง ทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาไม่ครอบคลุมอาการปวด จึงถือว่าไม่เหมาะสม เภสัชกรจึงปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยปรับแบบแผนการให้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ โดยเสนอให้ปรับแบบแผนการให้ยา MST เป็น 10 mg 1 tab PO Q 12 HR รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นย้ำเรื่องการบริหารยาแก้ปวด MST ที่ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยจดบันทึกการขอยาน้ำ morphine syrup เสริมเพื่อบรรเทาอาการปวดชนิด breakthrough เช่นเดิม

กรณีศึกษาที่ 3.4 Duplicated therapy

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrent endometrium cancer) มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยเพลียมา 2 วัน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง รักษาด้วยยา amlodipine ขนาด 5 mg วันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เป็นประจำทุกวัน ปัญหาทางคลินิกคือผู้ป่วยมีภาวะซีด ระดับฮีมาโทคริต (Hct) แรกรับเท่ากับร้อยละ 24 หลังได้รับเลือด Packed red cell (PRC) 2 ยูนิต ระดับ Hct เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 และขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาเลือดออกทางช่องคลอด ระดับ Hct มีค่าลดลงจึงได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด ในการรักษาเป็นระยะ แต่อาการทางคลินิกยังไม่ดีขึ้น แพทย์ผู้ดูแลหลักจึงปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้

เภสัชกรประจำทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ทำการทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่องพบว่าแพทย์ได้สั่งยาหลายรายการในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

- Amlodipine (5) 1x1 PO pc
- Senokot 2 tab PO hs prn for constipation
- Ferrous fumarate 1x3 PO pc
- MTV 1x2 PO pc
- F.B.C. 1x3 PO pc
- Ondansetron (8) 1 tab PO prn q 8 HR
- Air-X 1x3 PO pc
- Sucralfate 1 tab บดใส่แผล prn
- Kapanol® (100) 1 cap PO q 12 hrs
- Kapanol® (20) 1 cap PO OD เช้า
- MO-IR (10) 2 tab PO prn q 2 HR for BTP
- Lorazepam (0.5) 1 tab SL prn for dyspnea and 1 tab PO hs

การดำเนินการโดยเภสัชกร: จากข้อมูลข้างต้นพบปัญหาเกี่ยวกับยา (DRPs) คือการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน (Duplicated therapy) ระหว่างยา Ferrous fumarate และ F.B.C. ซึ่งมีข้อบ่งใช้ในการรักษาผู้ขาดเหล็กหรือทดแทนเหล็กในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง โดยข้อมูลยาเม็ด Ferrous fumarate ในหนึ่งเม็ดประกอบด้วย 65 mg elemental iron ต่อ 200 mg ส่วน F.B.C. แต่ละเม็ดประกอบด้วย Ferrous fumarate 200 mg, Vitamin B1 (Thiamine mononitrate) 2 mg, Vitamin B2 (Riboflavin) 2 mg, Vitamin B12 (Cyanocobalamin) 5 mcg, Nicotinic acid (Niacin) 10 mg, Vitamin C (Ascorbic acid) 20 mg, Folic acid 100 mcg และ Calcium Phosphate Tribasic 100 mg ดังนั้นเภสัชกรจึงส่งต่อข้อมูลให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยแนะนำแพทย์หยุดยา Ferrous fumarate ในผู้ป่วยรายนี้

4. วางแนวทางการรักษาร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ

เภสัชกรทำการรวบรวมข้อมูลการใช้ยา ปัญหาที่สืบค้นได้นำมานำเสนอร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างกรณีศึกษาต่อไปนี้

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 4.1 การปรับเปลี่ยนยาระงับปวดในสถานการณ์ต่างๆ ที่มักพบในผู้ป่วย :

21/4/58 :CC : ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยอาการปวดบริเวณหน้าอก

HPI : CA esophagus เพิ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (5-FU+Oxaliplatin) ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2558 คลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ปัญหาเรื่องกลืนลำบากมากขึ้นทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และยังมีอาการท้องผูกเรื้อรัง หลังจากได้รับยา morphine ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง แต่ยังมีกำเริบเป็นบางครั้งโดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร กลางคืนสามารถนอนหลับได้

MH : Morphine SR (10) 1 tab PO q 12 hr

Morphine syrup 1 cc PO prn q 1-2 hr

Domperidone (10) 1 tab TID PO ac

Lorazepam (0.5) 1 tab PO hs

Senokot 2 tab PO hs

Ibuprofen (400) 1 tab TID PO pc

กรอบแนวคิด : จาก morphine syrup ที่ใช้สำหรับ breakthrough pain ควรมีการปรับเปลี่ยนยาระงับปวดอย่างไร, Ibuprofen มีประโยชน์หรือไม่อย่างไร, ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องท้องผูกทั้งที่ได้รับยา senokot ไปแล้ว

10/5/58 :CC : ผู้ป่วยชายไทยมาขอรับยาแก้ปวดเพิ่มที่คลินิกงับปวด

HPI : CA esophagus เพิ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (5-FU+Oxaliplatin) ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ.2558 และเริ่มมีอาการปวดมากขึ้นบริเวณช่วงหน้าอกถึงท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนและกลืนลำบากแล้วเนื่องจากให้อาหารเหลวและยาทางสาย gastrostomy ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงขึ้นกว่าเดิมมาก จนไม่สามารถพักหลับได้ ทำให้มีการใช้ยาแก้ปวดชนิดนี้บ่อยขึ้น อาการท้องผูกลดลง

MH : Morphine SR (10) 2 tab PO q 12 hr

Morphine syrup 2 cc PO prn pain q 1-2 hr

Lorazepam (0.5) 1 tab PO hs

Senokot 2 tab PO hs

กรอบแนวคิด : ยาระงับปวดไม่มีการปรับเปลี่ยนขนาดยามานานถึง 4 เดือน , ไม่สามารถบริหารยาให้ผู้ป่วยทางสาย gastrostomy ได้เนื่องจากผู้ป่วยปวดท้องมากเวลาให้อาหารหรืออาหารผู้ป่วยมีหมดความหวังต่อการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ?, ผู้ป่วยมี Cancer pain syndrome หรือไม่ และควรให้การรักษาอย่างไร

7/9/58 : CC : ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 68 ปี ส่งต่อจากทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในเพื่อควบคุมอาการปวด

HPI : CA esophagus เพิ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (5-FU+Oxaliplatin) ครั้งที่ 10 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2558 มีอาการปวดมากบริเวณช่วงหน้าอกถึงท้อง ไม่สามารถให้อาหารเหลวและยาทางสาย gastrostomy ได้เพราะจะมีอาการปวดทรมานมาก ไม่สามารถพักหลับไม่ได้

HM : Morphine 10 mg IV prn

กรอบแนวคิด : ขนาดยา opioids ที่ผู้ป่วยควรได้รับ, ควรให้ Morphine inj. ในขนาดเท่าใด วิธีบริหารยา และระยะห่าง

หลังจากได้รับการรักษาเพื่อปรับขนาดยาเป็นเวลา 4 วัน จนสามารถระงับอาการปวดได้ตามเป้าหมาย (pain score 0-3) แพทย์เตรียมจำหน่ายตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ภรรยาไม่ประสงค์นำผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ในระหว่างพักรักษาตัวที่บ้านและรู้สึกโดดเดี่ยว เวลาผู้ป่วยปวดทรมานทรายตอนกลางคืน

กรอบแนวคิด : จะสร้างความมั่นใจในการดูแลให้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างไร เหตุใดผู้ป่วยจึงอยากกลับบ้าน ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะ dying หรือยัง? จะให้ยาแก้ปวดชนิดใดแก่ผู้ป่วยไปใช้ต่อที่บ้าน จำเป็นต้องให้อาหารผู้ป่วยต่ออีกหรือไม่

5. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติเกิดขึ้นหลังจากผ่านการประเมินผู้ป่วยและสืบค้นปัญหาเสร็จสิ้นแล้ว ควรเริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี แนะนำตัวว่าเป็นเภสัชกร กล่าวทักทายด้วยความเป็นมิตร และแสดงความเห็นใจกับอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตามสมควร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นทักษะเฉพาะบุคคลที่ควรฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ

เภสัชกรควรให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

- 1) ชื่อยาและข้อบ่งใช้
- 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการเพื่อป้องกัน/ลด/แก้ไขอาการนั้น
- 3) อาการที่บ่งชี้ว่าควรกลับมาโรงพยาบาลหรือขอคำปรึกษาจากทีม
- 4) การจัดการกับยาที่เหลือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เป็นต้น
- 5) ช่องทางติดต่อเมื่อพบปัญหา ควรเป็นช่องทางที่สะดวกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

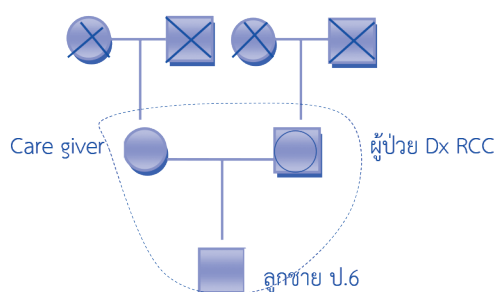
6.การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มักจะกลับไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นปัญหาในขณะที่ย้ายบ้านจะได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังตัวอย่างกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 6.1 : การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 52 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค RCC (Renal cell carcinoma) with Spine metastasis มารับยาต่อเนื่องที่คลินิกเมตตารักษ์ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีภรรยามารับยาแทนทุกครั้ง ภรรยาจะมีแนวโน้มระดับ Pain score เท่ากับ 10/10 ทุกครั้งที่มารับยา จึงได้รับการปรับขนาดยาจากแพทย์ ผู้ดูแลหลัก และได้รับคำแนะนำด้านยาโดยเภสัชกรหลายรอบแต่ยังพบว่าระดับ pain score ของผู้ป่วยยังเท่ากับ 10/10 เหมือนเดิม ดังนั้นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ โภชนากร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสุขภาพของเทศบาล

แผนผังครอบครัว (The family genogram)



บ้านผู้ป่วยเป็นสภาพบ้านเก่าทรุดโทรม 2 ชั้น ชั้นล่างมีเสื่อผ้า เศษผ้า และของใช้วางเกลื่อนเต็มโต๊ะและพื้นไปหมด มีกลิ่นเหม็นคุ้งทั่วทั้งบ้าน ผู้ป่วยอยู่กับภรรยาและลูกชาย ภรรยาเป็น care giver มีอาชีพตัดเย็บผ้า และลูกชายกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่ทีมสหสาขาวิชาชีพไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งแรก พบผู้ป่วยนอนร้องครวญครางอยู่เตียงไม้ริมหน้าต่างอยู่คนเดียว ไม่พบภรรยา เมื่อประเมิน Palliative Performance scale (PPS) เท่ากับ 30 ระดับ pain score เท่ากับ 10/10 ปรากฏแผลกดทับเต็มตัว ด้านหลังมีกระดูกสันหลังสีขาวยกโผล่ออกมา ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเพื่อนบ้านได้ไปตามภรรยาที่ร้านขายของชำ ในช่วงแรกภรรยาดูแลผู้ป่วยไปด้วยและตัดเย็บเสื้อผ้าไปด้วย แต่ต่อมาอาการผู้ป่วยเริ่มแยลง ต้องพึ่งพิง care giver มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโหร้ายและร้องไห้ออกมาเรื่อยๆ ภรรยามีความเครียดมากจึงไปพึ่งการดื่มเหล้าขาว จนติดเหล้าขาวและมีอาการมือสั่นจากการติดเหล้า ออกไปนอกบ้านทุกวันและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยถูกทิ้งไว้บ้านคนเดียว ไม่ได้กินข้าวและไม่ได้รับยาระงับปวดตามเวลาที่แพทย์สั่ง

Medication

- MST (30 mg) 1 tab PO q 12 hr เวลา 7.00 น, 9.00 น.
- Morphine syrup (2mg/ml) 3 ml PO prn for pain q 1-2 hr
- Augmentin (1 gm) 1 tab BID PO pc
- MOM 30 ml PO hs

ปัญหาที่พบเมื่อสำรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีดังนี้

1. พบปัญหาด้านยาของผู้ป่วย (DRPs) ดังนี้ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลาเนื่องจาก care giver ไม่ดูแล (Wrong time) และได้รับยาไม่ถูกขนาด (Wrong dose) เนื่องจากในช่วงเย็น ลูกชายจะมาป้อนยาให้พ่อช่วงเย็นหลังเลิกเรียน ซึ่งดูใส่ไซริงค์ให้เต็มหลอดทุกวันไม่ได้ดูขนาดยา (ไซริงค์ 5 cc) จึงเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ (Uncontrolled pain)
2. ผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อจากแผลกดทับ (Infected bed sore) มีทั้งขนาดใหญ่และเล็กทั่วทั้งตัว ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่สะอาด ทำให้มีแมลงวันมาตอมผู้ป่วยตลอดเวลา
3. ผู้ป่วยไม่ได้ทานอาหารทุกมื้อ จะได้ทานอาหารเมื่อลูกชายเลิกเรียนตอนเย็น และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน
4. ภรรยาซึ่งเป็น Care giver ติดเหล้าขาว มีกลิ่นเหล้าคุ้ง พุดจาสับสน มีอาการมือสั่น ไม่สามารถตรวจยาได้

ทีมเยี่ยมบ้านได้จัดการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

1. นำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อจัดการ symptom ที่สำคัญดังนี้ ผ่าตัดกระดูกสันหลังที่อกออกมาด้านหลัง จัดการอาการติดเชื้อจากแผล bed sore ทั่วทั้งตัว และปรับขนาดยาที่ใช้จัดการอาการปวดให้แก่ผู้ป่วย
2. Empowerment และ counseling ภรรยาของผู้ป่วย (ซึ่งเป็น care giver) โดยทีมสุขภาพและนักจิตวิทยาถึงสาเหตุของการติดเหล้า ทีมได้ขอรับรองภรรยาในการเลิกเหล้าจนภรรยาอมเลิกเหล้า ซึ่งภายหลังพบว่าภรรยาเครียดเรื่องรายได้ในครอบครัว พอดูแลสามีแล้วไม่มีเงินให้ลูกไปโรงเรียน ทางทีมเยี่ยมบ้านจึงได้ประสานทางเทศบาลและสังคมสงเคราะห์เพื่อขอความช่วยเหลือ โดยได้รับอนุเคราะห์เป็นเงินช่วยเหลือให้แก่ครอบครัวเดือนละ 2000 พัน

หลังจากนั้นทีมเยี่ยมบ้านได้เข้าไปติดตามผู้ป่วยอีกหลายครั้ง พบว่าภรรยาหายจากอาการติดเหล้าแล้ว สามารถดูแลผู้ป่วยและลูกชายได้ดี ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อจัดการอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการท้องผูกตามขนาดและเวลาที่ถูกต้อง สามารถควบคุมอาการปวด (ระดับ pain score เท่ากับ 3/10-5/10) และอาการอื่นๆได้ แผล bed sore ดีขึ้น ซึ่งนอกจากทีมเยี่ยมบ้าน ยังมี อสม. เทศบาล นักสังคมสงเคราะห์ เข้าไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะเพื่อจัดการอาการ สนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล จัดสถานที่ภายในบ้าน เสริมพลัง รวมถึงให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง :

- ## เอกสารอ้างอิง :
1. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Hospice and Palliative Care. American Society of Health-System Pharmacists. Am J Health Syst Pharm 59 (18), 1770-1773. 2002 Sep 15. website.<http://www.ajhp.org/content/59/18/1770>. Accessed June 22, 2017.
 2. Jennifer M. Strickland. An Introduction to Palliative Pharmacy Care. Palliative Pharmacy Care.2009; 3
 3. ขาญกิก พุฒิเลอพงค์ และ อาณัติ สกุลทรัพย์ศิริ. การบริบาลทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chulappep.com/tmpUploads/2.%20%การบริบาลทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา.pdf>. สืบค้น 17 มกราคม 2561.
 4. วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ .ปัญหาจากการใช้ยากลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี .วิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภค(ประเทศไทย).กทม, 2559
 5. ภรณ์ทิพย์ พงศ์พิพัฒน์ภักดี และคณะ . การบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง. หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช . กทม; 2550.

ประสบการณ์และแนวทางการดำเนินงาน กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน

โดย ญ.อารีวรรณ ทองขุนคำ โรงพยาบาลควนขนุน และคณะ

เภสัชกรเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายจะมีการใช้ยาที่ซับซ้อนมากขึ้น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการทางระบบประสาท อาการหายใจลำบาก เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว การที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้าน มีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อช่วยให้การดูแลเรื่องยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีประสิทธิภาพ และเกิดการใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

ทักษะที่จำเป็นสำหรับเภสัชกรที่จะปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ได้แก่ การเปิดมุมมองด้านความคิด ความเชื่อ คำอธิบายโรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาและการเข้ารับการรักษา ทักษะการสะท้อนข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้วิเคราะห์บทวนแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ทักษะการเสริมแรง/การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ทักษะการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างความหมาย/คุณค่าของเวลาที่เหลืออยู่ นอกจากนี้ยังรวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อลดข้อจำกัดต่างๆ เป็นต้น

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามรอบเวลาที่เหมาะสมขึ้นกับการกำหนดของทีมหรือความจำเป็นเฉพาะกรณี โดยทุกครั้งต้องมีการประเมินผล สรุปปัญหา และแก้ไข ปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบแต่ละครั้งจะมีความหลากหลาย และอาจต้องใช้อุปกรณ์การแก้ไขปัญหามาจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เป็นต้น

การเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนระหว่างการเยี่ยมบ้าน และขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน

ก่อนเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ควรโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว ว่าสะดวกจะเข้าไปเยี่ยมในวันและเวลาดังกล่าวหรือไม่ ควรแจ้งว่ามีสมาชิกของทีมที่จะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นใครบ้าง และไม่ควรมีมากเกินไปในแต่ละครั้ง เภสัชกรและทีมเยี่ยมบ้านควรประชุมวางแผน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมว่าจะเข้าไปเพื่ออะไร ไปทำอะไรบ้าง ควรเตรียมข้อมูลก่อนการเยี่ยมบ้าน เช่น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาปัจจุบัน การตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Advance Care Plan) ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว แผนที่บ้าน หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เตรียมเอกสาร เช่น แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบประเมิน (Edmonton symptom assessment system (ESAS) แบบประเมิน PPS แผ่นพับความรู้

ทีมเยี่ยมบ้านควรเตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดัน ภูมิ้อ อุปกรณ์ทำแผล ซองยา ปากกาเมจิก

ขั้นตอนระหว่างเยี่ยมบ้าน

องค์ประกอบการประเมินที่สำคัญระหว่างการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 1

1. การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ประเมินอาการทางกายและการตรวจร่างกายที่สำคัญ : เกสซ์กรประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาหรือไม่ และเกสซ์กรต้องติดตามการใช้ยาระงับปวดและยา กลุ่มอื่นๆของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และได้ผลการรักษาที่ต้องการ

- ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย : เพื่อปรับการให้ยาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเริ่มกลืนไม่ได้ ก็ต้องปรับรูปแบบยาจากยากินเป็นยาฉีดหรือรูปแบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม)

- ประเมินความเข้าใจและยอมรับต่อโรคที่เป็นอยู่

- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค

- เป้าหมายหลักในการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย

- ประเมินว่าสมาชิกครอบครัวทราบความต้องการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และใครเป็นผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้บอกความต้องการแก่แพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเองได้ (Power of attorney)

- สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายและสถานที่ที่ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในช่วงสุดท้ายว่ามีความสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันด้วยเหตุผลอะไร : ถ้าสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตเป็นที่บ้าน เกสซ์กรจะต้องอธิบายอาการที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต และอธิบายการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้

- ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมที่มีผลต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละราย : ซึ่งความเชื่ออาจมีผลต่อการรักษาด้วยยา เช่น ญาติไม่ยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะที่มีเข็มแทงร่างกาย หรือ ผู้ป่วยไม่ยอมได้ยานอนหลับ เพราะอยากมีสติรับรู้จนกระทั่งหมดลมหายใจ

- ยาอาหารเสริม การแพทย์ทางเลือก และการรักษาอื่นๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน : เกสซ์กรดำเนินการทบทวนประสานรายการยาต่อเนื่อง (MR) ในการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยควรเลือกใช้ ยา หรืออาหารเสริมหรือการแพทย์ทางเลือกนั้น เกสซ์กรและทีมเยี่ยมบ้านควรประเมินการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการใช้ยาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ เกสซ์กรและทีมเยี่ยมบ้านต้องประเมินข้อดีข้อเสียที่จะเกิดกับผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ แล้วจึงหาทางออกร่วมกันทั้งตัวผู้ป่วยผู้ดูแล

- สภาพแวดล้อมในบ้านและความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม เป็นต้น

- สถานะการณ์ทางการเงินของครอบครัวในการใช้จ่ายเรื่องการรักษา และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

- สถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิของผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลใกล้เคียงที่ผู้ป่วยมักเลือกใช้ในกรณีฉุกเฉิน

2. การประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย

- สุขภาพทางกายของผู้ดูแลและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว
- ความรู้สึกของผู้ดูแลและครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น รู้สึกมั่นใจแค่ไหนเวลาให้การดูแลผู้ป่วย

- วิธีการหรือความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วย
- วิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลในกรณีที่เกิดอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย
- วิธีการบริหารยาให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะยาที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ เกสซ์กรจะมีบทบาทสำคัญมากในการแนะนำ สาธิตให้ดู พร้อมทั้งให้เอกสารแผ่นพับรายละเอียดต่างๆในการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความมั่นใจในการใช้ยา

- ผู้ที่สามารถติดต่อได้และเบอร์โทรศัพท์ในกรณีที่เป็นหรือกรณีฉุกเฉิน

เกสซ์กรควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถติดต่อได้เมื่อเกิดปัญหาการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่ต้องใช้เมื่อมีอาการเช่น อาการปวดรุนแรงเฉียบพลัน อาการเหนื่อยหอบ อาการสับสน กระวนกระวาย

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

• สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

เกสซ์กรและทีมเยี่ยมบ้าน จะต้องรวบรวมข้อมูลที่ได้มาจากแต่ละคนในทีม และนำข้อมูลที่ได้มาประชุมวางแผนร่วมกันในการดูแลและแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวมของผู้ป่วยและญาติ มีการประชุมครอบครัวเพื่อสื่อสารแผนการดูแล

• บันทึกข้อมูล

บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายและบันทึกแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลง เมื่อเกสซ์กรเยี่ยมบ้านแล้วพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา เกสซ์กรจะต้องบันทึกรายละเอียดของปัญหาที่เกิดจากยาและการจัดการ เช่นปัญหา ผู้ป่วยไม่กล้ากินยา morphine IR เพื่อบรรเทาอาการปวด แบบเฉียบพลัน เพราะกลัวยากัดกระเพาะ การจัดการคือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องยา morphine IR ให้กับผู้ป่วย หรือปัญหา ญาติไม่ค่อยให้ผู้ป่วยใช้ยา morphine เพราะกลัวผู้ป่วยติดยา การจัดการคือ อธิบายให้ญาติทราบถึงหลักการรักษาอาการปวดด้วยยา morphine เป็นต้น ข้อมูลที่เกสซ์กรบันทึกจะช่วยวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป รวมถึงเป็นข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านที่จะเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปได้ทราบข้อมูลที่ผ่านมามีด้วย

• กำหนดวันเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ควรจะต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

- ในกรณีปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขและป้องกันได้เชิงระบบ เกสซ์กรจะต้องร่วมกับเกสซ์กรในหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพวางระบบป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก โดยยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นยา morphine IR (10 mg) 1 tab PO q 4 hr และผู้ป่วยก็กิน tramadol (50 mg) 1 cap TID PO pc เกสซ์กรจึงได้แนะนำให้หยุดยา tramadol cap เกสซ์กรนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาการแก้ไขเชิงระบบคือมีการเตือนทุกครั้งเมื่อมีการสั่งใช้ยา morphine คู่กับ tramadol ซึ่งแพทย์ก็เห็นด้วยกับวิธีการนี้

- การจัดการยาเหลือของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีความสำคัญมาก เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการนำยาเหลือของผู้ป่วยไปใช้ในทางที่ผิดได้ เกสซ์กรควรจัดระบบการจัดการยาเหลือของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการขึ้นอยู่กับหน่วยบริการนั้นๆ ว่ามีนโยบายด้านการจัดการยาเหลืออย่างไร

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผลักดันบทบาทเกสซ์กรในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำหรับระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนวิชาการด้านการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้ายให้แก่ทีมสุขภาพระดับอำเภอ ระดับตำบล อสม. จิตอาสา และส่งเสริม/ สนับสนุนให้มีการจัดหา medical product สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง :

1. กิติพล นาควิโรจน์ . คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว . สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. กรุงเทพฯ.
2. สายพินห์ตฤ์ธน์. เยี่ยมบ้านทักษะทางคลินิกที่หายไป ชุดที่ 1 และ 2 คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. 2 ed. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, editor: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.

ตัวอย่างการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุดรธานี

โดย ภญ.วรารณ ริมชัยสิทธิ์ โรงพยาบาลอุดรธานี และคณะ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี^{1,2} ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย³ โดยอุบัติการณ์ความปวดอยู่ระหว่างร้อยละ 34-96 และพบว่าร้อยละ 39-72 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ hospice มีความปวดใน 48 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง การใช้ยาแก้ปวดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ หลักการใช้ยาแก้ปวดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใช้ตาม คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่บันได 3 ขั้น (WHO Analgesic Ladder) ซึ่งยาในกลุ่ม Strong opioids ที่ใช้ ได้แก่ morphine และ fentanyl ได้มีการศึกษาการใช้ในผู้ป่วย palliative care โดย Friedemann Nauck และคณะ⁴ ในสวีเดนและเยอรมัน ในผู้ป่วย 1,304 ราย พบว่ามีการใช้ยาในกลุ่ม strong opioids 68% การเลือกใช้ยาจะดูจาก ชนิดและขนาดยาเริ่มต้นของยา ขึ้นกับสถานะของผู้ป่วยแต่ละคน โดยดูจากความรุนแรงของความปวดเป็นหลัก ร่วมกับสถานะอื่นๆของผู้ป่วย^{5,6} เช่น การทำงานของตับและไต ยาในกลุ่ม strong opioids นี้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ที่จะต้องมีระบบการควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เกสซ์กรจึงมีบทบาทสำคัญในการ เตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวดโดยเฉพาะ Morphine รูปแบบต่างๆ มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา การปรับขนาดยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ ผลข้างเคียงของยา รวมถึงการให้ความรู้ด้านการใช้ยาต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์² ภรณ์ทิพย์ พงค์พิพัฒน์ภักดีและคณะ⁷ ได้ศึกษาการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งที่หน่วยระงับปวดโรงพยาบาลศิริราช พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 39 ครั้ง ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่เหมาะสม ยาที่ได้รับไม่เหมาะสม และพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย การที่เภสัชกรมีบทบาทเชิงรุกจะทำให้เข้าใจข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกันละให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้นๆ โดยมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของเขา หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้ตามที่แพทย์สั่งหรือไม่มีความรู้ดูแลช่วงกลางวันและผู้ป่วยจัดยาเองไม่ได้ ก็จะต้องมีประสานข้อมูลกับแพทย์ผู้สั่งยา เพื่อปรับชนิดหรือรูปแบบยาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบถ้วนและถูกต้อง⁸

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม strong opioids
2. เพื่อให้เกิดงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลทุกระดับ

3. เพื่อให้เกิดเครือข่ายเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดอุดรธานี
4. เกิดระบบส่งต่อการใช้ยาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในจังหวัดอุดรธานี

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) ในโรงพยาบาลอุดรธานี มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเรื่อย โดยในปีงบประมาณ 2556-2558 มีจำนวน 390 , 421 และ 1,780 รายตามลำดับ หลังจากผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลจากแพทย์ และทีมสุขภาพในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และอาการรบกวนต่างๆ รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น

จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยที่ด้าน ดังนี้ คือ ขาดความรู้และทักษะการใช้ยา (knowledge) ร้อยละ 23.91 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non compliance) ร้อยละ 15.22 ใช้ยาผิดเทคนิค (wrong technique) ร้อยละ 13.04 ใช้ยาในขนาดต่ำ (too little of correct drugs) ร้อยละ 10.08 การเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง (storage) ร้อยละ 4.35 การเกิดผลข้างเคียงของยา (side effect) ร้อยละ 4.35 และได้รับยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 4.35 เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการจัดการอาการปวด นอกทุกข์ทรมานอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการใช้ยาเพื่อลดความปวดและอาการรบกวนแก่ผู้ป่วยได้ ในการนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอุดรธานีได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม strong opioids ผู้ป่วยและcare giver มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการใช้ยากลุ่ม opioids ที่บ้าน และถอดบทเรียนเพื่อจัดทำแนวทางแก้ไขเชิงระบบ

กิจกรรมการพัฒนา :

1. การสร้างเครือข่าย

- มีเครือข่ายเภสัชกรที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด
- มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมแก้ไขปัญหาคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วย
- มีการวางแผนส่งต่อผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการยาร่วมกันในจังหวัด
- มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น ไลน์ โทรศัพท์
- จัดกิจกรรม Walk rally ติดตามการพัฒนาระบบยาในผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนผ่านทางผู้บริหารโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

2. การพัฒนาบุคลากร

- จัดฐานการเรียนรู้ให้ความรู้ด้านการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ชุมชนต้นแบบ บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี
- จัดอบรมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้แก่เภสัชกรในจังหวัดอุดรธานีและโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 8

- เป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรด้านการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ เกสัชกร พยาบาล นักศึกษา เป็นต้น

3. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยระยะท้าย

- พัฒนาการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย
- กำหนดกรอบรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- พัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายยาในโรงพยาบาลเพื่อให้่ายต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
- พัฒนา Standing order การให้ยา Morphine inj subcutaneous via syringe driver

พร้อมทั้งแบบฟอร์มการติดตามการใช้ยา

- จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย บันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย
- พัฒนาแนวทางการจัดการยาเหลือคืนที่บ้านผู้ป่วย

4. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.1 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง : ผู้ป่วยนอก

ให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายในคลินิกเมตตาโรกซ์ (คลินิกแบบประคับประคอง) ทุกวันพฤหัสบดี และรับ consult case palliative care ในชุมชนและโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี โดยมีกิจกรรมดังนี้

- บริหารจัดการยาให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- ประเมินความรู้และทักษะการให้ยาของผู้ป่วยและญาติ
- ร่วมกับทีมแพทย์ในการปรับขนาดยาตามระดับความปวดของผู้ป่วย
- ให้ความรู้เรื่องการให้ยา ผลข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- บริหารจัดการยาผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและไม่มียาเหลือเก็บที่บ้าน

4.2 การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง : ผู้ป่วยใน

ให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายบนหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดย Round ward ทุกวันอังคาร และรับ consult case palliative care ที่มีปัญหาด้านยาบนหอผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมดังนี้

- ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย Palliative care บนหอผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล เกสัชกร โภชนากร นักการแพทย์แผนไทย
- ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายบนหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน
- ทำ Medication review ทบทวนรายการยาที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย
- แก้ไขปัญหาด้านยา ได้แก่ DRPs DRS Medication error แก่ผู้ป่วยระยะท้ายบนหอผู้ป่วย
- ประสานส่งต่อการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

5. การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน

จัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative care ที่บ้าน และออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุกวันจันทร์ รวมถึงถอดบทเรียนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมดังนี้

- ลดปัญหาการเข้าถึงยาในกลุ่ม Strong opioids
- ร่วมปรับรูปแบบการให้ยา/ขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ทำ Medication reconciliation ที่บ้านผู้ป่วย
- จัดการยาเหลือใช้ที่บ้าน
- ลดปัญหาที่เกิดจากยา (Drugs related problem)
- ลดทุกข์ที่เกิดจากยา (Drugs related suffering)
- ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ลำดับ	KPI	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีรายการยาตามกรอบที่กำหนด รพ.ระดับ A รพ.ระดับ M รพ.ระดับ F	ร้อยละ 100 ร้อยละ 80 ร้อยละ 60	NA NA NA	100 0 50	100 (1/1) 33.3 (1/3) 70.59 (12/17)
2	จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาในกลุ่ม Strong opioids	-	1,780	1,129	3,036
3	จำนวนของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำปรึกษาการใช้ยาโดยเภสัชกรที่คลินิกเมตตารักษ์	-	96	114	144
4	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่พบปัญหาการใช้ยาที่คลินิก	<ร้อยละ 20	27.08	73	34.81
5	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการจัดการปัญหาการใช้ยาที่คลินิก	ร้อยละ 100	100	100	100
6	จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้านยานอนหลับผู้ป่วย (Round ward)	-	NA	92	198
7	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านยานอนหลับผู้ป่วย	ร้อยละ 100	NA	100	100
8	จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร	-	29	44	57
9	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่พบปัญหาด้านการใช้ยาที่บ้าน	<ร้อยละ 40	86.20	75	83.09
10	ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาด้านยาที่บ้าน	ร้อยละ 100	100	100	100
11	ร้อยละของมูลค่ายาเหลือคืนที่บ้านผู้ป่วย	<ร้อยละ 5	NA	12.66	4.21

บทเรียนที่ได้รับ

1. เกสซ์กรมีบทบาทในการพัฒนาความปลอดภัยในด้านการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วย
2. เครือข่ายเกสซ์กรในระดับจังหวัดจะช่วยให้ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านยามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. การทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพจะสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

งานดูแลผู้ป่วย Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัวแบบประคับประคองมีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆแบบองค์รวมโดยเกสซ์กรมีบทบาทที่สำคัญในทีมดูแลผู้ป่วยในการบริหารจัดการระบบยา การบริบาลทางเกสซ์กรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่บ้าน ในการบริหารยา ปรับขนาดยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ ผลข้างเคียงของยา จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (DRPs) Medication Reconciliation การให้ความรู้ด้านการใช้ยาต่างๆแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้เกสซ์กรจะต้องมีองค์ความรู้และสมรรถนะด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย Palliative care และจัดบริการเกสซ์กรให้เหมาะสมตามอัตรากำลังและบริบทของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง :

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative care. retrieved January5, 2018. Web site://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. เครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดอุดรธานี. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเขต 8 อุดรธานี.โรงพยาบาลอุดรธานี; 2557
3. กิตติกร นิลมนัด.การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต The end of life care. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555
4. Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, et al. Drugs in Palliative care: result from a representative survey in Germany. Palliat med 2004; 18(2):100-107.
5. Thai Association for the study of Pain และหน่วยระงับปวด. Essentials in Pain and Management.กรุงเทพมหานคร:คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล;2549
6. Robert Twycross, Andrew wilcock and Paul howard. PCF5 Palliative care formulary.UK: Nottingham University Hospital;2014
7. ภารณีทิพย์ พงศ์พิพัฒน์ภักดีและคณะ. การบริบาลเกสซ์กรแก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง. กทม. หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลศิริราช;2550
8. ธิดา นิงสานนท์และคณะ. คู่มือเกสซ์กรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. สมาคมเกสซ์กรโรงพยาบาล (ประเทศไทย).กรุงเทพมหานคร;2556

สำเนา

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๗๑๓ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม ทั้งถึง และเป็นธรรม โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ ๑๔ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อกำหนดกรอบการพัฒนาและข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในแต่ละด้าน นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. องค์ประกอบ

- | | | | |
|------|------------------------------|---|------------|
| ๑.๑ | รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล | โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | นายสุธาร จันทะวงศ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ | นางสาวพรพิมล จันทร์คุณภาส | กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๑.๔ | นางสาวไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง | กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | รองประธาน |
| ๑.๕ | ผู้แทนกองควบคุมวัตถุเสพติด | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | คณะกรรมการ |
| ๑.๖ | นางรัชนก สิริโชติวงศ์ | โรงพยาบาลสุรินทร์ | คณะกรรมการ |
| ๑.๗ | นางสาววรัญญา จวนสา | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี | คณะกรรมการ |
| ๑.๘ | นางวรรณพร วัฒนวงษ์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี | คณะกรรมการ |
| ๑.๙ | นางสาวอารีวรรณ ทองขุนคำ | โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดพัทลุง | คณะกรรมการ |
| ๑.๑๐ | นายจตุพร มหานิล | โรงพยาบาลน่าน | คณะกรรมการ |
| ๑.๑๑ | นางสาวอังศุรัตน์ ยิ้มละมัย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | คณะกรรมการ |
| ๑.๑๒ | นางสาวพรกษ พิทักษ์ธรรม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | คณะกรรมการ |
| ๑.๑๓ | นางสาวอัญญารัตน์ ศรีวิโรจน์ | โรงพยาบาลสงขลา | คณะกรรมการ |
| ๑.๑๔ | นายมนตรี วงศ์คำมา | โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง | คณะกรรมการ |

๑.๑๕ นางนุชน้อย...

๑.๑๕ นางนุชน้อย ประภาโส	กองบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงาน
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	และเลขานุการ
๑.๑๖ นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	โรงพยาบาลอุดรธานี	คณะทำงาน
		และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. ให้คณะทำงานตามข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒.๑ กำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนาระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
กระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ จัดทำคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

๒.๓ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(ลงชื่อ)

มรุต จิรเศรษฐสิริ

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

Nhi Pao

(นางนุชน้อย ประภาโส)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

นุชน้อย / คัด