



ทิศทาง เป้าหมาย นโยบายและการขับเคลื่อน,  
พัฒนาระบบการดูแลล่วงหน้าและการดูแลระยะสุดท้าย  
แบบองค์รวมอย่างไรให้สุขที่ปลายทาง

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย

สร้างสุขที่ปลายทาง = ตายดี

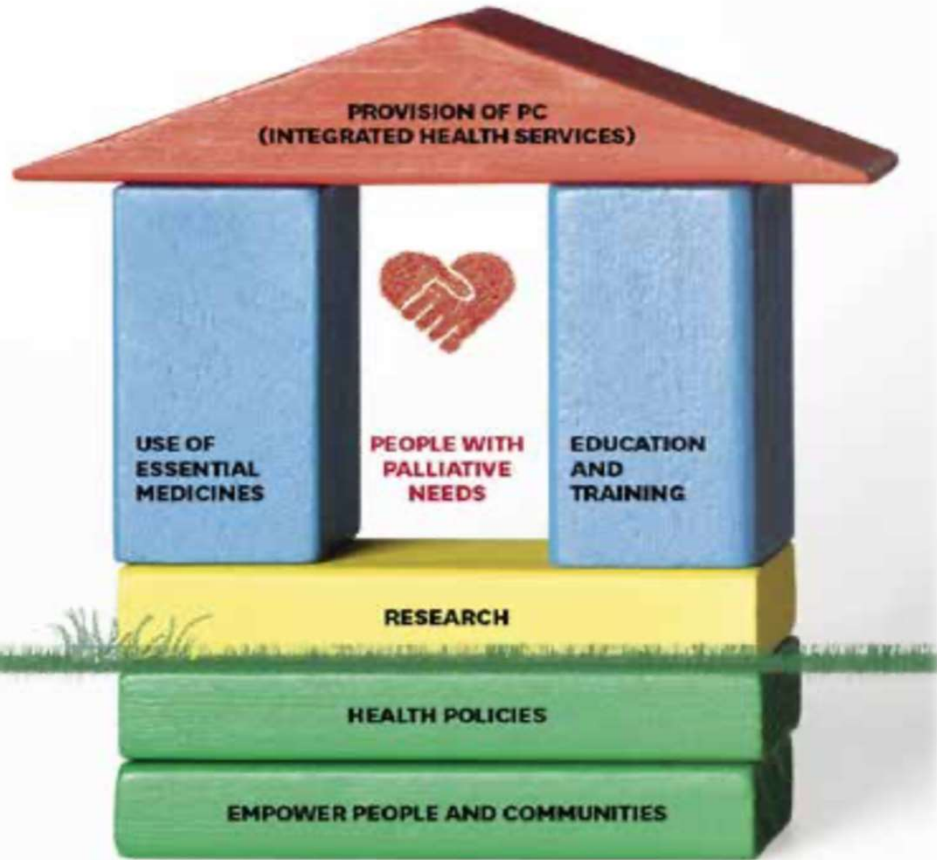
Palliative Care

Advance Care Planning (ACP)



Good Death

# แนวความคิดรูปแบบการดูแลระดับประคองขององค์การอนามัยโลก (2021)



รูปแบบการดูแลนี้ให้ความสำคัญกับความจำเป็นของ

1. นโยบายที่เหมาะสม
2. การเข้าถึงยาที่จำเป็น
3. การฝึกอบรมและโปรแกรมอบรมสำหรับบุคลากร  
สุขภาพ
4. การสนับสนุนด้านงบประมาณและดำเนินการ  
ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม สภาวะโรค  
เศรษฐกิจและระบบสุขภาพ
5. การศึกษาวิจัยด้านการดูแลระดับประคอง
6. การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชน

*Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>, accessed 30 September 2021).*

# Strategic Plan for PC

การพัฒนาศูนย์ดูแลระดับประคองในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ (Quality hospital PC program)

- เพิ่มการเข้าถึง → พัฒนาระบบ primary PC
  - ฝึกอบรม basic PC ให้ primary teams: แพทย์ทั่วไป/แพทย์เฉพาะทาง, พจน/พชท, นศพ.
  - พัฒนาระบบ PCWN
- รณรงค์เรื่อง ACP → ลดการกลับเข้าโรงพยาบาล/การรักษาที่ไม่เหมาะสม
- การประสานเชื่อมต่อการดูแลผ่านเครือข่ายที่แข็งแรง

Effective networking

การดูแลระดับประคองในชุมชน (Community palliative care)

- เพิ่มการเข้าถึง → การตรวจกรองในชุมชน → เข้าสู่ LTC program
- การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ → การเสริมสมรรถนะด้าน PC ของทีมปฐมภูมิ & LTC staff
- PC ต้องอยู่ใน LTC program → การจัดบริการที่ครอบคลุม PC
- การทำ ACP ให้ผู้ระยะท้ายในชุมชนและใน LTC program
- การมีส่วนร่วมของชุมชน

Advance Care Planning

Important Element of Health care

Chronic Disease, Elderly and Palliative Care

**Original Article**

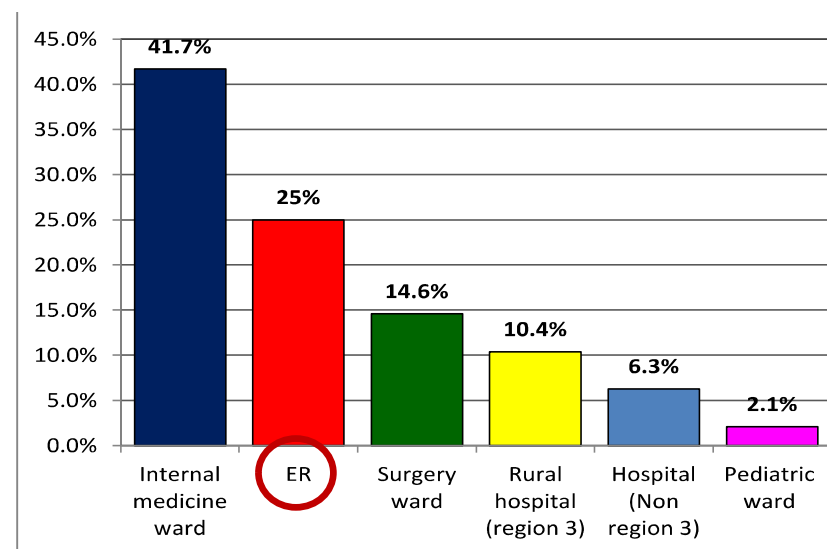
**Advance Care Planning (ACP) Associated with Reduced Health Care Utilization in Deceased Older Patients with Advanced Stage of Chronic Diseases**

- Retrospective review: 279 cancer and 381 non-cancer patients.
- Prevalence of documented ACP - cancer VS. non- cancer were 60.6% and 35.7% (p<0.001).
- Involvement of patients in ACP process – cancer VS. non-cancer were **10% and 3.7%**
- The median interval of the period from the date of the first ACP documentation to the date of death was similar: **5.0 and 4.5 days** (p=0.36)
- For both groups, ACP resulted in lower median length of hospital stay (p<0.001), lower rates of performing invasive procedures (p<0.001), and lower total costs of care (p<0.001).

การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล  
 Non-Beneficial Treatments in Hospitalized Advance Stage Cancer Patients

- Retrospective study done on 100 advance cancer who died in the hospital (6-month period)
- 20.9% received PC consultation

	Number (%)		
	PC consult	PC not consult	
ET and MV	4 (7.4)	44 (78.6)	P value 0.001 RR (95%CI) 10.6 (4.1-27.5)
CPR	0 (0)	8 (14.3)	P value 0.003



Place where intubation were done

# Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand

**Table 3. Patients' Variables and Their Association with Specialist Palliative Care Consultation Status**

Characteristics	Specialist palliative consultation status		OR	95% CI for OR		p
	Not consult (N= 892)	Consult (N= 187)		Lower	Upper	
	n (%)	n (%)				
Age group, years			1.830	1.122	2.987	0.016
≤65 (Ref.)	514 (57.6)	93 (49.7)				
>65	378 (42.4)	94 (50.3)				
Cancer diagnosis			2.640	1.478	4.718	0.001
Noncancer (Ref.)	474 (53.1)	64 (34.2)				
Cancer	418 (46.9)	123 (65.8)				
Cognitive level			1.783	0.958	3.318	0.068
Normal (Ref.)	640 (71.7)	111 (59.4)				
Impaired to coma	252 (28.3)	76 (40.6)				
Performance Status			0.986	0.548	1.773	0.963
Nonbedridden (Ref.)	484 (54.3)	75 (40.1)				
Bedridden	408 (45.7)	112 (59.9)				
Advance care planning			50.149	28.239	89.059	<0.001
No (Ref.)	752 (84.3)	21 (11.2)				
Yes	140 (15.7)	166 (88.8)				



# Thai Quality Standard for Palliative Care

- พศ. 2562 ศูนย์การุณรักษ์ร่วมกับเครือข่ายดูแลประคับประคองได้จัดทำ Quality Standards for PC
- จุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง
- หา best practice & benchmarking
- ส่งเสริมให้ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน Disease Specific Certification in PC ของสรพ.
- **ACP เป็นหนึ่งใน 11 quality standards**
- ได้มีการนำไปใช้ประเมินคุณภาพของศูนย์ดูแลประคับประคองของรพศ, รพท ทั่วประเทศ Pilot project



## ACP KPI:

- การเข้าถึงการทำ ACP
- มีการบันทึก ACP ของผู้ป่วย
- บุคลากรสุขภาพสามารถเข้าถึง ACP ของผู้ป่วย
- ร้อยละความต้องการของผู้ป่วย ได้รับการตอบสนอง

<https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf>

## When to Triggers

- ตามหลังการวินิจฉัยภาวะที่จำกัดชีวิต หรือคุณภาพชีวิต
- พิจารณาร่วมกับข้อบ่งชี้ด้านพยากรณ์โรค
- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ
- เมื่อเข้ารับการดูแลในสถานดูแลระยะยาว เช่น Long-term care program หรือ nursing home
- ทำเมื่อใดก็ได้เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความต้องการ

สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อทุกรายควรทำ ACP

## ACP in Community

- Triggers: Surprise question, Gold Standard Framework criteria, Disease trajectory
- แพทย์ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย: FM, พยาบาลชุมชน

## ACP in Acute Hospital

- Specialist out patient clinics, ACP clinic:
  - COPD, CKD, Cardio, Neuro clinics
  - Geriatric, Palliative clinics
- In-patients: Geriatric & palliative patients

## ACP in Nursing Homes & LTC

- ควรมีการทำ ACP ใน NH & LTC ทุกแห่ง
- ทำได้ง่ายกว่า settings อื่นๆ
- ความท้าทาย – การสื่อสารทำได้ลำบากจากการฟังบกพร่อง ภาวะสมองเสื่อม

## Development of PC and ACP in Thailand

- พศ.2550 – หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย (advance directive, AD)
- พศ. 2557 PC เข้าสู่ระบบ Health service plan เกิดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม
- มีการกำหนดตัวชี้วัดในการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้แก่ การใช้ opioids, การเยี่ยมบ้าน และการทำ family meeting
- พศ. 2563, ได้กำหนดให้ ACP เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของ Service plan PC
- AD ใช้สำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต และการปฏิเสธการพองชีพ
- ACP มีรายละเอียดของ การมองเห็นคุณค่า, สถานะที่ไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้, ขอบเขตการรักษา
- การรณรงค์การทำ ACP จะช่วยให้มีการทำ AD มากขึ้น
- ACP ส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยระยะท้ายโดยทีมประคับประคอง ควรขยายครอบคลุมผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้ที่อยู่ใน long-term care program

# Advance Care Plan VS. Advance Directive

บันทึกข้อความที่เป็นผลลัพธ์จากการพูดคุยการทำแผนดูแลล่วงหน้า เพื่อบอกให้ทีมสุขภาพทราบถึงความต้องการความชอบของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพและผลลัพธ์การรักษาที่บุคคลนั้นต้องการสำหรับในอนาคตที่เกิดมีการเจ็บป่วยร้ายแรงและบุคคลนั้นไม่สามารถตัดสินใจและหรือสื่อสารความต้องการให้ผู้อื่นทราบได้

การเริ่มต้น  
สื่อสาร

พูดคุยถึงความชอบ การมองเห็น  
คุณค่าของบุคคลสำหรับสถานการณ์  
การเจ็บป่วยในอนาคต

บันทึกข้อความความ  
ปรารถนา (บันทึกการพูดคุย  
หรือทำเอกสาร)

Advance Care Plan

Advance  
Directive

- เอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าลงชื่อโดยบุคคลซึ่งมีสติสัมปชัญญะดี
- ยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาจำเพาะ (การใช้เครื่องพยุงชีพ) ในสถานการณ์จำเพาะที่จะเกิดในอนาคต (วาระสุดท้ายของชีวิต)



## หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษา ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

หลังจากที่ฉัน ( ) ทบทวนชีวิตในสมุดเบาใจ รู้จักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้ว ฉันต้องการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกรณีที่โรคของฉันดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย และฉันไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนี้

ฉันต้องการ   ฉันไม่ต้องการ

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | จากไปอย่างสงบ ไม่ยืดชีวิต และไม่เร่งการตาย     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีหัวใจหยุดเต้น |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การดูแลแบบประคับประคอง                         |

อย่างไรก็ตาม ฉันอนุญาตให้แพทย์กู้ชีพ ยื้อชีวิตฉันไว้ก่อน ในกรณีดังต่อไปนี้

---

---

ฉันต้องการเสียชีวิตที่

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> บ้าน        | <input type="radio"/> โรงพยาบาล |
| <input type="radio"/> อื่นๆ _____ |                                 |

กรณีที่ฉันป่วยระยะสุดท้าย และไม่สามารถสื่อสารได้ คนที่จะสื่อสารเจตนาแทนฉัน คือ \_\_\_\_\_ ฉันเรียกเขาว่า \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

ฉันขอรับรองว่า ขณะทำเอกสารฉบับนี้ ฉันมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ  
รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง  
เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย  
(advance directive, AD)

# แบบฟอร์มมาตรฐานการทำแผนดูแลล่วงหน้าของประเทศไทย

## ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนา และแผนการดูแลล่วงหน้าที่ต้องการ

**๒.๑ สิ่งที่ต้องการ/ให้ความสำคัญ** สิ่งที่ต้องการหรือให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง (Patient preference) (ระบุได้หลายข้อ)

- (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ
- (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์
- (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ความชอบ  
การมองเห็นคุณค่า

**๒.๒ สภาวะที่ไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้** (ระบุได้หลายข้อ)

- (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด
- (๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)
- (๓) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต  (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

ภาวะที่ยอมรับไม่ได้/  
ไม่ต้องการ

**๒.๓ ขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ** (ระบุขอบเขตการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการในกรณีที่เจ็บป่วยร้ายแรงจนมี

โอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิต แต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีสมรรถนะที่ช่วยเหลือตัวเองได้

- (๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม
- (๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผล ก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- (๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- (๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้  (๕) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

ขอบเขตการรักษา

# Moving Forward to Implementing ACP in Thailand



ภายใต้การดำเนินการของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ → การส่งเสริมการทำการ ACP ทั่วประเทศ



- จัดทำแบบฟอร์มมาตรฐานแผนดูแลล่วงหน้า ✓
- การรับรองทางกฎหมาย ✓
- จัดตั้ง Steering committees เพื่อขับเคลื่อน ACP ✓
- การฝึกอบรม facilitators: ทั้งระดับในโรงพยาบาลและในชุมชน
- การสร้างความตระหนักในหมู่นักวิชาชีพและภาคประชาชน
- ระบบการเข้าถึงแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย

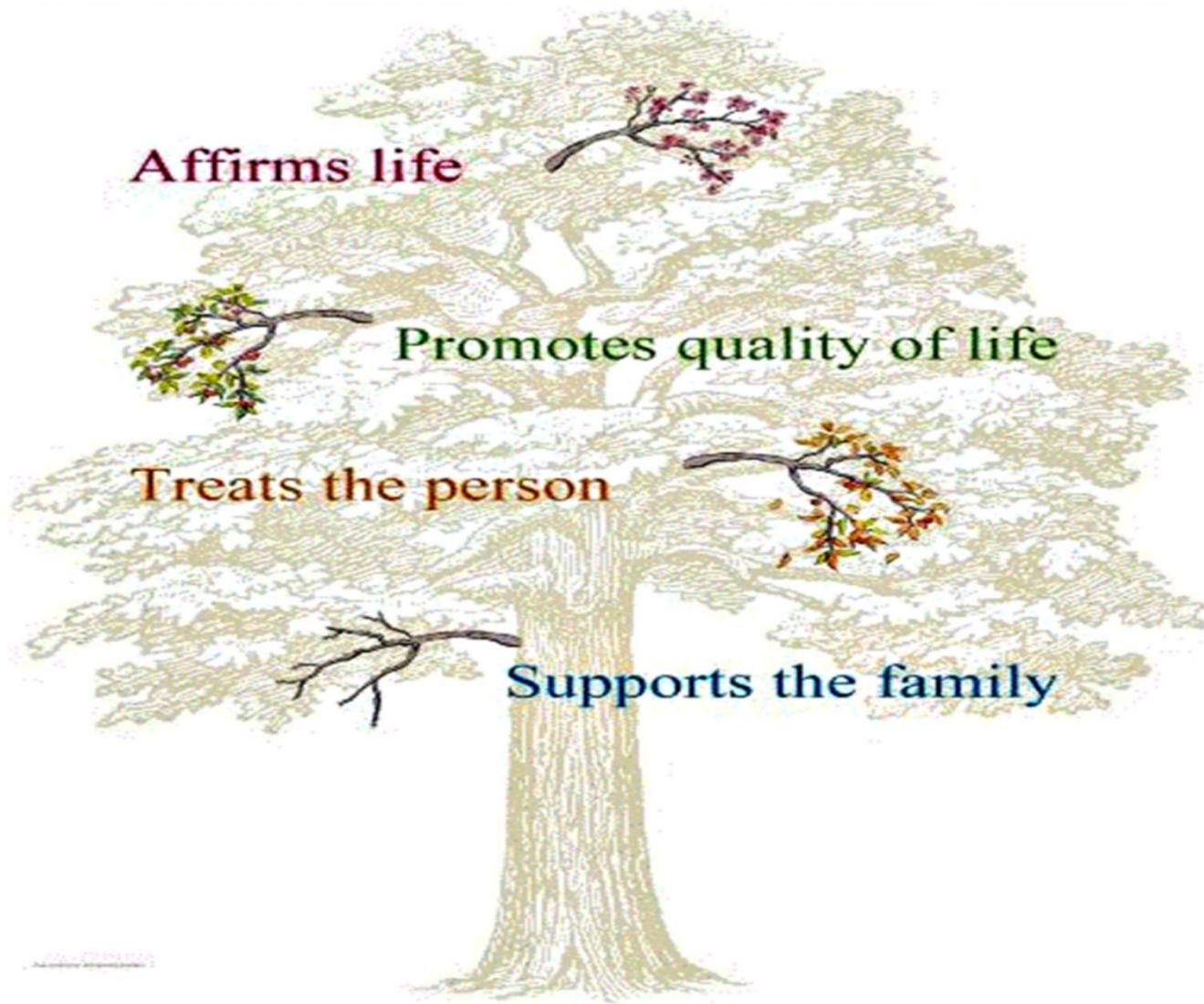


## ACP Steering Committee

PC, Ethics, Legal representatives

Administration, coordination, privilege, evaluation and quality control

- Curriculum & training workgroup
- Form & documentation workgroup
- IT & PH implementation: PC, Geriatric, LTC, Primary care workgroup
- Hospital ACP workgroup
- Educational materials: pamphlet, video, website
- Community & public awareness workgroup



**Affirms life**

**Promotes quality of life**

**Treats the person**

**Supports the family**