



New Nurses:
Challenges of
New Role in New Normal

COMPREHENSIVE APPROACH TO PALLIATIVE CARE

KITTIPHON NAGAVIROJ

DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL

OUTLINE

- Core concepts of palliative care
 - What, Why, When
- Components of palliative care service & levels of palliative care
- Principles of symptom assessment & management
- Advance care planning

“PALLIATIVE CARE” DEFINITION (WHO)

- An approach that improves **the quality of life** of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of **early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems**, physical, psychosocial and spiritual...

หัวใจสำคัญของ “PALLIATIVE CARE”

- ให้ความสำคัญกับคุณค่าของชีวิต พอๆกับยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของชีวิต
- “ไม่เร่ง” และ “ไม่ยื้อ” ความตาย
- ให้ความสำคัญกับ “คุณภาพ” มากกว่า “ระยะเวลา”
- ดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล
- เน้นการทำงานเป็นทีม

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓

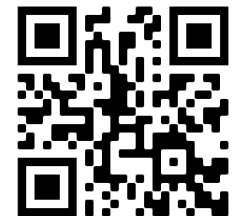
การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เป็นการดูแลผู้ที่มี ภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life-Limiting Conditions) หรือภาวะ
คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ
ชีวิต และบำบัดเยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิตอารมณ์สังคม และจิต
วิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิตโดยครอบคลุมถึง
ครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถาน
บริการ

ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-Limiting Condition) คือ ภาวะที่รักษาไม่หายขาดและทำให้มีชีวิตรสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล

ภาวะคุกคามต่อชีวิต(Life-Threatening Condition) คือ ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วมีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง

shorturl.at/zDY05



WHO NEEDS IT ?

Of the **40 million** people who need palliative care each year:



39%
have
**Cardiovascular
diseases**



34%
have
Cancer



10%
have
**Chronic lung
diseases**



6%
have
HIV/AIDS



5%
have
Diabetes



86%
of people who need
palliative care do not
receive it



83%
of the world's
population lack
access to pain relief



98%
of children needing
palliative care live in
low and middle
income countries

การศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดย
เครือข่ายดูแลระดับประคองแห่งประเทศไทย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ
2563) พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72

Hosp Level	No. Hosp	All (N)	PC (n)	% PC	CA (%)		Non-CA (%)	
					No.	%	No.	%
Super	2	1148	212	18.46	153	72.16	59	27.83
Tertiary	7	3216	631	19.62	315	49.92	316	50.07
Secondary	5	1399	236	16.86	73	30.93	163	69.06
Total	14	5763	1079	18.72*	600	55.66	538	44.00

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแล
ระดับประคองเพียงร้อยละ 17

BENEFITS OF PALLIATIVE CARE FROM CURRENT EVIDENCE

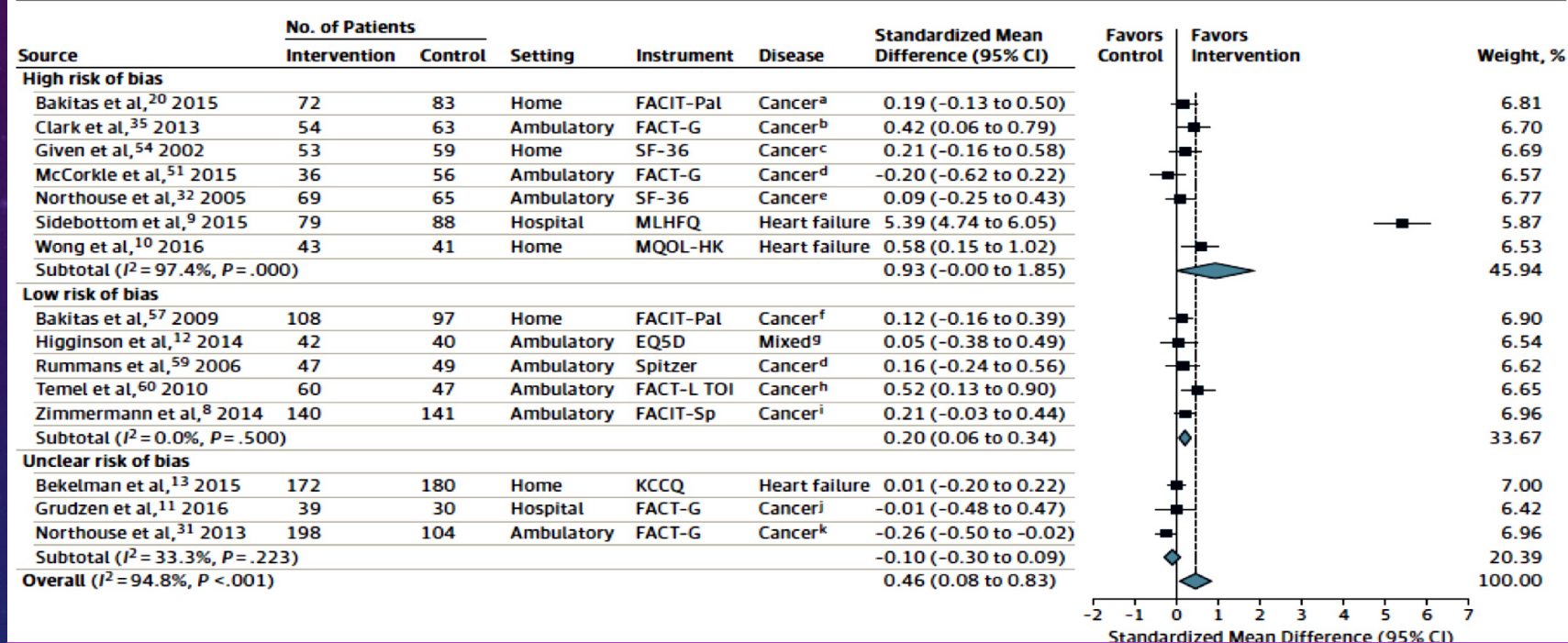
- Improve patients' symptoms and the quality of their care at the end of life
- Allow patients to avoid hospitalization and to remain safely and adequately cared for at home
- Decrease ER visits and ICU admission
- Increase utilization of hospice
- Early palliative care consultation was associated with lower hospital cost. Savings were even higher for patients with cancer and for those with four or more comorbidities.
- Lead to better patient and family satisfaction
- Significantly reduce prolonged grief and posttraumatic stress disorder among bereaved family member

Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes

A Systematic Review and Meta-analysis

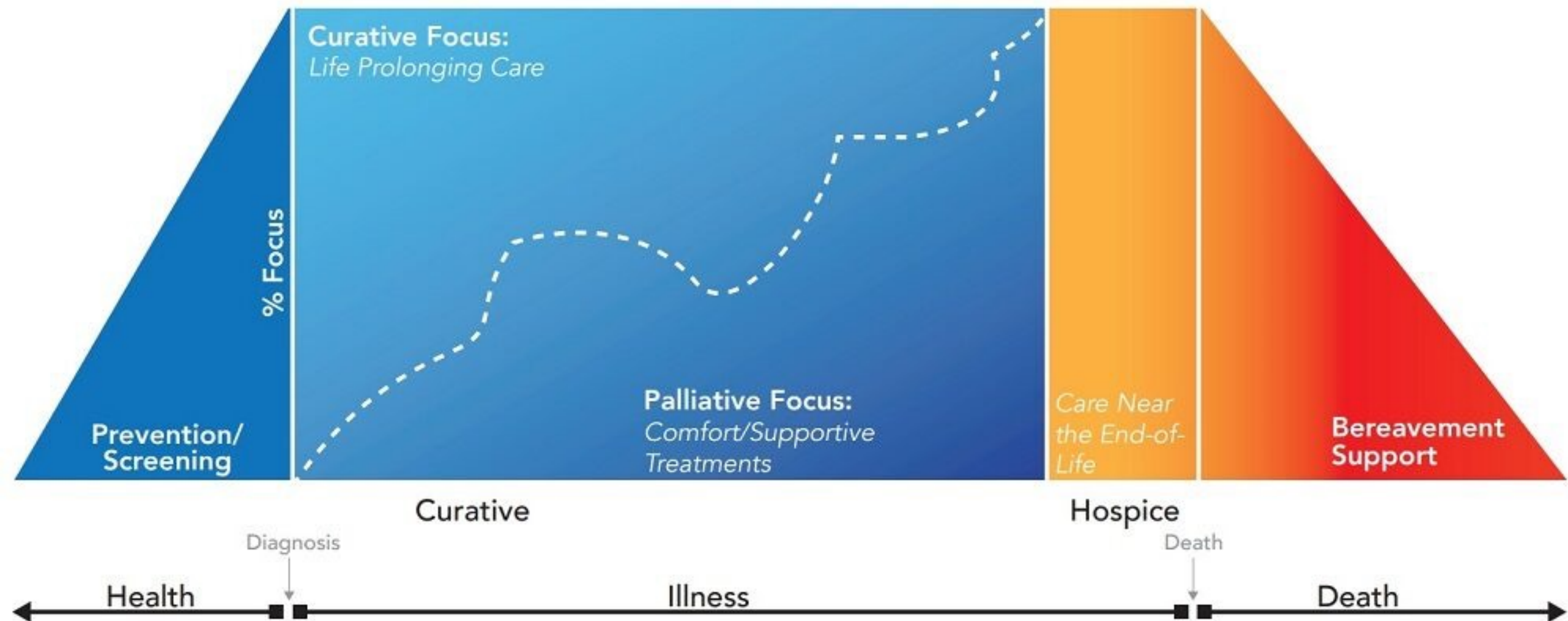
Dio Kavalieratos, PhD; Jennifer Corbelli, MD, MS; Di Zhang, BS; J. Nicholas Dionne-Odom, PhD, RN; Natalie C. Ernecoff, MPH; Janel Hanmer, MD, PhD; Zachariah P. Hoydich, BS; Dara Z. Ikejiani; Michele Klein-Fedyshin, MSLS, BSN, RN, BA; Camilla Zimmermann, MD, PhD; Sally C. Morton, PhD; Robert M. Arnold, MD; Lucas Heller, MD; Yael Schenker, MD, MAS

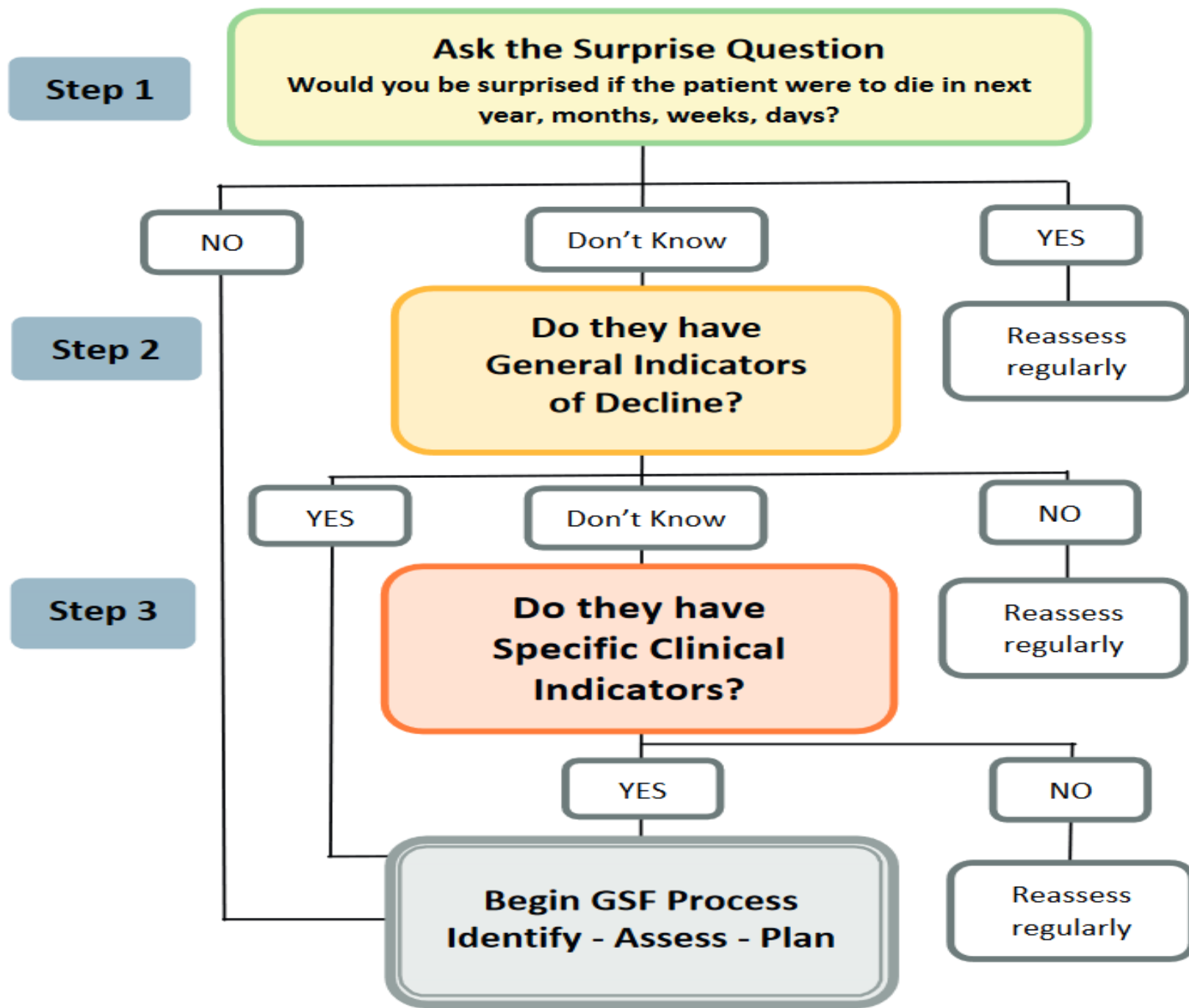
Figure 2. Random-Effects Meta-analysis of Randomized Clinical Trials on the Association Between Palliative Care and Patient Quality of Life at 1- to 3-Month Follow-up



Palliative care was associated consistently with improvements in **advance care planning, patient and caregiver satisfaction, and lower health care utilization**. PC was associated with improvements in QOL and symptom burden at one to three months, but not with improved survival.

Palliative Care Continuum Timeline

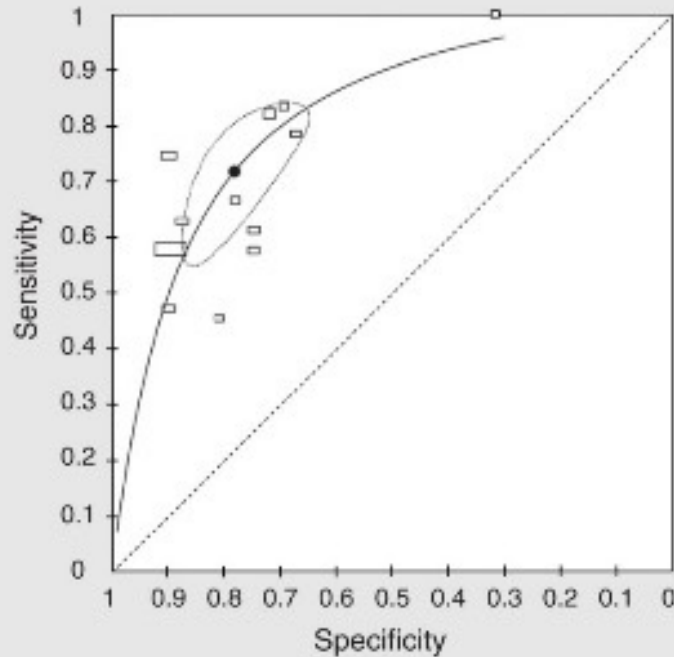




The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis.

CMAJ. 2017 Apr 3;189(13):E484-E493

- Databases from inception to 2016
- Studies that prospectively screened patients with the surprise question and reported on death at 6 to 18 months.
- Sixteen studies (17 cohorts, 11 621 patients)



Sensitivity 67.0% (55.7%–76.7%),
Specificity 80.2% (73.3%–85.6%)
LR+ 3.4 (2.8–4.1)
AUC 0.81

Prognostic properties of the SQ were better in studies involving patients with cancer than those involving patients with noncancer illness.

Step 2

General indicators of decline and increasing needs?

- General physical decline, increasing dependence and need for support.
- Repeated unplanned hospital admissions.
- Advanced disease – unstable, deteriorating, complex symptom burden.
- Presence of significant multi-morbidities.
- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self-care, in bed or chair 50% of day and increasing dependence in most activities of daily living.
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility.
- Patient choice for no further active treatment and focus on quality of life.
- Progressive weight loss (>10%) in past six months.
- Sentinel Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home.
- Serum albumin <25g/l.

The GSF PIG 2016 – Proactive Identification Guidance

Step 1

The Surprise Question

For patients with advanced disease or progressive life limiting conditions, would you be surprised if the patient were to die in the next year, months, weeks, days?

The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, social and other factors that give a whole picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?

Step 2

General indicators of decline and increasing needs?

- General physical decline, increasing dependence and need for support.
- Repeated unplanned hospital admissions.
- Advanced disease – unstable, deteriorating, complex symptom burden.
- Presence of significant multi-morbidities.
- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self-care, in bed or chair 50% of day and increasing dependence in most activities of daily living.
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility.
- Patient choice for no further active treatment and focus on quality of life.
- Progressive weight loss (>10%) in past six months.
- Sentinel Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home.
- Serum albumin <25g/l.
- Considered eligible for DS1500 payment.

Step 3

Specific Clinical Indicators related to 3 trajectories

1. Cancer

- Deteriorating performance status and functional ability due to metastatic cancer, multi-morbidities or not amenable to treatment – if spending more than 50% of time in bed/lying down, prognosis estimated in months.
- Persistent symptoms despite optimal palliative oncology. More specific prognostic predictors for cancer are available, e.g. PPS.

2. Organ Failure

Heart Disease

At least two of the indicators below:

- Patient for whom the surprise question is applicable.
- CHF NYHA Stage 3 or 4 with ongoing symptoms despite optimal HF therapy –

Liver Disease *continued*

- Refractory ascites
- Encephalopathy
- Other adverse factors including malnutrition, severe comorbidities, Hepatorenal syndrome
- Bacterial infection current bleeds, raised INR, hyponatraemia, unless they are a candidate for liver transplantation or amenable to treatment of underlying condition.

General Neurological Diseases

- Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.
- Symptoms which are complex and too difficult to control.
- Swallowing problems (dysphagia) leading to recurrent aspiration pneumonia, sepsis, breathlessness or respiratory failure.
- Speech problems: increasing difficulty in communications and progressive dysphasia.

Parkinson's Disease

- Drug treatment less effective or increasingly complex regime of drug treatments.
- Reduced independence, needs ADL help.
- The condition is less well controlled with increasing "off" periods.
- Dyskinesias, mobility problems and falls.
- Psychiatric signs (depression, anxiety, hallucinations, psychosis).
- Similar pattern to frailty – see below.

Motor Neurone Disease

- Marked rapid decline in physical status.
- First episode of aspirational pneumonia.
- Increased cognitive difficulties.
- Weight Loss.
- Significant complex symptoms and medical complications.
- Low vital capacity (below 70% predicted spirometry), or initiation of NIV.
- Mobility problems and falls.
- Communication difficulties.

Multiple Sclerosis

- Significant complex symptoms and medical complications.
- Dysphagia + poor nutritional status.
- Communication difficulties e.g. Dysarthria + fatigues

Disease management

- Adverse events & complications
- Comorbidities
- Prognosis
- Communicating clinical information/treatment options

Physical care

- Pain & other symptoms
- Function & Safety
- Aids & Assist device
- Fluid & Nutrition
- Wounds

Psychological care

- Personal strengths & growth
- Emotions (anger, fear, depressed, anxiety)
- Control, Dignity
- Coping
- Self esteem, self image

Loss & Grief

- Grief and bereavement care

Patient & Family

End of Life care/Death

- Completing unfinished businesses & Saying "Good-bye"
- Gift giving (things, money, organ, thoughts)
- Preparation of expected death
- Anticipatory guidance of last hours
- Rites & Rituals
- Death pronouncement/certification
- Handling of the body
- Funerals, memorial services

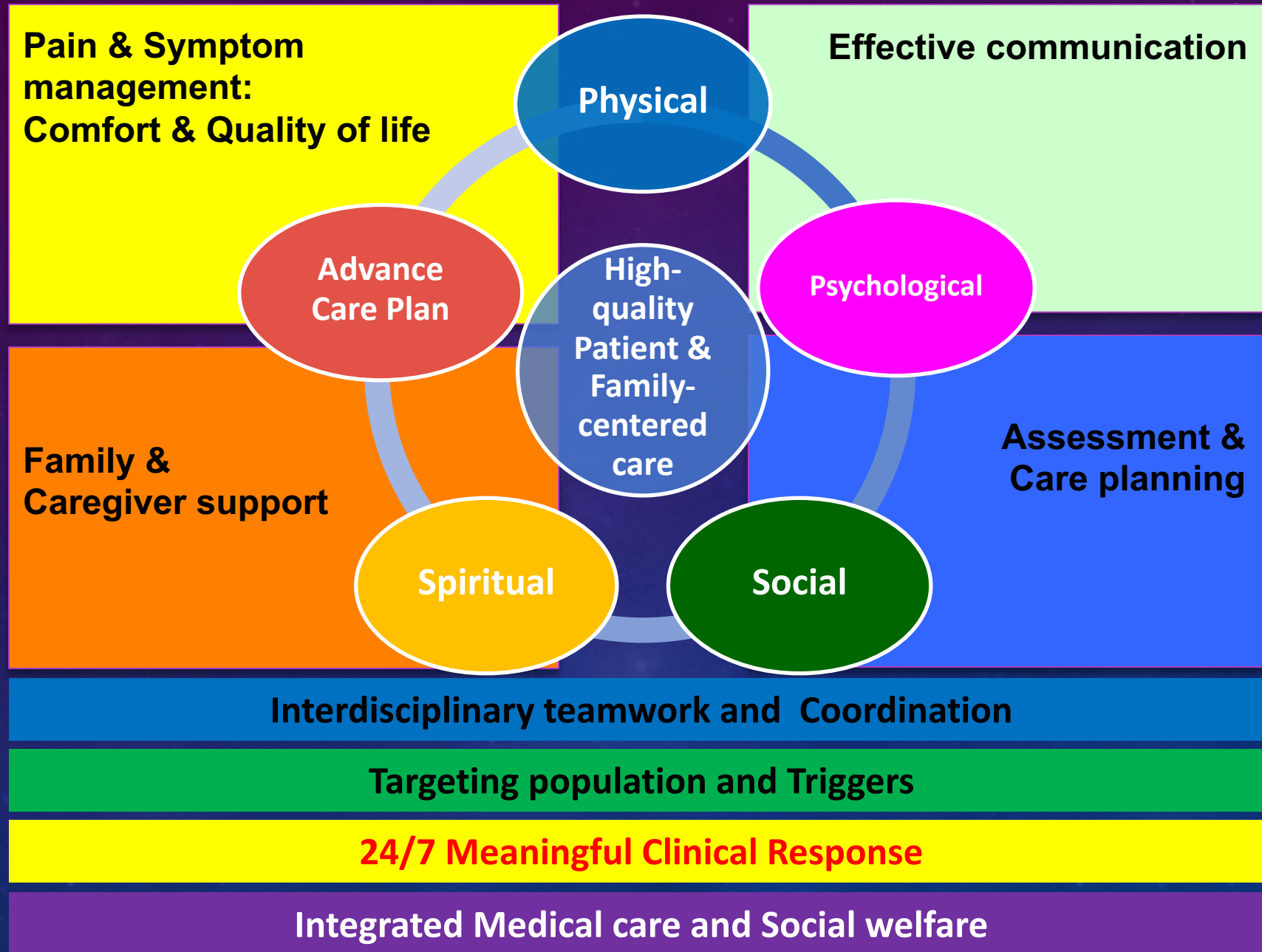
Spiritual care

- Meaning & values
- Beliefs related to death & dying
- Religious practices

Social care

- Respect cultural values, beliefs, practices
- Relationships & roles in family, friends, community
- Privacy & Intimacy
- Legal – patient's proxy, living will, goal(s) of care)
- Care family caregiver(s)
- Pets

องค์ประกอบและทักษะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย **PALLIATIVE CARE**



Levels of palliative care

Palliative care approach

- Practiced by all HCPs
- At both hospital and community level
- Aims to promote both physical and psychosocial well-being

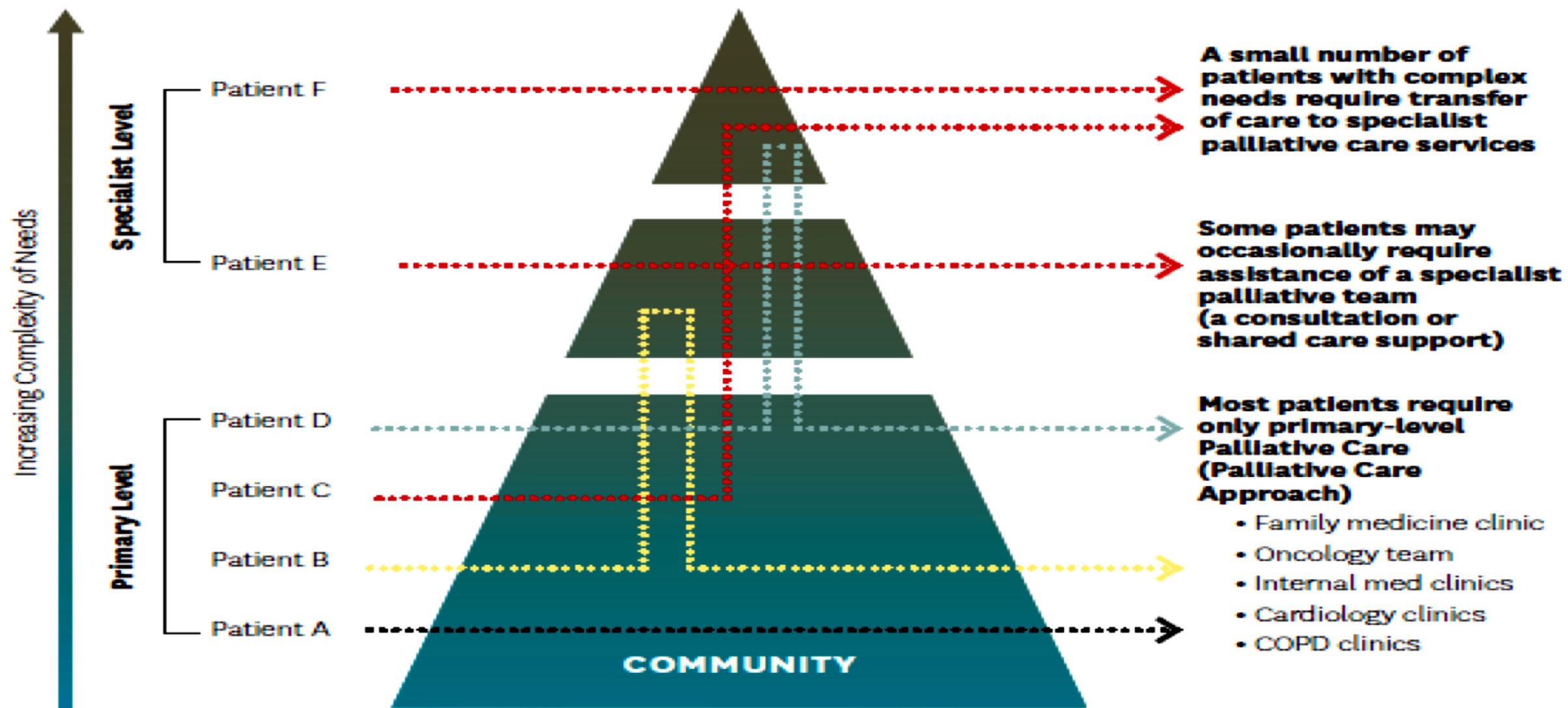
General palliative care

- HCPs who, although not engaged full time in palliative care, had some additional training and experience in palliative care.
- At both hospital and community level

Specialist palliative care

- Care of patients with more complex and demanding care needs
- Services with palliative care as their core specialty and which are provided by an inter-disciplinary team
- Available in primary care settings, acute general hospital settings and specialist inpatient units

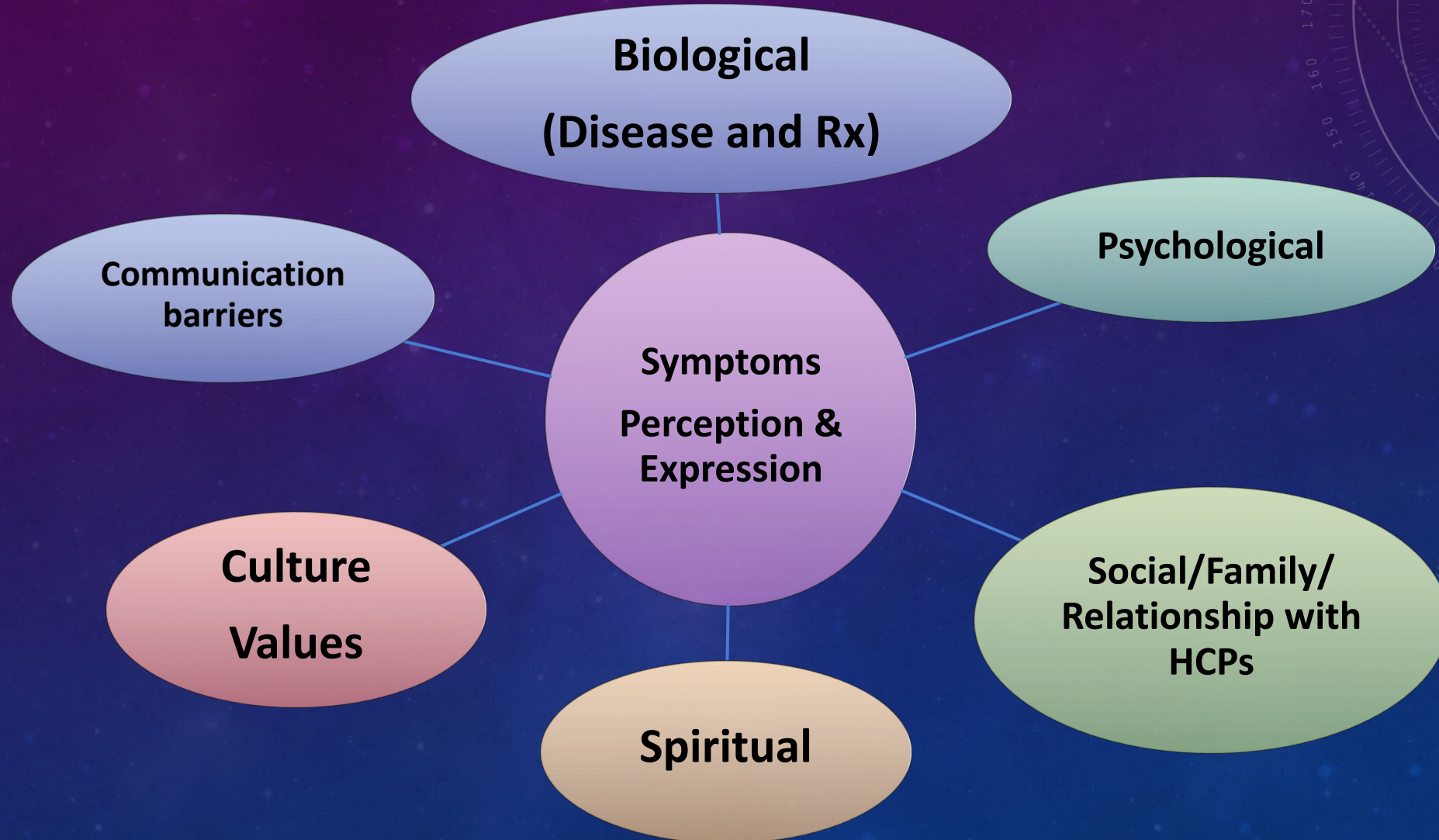
FIGURE 2. DIFFERING PATIENT NEEDS FOR PRIMARY AND SPECIALIST PALLIATIVE SERVICES THROUGHOUT THE ILLNESS TRAJECTORY



PALLIATIVE CARE SERVICE SHOULD

- Identify patients who could benefit from palliative care
- Assess and reassess patients for physical, emotional, social and spiritual distress
- Assess and reassess family members for emotional, social, or spiritual distress
- Relieve pain and other distressing physical symptoms
- Address spiritual, psychological and social needs
- Clarify the patient's values and determine culturally appropriate goals of care & advance care planning

Symptoms in Palliative Care



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด								มีอาการปวดรุนแรงที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(ขจัดความรู้สึกไม่สบายที่ปรกติในขณะหลับได้)										

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/ละเลินละลิง								มีอาการง่วงซึม/ละเลินละลิงมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

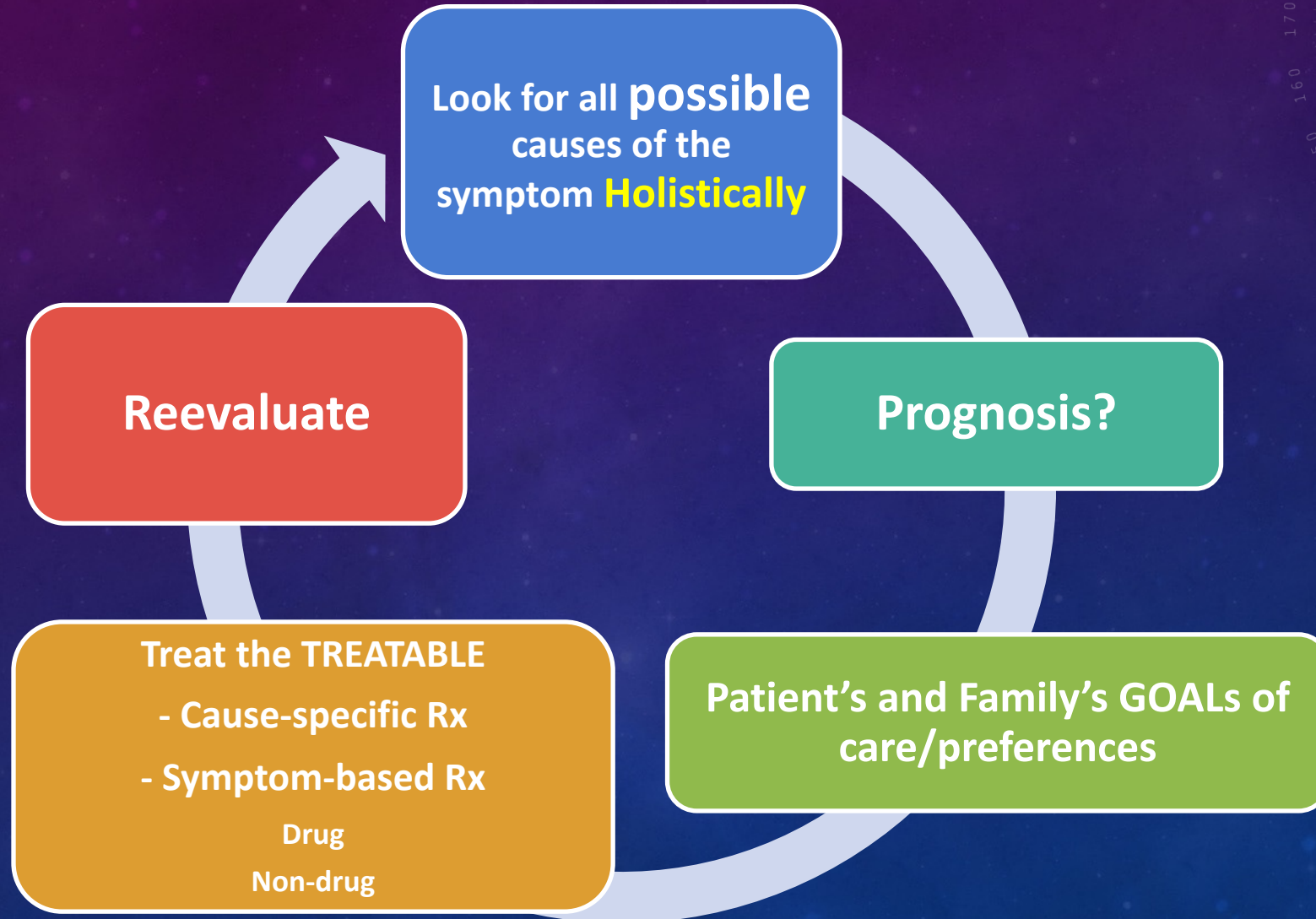
ไม่มีเบื่ออาหาร								เบื่ออาหารมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

สบายใจที่โรคตนเอง								ไม่สบายใจที่โรคตนเอง		
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 ไม่มี								(ถ้ามีปัญหาโรคต่างๆรุนแรงรวมมากที่สุด = 10)		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Key approach to symptom management in Palliative Care





มาตรฐาน การวางแผน การดูแลล่วงหน้า สำหรับประเทศไทย

Thai standards for
advance care planning
พ.ศ. ๒๕๖๕

ADVANCE CARE PLANNING

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการวางแผนดูแล
สุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือ
เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่
เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกัน
ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำ
แผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัว หรือ
ปรึกษามูลนิธิสุขภาพ



องค์ประกอบของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

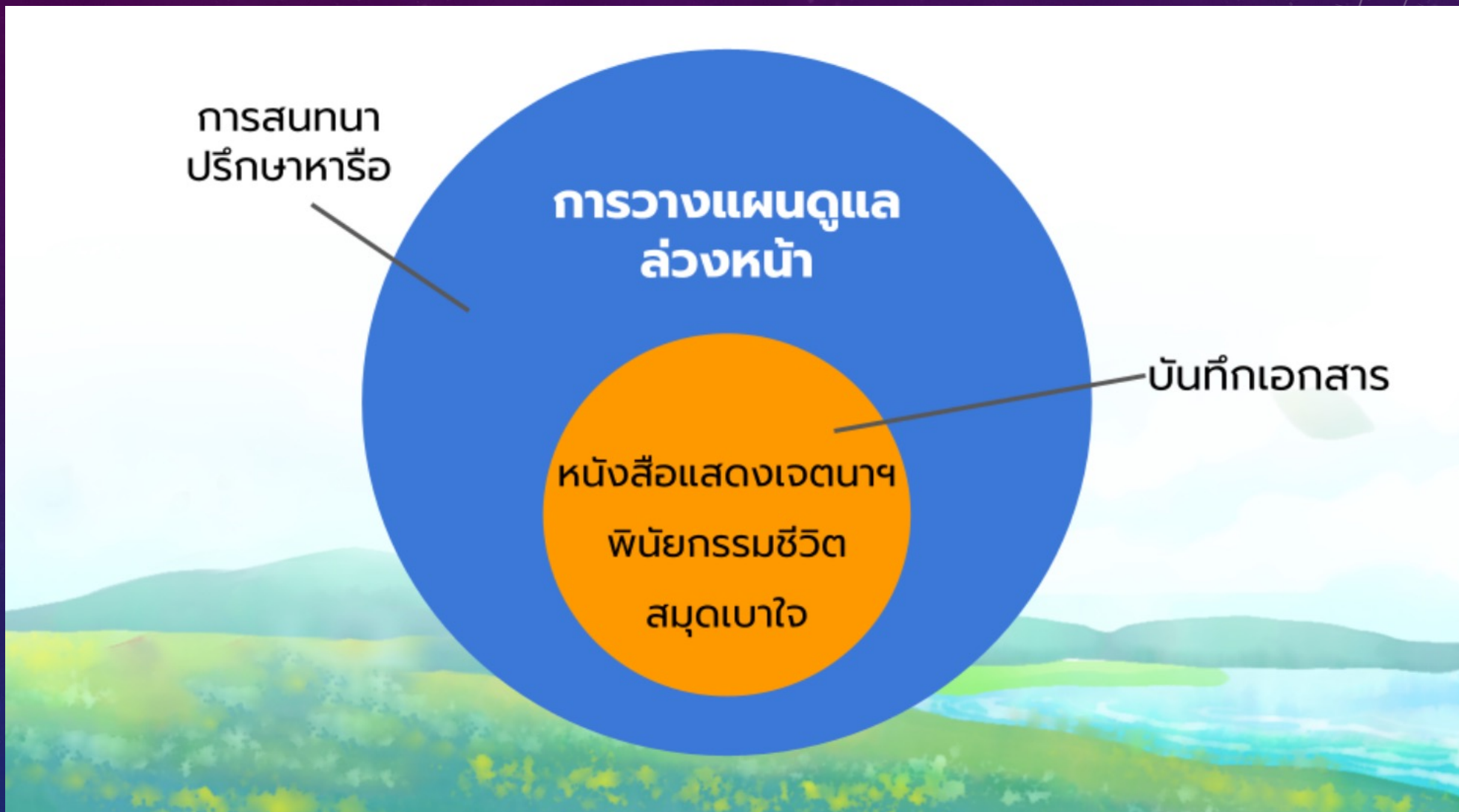
- การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนาและแผนการดูแลล่วงหน้าที่ต้องการ
 - สิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ยอมรับไม่ได้
 - ขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ
 - การดูแลอื่นๆ ที่ต้องการนอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์
- กรณีที่เจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้าย ต้องการการดูแลรักษาแบบใด และ
ไม่ต้องการดูแลรักษาแบบใด
- ผู้ตัดสินใจแทน

การสนทนา
ปรึกษาหารือ

การวางแผนดูแล
ล่วงหน้า

บันทึกเอกสาร

หนังสือแสดงเจตนาฯ
พินัยกรรมชีวิต
สมุดเบาใจ





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี HN
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital
Mahidol University

รหัสแผนก PCC

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

คลินิก ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

อายุ ปี เดือน
วันเกิด
สิทธิการรักษา

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

1/4

ที่เป็นเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ.....ปี

ถือบัตรประจำตัวประชาชน /บัตรข้าราชการ/ อื่นๆ โปรดระบุ.....เลขที่.....

สังกัด.....ในฐานะผู้ป่วย เวชระเบียนเลขที่.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ต้องการแสดงเจตนาของข้าพเจ้าดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือ หรือการรักษาใดๆ กับข้าพเจ้าที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ยังคงได้รับ การดูแลรักษาตามอาการ ในกรณี

☐ เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ

☐ เมื่อข้าพเจ้าได้รับทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

จึงขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

.....☐ กระบวนการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น

.....☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ หรือ การให้ยากระตุ้นหัวใจ

.....☐ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

.....☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

.....☐ การฟอกล้างไตเทียม/การล้างไตทางหน้าท้อง

.....☐ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่และหลอดเลือดแดง

.....☐ การให้สารน้ำเลือด ทางหลอดเลือดส่วนปลาย

.....☐ การเจาะเลือด

.....☐ การให้อาหารและน้ำทางสายให้อาหาร

.....☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาที่ได้ทำไว้ในวันที่.....เดือน.....ปี.....



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี HN
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital
Mahidol University

รหัสแผนก PCC

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

คลินิก ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

อายุ ปี เดือน
วันเกิด
สิทธิการรักษา

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

2/4

ที่เป็นเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3. ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว อายุ.....ปี

ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ/อื่นๆ โปรดระบุ.....เลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสาร

กับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแล

รักษาต่อไป(ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะระบุชื่อผู้รับมอบหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ในกรณีที่มิได้ระบุไว้ และต้องมีการดำเนินการตามหนังสือแสดง

เจตนาฉบับนี้กฎหมายกำหนดให้ญาติ/ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้เข้าร่วม)

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....

(.....)(.....)

หมายเลขบัตรประชาชน.....ผู้ป่วย

ผู้เขียนพิมพ์ : ระบุในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้เขียนหรือพิมพ์ด้วยตนเอง

พยาน.....

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน.....

พยาน.....

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน.....

**Thank
You!**