Palliative Care in Oncology July, 2016

Transitions of Care and Care at Home

นางปาริชาติ เพียสุพรรณ์ RN., MNS., Cert. Palliative Care
สังกัดงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Transition of Care

ความหมาย: การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน

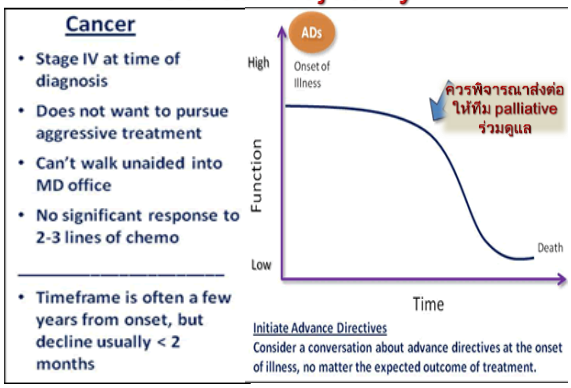
- ภายในหน่วยงาน: เช่น การย้ายจาก ICU ไปยังหอผู้ป่วย
- ระหว่างหน่วยงาน: เช่น โรงพยาบาลไปดูแลฟื้นฟูที่บ้าน
- **ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป**: เช่น การรักษาโรคให้หาย เปลี่ยนเป็นการรักษาแบบประคับประคอง
- **การเปลี่ยนผู้ให้บริการ:** เช่น แพทย์ทั่วไปเปลี่ยนเป็นแพทย์เฉาะทาง, ผู้ให้การดูแลในระยะเฉียบพลันเปลี่ยนเป็นผู้ให้การดูแลเฉพาะด้านประคับประคอง

www.ntocc.org

Transition of Care

Coleman E.A., 2003

Cancer Trajectory



Transition from Curative to PC

The barriers in implementing a transition:

- แพทย์ไม่สามารถประเมินได้ว่าการรักษาใดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (futility) กับผู้ป่วย
- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องการยุติการรักษาโรคมะเร็ง
- ความคลุมเครือในการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างตรงจริงในสถานการณ์ปัจจุบันที่ตัวโรคอยู่ในระยะที่รักษาไม่ได้แล้ว
- ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบ PC และ/หรือ ไม่มียาที่จำเป็น
- ความแตกต่างด้านภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม

ทีมผู้รักษาควรสื่อสารสภาวะโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาที่ตรงจริง ตอบคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่สงสัย และเสนอระบบ palliative care

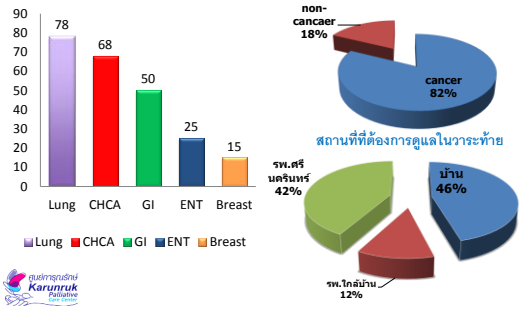
Kaur J. & Mohanti B.K., Indian J palliative care, 2011.

The Place of Care to a Person with Terminal Illness

- **บ้าน**
  - เป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีส่วนร่วมในการดูแลกัน มีความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณได้ดีกว่าอยู่ รพ. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลใน รพ.
- **โรงพยาบาล**
  - ไม่มีบ้าน ไม่มีญาติ หรือไม่มีผู้ดูแล
- **Hospice** กำลังเริ่มมีระบบนี้ในประเทศไทย

สถิติผู้ป่วยการุณรักษ์ ปี 2555

จำนวนผู้ป่วยที่ทีมผู้รักษาปรึกษาเข้ารับการดูแล จาก palliative care team 358 ราย



The Story of Arma
Transitional of Care & Care at Home

- หญิงไทยเชื้อสายจีน 84 ปี เป็นหม้าย อ่านออกเขียนได้
- ภูมิลำเนา: กรุงเทพฯ มาอยู่กับลูกชาย อ.เมือง จ. ขอนแก่น นานเกือบ 30 ปี
- **Diagnosis**→Liver cyst c advance CA unknown primary c lung metastasis c bilateral pleural effusion c ascites.

Illness Trajectories of Arma

พ.ศ. 2530-40
อายุ 57-67 ปี

- สูบบุหรี่อายุ 20 ปี (10-15 มวน/วัน) ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสังคมหยุดมา 10 ปี
- Asthma
- HT
- CTS: OR, MC accidental: OR

พ.ศ. 2541-50
อายุ 67-77 ปี

- GERD, H. pyroli gastritis, U/S: liver cyst 2.5 cm
- OA both knee, cataract
- Asthma attack, HT crisis

อายุ 84 ปี

พ.ศ. 2551-57
อายุ 77-83 ปี

- CXR: cardiomegaly
- HT crisis 2-3ครั้ง/ปี
- Asthma attack
- DLD

ประวัติการเจ็บป่วย

Chief Complain: เหนื่อยมากขึ้น ก่อนมา รพ. 1 วัน

Present Illness:

- 4 เดือน PTA มีอาการอ่อนเพลีย อืดท้อง เบื่ออาหาร CT abdomen: liver cyst at segment 1,2,3,4,8 largest 7.6 cm, multiple renal cysts largest 8.1 cm →high CA 125 R/O CA Gynecologic, TVS: normal
- 2 เดือน PTA เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม ท้องโตขึ้น นอนราบไม่ได้ ไอแห้งๆ กลางคืน เบื่ออาหารมากขึ้น นน. ลด 9 kg/3 เดือน → pleural cyto: atypical cell, **Bx: metastasis adenocarcinoma**

แพทย์สื่อสารเรื่องโรค การพยากรณ์โรคประมาณ 6 เดือน การดำเนินโรค ต้องเจาะน้ำในปอด/ท้อง ออกเป็นครั้งคราว เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย, แผนการรักษา: palliative CMT

การตัดสินใจของครอบครัวก่อนปรึกษา PC

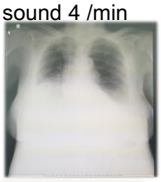
ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับทราบความจริง ปฏิเสธการให้ palliative CMT การตรวจพิเศษ ขอรักษาตามอาการ ไม่ให้เจ็บปวด และทรมาน

หัตถการ/การรักษาก่อนปรึกษา PC Team

วัน/เดือน/ปี	OPD AE visit/เดือน	หัตถการ/การรักษา
23/7/2558	Total = 3 ครั้ง	Rt. Pleural tap. 1,000 ml
25/7/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml
29/7/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml→pneumothorax admit → pleural bx.
5/8/2558	Total = 5 ครั้ง	Rt. Pleural tap. 1,000 ml
11/8/2558		Rt. Pleural tap. 900 ml
15/8/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml
19/8/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml
24/8/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml
2/9/2558	Total = 2 ครั้ง+ admit	Rt. Pleural tap. 1,000 ml→pneumothorax
16/9/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml
17-24/9/2558 24/9/2558		Admit: - Rt. Pleural tap. 1,000 mlx2 → Consult PC team mo syrup 1 cc q 6 h

Physical Examination

- V/S: BT 36.7, PR 86/min, RR 22/min, BP130/72
- HEENT: mild pale conjunctiva
- Lung: decrease breath sound Rt. Lung, fine crepitation both lung c, decrease lung expansion
- Abdomen: distension, ascites, not tender, Bowel sound 4 /min



CXR 24/9/2558

Lab & investigation

- **CBC :** Hb= 9.7 , HCT = 30.7 WBC= 9,400, Plt.= 397,000
- **Blood chemistry :** BUN = 17.1 Cr= 0.8 (GFR 50.55), Na =138, K =4.1, HCO_3= 24, Cl= 99, Alb= 2.4 Ca = 8

Physical Symptom Assessment

1. เหนื่อยขณะพัก (dyspnea at rest) 4/10, เหนื่อยเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) 9/10 → Pleural effusion, Ascites
2. ไอ
3. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง (fatigue) 4/10
4. เบื่ออาหาร (anorexia) ไม่รู้สึกหิว น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง

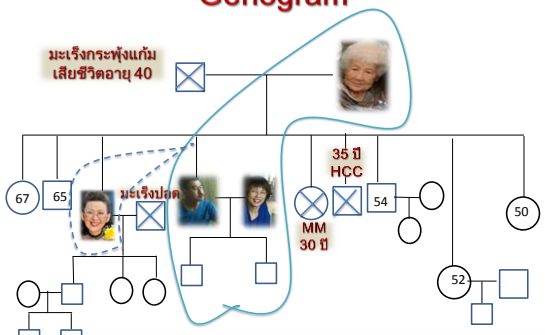
Home medications:

- Seretide (25/250) 2 puff bid, Berodual 2 puff prn
- Thiazide (50) 1/2x1
- Aprovel (150) 1x1
- Molax, Losec

Management by PC team

- Mo syrup 1 cc q 6 h
- Mo syrup 1 cc prn for dyspnea attack q 2 h
- Ativan (0.5) 1 tab SL prn for panic attack
- Senokort 2x1 hs

Genogram



ผู้ดูแลและตัดสินใจหลัก: ลส.คนที่ 3,ลช.คนที่ 4 และลูกสะใภ้

Psychosocial Assessment

- เป็นคนติดบ้าน จริงจังกับสิ่งที่ทำ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มนุษยสัมพันธ์ดีเป็นที่รู้จักของชุมชนรอบข้าง
- ชอบไปจ่ายตลาดเองและทำอาหารให้ลูกๆหลานๆทาน
- ครอบครัวมีฐานะร่ำรวย มีธุรกิจหลายอย่าง
- เครือญาติฐานะดีช่วยเหลือกัน มีลูกหลานจากกรุงเทพฯ สลับกันมาดูแลเป็นระยะๆ
- รักและสนิทกับครอบครัวลูกชายคนที่ 4 มากที่สุดบอกกับลูกๆทุกคนว่าขอตายที่ขอนแก่น
- ไม่มีอะไรเหลือค้างคาใจ แบ่งมรดกแล้ว
- เชื่อในการทำความดี ชอบทำบุญกับมูลนิธิ พิธีล้างป่าช้า

Psychosocial Assessment

- หวังว่า ลูกหลานจะช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งกัน ไม่ยากจน
- ผู้ป่วยพูดเสมอว่า *"ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย ขออย่างเดียวอย่าเป็นมะเร็งแล้วกัน มันทรมานมาก เนื่องจากมีประสบการณ์ไม่ดีกับมะเร็งจากคนรอบข้างเสียชีวิตด้วยมะเร็ง"*

PC team involvement:

Family meeting: ลูกสาวคนที่ 3 และลูกสะใภ้
ตัดสินใจ: ไม่ต้องการให้บอกความจริง ช่วยไม่ให้ปวดและทรมาน ในวาระท้ายขอไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ต้องการยื้อชีวิต จากไปตามธรรมชาติ สถานที่เสียชีวิตครอบครัวขอปรึกษากันก่อนจะให้คำตอบภายหลัง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบ้านเป็นสถานที่ดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

1.ผู้ป่วยและครอบครัว

- ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- การรักษาและการควบคุมอาการ
- ปัญหาเศรษฐกิจ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2.แหล่งประโยชน์

- ระบบบริการดูแลที่บ้าน
- ยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น
- มีผู้ประสาน/ส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาและเข้าถึงได้เมื่อต้องการ
- กลับมารักษาใน รพ. เพื่อทำหัตถการ จัดการภาวะฉุกเฉินต่างๆได้ตามความเหมาะสม

www.ntocc.org

การดูแลอาม่าที่บ้านของศูนย์การุณรักษ์

1. การจัดการอาการที่ดี คาดหมายอาการที่อาจจะเกิดได้ วางแผนสั่งยาให้มีใช้พอเพียงคุมอาการได้ดี
2. การสื่อสาร: advance care plan –เข้าใจเป้าหมายดูแล หลีกเลี่ยง readmission การพยุงชีพที่ไม่มีประโยชน์
3. มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี กลับมา admit ได้เมื่อเกิดภาวะ PC emergency
4. สอนผู้ดูแลหลัก/รอง ดูแลผู้ป่วยให้ร่างกายสะอาด สุขสบาย การให้ยา ให้ข้อมูลอาการที่อาจพบได้ในระยะนี้ และระยะใกล้เสียชีวิต → วิธีการดูแล
5. ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงการให้คำปรึกษาทีมแพทย์พยาบาล PC ได้ตลอด 24 ชม.

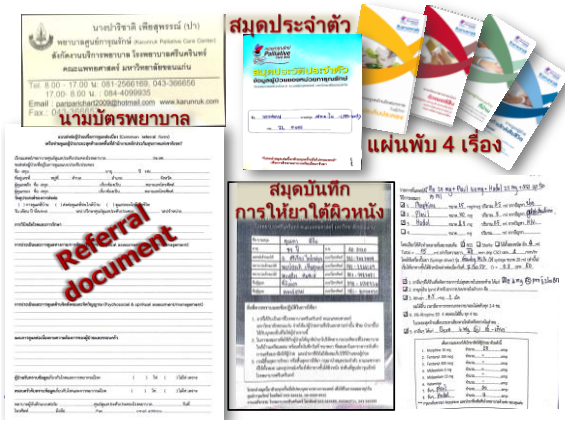
การดูแลอาม่าที่บ้านของศูนย์การุณรักษ์

6. กลับมารักษาใน รพ. เพื่อทำหัตถการ จัดการภาวะฉุกเฉินต่างๆได้ตามความเหมาะสม
7. จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ใช้ที่บ้าน
8. มีเครือข่ายปฐมภูมิรองรับการส่งต่อและเยี่ยมบ้าน ไม่เกิน 30 กม.เยี่ยมเอง→เข้าถึงการปรึกษาPC specialistแม่ข่ายได้
8. มียาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่เข้าถึงได้ง่าย
9. มีระบบการดูแลระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลืนยาได้ สามารถเอายาฉีดมอร์ฟีนและยาอื่นๆที่จำเป็นในการจัดการอาการไม่สุขสบายออกไปให้ที่บ้านได้

Palliative Care Discharge Checklist

Checklist	Yes	No	Comment
1. พูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัวถึงสภาวะโรค แผนการดูแล			
2. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
3. การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
4. ประสานรถส่งต่อ			
5. จัดเตรียมยาและเบิกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
6. ตรวจสอบความพร้อมของครอบครัว การใช้ยา			
7.เบอร์โทรศัพท์และช่องทางติดต่อของเครือข่ายที่ส่งต่อ			
8. สมุดประจำตัวผู้ป่วยและ advance directives			
9. ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ			
10.อธิบายช่องทางติดต่อทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว			
11. ประสานการเยี่ยมบ้าน			

อุปกรณ์การแพทย์ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์



Home visit I: by Network

โทรศัพท์ส่งต่อเครือข่าย มีรายชื่อ เบอร์โทร

เครือข่ายศูนย์สุขภาพหนองแวง เขตเมืองขอนแก่น ลงเยี่ยมบ้าน

Home visit II: by Karunruk Team

แท็กซี่ขาประจำ

กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

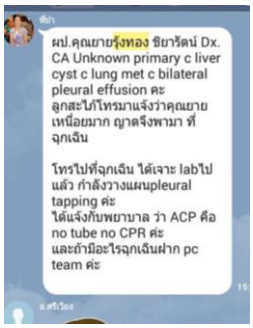
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย

- เยี่ยมหลังจำหน่าย 7 วัน
- ประเมินบ้าน ผู้ดูแล แหล่งช่วยเหลือ การเผชิญปัญหาของครอบครัว สรุปปัญหาและให้ความช่วยเหลือ
- ติดตามเรื่อง ACP: family meeting ที่บ้าน

Family meeting

Home visit II

- เยี่ยมร่วมกับทีมเครือข่าย ใกล้บ้าน เสริมความมั่นใจให้ครอบครัวและเครือข่าย



หัตถการ/การรักษาหลังปรึกษา PC Team

วัน/เดือน/ปี	AE visit/เดือน	หัตถการ/การรักษา
10/10/2558	2 ครั้ง ยิมเครื่องพ่นยา	Rt. Pleural tap. 1,200 ml
17/10/2558		Rt. Pleural tap. 1,000 ml ยิมเครื่องผลิตออกซิเจน
30/11/2558	1 ครั้ง	Lf. Pleural tap. 800 ml เพิ่ม Mo syrup เป็น 1.5 ml oral q 6 h
ธค 58	-	-
2/1/2559	2 ครั้ง	Abd.tap.1,000ml & pleural tap.500ml start diuretic
13/1/2559		Abdominal tap.2,000ml
1/2/2559	2 ครั้ง	Rt. Pleural tap. 1,000 ml
18/2/2559		Abdominal tap.2,000 ml
12-14/3/2559	เริ่มมีปัญหาท้องผูก	**Admit:** Abd.tap.2,000ml & pleural tap. 500ml
22/3/2559	ห้อง resus-dying	Abd.tap.1,000ml & pleural tap. 1,000ml

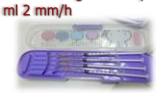
Admit ครั้งสุดท้าย

แย่ลงที่ resus room

Last Days of Life: เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง

- 2 วันหลังกลับจากฉุกเฉินได้ลงเยี่ยมบ้านวันหยุดเพราะหอบมากขึ้น
- 2 วัน ต่อมาเริ่มซึมลง กลืนยาไม่ได้ หายใจมีเสียงดังครืดคราด ลงเยี่ยมบ้านอีกครั้ง

Mo 10 mg + midazolam 10 mg + NSS up to 15 ml 2 mm/h



เสนอการประกอบพิธีกรรม สังฆทาน ขอขมา
Dead at home 28/3/2559 (6 เดือน)

ข้อดีของการมีระบบ PC ร่วมดูแล

- มีเป้าหมายและแผนการการดูแลที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการ พึงพอใจการบริการที่ได้รับ
- ลดการ admission และการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้าน

สรุปในระยะเวลา 6 เดือนที่ดูแล

- ลงเยี่ยมบ้านทั้งมด 5 ครั้ง ติดตามที่ OPD PC 8 ครั้ง
- ติดตามทางโทรศัพท์/Line 20 ครั้ง
- ให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง 28 ครั้ง

Transitional Care: Framework for Measuring

Structure
- มีทีมสุขภาพ ประสานการดูแลต่อเนื่อง
- มีเครื่องมือสำหรับวางแผนการดูแลเฉพาะราย
- บูรณาการเทคโนโลยีข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้

Process
- มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า, การเข้าถึงยา การติดตามและช่องทางการส่งต่อ การกลับเข้ามารับการรักษาในรพ.
- การตัดสินใจในวาระสุดท้าย
- การส่งต่อข้อมูลและการสื่อสารระหว่างทีม
- การสอนให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว

Outcomes
- ความพึงพอใจผู้ป่วย ครอบครัว/ทีมสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ การกลับเข้ามารับการรักษาในรพ.
- การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา การดูแลต่อเนื่อง

www.ntocc.org