



Advance Care Planning: What, Why, When, Who, and How

Srivieng Pairojkul, MD.

Karunruk Palliative Care Center

**Faculty of Medicine, Khon Kaen
University**

ACP: Overview

- ACP:
 - Definition
 - ACP vs. AD
 - ACP: Why, When, WHO
 - Cultural consideration
- ACP in Asian countries
- Thailand policy on ACP
- Communication technique

Definition

“Process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care”

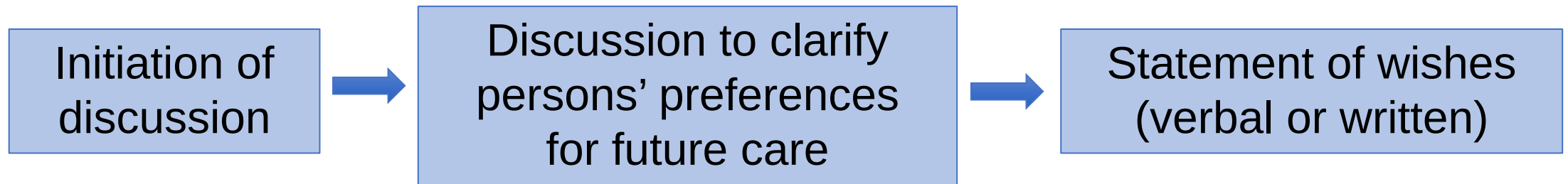
Sudore R, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from multidisciplinary Dephi Panel. J Pain Symptom Manage 2017

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัวหรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

Advance Care Plan VS. Advance Directive

- Documents outcomes of advance care planning discussion to inform care provision of a person's preferences for future health care and preferred health outcomes should they become seriously ill in the future and are unable to make decisions, and/or communicate their wishes to others.



- Written advance care plan signed by a patient who has decision making capacity
- Consent to, or refuse, specified medical treatment (life supports) for specific condition (end of life) in the future

Why Concern?

- Increasing numbers of elderly and chronic illness situations
- Improvement of medical technology
- Increased education of population
- Growing acceptance of patient autonomy



**Importance of Advance Care
Planning**

**Future health care needs &
decisions**

Limitation of AD

- Take up rate very low
- Only in terminally ill, refusal of life-sustaining treatment

ACP

- Define goals and preferences for future medical treatment
- Health outcomes preferred by that person
- More acceptable by the health care team
- Take up rate higher

Why is ACP Important?

- Used extensively across the world
- A cornerstone in improving end of life care
- Encourages pre-planning of care
- Enables better provision of service, related to the patient needs
- Empowers and enables patients and family
- May increase QoL, sense of control, preserve normality and hope
- Save medical care cost

*Detering KM, et al. MJ 2010;340:c1345
Zhang BH, et al. Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488
Teno JM, et al. J Am Geriatrics Soc. 2007;55(2):189-194*

When - Triggers

- Following a new diagnosis of life limiting condition
- In conjunction with prognostic indications
- Multiple hospital admissions
- Admission to care home
- Expressed need of patient or family

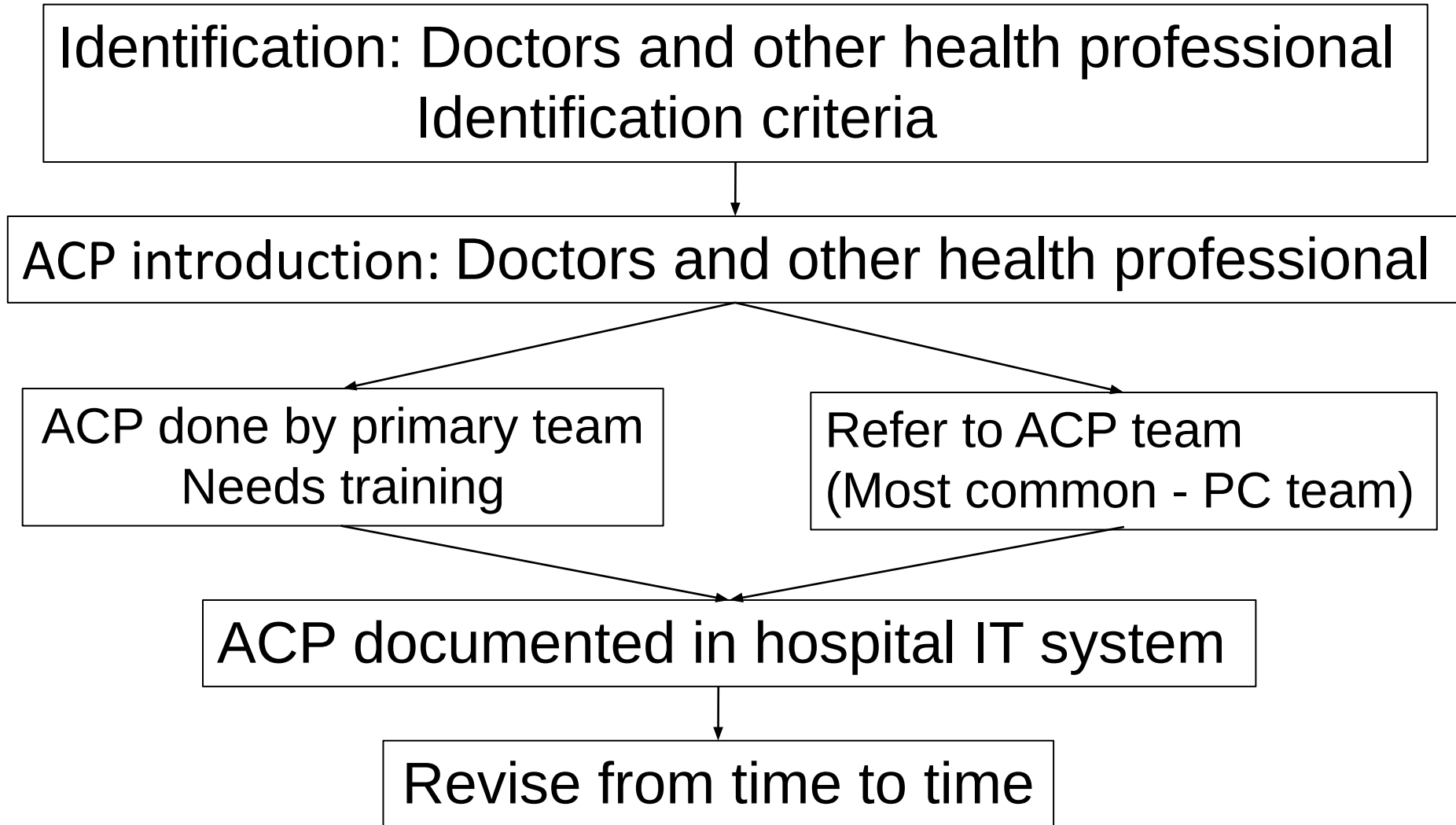
Who - Facilitators

- Patient & family – supporting early discussion eg. introductory leaflet
- Primary health care provider: GP, community nurse
- Secondary care – specialist consultant, ward staff, etc.
- Palliative care specialist
- Sometimes trained non-clinical facilitator

Integrate ACP into Various Life Stages & Care Settings

- Healthy adults: Consider values and what matters most in the future
Primary/community care
Public awareness
- Chronic disease patients: Discuss disease progression and preferences in medical crisis
Specialist OPD
Hospital in-patient
- High needs/frail patients: Preferred care interventions and to express personal last wishes
LTC and nursing home
Palliative services

Hospital - In-Patient



Outcome - KPI

- % of patients who have ACP
 - Healthy adults
 - Chronic disease patients
 - Elderly: general; in LTC
 - PC patients 100%
- Awareness survey
- % of preferences honored

Cultural Consideration

- Western countries - emphasis on autonomy:
 - Truth telling
 - Share decision making
 - Self-directed care planning
- Eastern countries – emphasis on family and society:
 - Conspiracy of silence
 - Family is key decision maker
 - Taboo in talking about death

ACP in Asian Countries

Country	AD	ACP Activity
Taiwan	Natural Death ACT (2000)	<ul style="list-style-type: none">• 2016 Patient Right to Autonomy ACT advocates AD through ACP aimed at patients with: terminal ill; irreversible coma; terminal dementia; incurable diseases.• >100 clinics in hospitals provide ACP consultation• Pay out of pocket to do ACP consultation• AD stored on an online electronic platform and ID card
Singapore	Advance Medical Directive (1996)	<ul style="list-style-type: none">• 2010 ACP implemented by the government (not legalized)• Seeding fund from government for ACP pilot project• ACP clinic in restructured hospitals and in community• ACP upload and can be access on electronic storage• 2011 “Living Matters” was set up for national ACP program

ACP in Asian Countries

Country	AD	ACP Activity
Korea	Yes – Physician orders for LST (POLST)	<ul style="list-style-type: none">• 2016 Act No.14013 – decision on LST for patients in hospice & PC at the EOL• Document uploaded in National Agency for Management of LST registry• Reimburse payment for LST document
Japan	No	<ul style="list-style-type: none">• 2018 ACP introduced in the GL on decision making process on EOL care• Project “Education For Implementing EOL Decision (E-FIELD) provided interdisciplinary team with 1-d WS on ACP throughout the country

Current Situation of ACP in Thailand

Current situation:

- ACP done mostly in PC patients by the PC teams
- ACP is recognized as AD
- AD is legalized in 20
- ACP is one of national PC KPI

Purposed policy

- Establishment of common ACP form
- Legalization?
- Training of facilitators: hospital-base and community-base
- Public and professional awareness
- Electronic access of patients' ACP?

ACP Forms

- General healthy person
- Chronic disease form include elderly

การ consensus

- ผู้เชี่ยวชาญแต่งตั้งโดย สช.
- นักวิชาชีพ: แพทย์ พยาบาล เภสัช นักสังคม
- Public hearing
- เข้า คสช. เพื่อการรับรอง กฎฎีกา

ACP Process

- Understanding of medical condition
- Reflection of their goals, value, and preferences
- Communicating and document their wishes and goals.
- Choosing a health care spoke person
- ACP document can be changed at anytime.

Basic Communication Skills

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

1. เริ่มต้น (opening)

- บรรยายภาคที่เจียบสงบ เป็นส่วนตัว ทำหน้าที่ไม่เผชิญหน้ากัน ใช้ภาษาง่ายๆ
- ทักทาย แนะนำตัวว่าเป็นใคร มาจากหน่วยงานไหน มีขั้นตอนการทำงานอย่างไรและทำไมจึงต้องมาพูดคุยกัน

2. เข้าใจประเด็นปัญหา

- ถามถึงปัญหาต่างๆ ซักถามลงในรายละเอียด จัดลำดับความสำคัญ
- ทำความเข้าใจสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้ชัดเจน (uses clarification)

3. ตั้งเป้าหมาย (goal setting)

- เลือกปัญหาที่แท้จริง
- สร้างแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

4. การแก้ปัญหา (problem solving)

- ใช้คำถามปลายเปิด/เปิดอย่างเหมาะสม
- การฟังที่ดี (active listening) สรุประเด็น
- การให้ข้อมูลทางการแพทย์และทางเลือกที่เหมาะสม
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและให้ตัดสินใจด้วยตนเอง
- การให้ความหวังที่เป็นจริง
- สรุปเป็นระยะ ทวนซ้ำ เน้นถึงประเด็นที่สำคัญ

5. การยุติกระบวนการให้คำปรึกษา (closing)

- สรุประเด็นที่ได้พูดคุยกัน
- ให้ถามสิ่งค้างคาใจ ตรวจสอบความคิด สอบถามความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลง
- แสดงความชื่นชมในความมุ่งมั่นที่อยากแก้ไขปัญหา
- การนัดหมายติดตาม หรือการกล่าวลาโดยมีท่าทางที่อบอุ่น

เทคนิคขั้นตอนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า

1. การเริ่มต้นสนทนาและแนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้า
ขั้นตอนการทำ การจัดเก็บ
2. การประเมิน: Preferences ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)
4. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
(Explore preferred outcomes)
5. บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ

1. การเริ่มต้นสนทนา

แนะนำการวางแผนดูแลสว่างหน้าและขั้นตอนการทำ

- เริ่มต้นสนทนา

“หมอ/พยาบาลหวังว่าจะได้พูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของคุณ และสิ่งที่จะเกิดขึ้น”

- การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลสว่างหน้า

“คุณเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลสว่างหน้าอย่างไร?”

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลสว่างหน้า

“การวางแผนดูแลสว่างหน้าคือการคิดทบทวนเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพในอนาคตของคุณ เป็นการสื่อสารให้คนอื่นรู้ว่าอะไรสำคัญสำหรับตัวคุณและแนวทางการรักษาแบบใดเป็นสิ่งที่คุณต้องการ เพื่อกรณีที่คุณอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้หรือสามารถสื่อสารด้วยตัวคุณเองได้”

1. การเริ่มต้นสนทนา

แนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้าและขั้นตอนการทำ

• พุดคุยชี้แจงขั้นตอนในการทำแผนดูแลล่วงหน้า

- **ขั้นที่ 1** คิดทบทวนถึงสิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าสำหรับคุณ การอยู่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีในความเชื่อของคุณคืออย่างไร สภาวะใดบ้างเป็นสิ่งที่คุณยอมรับไม่ได้ ขอบเขตการรักษาระดับใดที่คุณยอมรับได้
- **ขั้นที่ 2** เลือกผู้ที่คุณไว้วางใจให้ตัดสินใจแทน เป็นบุคคลที่คุณเชื่อว่าเข้าใจความต้องการของคุณ และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของคุณมากที่สุด เพื่อในกรณีที่ต้องตัดสินใจเรื่องที่คุณไม่ได้กำหนดไว้ในแผนล่วงหน้า
- **ขั้นที่ 3** บันทึกความต้องการของคุณลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของคุณ และถ้าเป็นไปได้ควรสามารถนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่คุณดูแลรักษาคุณ และคุณควรมีฉบับเก็บไว้กับตัว

2. การประเมิน: Preferences

ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล

- ค้นหาความหมายของ “การอยู่ดี” ในความคิดเห็นของผู้ป่วย กิจกรรมและประสบการณ์ที่สำคัญของการอยู่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และอะไรที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย

“การอยู่ดีในความหมายของคุณคืออะไร?”

“อะไรทำให้ชีวิตของคุณมีความหมาย อะไรที่มีความสำคัญสำหรับคุณ?”

“อะไรเป็นสิ่งที่ช่วยคุณเวลาคุณเผชิญกับสิ่งท้าทาย”

“อะไรเป็นสิ่งที่เสริมพลังแก่คุณเมื่อคิดถึงสภาวะความเจ็บป่วยในกายภาคหน้า”

“สมรรถนะหรือความสามารถที่จะดูแลตนเองมีความสำคัญต่อคุณอย่างไร?
ถ้าคุณช่วยเหลือตนเองไม่ได้คุณยอมรับสภาวะนั้นอย่างไร?”

“ถ้าสภาวะโรคของคุณลุกลามหรือเป็นมากขึ้น คุณต้องการการรักษาระดับใด”

2. การประเมิน: Preferences

ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล

- ค้นหาความเข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเอง โรคที่เป็น การวินิจฉัย ผลพยากรณ์โรค

“คุณเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพขณะนี้ของคุณอย่างไร?”

“คุณอยากทราบข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับสถานการณ์ข้างหน้าด้านการเจ็บป่วยของคุณ?”

- ค้นหาประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

“คุณมีประสบการณ์เกี่ยวกับความป่วยหนักของคนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงหรือไม่?”

“ประสบการณ์นั้นเป็นอย่างไร?”

- ค้นหาความวิตกกังวล ความกลัว เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

“อะไรคือสิ่งที่คุณวิตกกังวลหรือกลัวที่สุดเกี่ยวกับอนาคตทางสุขภาพของคุณ?”

“ครอบครัวของคุณทราบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณและแนวทางการดูแลที่คุณต้องการหรือไม่ อย่างไร?”

3. ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)

- พยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยเป็น
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ภาวะแทรกซ้อน

4. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ ไม่ต้องการ (Explore preferred outcomes)

- ค้นหาเป้าหมายและขอบเขตของการรักษา

“ถ้าสภาวะความเจ็บป่วยของคุณทรุดลง เป้าหมายของคุณคืออะไร?”

“คุณจะวางขอบเขตการรักษาของคุณอย่างไรบ้าง?”

- ค้นหาผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ

“สภาวะแบบใดบ้างที่คุณยอมรับ/ยอมรับไม่ได้?”

- ค้นหาขอบเขตของการใช้เครื่องพยุงชีพ

- ถ้ามุ่งเน้นเกี่ยวกับการแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนด้านสุขภาพ

- ถ้ามุ่งเน้นเรื่องศาสนาและความเชื่อตามวัฒนธรรมซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ

5. บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ

- บันทึกความต้องการตาม ACP และสิ่งที่พูดคุยอย่างชัดเจน วางแผนติดตาม ACP ของผู้ป่วย
- แจ้งให้ทราบว่าสามารถเปลี่ยนแปลง ACP ได้ตลอดเวลา
- การขออนุญาตนำ ACP ของผู้ป่วยจัดเก็บเข้าระบบข้อมูลของโรงพยาบาล
 - OPD card
 - เวชระเบียน
 - Hospital HO
- การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้าให้ทีมสุขภาพอื่นที่ร่วมดูแล/ส่งต่อ

Proposed ACP Form: Scenario

ความต้องการที่คุณได้แสดงเจตจำนงไว้ในส่วนนี้ จะได้รับการดำเนินการต่อเมื่อแพทย์ที่ดูแลคุณได้ลงความเห็นว่าเป็น

- คุณเจ็บป่วยด้วยโรค/ภาวะที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะท้ายของโรค
- หรือ คุณอยู่ในสภาวะเป็นผักอย่างถาวร หรือคุณเป็นสมองเสื่อมระดับรุนแรง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง สูญเสียความจำและการนึกคิด
- หรือ คุณป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนดี และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ

Proposed ACP Form: Choices

ถ้าข้าพเจ้าเจ็บป่วยด้วยโรค/ภาวะที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะท้ายของโรค กรณีมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและทีมแพทย์มีความเห็นว่าการรักษาภาวะดังกล่าวมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

- ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่ยื้อชีวิต และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาเต็มที่ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากทีมแพทย์เห็นว่าไม่ได้ผล อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ข้าพเจ้าขอให้รักษาเต็มที่โดยให้ใช้เครื่องพยุงชีพจนกว่าจะเสียชีวิต
- ข้าพเจ้ายังตัดสินใจตามข้อหนึ่งข้อใดไม่ได้

โครงการรณรงค์การทำ ACP ในผู้สูงอายุ

- Train facilitators: ทีม PC, พยาบาล case manager
- ผลิตเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ สื่อ
- ทำ ACP ใน nursing homes, ศูนย์ Long-term care ในชุมชน

โครงการรณรงค์การทำ ACP ใน Chronic Diseases

- Train facilitators: ทีม PC
- สร้างความตระหนักและการฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล
- เปิด ACP clinic ในโรงพยาบาล
- สร้างระบบจัดเก็บในระบบ ITของโรงพยาบาล

Hugs
Amends Relocated Hope
Kisses Supportive Share
Shared Decision Making
Right Care Right Time Pain Management
Palliative Care Time with Family
Your Choices Advance Care Planning
Conversation Don't want to be a burden Hope Symptom Control
Upstream LOVE Family
Legacy Informed Decisions
Goodbyes Time with Friends
Memories Talk