

End of Life (วาระท้ายของชีวิต)

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

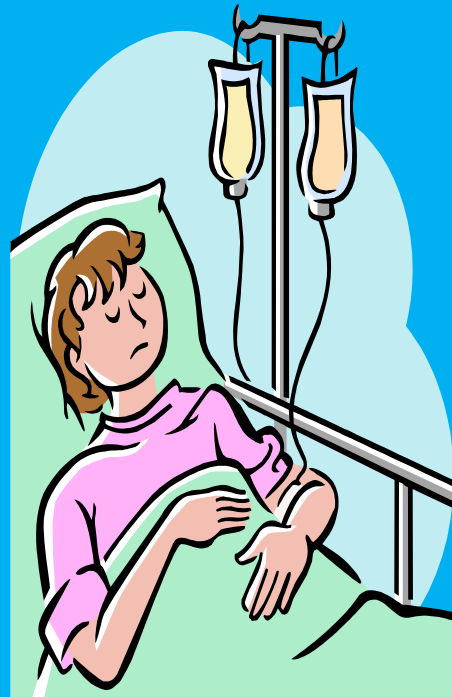
Living

Might Die

Dying



All active treatment



Ceilings of active treatment



Comfort Measures only

End of Life Care is everybody's business



Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life.

Lamont et al, Annals of Internal Medicine 2001; 134: 1096-1105.

Overestimate if:

- Younger patient
- Female physician
- Least confident about prognosis
- Most experienced physicians

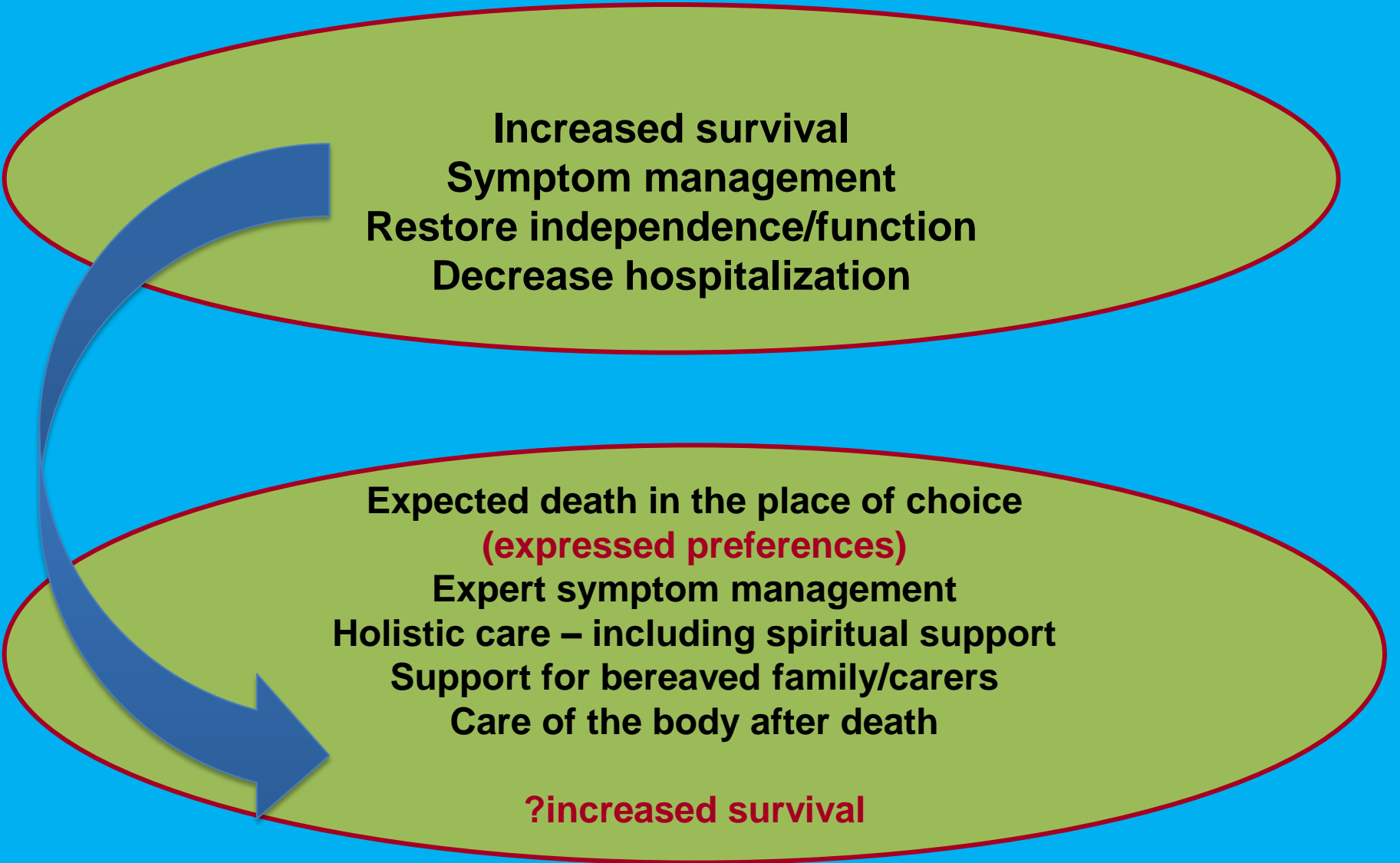
Prognostication

Gwilliam B et al

Ann Oncol.2013 Feb;24(2):282-8

- Nurses
 - No worse than doctors
- MDT
 - Better than doctors or nurses alone
- Patients
 - 61.4% want to know, but nearly all are over optimistic

Clinical outcomes at the end of life



Increased survival
Symptom management
Restore independence/function
Decrease hospitalization

Expected death in the place of choice
(expressed preferences)
Expert symptom management
Holistic care – including spiritual support
Support for bereaved family/carers
Care of the body after death

?increased survival

Last hours of living

ทุกคนต้องตาย

< 10% ตายปัจจุบันทันด่วน

> 90% ตายจากโรคอย่างช้า ๆ

โอกาสสุดท้าย สำหรับการปิดฉากชีวิตที่สวยงาม
บุคคลากรมีประสบการณ์น้อย เกี่ยวกับความตาย
ทำให้หวั่นไหวเมื่อเผชิญกับความตาย

ช่วงสุดท้ายของชีวิต (The terminal phase)

“วิถีการตายของผู้ป่วย ยังคงอยู่ในความทรง
จำของครอบครัวที่ยังดำรงอยู่”

Dame Cicely Saunders

**Symptoms at First and Second
Assessments (N = 176)^a**

Symptoms	First evaluation <i>n</i> (%)	Second evaluation <i>n</i> (%)
Asthenia	135 (76.7)	144 (81.8)
Anorexia	120 (68.2)	141 (80.1)
Dry mouth	108 (61.4)	123 (69.9)
Confusional status	53 (30.1)	120 (68.2)
Constipation	87 (49.4)	97 (55.1)
Dyspnea	70 (39.8)	82 (46.6)
Dysphagia	49 (27.8)	81 (46.0)
Anxiety	89 (50.6)	80 (45.5)
Depression	93 (52.8)	68 (38.6)
Paralysis	36 (20.5)	57 (32.4)
Pain	92 (52.3)	53 (30.1)
Sleep disturbances	61 (34.7)	50 (28.4)
Cough	49 (27.8)	31 (17.6)
Nausea	46 (26.1)	23 (13.1)
Hemorrhage	28 (15.9)	21 (11.9)
Vomiting	33 (18.8)	18 (10.2)
Diarrhea	16 (9.1)	12 (6.8)
Dysuria	14 (8.0)	12 (6.8)

^a The mean time interval between first and second assessments was 6.5 weeks (range, 2–10 weeks). In the majority of patients (56.2%), the second assessment was performed during the 48 hours of life. For the timing of the evaluations, please see Table 2.



The Pain of it all

Prevalence

- One of most common and most feared symptoms associated cancer
- 59% of pt. on active anti-cancer treatment
- 64% of pt. with metastasis advanced, terminal disease
- 33% of pt. who have been cured of cancer report pain
- 91 in 100,000 population in Thailand died from cancer
- And overall of 53%(range 28-87%)
- >1 /3 patients have moderately to severe pain
- Specific cancer types: pancreas, head&neck (40%)

Cancer patient

- At diagnosis, prevalence of PAIN is 30-40 %
- With advanced disease, prevalence of PAIN is 70-80 %
- 95% of cancer patients can relieve pain but 50% of cancer pain is good control

Pain impact



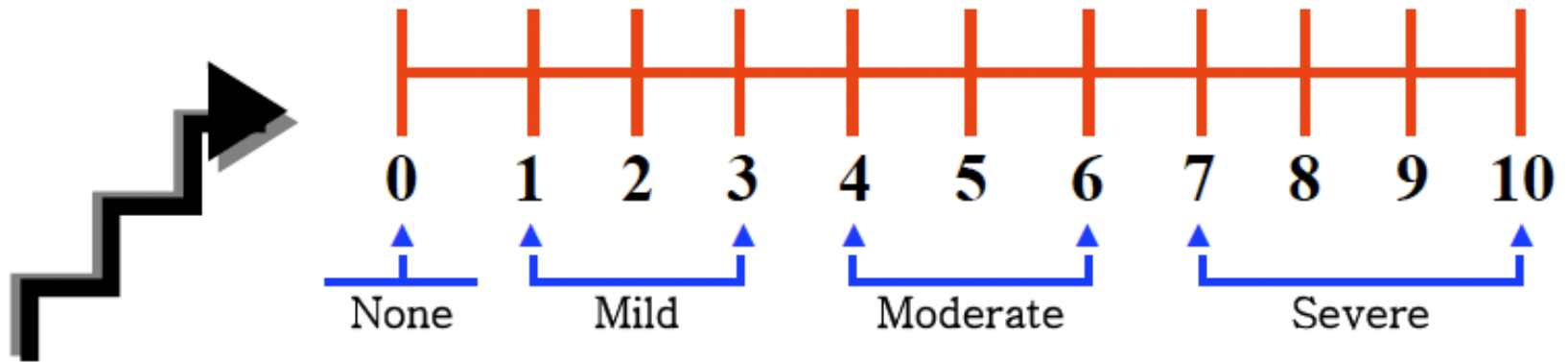
การประเมินความปวด



การประเมินความปวด

- ชนิดของอาการปวด
- ความรุนแรงของอาการปวด

Numeric Rating Scale



© PD-INEL

<http://0.tqn.com/d/pain/1/0/S/-/-/-/PainScale.gif>

Morphine



Morphine ชนิดเม็ด

MST (morphine slow released tablet) ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ คือ 2-4 ชั่วโมง และออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมง



มอร์ฟีนชนิดแคปซูล

Kapanol (morphine controlled-release pellet) ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ คือ 2-4 ชั่วโมง มีระยะเวลาต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง (ห้ามบดหรือเคี้ยวยา แต่สามารถถอดแคปซูลออกได้)



มอร์ฟีนชนิด Immediately Release

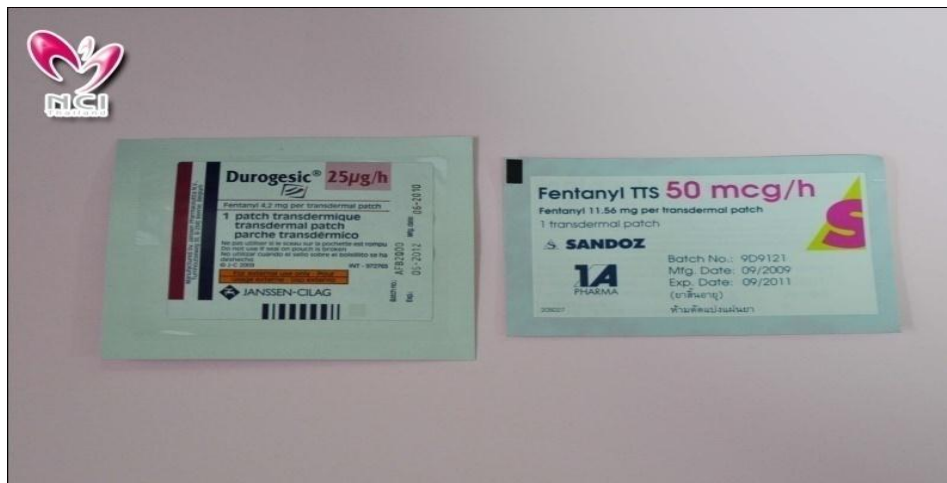
เป็น morphine ออกฤทธิ์ระงับปวดรวดเร็วภายใน 30 นาที ใช้รักษาความปวด เมื่อมีอาการกำเริบได้ (Break through pain or Rescue dose) ออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง



มอร์ฟีนชนิดแผ่นปิดผิวหนัง

Fentanyl, Durogesic Patch

เป็นยาสังเคราะห์กลุ่ม strong opioids ละลายในไขมันได้ดีและมีประสิทธิภาพสูง บริหารโดยการปิดบนผิวหนัง หลังจากปิดยาจะค่อยๆ คูดซึมเข้าสู่ ในเวลา 12-24 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ต่อเนื่องนาน 72 ชั่วโมง หลังลอกแผ่นยาออกจะมียาสะสมใต้ผิวหนังที่ออกฤทธิ์ต่อเนื่องอีก 17-24 ชั่วโมง (12, 25, 50, 100 mcg/hr.)



เครื่องมือให้ยาละลายปวด

Syringe Driver



การใช้ยาแก้ปวด opioid

- การใช้ยา **opioid** มีความจำเป็นกรณีปวดรุนแรงแต่พบว่ายังมีการให้ยาไม่เพียงพอ จากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด
- ร้อยละ 53-70 ที่ต้องเปลี่ยนการบริหารยาจากที่เคยใช้เดิม โดยเฉพาะในช่วงเป็นวันหรือชั่วโมงก่อนการตาย ต้องพิจารณาตามความเหมาะสม (**equianalgesic** และ **opioid rotation**)
- ถือเป็นหลักในการดูแลความปวดปานกลางถึงรุนแรง การเลือกใช้ขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการใช้ การเข้าถึง รูปแบบการบริหารยา เช่น การใช้ยา **morphine** รูปรับประทานอาจให้ไม่ได้ในกรณีที่โรคเป็นมากขึ้นจึงต้องใช้ยาชนิด **transdermal fentanyl** การเปลี่ยนจากการกินยาเป็น **subcutaneous** หรือเข้าทางหลอดเลือด ถ้าอยู่สถานพยาบาล

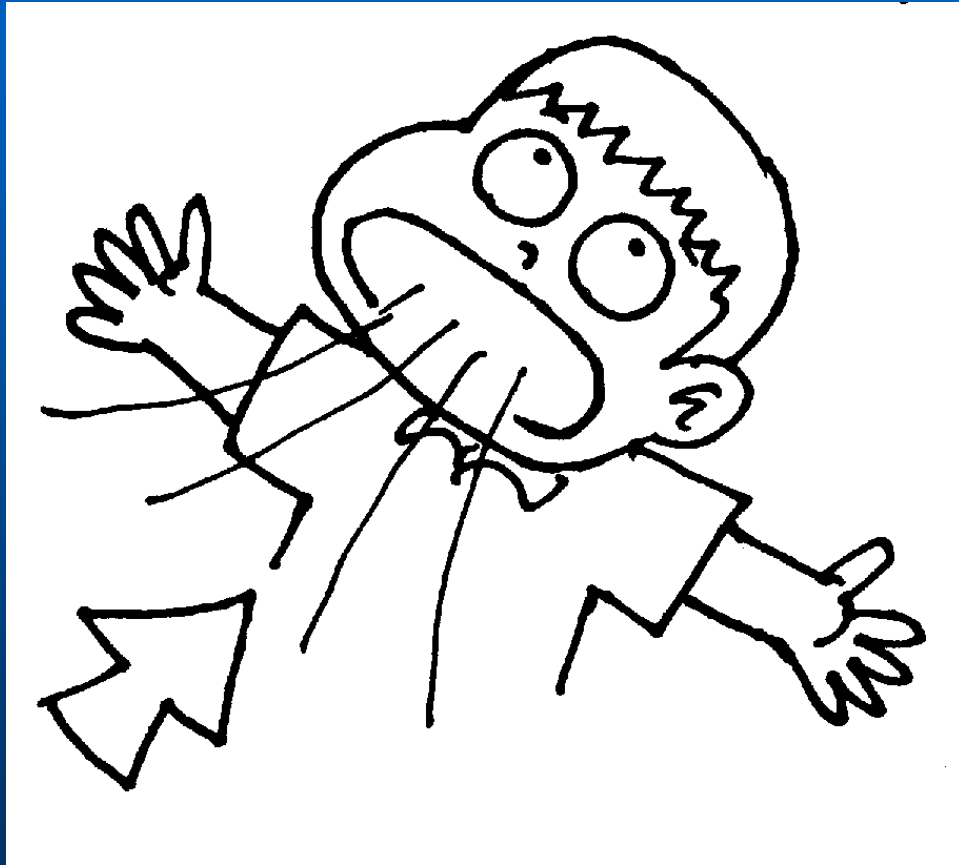
วิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา

- ได้แก่ วิธีการดูแลทางจิตเวช เช่น **cognitive behavioral therapy, mindfulness, TENS** การใช้เวชศาสตร์ฟื้นฟู การนวดฝังเข็ม การใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความสามารถที่จะกระทำได้มากน้อย ควรปรึกษาสหสาขาอื่น ๆ ร่วมด้วย
- ต้องเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ช่วยลดปวดได้ กับภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวโรค เช่น ผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายไปที่กระดูกและได้รับการฉายแสง
- ส่วนใหญ่ความปวดสามารถที่จะใช้ยาแก้ปวดแล้วอาการดีขึ้นได้ แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ในระยะสุดท้ายหรือระยะลุกลามแล้วความปวดคลุมอาการไม่ได้ก็อาจจำเป็นต้องใช้ **palliative sedation** ซึ่งใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น
- แพทย์ผู้รักษาควรให้ผู้ป่วยได้ทำการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ผ่านการปรึกษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความปรารถนาสุดท้ายเมื่ออาการป่วยแยกลงในระยะสุดท้าย **advance care planning**

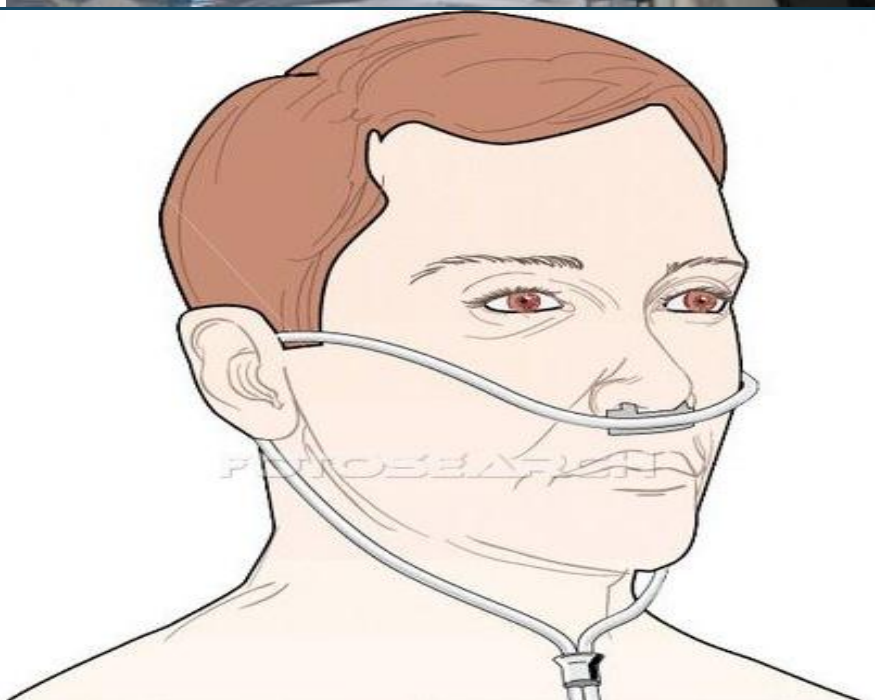
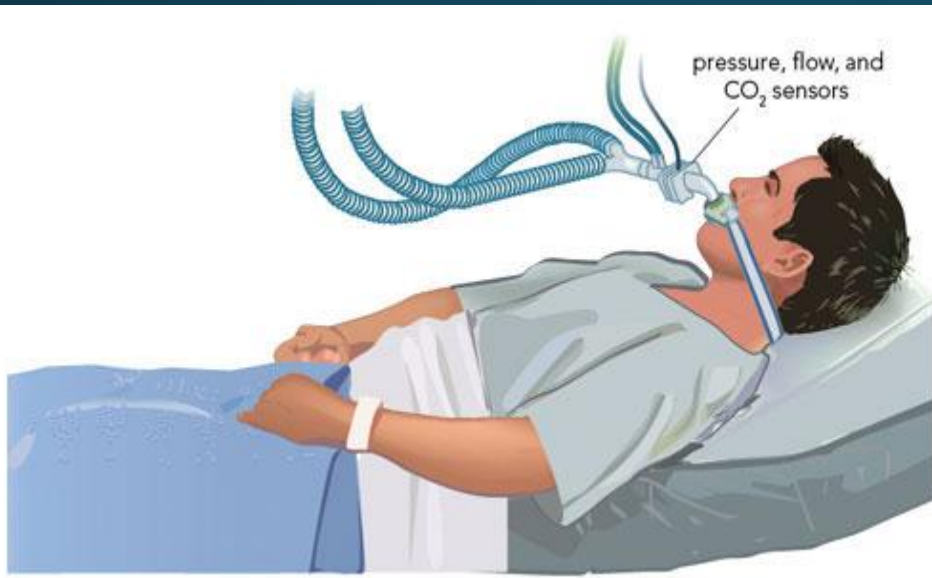
End of life Pain

- 70% alternate route of opioid
- Some cases are refractory
- Total suffering assessment
- Multidisciplinary assessment
- Hours or months before death
- Other symptoms: dyspnea, agitation, delirium and anxiety
- Sedation : benzodiazepines, neuroleptics

Dyspnea



Month	Total case	PC	% of PC	LOS ICU	LOS PC	Dead	CPR	MV	NIV	HFOC	Mask/canular
Oct	65	15	23	2.47	2.65	5	3	6			9
Nov	73	27	36	2.68	3.34	11	3	9	3		15
Dec	51	20	39	2.45	2.78	5	-	16		2	2
Jan	66	20	30	2.48	2.85	7	-	7	3	4	6
Feb	62	16	26	2	2.26	6	-	7	3	6	
Mar	60	18	30	2.09	3.85	8	1	7	4	7	
Apr	68	17	25	1.84	2.77	7	1	13			4
May	57	20	36	1.86	3.9	6	4	13			7
Jun	55	17	31	1.82	2.82	6	-	7	4	6	
July	57	17	30	1.78	3.29	4	2	11	1	5	
Aug	81	25	31	3.01	4.45	5	3	17	1	6	1
Sep	65	14	22	4.44	7.79	10	3	10	1	2	1
Total	760	226	29.7	2.41	3.56	80 (35%)	20 9%	129 57%	20 9%	38 17%	45 20%



Parameter	ICU	OPD
Patient	50	100
Female : Male	24 : 26	49 : 51
Age mean	57.36 (24-81)	56.62 (30-90)
Bed : Nurse	8 : 17	5 nurses
Ratio of pt. PC : pt. IPD	30 : 22	: 100
Leading symptom for admission ICU : dyspnea : bleeding : electrolyte : Drug reaction : sepsis	70 : 9 : 5 : 5 : 11	Cancer pain 100, Neuropathic pain 30, Bone pain 15 Other pain 22 (gut obstruction, brain metas, cord compression)
LOS (day)	9.64 (1-60)	91 (4-296)
MV : NIV : O2 Supplement	35 : 1 : 14	-
% CPR	16 (8)	Home : Hospital 45 : 55
Cost average (bath/person)	93,404 (5,687 – 433,654)	Pain drug 10,459
Cost average (bath/person/day)	9,689	Pain drug 116 (18 – 503)
% Advanced Care Plan (ACP)	66 (33)	84 (84)
% Bereavement	86 (43)	96 (96)

Table. Signs of Active Dying in 100 Cancer Patients

Sign	Hours Prior to Death, Mean/Median (SD)
Retained respiratory secretions audible (death rattle)	57/23 (82)
Respirations with mandibular movement (jaw movement increases with breathing)	7.6/2.5 (18)
Cyanosis of extremities	5.1/1.0 (11)
No radial pulse	2.6/1.0 (4.2)

Data from: Morita et al. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Pall Care.* 1998.

Ensuring Good Care

- Make environment comfortable
- Attentiveness, compassion and concern
- Avoid burdensome care
- Respect values
- Working as a team
- Encourage family to be with, touch, speak to the patient; support them as needed to do this

What is a good death?

Attributes	Patients	Members	Physicians	Providers
Freedom from pain	3.07 (1)	2.99 (1)	2.36 (1)	2.83 (1)
At peace with God	3.16 (2)	3.11 (2)	4.82 (3)	3.71 (3)
Presence of family	3.93 (3)	3.30 (3)	3.06 (2)	2.90 (2)
Mentally aware	4.58 (4)	5.41 (5)	6.12 (7)	5.91 (7)
Treatment choices followed	5.51 (5)	5.27 (4)	5.15 (5)	5.14 (5)
Finances in order	5.60 (6)	6.12 (7)	6.35 (8)	7.41 (9)
Feel life was meaningful	5.88 (7)	5.63 (6)	5.02 (4)	4.58 (4)
Resolve conflicts	6.23 (8)	6.33 (8)	5.31 (6)	5.38 (6)
Die at home	7.03 (9)	6.89 (9)	6.78 (9)	7.14 (8)

*Attributes are listed in the mean rank order based on patient response. Numbers in parentheses are mean rank order, with lowest rank score (1) indicating most important attribute and highest rank score (9) indicating least important. Friedman tests were significant at $P < .001$, suggesting that rankings by each group were different than would be expected by chance alone.

Steinhauser et al. Factors considered important at the End of Life by Patient, Family, Physicians, and Other Care Providers. JAMA 2000.

Barriers to Quality End Of Life Care

Lack of knowledge
on part of health
care professionals

Aging of the
population

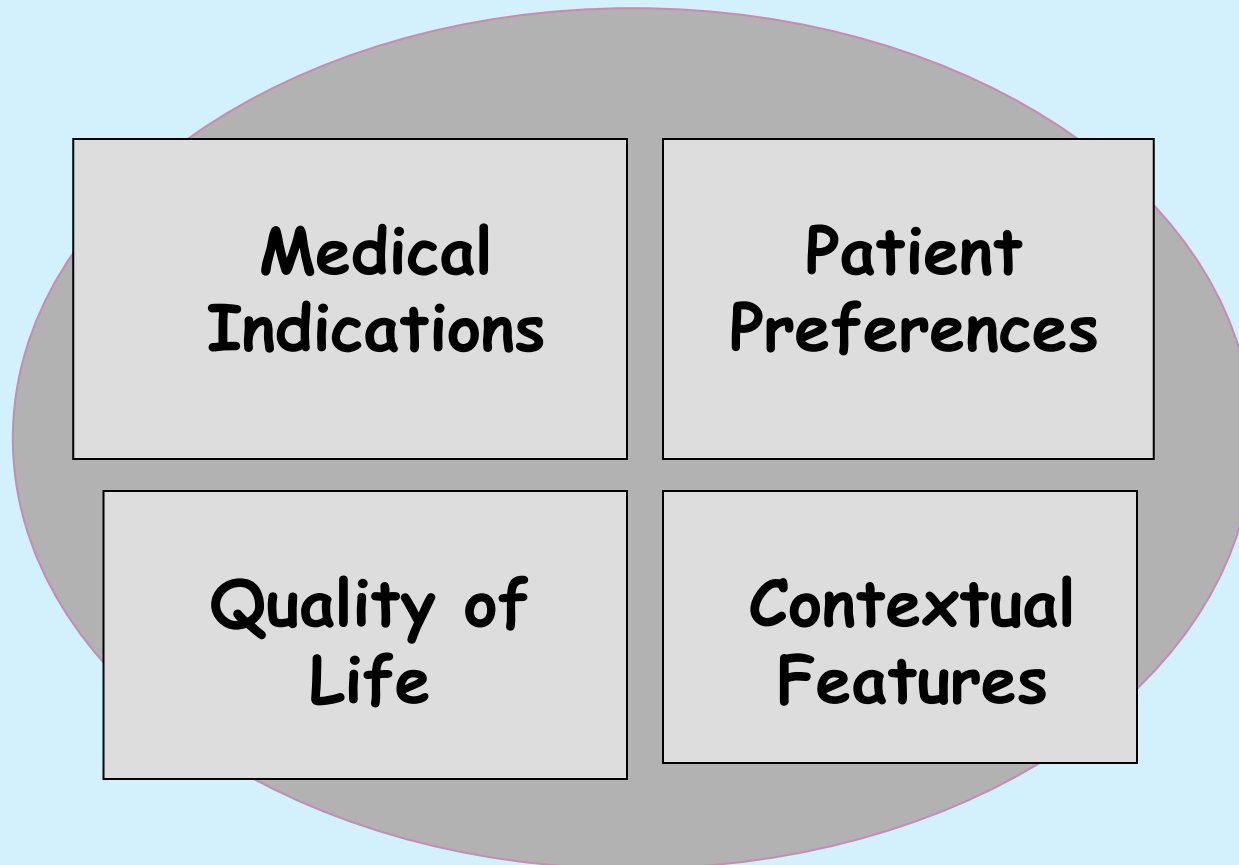
Delayed access to
hospice &
palliative care

Realities of life
limiting diseases

Rules &
regulations

Facilitating Ethical and Legal Practice

The 4 Box Method



Self-determined Needs & Goals

- Assist patient in meeting end-of-life goals
 - Who?
 - What?
 - Where?

Cultural Influences

- Determine beliefs and values
- Respect need to “die on his or her own terms”
- Never impose own beliefs
- Avoid judging how family members cope

Family Needs

- Do patient's and family's goals conflict?
- Is there unfinished business?
- Promote patient – family communication
- Reassess patient goals and priorities

Assist Patients & Family in “Reframing(วางใหม่) Hope”

- Hope may begin with hope for a cure, but can evolve into many things as patient and family goals change
- There are many facets to hope. It's the desire and the expectation that something is obtainable
- Caution to not to promote “false hope”

Care Environment - Physical Environment

- “Sacred (สิ่งศักดิ์, สักการะ) space”
- Objects and views
- Lighting
- Sound
- Family space

Care Environment - Staff behaviors and attitudes

- Privacy and support
- Sit, listen, convey compassion, concern
- Importance of presence
- Model behavior

Signs Associated with Actively Dying Cancer Patients

- Patient becomes bedbound
- Patient is semi-comatose
- Patient able to take only sips of fluid
- Patient no longer able to take oral meds

J Ellersaw and C. Ward. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. 2003. 326:30-34.

Identifying the Dying Patient

- **Progressive, incurable, chronic medical condition**
 - Progressive disease that no longer responds to life-prolonging treatments
 - Heart failure or COPD
 - Metastatic cancer
 - Chronic aspiration pneumonia
 - Progressive decline in functional ability
 - Psychological acceptance of imminent death

Identifying the Dying Patient

- **Syndrome of Imminent Death**

- **Early Stage** - bedbound, loss of interest/ability to eat/drink; cognitive changes; either hypo/hyperactive delirium, or sedation
- **Mid Stage** - further decline in mental status (obtunded); 'death rattle' or inability to manage oral secretions; fever
- **Late Stage** - coma, cool extremities, altered respiratory pattern; fever
- **Time Course** - varies from less than 24hrs to 14days; difficult to predict time course; family distress as patient 'lingers.'
 - CAPC: A Guide to Building a Hospital-based Palliative Care Program, 2004.

Case 1

- Mr. H 57 yrs. Male Advanced COPD and stage 4 CA Lung
- Previous CMT, RT.
- Admit with worsening dyspnea, cough.
- RR 33/min, accessory muscle, can speak only short sentences, panicked,
- CXR : Right Middle lobe infiltrate, compressive atelectasis, moderate size pleural effusion on Rt. side

Case 1

- Mr. H and his son necessary to make decision goal and expectation of medical treatment.
- His condition deteriorating rapidly respiratory failure which may or may not reversible.
- You ask, he understands of his illness..... he reply he know cancer cannot be cured, hope will live to his 60 th Anniversary which is 3 years away.

Case 1

- His son : Dad has always been a fighter, so if there is anything that will help him live longer, he want to try it, even if it means going on machines

Benefit, burdens and goal of care

- Disease modifying therapies may not be possible or burden may not fit goal of care
- Intervention should be determined base on the goal of care, feasibility and indication,
- Symptom should be modified regardless of the goal of care

Case 1

- Both feel strongly that trail Bi-PAP, ATB, nebulizer, steroids prn MO
- Thoracentesis is performed to help reduce WOB.
- Next few days, pt. feel better and able to take Bi-PAP,
- Bronchoscopy : endobronchial lesion : Cancer
- Oncologist told pt. and his wife : No more CMT.

Case 1

- Pt. : Dyspnea, cough and anxiety on exertion.
- You review: no using MO prn.
- To put you out in the end.

Evidence of Opioid

- 31 pt. CA Lung and Lung disease receive MO 90 mg/day oral form.
- No significant differences in RR, ABG values, peak flow rates.
- Conclusion : safe, efficacious in.
- Opioid naïve : start low and go slow.
- Drowsiness and nausea will attenuate after a few days : explain to pt. and family
- sleepier able to rest, comfortable for restorative sleep

depression and dyspnea

- > 50% of pt. with advanced COPD.
- Treatment depression : beneficial (more than anxiety)
- > 75% in pt. with advanced and life-threatening condition : has significant depression
- Detection in early and repeated assessment for depression.
- Anxiolytic have not been proven efficacious in treatment dyspnea

Case 1

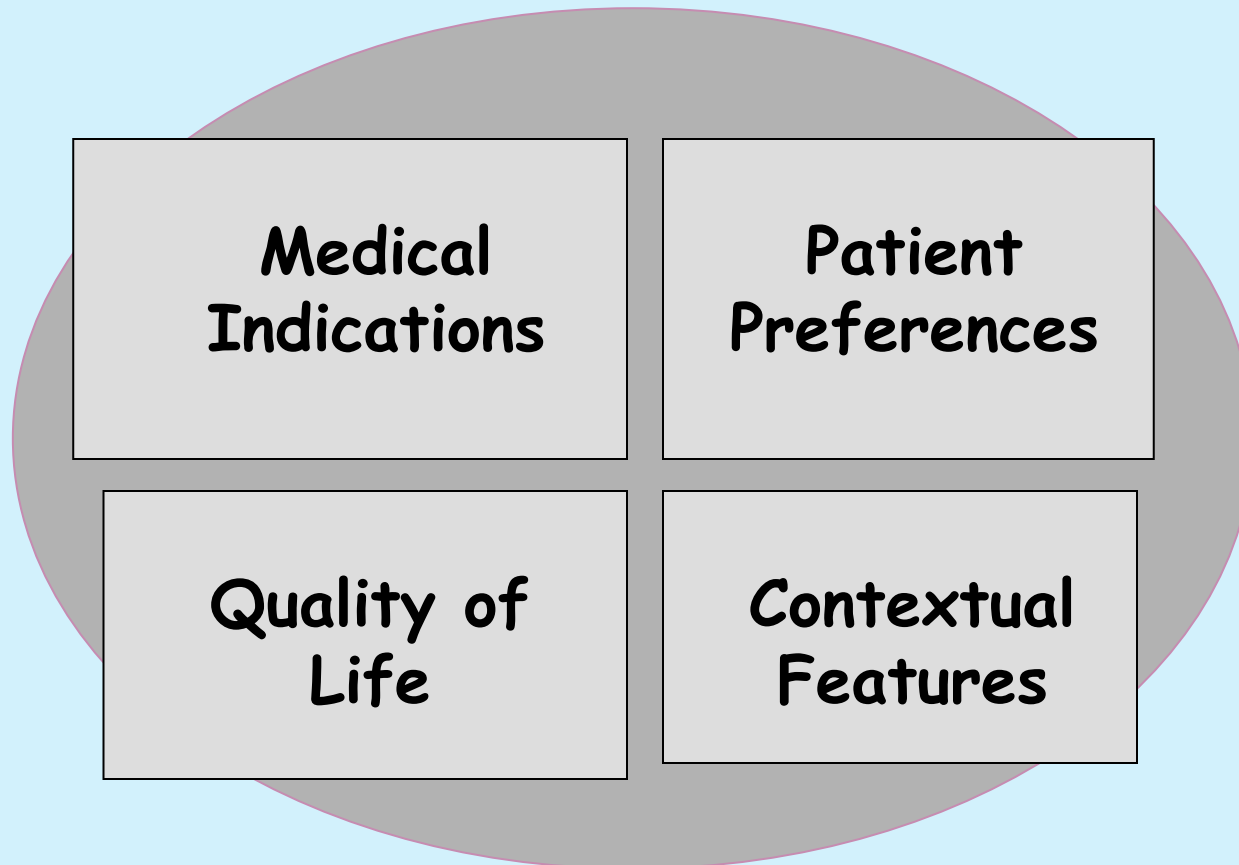
- A few day : pt recognize in everything
- Make decision : shift to a purely comfort approach
- His symptom are better controlled, anxiety with his wife difficulty handling his illness and impending death.
- His own feeling of sadness, regret, feeling he is letting them down.

Case 1

- Go home, free from Bi-PAP, on high flow oxygen.
- 2 week after, he : lethargic and a death rattle
- His family want to suction :afraid is drowning
- Pt is active dying process
- Pt want comfortable
- Family is anxious : increase MO
- And re-advise family.

Facilitating Ethical and Legal Practice

The 4 Box Method



Ethics: FOUR principles

1. Principle of AUTONOMY พรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 8

It is understood that the individual is the only one in his place, with his knowledge of his life, history, and values.

IMPORTANT DRIVER FOR HOSPICE MOVEMENT

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นหน้าที่ของบุคลากร ทางการแพทย์ และเป็น *Advanced Care Plan*

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข **บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพ**ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และ**ในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้**

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการ ปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้อง รับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นหน้าที่ของบุคลากร ทางการแพทย์ และเป็น *Advanced Care Plan*

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข **บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพ**ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และ**ในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้**

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการ

.....

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน
- (๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (*right to self determination and autonomy*)

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

Informed Consent

- ดั้งนั้นก่อนลงมือทำการรักษา :**communication**
- แนะนำตัว อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการรักษา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน
- หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิค
- เมื่อได้ข้อสรุปอย่างไร บันทึกไว้ในเวชระเบียน
- การพูดคุยเช่นนี้จะทำให้หมดปัญหาด้านกฎหมาย
- เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วย

การรักษาความลับผู้ป่วย

- ในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ และนักกฎหมายมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ : การรักษาความลับของผู้ป่วย หรือผู้ที่มารับคำปรึกษา **fiduciary** (ไว้วางใจ) **relationship** ไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- ในทางปฏิบัติโดยทั่วไป คือ ผู้ป่วยขอร้องให้แพทย์ อย่างบอกให้ญาติทราบ หรือ บางครั้งญาติมาพบแพทย์ และร้องขอ ว่า อย่างบอก
- กรณีที่ผู้ป่วยขอร้องแพทย์ อย่างบอกญาติ แพทย์คงจะต้องถือความประสงค์ของผู้ป่วย เป็นสำคัญ แต่ถ้าแพทย์เห็นว่า ในเรื่องนั้นๆ ญาติควรจะได้รับรู้ด้วย ก็คงทำได้เพียง แค่แนะนำผู้ป่วยให้คุยกับญาติ
- ถ้าญาติมาบอกกับแพทย์ว่าอย่างบอกผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็ง หรือโรคร้ายอื่นๆ แพทย์คง จะต้องคุยกับญาติเพื่อรับฟังเหตุผลของญาติว่า ทำไมจึงบอกข่าวร้ายนั้นๆแก่ผู้ป่วย ไม่ได้ เพราะญาติอาจจะรู้ดีว่า ถ้าบอกไป จะเกิดผลเสียหรือเหตุอะไรได้..... แพทย์ ต้องปรึกษาญาติว่าจะควรจะบอกในเวลาใด บอกอย่างไรไม่กระทบกระเทือนจิตใจ ของผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง อาศัยกฎหมาย อย่างเดียวไม่ได้

Ethics: FOUR principles

2. Principle of Beneficence

Doctor is expected to act and advocate in the best interest of the patient despite any influences to the contrary. Physician must act to aid acutely injured, strive to cure illness, provide comfort to dying. Do good, act in the best interest of the patient.

One of the most important driving principles of ethical behavior for physicians.

Ethics: FOUR principles

3. Principle of Non-Maleficence “First do no harm”

Any action to be taken should be free of potential harm to the patient. Physician may recommend treatment which has some risk if the alternative is worse.

Important counter to excesses of beneficence.

Previously felt to limit physician ability to control pain with sedating or opioid medications.

Ethics: FOUR principles

4. Principle of JUSTICE

Synonymous with FAIRNESS

Fair distribution of scarce resources
(distributive justice)

Respect for people's rights (rights based
justice)

Respect for established law (legal justice)

Principle of human dignity/value of life

- Can be used to advocate for procedures that prolong life even when subjectively uncomfortable or no consciousness
- Hospice care has a philosophical underpinning that speaks against the artificial and uncomfortable measures that are often recommended for the purpose of extending life.

TUBE feeding/parenteral nutrition

- Often advised during treatment of curable illness or early in treatment phase for noncurable illness.
- When return to better quality of life or substantial prolongation of life is expected.
- Prolongs survival for some patients with neurological degenerative diseases such as Alzheimers, ALS, MS.
- Becomes ethical dilemma later in course of disease

Principle of Honesty(Veracity)/Truth telling

Contemporary American culture puts premium on this also.

Patient must be informed of his diagnosis and prognosis unless he specifically requests not to be told.

Discussion should be in appropriate language, appropriate timing and allow appropriate time to consider if choices are to be made.

Patient may designate a surrogate who will be given full information for decision making purposes.

If the patient is not capable of making decisions a person may be designated to do so, may be a family member or legal guardian.

การแจ้งความจริงถึงผลร้ายที่เกิดขึ้นในเวชปฏิบัติ

- ต้องใช้ศิลปะอย่างมาก
- ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า แพทย์ พยาบาลทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว
- หากผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเช่นนั้นได้ ความเสียหายในความสูญเสียจะค่อยๆ บรรเทาลง
- กรณีที่เป็นปัญหาจนกลายเป็นข้อพิพาท หรือกลายเป็นคดีฟ้องร้องกัน

โดยผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจว่า ถ้าแพทย์.. น่าจะทำหน้าที่ได้ดีกว่านี้ เหตุไม่พึงประสงค์คงจะไม่เกิดขึ้น

และหากผลร้ายเกิดขึ้นจากความประมาทของผู้ประกอบวิชาชีพ การลำดับเรื่องให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจจะมีความยากกว่า

แต่พอถึงจุดหนึ่งก็คงต้องพูดความจริงและแสดงความเสียหายหรือขอโทษกับเรื่องที่เกิดขึ้นในกรณีนั้นๆ

การแจ้งความจริงถึงผลร้ายที่เกิดขึ้นในเวชปฏิบัติ

- สิ่งที่ต้องระวังไม่ควรกระทำ คือ การรีบรูป และโทษว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของผู้ป่วย หรือญาติ
- ซึ่งถ้าหากไม่มีมูลความจริงจะทำให้การพูดคุยทำความเข้าใจยากยิ่งขึ้น
- การหาคนกลางที่ผู้ป่วย หรือญาติไว้วางใจมาช่วยไกล่เกลี่ยพูดคุย เพื่อให้ปัญหาต่างๆ จบลงด้วยดี
- ข้อกังวลของแพทย์ หากเป็นความผิดพลาดและกล่าวคำขอโทษจะเป็นการยืนยันในความผิดหรือไม่
- ต้องเข้าใจหลักกฎหมายในเรื่องกระทำการโดยประมาท

กฎหมายอาญา มาตรา 59

- วรรคแรกบัญญัติว่า บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา....
- วรรคสอง บัญญัติว่า กระทำโดยเจตนาได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะเดียวกัน ผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือย่อมนิ่งเห็นผลของการกระทำนั้น
- วรรคสาม บัญญัติว่า ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิดจะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือย่อมนิ่งเห็นผลของการกระทำนั้นมีได้
ตาม ป.อ. มาตรา 59 ทั้งสามวรรค อาจกล่าวได้ว่า “ไม่รู้ก็ไม่เจตนา เมื่อไม่มีเจตนาก็ไม่ต้องรับผิดชอบในทางอาญา”

กฎหมายอาญา มาตรา 59

- การกระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภวะนั้นเช่นนั้น จำต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่
- การจะพิจารณาว่าประมาทหรือไม่ จะต้องดูตามวิสัยและพฤติการณ์ในกรณีนั้นๆ คือ ดูตาม **condition** หรือ ธรรมชาติ **nature** ของผู้กระทำในกรณีนั้นๆซึ่งวิสัย และพฤติการณ์ของการรักษาพยาบาลในประเทศไทยแตกต่างจากต่างประเทศ และรพ. ระดับต่างกัน ชุมชน รพ.ศูนย์ รพ.มหาวิทยาลัย ประกอบการพิจารณา

ETHICAL CHALLENGES AT THE END OF LIFE

- Assessing decision making capacity
- Withholding vs. withdrawing treatment
- Doctrine of double effect
- Artificial nutrition and hydration
- Futility
- Physician assisted suicide and euthanasia

ASSESSING DECISION MAKING CAPACITY

Competent vs. decisional

The case of the demented patient

Who does it?

“Testing” decision making capacity

Ability to communicate

Ability to understand treatment options

Ability to grasp consequences of accepting
or declining therapy

Ability to reason

ASSESSING DECISION MAKING CAPACITY

The case of the depressed patient

Usually decisional but preferences can be clouded

by severe depression

Psychiatrist should be involved

Surrogate may need to be involved

Ethics Consultation

Careful with decisions to limit or withdraw

or

withhold care

Ethnic and cultural variations

WITHHOLDING VS. WITHDRAWING TREATMENT

Morally and legally equivalent

Moral factors are the same including

Respect of patient autonomy

Intention of the physician

Consequences and cause of death

Withdrawing care is much more emotionally difficult

Withdrawing care should be less controversial if it does not

produce the desired effect after a specified time

DOCTRINE OF DOUBLE EFFECT

1. การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเอง หรือเป็นกลาง
2. การกระทำนั้นเป็นไปด้วยเจตนาดี เพียงแต่อาจมีผลที่ตามมาโดยไม่ได้ตั้งใจ
3. ผลลัพธ์ที่ดี คือผลโดยตรงจากการกระทำไม่ได้เป็นผลลัพธ์จากผลลัพธ์ที่ไม่ดี
4. ผลลัพธ์ที่ดี น่าหนักมากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้น

DOCTRINE OF DOUBLE EFFECT

Are you killing my father with too much Morphine?

Giving a medication such as Morphine with the intention of making the patient comfortable at the end of life, but with the foreseen consequence (perhaps even likelihood) of hastening the patient's death by respiratory depression **is permissible** **since The intention here is not to kill the patient.**

The clinical priority here is to relieve suffering at the end of life

ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION

Medical debate

Evidence supports the view that dehydration in terminally ill patients helps symptoms

- Less cough and chest congestion and pleural effusion

- Decreased urine output and need for catheterization

- Decreased GI fluid and bloating and diarrhea and ascites

- Decreased leg edema and pain

- No thirst (Poor correlation with hydration status in the terminally ill)

Most patients dying in acute care hospital receive hydration until death

Most patients who die in Hospice hospitals or at home receive no fluids

Definitions of Medical Futility

- No widely-accepted definition for the term “medical futility” exists.
- Physiologic futility: the desired outcome cannot be met.
- Imminent(สิ่งที่ใกล้จะเกิดขึ้น) –Demise(การตาย) futility: in spite of intervention the patient will die in the near future.
- Quantitative futility: anything less than a 5% chance of success would be futile.
- Qualitative futility: the patient’s quality of life is so poor that continued treatment is not appropriate.

Examples of Medical Futility

Definitions

- “A treatment evaluated by the health care team, the family, or both as being non-beneficial or harmful to a dying patient”.
- “Any treatment which fails to provide either cure, restoration or palliation to a patient”.

Benefits of Medical Futility Policy

- Effective conflict resolution tool.
- Permits all parties to compassionately (ความเห็นอกเห็นใจ) arrives at consensus.
- Allows for appeal or patient transfer if consensus cannot be reached.
- Creates a fair process and greater consistency (ความสอดคล้องกัน) in handling medical futility cases.
- Opportunity for justice and due process for all the parties.
- More defensible than no process at all.

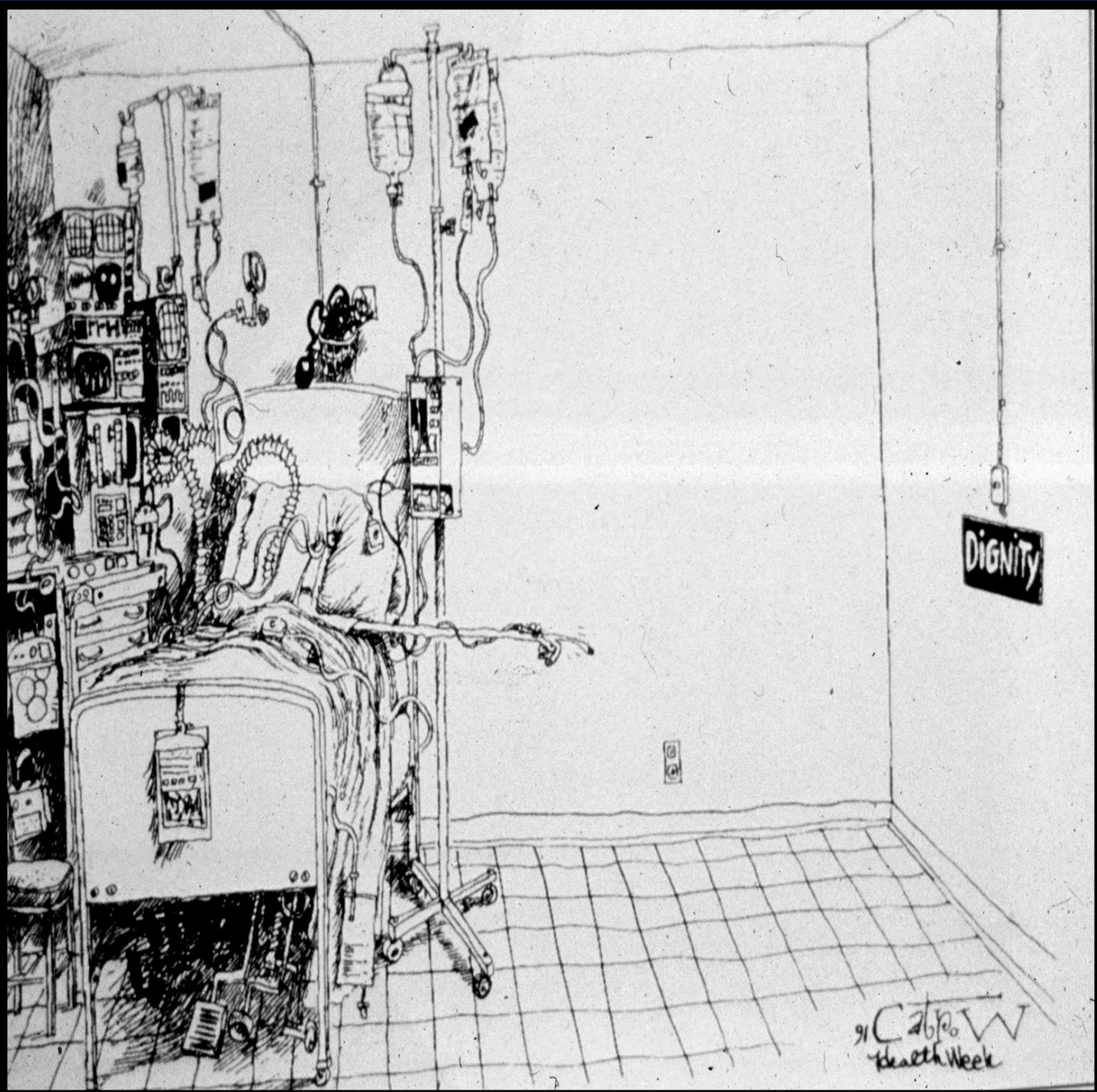
Risk of a Medical Futility Policy

1. No universally accepted definition of medical futility, permitting inconsistent results.
2. No opportunity for a meaningful hearing.
3. Inherent (ซึ่งมีอยู่เป็นปกติวิสัย) Conflict of Interest between the healthcare facility and its ethics committee.
4. Patient or family may suspect care is being withdrawn due to cost.
5. Oklahoma law provides no protection from civil or criminal liability.

When is enough enough?



I'm afraid there's really very little I can do...



DIGNITY

91 C. 26 W
Health Week

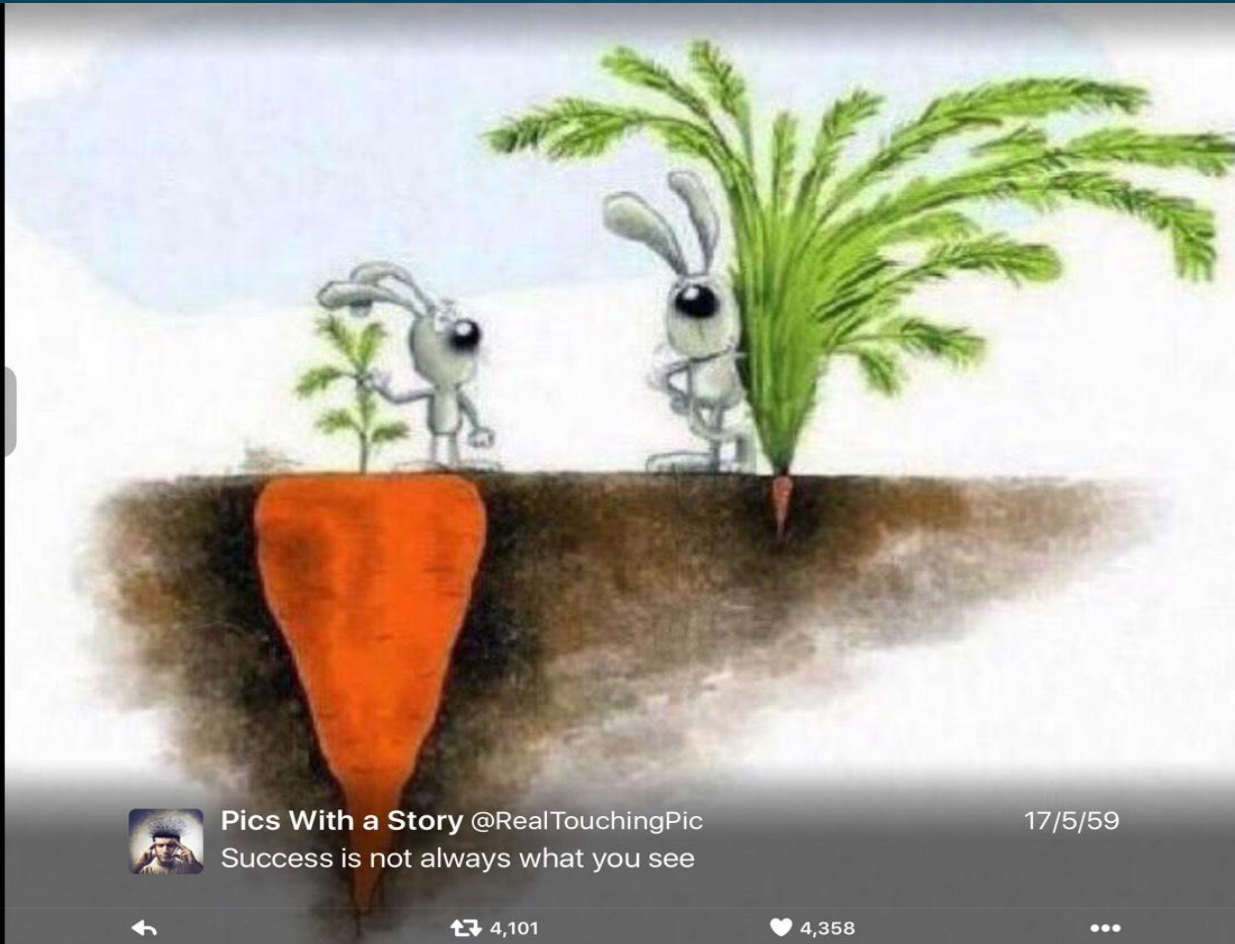


"Welcome to God's waiting room!"

5 Things Families Can Say to Loved Ones Near Death

- Please forgive me.
- I forgive you.
- Thank you.
- I love you.
- Goodbye.

Attributed to Byock. *The Four things that Matter Most.*
New York, NY; Free Press; 2004.



Pics With a Story @RealTouchingPic
Success is not always what you see

17/5/59



↻ 4,101

♥ 4,358





Thank you