

หนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต
(Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)

ชื่อหน่วยบริการ.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ชื่อญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย

ชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ส่วนที่ ๒. ความปรารถนาหรือเป้าหมายในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient preference) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

๒.๑ สิ่งที่ต้องการและให้ความสำคัญ

(๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิด

ประโยชน์ใดๆ

(๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือ

ทางการแพทย์

(๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สิ่งที่ไม่ต้องการและยอมรับไม่ได้

(๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต่อมมีผู้ดูแลตลอดเวลา

(๒) เจ้าชายหรือเจ้าหญิงนิทราที่ต้องนอนอยู่นิ่งๆ ลืมตาได้บ้าง แต่ไม่มีความรับรู้หรือสื่อสารใดๆ ได้

รู้สึก จำบุคคลรอบข้างไม่ได้ หรืออยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)

(๓) ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อชีพ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ ไปตลอดชีวิต

(๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๓ ขอบเขตการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการ

(๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

(๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก่อนญาติ

ให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตและขอ

เสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

(๕) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓ ผู้ตัดสินใจแทน หรือบุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Surrogate decision maker) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ป่วยที่ทำแผนการดูแลสุขภาพควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเอง และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ตนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ที่อยู่ติดต่อ.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับ การบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และได้ร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังนี้

๑. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทั้ง ๔ วิธี ซึ่งได้แก่

๑.๑ การการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย (๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) หรือ (๒) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Peritoneal Dialysis: APD)

๑.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๑.๓ การปลูกถ่ายไต

๑.๔ การดูแลแบบประคับประคอง

๒. ได้รับคำอธิบายวิธีการและความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี

๓. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี โดยนำบริบทผู้ป่วยแต่ละรายมาประกอบ

การอธิบาย

๔. ข้าพเจ้า ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมที่สุด

๕. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่ม กระบวนการ Shared Decision Making.....
วันที่ ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษาวิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก.....

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือก

- ๑. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- ๒. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)
- ๓. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- ๔. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ๕. การดูแลแบบประคับประคอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา การบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making)
หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ ๕ ขั้นตอน เช่น Applicaton / กระบวนการกลุ่ม
หรืออื่น ๆ ที่หน่วยบริการกำหนด

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

ปัจจุบันสำนักงานได้รับความร่วมมือจากบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ UC-APD ในการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ให้ผู้ป่วยยืมเครื่อง APD และบริษัทฯ ให้บริการซ่อมและเปลี่ยนเครื่องใหม่ทดแทนในกรณีเครื่องเดิมมีปัญหา ตลอดอายุการใช้งาน ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถจัดหาเครื่อง APD ให้เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยมีความประสงค์จะเลือกการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จึงขอ กำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่อง APD ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วยเครื่อง APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงค์เบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วย จะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วันตามปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยบริการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้นบริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD ด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่อง APD กลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางทางการติดต่อที่บริษัทฯ กำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่อง APD ใหม่ทดแทนเครื่องที่เสีย ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า ๑ เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุก ๆ สัปดาห์ โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

๑. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง APD
๒. ชื่อหน่วยบริการ
๓. เลขลำดับประจำเครื่อง (Serial number) ของเครื่อง APD ที่จัดส่งให้ผู้ป่วย
๔. สถานะเครื่อง APD เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน