

【原 著】

安寧共同照護模式試辦經驗

莊榮彬¹ 李英芬^{1,2} 邱泰源^{1,3} 王正仁^{1,4} 賴允亮^{1,5,7,8} 蕭淑純⁶ 徐翠霞⁶

摘 要

將安寧緩和醫療列為癌症防治中不可或缺的一環，已經是世界先進國家之趨勢。全國癌症防治五年計畫中更訂出目標要使 50% 之癌末病患接受過安寧緩和醫療服務。然而，台灣目前卻只有 17% 之癌末病患曾接受安寧緩和醫療服務。因此，應該在過去施行有年之安寧住院與居家模式之外，加入共同照護模式，將安寧緩和醫療服務擴展至非安寧病房乃至全醫院，方可能達成目標。為了累積安寧共同照護模式在醫院推行的經驗以設計出可全國推行方案，93 年國民健康局委託安寧照顧協會於全國八家已設立安寧病房，並具有相當經驗之醫院進行試辦計畫共計六個月。總計收案 741 人，服務 1518 次，有五成個案指訪視一次。照會科別以血液腫瘤科(38.5%)、腸胃科(13.5%)及放射腫瘤科(11.7%)為主。服務次數中以症狀控制(57%)，家屬心理社會問題(53%)及病患心理社會問題(41%)佔大宗。結案原因以安寧病房(44.7%)最多，在原單位照顧至症狀改善、死亡及出院佔 38.2%。本試辦計畫初步驗證了安寧共同照護模式之可行性，並提供了相當寶貴之執行經驗可供擬定全國推廣計畫之參考。計畫中發現之問題有：1.轉介時間太晚，2.個案來源及中少數科別，3.心理社會問題需要加強相關人力，4.安寧共同照護模式需有安寧住院及居家模式之支援。

(安寧療護 2005:10:3:234-242)

Key Words : hospice shared-care palliative care team

台灣安寧照顧協會¹ 馬偕紀念醫院護理部² 台大醫院家庭醫學部³ 和信醫院神經外科⁴ 馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心⁵ 行政院衛生署國民健康局⁶ 陽明大學通釋教育中心⁷ 台北醫學大學醫學系⁸

通訊作者：賴允亮

地址：台北縣淡水鎮民生路 45 號 台灣安寧照顧協會

電話：(02)28081585

前言

台灣自民國 92 年 5 月 21 日立法通過癌症防治法，責成政府以國家之力防治癌症之任務。衛生署於是擬定國家癌症防治五年計畫，將癌症之初級預防、篩檢、治療及安寧緩和醫療等之推展列為主要工作項目。其中對於癌症末期病患接受安寧緩和服務之比例更訂定目標為百分之五十⁽¹⁾。達成此一目標，要使癌末病患接受安寧緩和服務之比例由目前的 17% 提升近 3 倍，這著實是一項艱難之挑戰，必須在現行安寧住院與居家照護模式之外，再開闢另一照護模式使非安寧病房之癌症末期住院病患接受安寧照護之比例提高，方有成功之希望。此一模式便是近年在英國發展迅速的安寧共同照護模式(hospice shared care model)⁽²⁾。亦即，在醫院內成立安寧緩和醫療團隊，接受各病房之照會以提供

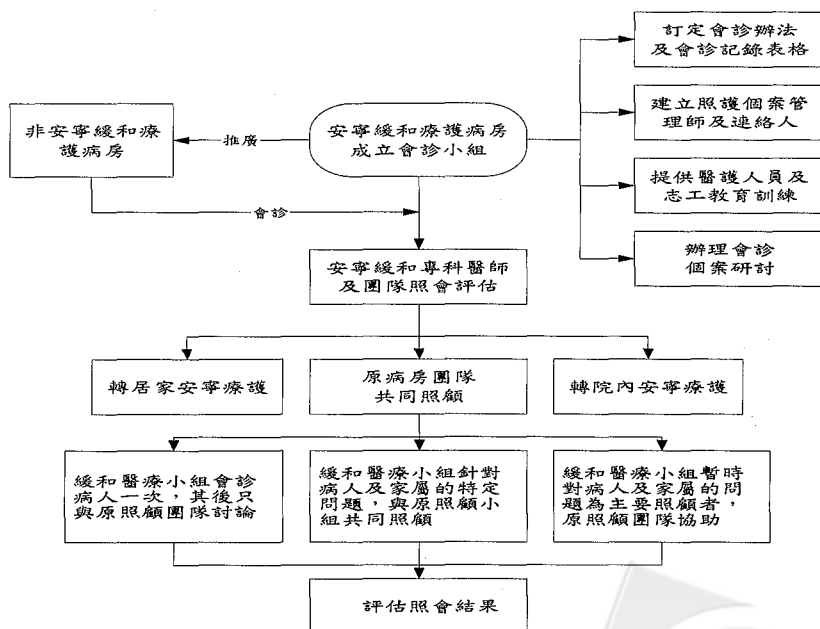
安寧緩和醫療服務或建議。為了解此一模式推展之可行性以及累積推展經驗，在國民健康局之經費補助與規劃下於全國八家安寧緩和醫療經驗豐富之醫院舉行自 93 年六月至十一月為期六個月之試辦計畫。

材料與方法

安寧共同照護的實施

於北、中、南、東八所已成立安寧病房多年之醫院成立「安寧緩和醫療團隊」。此團隊由服務於安寧病房之專責資深安寧緩和醫療專科醫師，結合資深護理師、資深社工師等組成，藉由照會-會診之方式，與非安寧病房照顧團隊共同提供癌末病人身、心、社會、靈性之整體照顧。

在此一照護模式中(表一)，安寧緩和醫療團隊由具安寧病房照護經驗之資深護理師擔



表一 安寧共同照護會診架構

任核心運作角色(共照護理師)，並視業務需要佐以個案管理師負責行政與連絡工作。收到照會單後，由醫師與護理師合作完成病患之身、心、社會與靈性之問題評估並擬定照護目標與計畫。由共照護理師統籌照護計畫之執行與追蹤，依病患之照護問題與需求可分成三種共同照護方式：1.會診後提供建議給原診療團隊並持續追蹤討論，2.會診後，針對特定問題與原診療團隊共同照顧，3.會診後，安寧緩和醫療團隊暫時為主要照顧，原診療團隊協助之。透過上述的互動與溝通，安寧緩和醫療團隊除了提供非安寧病房之癌末病患接受安寧照護之機會，並可提升原病房團隊照護癌末病患之能力，推廣安寧緩和醫療全人照顧之理念。

收案標準

安寧緩和醫療共同照護的對象為：癌症晚期病人，有身體、心理、靈性方面照顧的需求，或家屬與病患的溝通等問題，願意接受安寧緩和療護會診團隊的會診或照顧者。

工具

由安寧協會提供經由國內安寧專家討論製定之記錄表單，記錄病人原診療科別、會診時間起訖、病人會診的原因、安共同照護小組提供的服務內容、結案原因等。

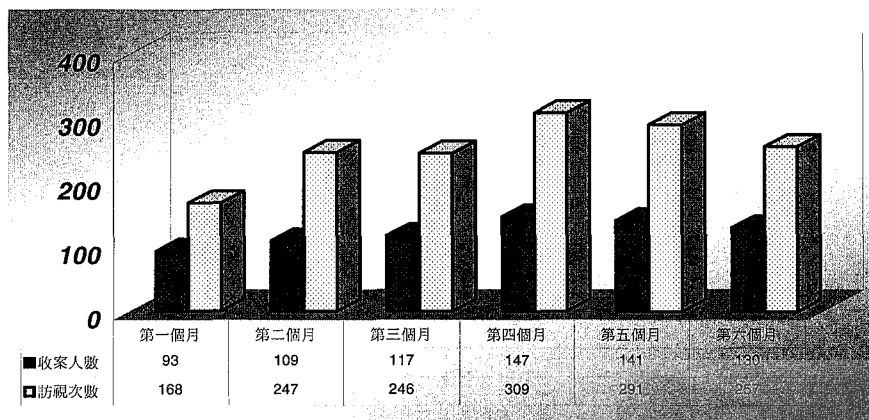
統計

將資料編碼後，鑑入 Excel 程式中並進行描述性統計與分析，包括次數及百分比。

結果

共同照護人數與訪視次數

試辦期六個月之收案人數總計 741 人，首月為 93 人，第六個月 130 人，收案最多為第四個月之 147 人，各月變化見圖一。而訪視次數總計為 1518 次，首月為 168 次，最多為第四個月之 309 次(圖一)。每位個案之訪視次數最少一次，最多 12 次，平均為 2.05 次(表二)。



N=741

圖一. 各月之照會人數與訪視次數

表二 訪視次數統計 (n=741)

	人數	比例(%)
訪視一次	391	52.8
訪視二次	165	22.2
訪視三次	80	10.8
訪視4次	51	6.9
訪視五次以上	54	7.3

關於每次訪視所花費時間上，隨著初次訪視或再訪視，及每位病人(或家屬)所需要的服務內容不同而有很大的變異性。若是處理生理症狀者，由評估、實際訪視、作出建議，再與原單位醫療團隊討論，平均約 60 分鐘。若有特殊需求，如：執行及教導特殊護理活動者，如淋巴水腫按摩、腫瘤潰瘍傷口處置或陪伴及帶領家屬做遺體護理與臨終陪伴，需費時較久，約 80~90 分鐘，更有長達

125 分鐘的經驗。如果是處理病人或家屬的心理社會議題者，則平均花費 1.5~2 小時，更有病人需長達 3 小時才能完成。

會診個案資料

照會科別

轉介個案來自許多不同科別，其中以血液腫瘤科轉介最多達 285 人，次之為腸胃科 100 人(表三)。

表三 照會安寧共同照護的科別(n=741)

科別/醫院	人數	比例(%)
血液腫瘤	285	38.5
腸胃	100	13.5
放射腫瘤	67	11.7
外科	63	8.5
急診	37	5.0
感染	32	4.3
胸腔	26	3.5
腫瘤內科	26	3.5
腎臟	20	2.7
神經內科	19	2.5
耳鼻喉科	14	1.9
婦科	3	0.4
其他	25	3.3

會診的原因及所提供的照護

安寧共同照顧提供照護之問題仍以末期身體症狀處置為最多，總共有 863 次，其中又以疼痛問題最多，達 381 次；其次安寧共

同照護在家屬及病人的心理社會諮詢方面之照護次數各為 806 次及 619 次，其餘提供之服務項目依次為善終準備、病患靈性宗教需求之照護、家屬詳見表四。

表四 安寧共同照護提供的服務(n=741)

症狀(複數)	服務次數
症狀處理	863
疼痛	381
呼吸困難	144
噁心嘔吐	91
淋巴水腫	75
腹脹	33
口腔潰瘍	20
便秘	19
疲倦	19
腫瘤潰瘍傷口	17
其他	61
家屬心理社會諮詢與照護	806
病患心理社會諮詢與照護	619
善終準備	336
病患靈性宗教需求之照護	158
家屬靈性宗教需求之照護	80
提供藥物及相關諮詢	31
其他	90

個案的結案原因

統整各家醫院個案之結案原因以轉安寧單位之比例最高，合計 52.4%，包括轉安寧

病房佔全體之 44.7%，轉安寧居家療護的有 7.7%；次之為在原單位過世之比例，為 14.4%；再者為從原單位出院佔 12.8%(表五)。

表五 個案結案原因(n=741)

原因	人數	比例(%)
轉安寧病房	313	44.7
原單位過世	101	14.4
由原單位出院	90	12.8
症狀改善	77	11
轉安寧居家	54	7.7
家屬拒絕安寧團隊	14	2
病人拒絕再訪視	4	0.6

討 論

共同照護為非安寧病房之癌末病患提供了接受注重全人照顧之安寧緩和服務的機會，對於整體癌末病患照顧品質之提升大有進展，同時也讓全國之癌症防治網更趨於完善。國內相關之服務首於中山醫學大學附設醫院，國健局繼續於全國八家醫院試辦之，目的就是要了解此一模式是否可在其他醫院適用，並進一步了解此一模式運作之相關問題及成本與效益，以作為更大規模推動時之參考。

經 6 個月時間，照顧之人數及次數分別達到 741 人及 1518 次照顧。個案訪視次數一次者達 52.8%，顯示照會安寧共同照顧之時間點仍太晚。這與各院均有安寧病房，過去照會安寧的動機常是要求轉床，在推行安寧共同照護之初，此一觀念尚未調整過來所致。因此將來推廣時，應針對共同照護模式之精神加強宣導，使得安寧共同照護有更充足的時間去照顧病患。

各院之個案雖然來自許多不同科別的照

會，主要之科別仍為血液腫瘤科、腸胃科及放射腫瘤科。在有限資源下，共同照護之個案來源勢必只能照顧部分之病患，然而安寧共同照護尚有教育原病房團隊之責任，因此對於個案來源較少或掛零之病房仍應嘗試進行了解與推廣，如此既可不患寡亦可不患不均。

照護的需求主要仍是身體問題、症狀控制之比例為高，主要的症狀包括疼痛、呼吸困難、噁心嘔吐及淋巴水腫等。其中照會病患中疼痛之比例約為五成，相較於文獻中 Brescia 及 Simpson 等人在 10 多年前調查的 77% 及 71% 略低^(3,4)。這應與癌症疼痛控制之觀念已更普遍被急性病房之醫護人員接受，因此未將疼痛列為主要照會問題有關。但文獻中發現關於疼痛控制處方之改善，如劑量之調整、軟便劑與止吐劑之正確使用等，仍是安寧緩和醫療團隊執行會診時努力宣導之目標，也是評估共同照護成效之重要指標之一⁽⁵⁾。

需求的照護內容其次以家屬的社會心理需求為最多。此一結果再次強調了安寧照護

四全照顧中全家照顧之重要性。對於詳細之會診內容值得進一步之研究。文獻中顯示家屬最主要之心理問題來自無法面對即將失去親人的威脅，Hockley 等人⁽⁶⁾報告有 50% 的人在罹病的親人對他們提及即將死去的訊息後，卻下意識地逃避而不與任何人討論。缺乏訊息提供與討論之對象是一個重要原因，特別是主要可以詢問卻又十分忙碌的醫護人員。主要家屬及照顧者的需求值得安寧共同照護更加重視。

因病患之社會心理需求而提供共照服務的居第三位，Hockley 等人⁽⁶⁾亦提出癌末病患之心理焦慮主要來自對於病情預後的不了解以及將來可能發生的症狀所帶來的痛苦。此外 Hinton 也發現住在急性病房內之病患比住在安寧病房內之病患更容易焦慮⁽⁷⁾。因此，安寧共同照護應該把病情溝通、症狀控制之說明列為照護之重要目標，並注意急性病房之規定與週遭事件是否成為病患焦慮之來源。

病人的結案原因雖有 44.7% 轉至安寧病房，有 38.2% 是留在原單位繼續被照顧至症狀改善或死亡或出院，而轉至安寧病房的個案中也都是經過 2~5 次的原單位照護後才轉至安寧病房，這樣的結果有利於將安寧緩和照護擴展至非安寧單位。然而對於尚未設立安寧病房之醫院若要推行安寧共同照護，最好應與已有安寧病房之醫院建立合作轉介機制，對於病患之整合性照護與照護人力之訓練將有十分助益。

此次計畫中對於照護品質之評值，目前僅有「量」的指標，未來需增加「質」的指標，才能具體反應各院照護之品質。此外在

全院各科間之宣導與整合也是本次試辦計畫中最重要應該加強的部分。總結此次試辦計畫不僅進一步證明安寧共同照護制度推廣至其他醫院之可行性，也獲得推廣時所需的重要經驗值，計畫中發現之問題有：1. 轉介時間太晚，2. 個案來源及中少數科別，3. 心理社會問題需要加強相關人力，4. 安寧共同照護模式需有安寧住院及居家模式之支援。這些經驗有助於未來設計更完善的運作模式與方案。

誌謝

本研究得以順利完成，特別感謝國民健康局給予「九十三年度安寧緩和醫療共同照護模式計劃」之經費補助及執行委託試辦計畫的醫院包括台大醫院、馬偕醫院、三軍總醫院、中山學院附設醫院、彰化基督教醫院、成大醫院、嘉義基督教醫院、花蓮慈濟醫院之安寧共同照護團隊以及台灣安寧照顧協會蘇宛農小姐、鄭旭清先生行政諸多協助。

參考文獻

1. 國家癌症防治五年計畫(草案) 行政院衛生署 2004.1
2. Dunlop R.J., Hockey J.M. Hospital-Based palliative care teams 2nd edition, Oxford
3. Brescia, F.J., Adler, D., Gray, G. et al. Hospitalized advanced cancer patients: a profile. *Journal of Pain and Symptom Management* 1990; 5,221-7.
4. Simpson, K.H. The use of research to

- facilitate the creation of a hospital palliative care team. *Palliative Medicine* 1991; 5, 122-9.
5. Higginson, I.J., Finley I. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:96-106.
6. Hockley, J., Dunlop, R., and Davis, R.J. Survey of distressing symptoms in dying and their families in hospital and the response to a symptom control team. *British Medical Journal* 1998; 296, 1715-17.
7. Hinton, J. Comparison of policies and policies for terminal care. *Lancet* 1979; I, 29-32.

【 Original Articles 】

A Preliminary Experience of Hospice Shared-care Model in Taiwan

Chuang, Rong-Bin¹ Lee, In-Fen^{1,2} Tai-Yuan Chiu^{1,3} Wang, Jen-zern^{1,4}
Yung-Liang Lai^{1,4,7,8} Hsiao shu-chun⁶ Hsu tsui-hsia⁶

ABSTRACT

It has been a worldwide trend to recognize that hospice-palliative care in the context of the National Cancer Strategy. In the National Cancer Strategy of Taiwan, 2004-2008, the goal of hospice coverage rate has been set at 50%. To triple the present coverage rate to reach the goal, it is necessary to implement a new model other than in-patient and home care, the hospice shared-care model. That is, set up a hospice-palliative care team to provide consultation and service to terminal cancer patients outside the hospice-palliative care ward. To accumulate the experience of hospital palliative care team and propose a nationwide project, the Bureau of Health Promotion sponsored a 6-months' project to implement the hospice share-cared model in eight hospitals with hospice-palliative ward. There were 741 patients referred to the palliative care teams and 1518 visits were made. 52.8% patients was visited only one time. Most of the patients were referred from hemato-oncologist(38.5%), Gastro-enterologist(13.5%) and Radioncologist (11.7%). The most frequent services provided were symptom control (57%), psychosocial problems of family(53%) and psychosocial problems of patients(41%). There were 44.7% of patients transferred to hospice-palliative ward and 38.2% of patients stayed in previous ward till death, discharge or improvement of symptom. The result of the project provides experiences to implement a hospice shared-care model and approves the feasibility of a larger nationwide project.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2005 : 10 : 3 : 234-242)

關鍵字：安寧共同照護

Taiwan Hospice Organization¹, Department of Nursing Mackay Memorial Hospital², Palliative Care Unit, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital³, Department of Neurosurgery Koo Foundation Sun Yat-Sen Cancer Center⁴, Department of Mackay School of Medicine Hospice Bureau of Health Promotion Department of Health Cancer control and promotion division⁶, Palliative Care Center⁴, Commom Education Center⁵, Yang-Ming University, Medical College⁷, Taipei Medical University⁸