

The National Healthcare Group Advance Care Programme (NHG ACP)

國立醫療群-預立照護計畫

An end-of-life care programme for
advanced COPD, end-stage heart failure &
end-stage renal failure

對晚期的慢性阻塞性肺疾、末期心臟衰竭、
末期腎衰竭的生命末期照顧計畫

緣起...

- 對於” 慢性疾病管理 (Chronic Disease Management, CDM)” 的觀念，在 1990年代的英、美、澳洲等國已經完整地確立。
- **CDM** 是以多領域專業人員、連續性的照顧為基礎，所提供的健康照顧；此種照顧主動地辨識出罹患慢性醫療狀況的群體或是其高危險群。
- **CDM** 強調預防疾病惡化、使用符合成本效益且有實証的醫療指引，且強調藉由策略使病人具有能力參與。
- 國立醫療群（**NHG**）於 **Aug 2000**採用” 慢性疾病管理” 以因應 慢性疾病日益上升的罹病率。
- 開始之初，先以一項小型的企劃，在 **NHG**的服務範圍內對於**CDM**如何施行，開始進行籌劃、推動與協調。

緣起...

- 從**2000**年起，**NHG**的 **CDM** 計畫主要聚焦於危險群以及穩定的病人。
- 研究指出，為生命末期病人增加預立照護計畫（**ACP**），藉著把常規與緊急醫療服務帶進病人家中、而且讓在家中也能有安寧照顧服務，能在減少惡化與支出方面獲致改善。（**Lynn, Schall, et al. 2000**）。
- 在 **2007**年，以一項實驗性計畫探討患有晚期慢性疾病病人接受生命末期照顧的想法，開始有人提出來討論。

計畫

- 爲期三年: 從2007十二月到 2010 十一月
- 實施機構: AH, NUH and TTSH
- 總經費: S\$3,166,258 (HSDP)
- 計畫主持人: Dr Wu Huei Yaw
- 緩和醫療醫師: Dr Angel Lee
Dr Angeline Seah
Dr Wu Huei Yaw
- 人力編制:
 - 2 位住院醫師
 - 3 位臨床護理師
 - 2 位諮商師
 - 1 位醫務社工師
 - 1 位行政助理

計畫目標

- 1) 在疾病進程的初期，就將緩和療護整合加入治愈性醫療照顧之中。
- 2) 協助病人在家中處理與控制疼痛及其他症狀。
- 3) 支援病人在家中的照顧
- 4) 藉由緩解身體上、情緒上、社會關係上，以及靈性上的不適，改善病人在生命最後階段的生活品質。
- 5) 減少病人爲了處理疾病惡化而再度住院或回到急診室。

計畫強調的重點

3 'E's:

- Early identification : 及早辨識出病人已經處於生命末期
- Empowerment : 透過教育與進階照顧計畫 ACP 讓病人與家人獲得能力參與照顧
- Engagement : 承諾病人/家人並適當地介入，以避免危機出現，而且在惡化時能提供協助。

主要的構成要素

- 跨領域的計畫 **Interdisciplinary Programme**
- 基層醫師與緩和療護團隊之間的合作，轉介適當的病人。
- 居家照顧
 - ✓ 快速反應小組，每天**24**小時/每週七天
 - ✓ 居家安寧支援
 - ✓ 電話訪視追蹤
- 進階照顧規劃 **Advance Care Planning**
- 悲慟與哀傷支持 **Grief and bereavement support**

Guiding Principles

- Respect and enable patients to die with dignity and in a setting of their own choice
- Respect for patient's and family's wishes
- Aging with Dignity's 5 Wishes for:
 - The person I want to make care decisions for me when I can't;
 - Kind of treatment I want or don't want;
 - How comfortable I want to be;
 - How I want people to treat me; and
 - What I want my loved ones to know

指導原則

- 最高標準架構的 7 C's (依據英國國家健康照顧服務NHS的生命末期照顧計畫)：
 - C1 - Communication 溝通
 - C2 - Co-ordination 協調
 - C3 - Control of symptoms 症狀控制
 - C4 - Continuity including out of hours 連續性，包括下班時間
 - C5 - Continued learning 持續學習
 - C6 - Carer Support 為照顧者提供支持
 - C7 - Care in the Dying Phase 在瀕死期的照顧
- 共同分擔的醫療決策

相關人員的角色

基層醫師

- 辨認符合收案標準的病人
- 如果當病人住院時，持續以基層醫師身分提供照顧。
- 啟動生命末期照顧與進階照顧規劃
- 向病人介紹生命末期照顧計畫，並提供加入機會。

相關人員的角色

個別疾病的個管師

- 協助基層醫師執行上述職責
- 與生命末期計畫臨床護理師連絡

緩和療護醫師

- 在居家照顧團隊中扮演領導者、教育與指導顧問
- 接受轉介並加以篩選
- 當病人住院時，提供緩和療護的支持，以確保病人在居家團隊與醫院所獲得的照顧，保有其連續性
- 監測成效評估
- 向計畫主持人報告

相關人員的角色

住院醫師及臨床護理師

- 進行居家訪視以處理病人的需求
- 協助對病人與家人的教育
- 參與對照顧的審查 (audit of care)，並且參加多領域團隊會議
- 加入安寧團隊的值班

醫務社工師/ 諮商師

- 辨認心理社會與靈性議題，並加以協助
- 協助個案管理
- 協助進階照顧規劃
- 哀傷期的支持

相關人員的角色

行政助理

- 收集資料與輸入
- 接受會診單並通知緩和療護醫師進行篩檢
- 爲團隊提供一般的行政支援

收案標準-心臟衰竭末期

- I)** 末期器官衰竭的表徵（符合**A-E**每一項）
- A. LVEF <30%
 - B. Marked LV systolic dysfunction
 - C. NYHA Class 4 or Class 3(if above 75 years) at stable state
 - D. Optimally treated with diuretics, vasodilators, beta-blockers and spironolactone as indicated and tolerated
 - E. Other factors contributing to poor prognosis (at least 1 below):
 - a. symptomatic arrhythmia
 - b. history of cardiac arrest an resuscitation or syncope
 - c. cardiogenic brain embolism
 - d. concomitant HIV
 - e. elevated serum creatinine > 120umol/L
 - f. hyponatraemia (<130umol/L)
 - g. anaemia <10g%
 - h. systolic BP < 100mmHg
 - i. hypoalbuminemia <25g/L
 - j. cachexia (unintended weight loss of >10% over past 6 months)
- II)** 疾病惡化的表徵（**either A and B or C**）
- A. 基於放射影像、醫師評估、或實驗室檢驗，臨床上的證據表現疾病惡化現象
 - B. 在過去**12**個月中，有三次或三次以上的住院或急診就醫（或需居家訪視）
 - C. 在六項日常生活活動評量中，有三項下降且保持在穩定狀態

I 與 **II** 兩部份都要符合

收案標準-慢性阻塞性肺病晚期

滿足三項中的二項:

1. 有證據顯示嚴重的氣道阻塞，如：**FEV1 <30% predicted**
2. 嚴重的呼吸困難，如：病人因為太喘，無法出門或是無法自己穿脫衣物
3. 符合**LTOT**的條件

收案標準-腎臟衰竭末期

1. **GFR 小於或等於 $15\text{ml/min per } 1.73\text{m}^2$ 且**
 - 病人拒絕接受腎臟替代治療（renal replacement therapy），或
 - 病人因爲共病情況（co-morbid conditions），不適合接受腎臟替代治療
2. 病人退出透析治療

排除收案條件

- 病人不符合收案條件
- 病人所患有其他預後更差的共病情況，如晚期的惡性腫瘤、晚期的**HIV**感染疾病、或是晚期的神經系統疾病
- 病人拒絕參加此項照顧計畫
- 病人有精神上的或是認知上的疾病，無法配合醫療囑咐，或是無法自我照顧

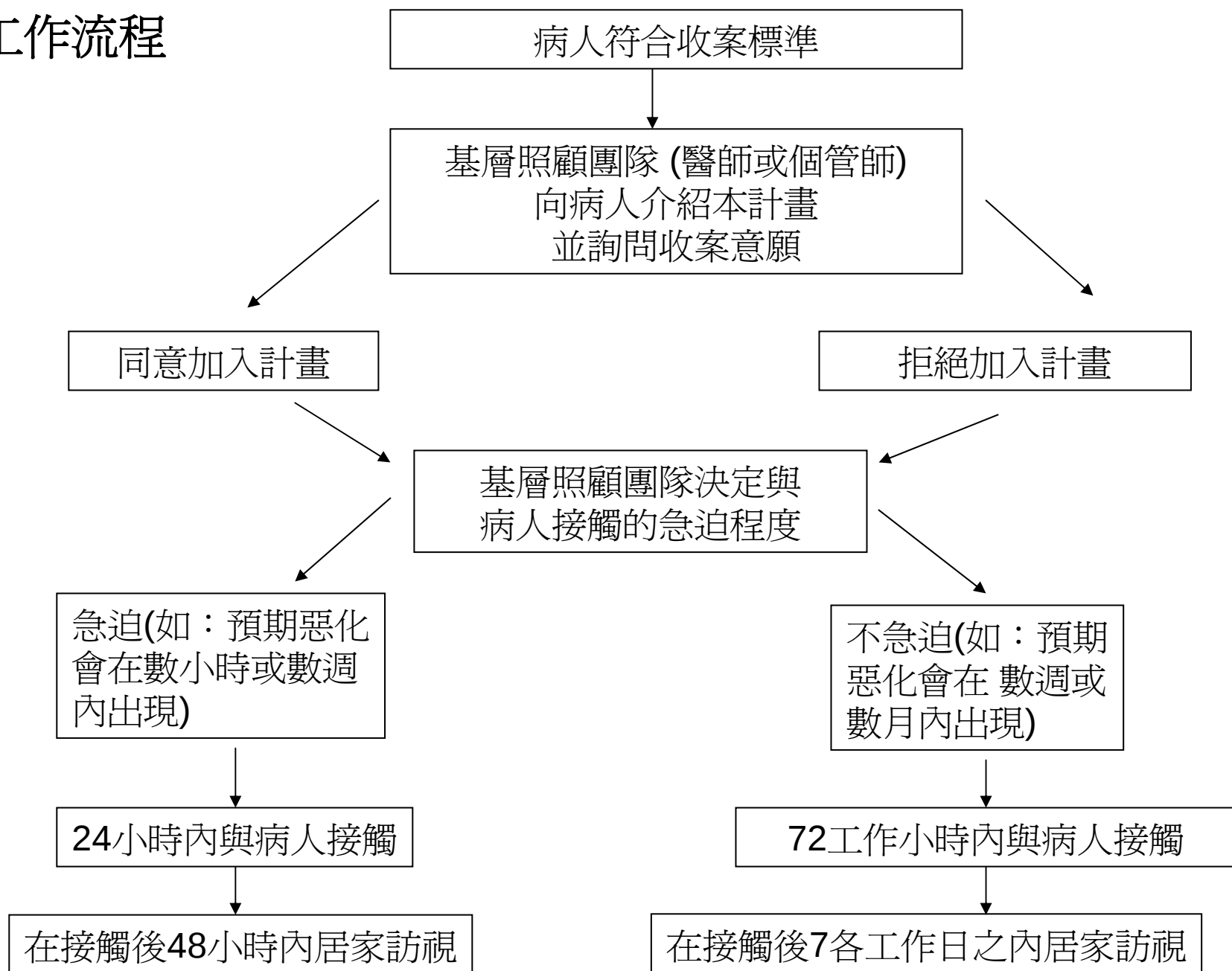
排除收案條件

- 病人即將收住到安寧病房
- 病人沒有可靠的照顧者
- 病人住在護理之家
- 病人的心臟衰竭或腎衰竭是歸因於續發性且可治療的病因（如甲狀腺亢進或貧血造成心臟衰竭）

結案條件

- 病人住進安寧病房或養護機構
- 心臟衰竭病人：轉介接受心臟移植
- 末期腎臟衰竭病人：改變決定，同意接受腎臟替代治療

工作流程



- Flowchart of Patient Care.doc

初期計畫

介入措施	COPD	HF	ESRF	N (total)	%
RRT only	110	90	70	270	77.1%
RRT + HC	35	45	0	80	22.9%
Total	145	135	70	350	100%

RRT: Rapid Response Team快速反應小組

HC: Home Care居家照顧

計畫修訂

- 數據上的過度計畫
- 實務上，每位護士在同一時間中，只能掌握照顧**30-35** 位病人

轉介來源

- 3 Restructured Hospitals:
 - Alexandra Hospital
 - National University Hospital
 - Tan Tock Seng Hospital
- 腎臟照顧部門、心臟衰竭照顧部門、呼吸照顧醫師/ **COPD** 臨床護理師、內科醫師
- 包括門診及住院病人

Referral Form

[NHG ACP Referral form.pdf](#)

回顧

- 所有病人都依據其病況嚴重度加以分類。
- 居家訪視的頻度視其病況嚴重度而定

<u>類別</u>	<u>訪視頻度</u>
S1A	每4-8 週
S1B	每2-4 週
S2	每1-2 週
U1 (unstable)	每週2-3次
U2 (deteriorating)	每日或隔日
H (hospitalized)	-

成果評估

過程指標

1. 疼痛與症狀評估
 - 對於疼痛與症狀評估的紀錄
2. 悲慟與哀傷支持
 - 對複雜性悲傷的風險評估所作的紀錄，以及所給予的悲慟與哀傷支持處遇
3. 照顧的連續性
 - 紀錄病人已經獲得相關訊息，知道如何獲得緩和療護或安寧照顧以及其他社區資源，並且知道其益處
4. 進階照顧規劃
 - 進階照顧規劃的紀錄

成果評估

使用指標

5. 平均住院天數
6. 每次住院平均成本
7. 平均住院帳單數額
8. 出院後**15**天內在住院
9. 急診就診

成果評估

結果指標

10. 家人滿意度

- 病人往生後，追蹤喪親家屬對照顧的滿意度

11. 症狀處理

- 在疾病過程以及臨終階段對於疼痛以及症狀的控制

12. 對進階照顧計畫的配合度

- 病人其生命末期喜好與照顧場所獲得尊重的比例

Equipments

- Graseby syringe drivers
- CADD pumps
- Pulse oximeters
- BP sets
- Nebuliser machine
- Suction machine

Education material

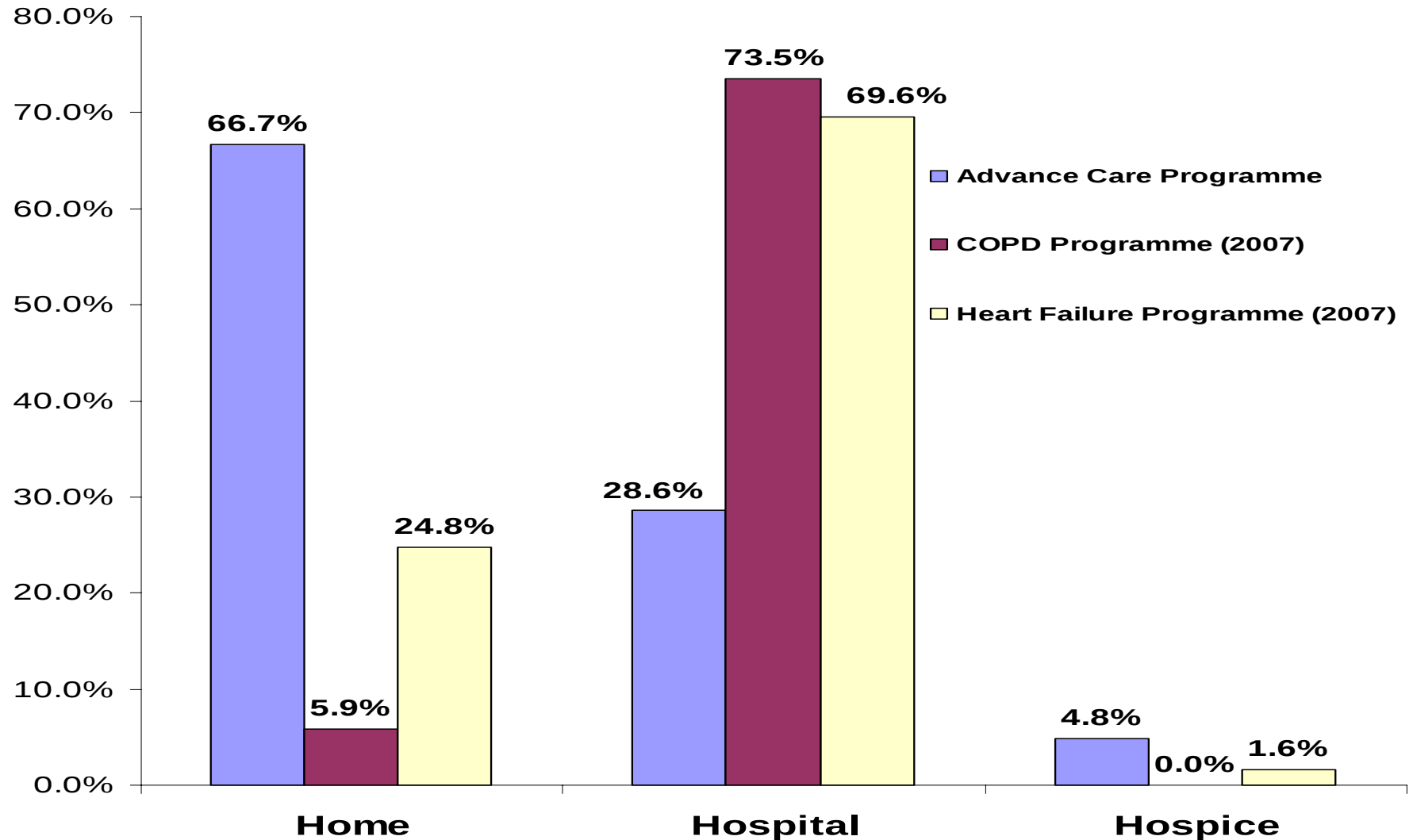
- Pamphlets
 - specific disease
 - symptoms
 - management/control of condition
 - patient/family's roles eg. monitoring fluid intake
 - advance care planning

"Statement of Wishes & Preferences" Form

Public Education

- Public forums

Place of death of patients under Advance Care Programme (May - Dec 2008), COPD & Heart Failure Programmes (Jan - Dec 2007)



挑戰

- 無法羅致長期從事的醫師
- 所依賴的住院醫師與所有內科部門共用，每六個月就換一批
- 年度計畫收案的病人數遠超過團隊實際上能處理的數目。

挑戰

- 病人的病況變化常無法預期；經常在下班時間現病情快速惡化情況
- 門診轉介的病人無法仔細篩選
- 沒有適當的對照組作為資料比較的對象

討論 **ACP**所面臨的挑戰

- 語言隔閡
- 病人與家人在情緒上或是理智上尚未準備好討論進階的照顧
- 不同照顧場所之間的運送
- 開始特定問題討論時，醫療知識的不足，例如對呼吸器照顧的併發症
- 基層醫師沒有啟動對**ACP**的討論