

癌末病人臨終照護品質指標的探討

高以信¹ 李楊成² 蔡長松²

台南市立醫院 ¹家醫科 ²血液腫瘤科

摘 要

臨終照護是癌症病人接受醫療照護最後也是最重要的一段照護。本文界定臨終照護是指病人死亡前1個月的照護。癌症病人臨終照護的指標包括，結構面(1項)：有撤除維生醫療提供症狀緩解之藥物及處置的書面資料；過程面(15項)：安寧療護服務要確保持續照護直到病人死亡且提供家屬哀傷輔導，安寧團隊提供哀傷諮詢服務(bereavement counseling)的追蹤，病情告知多久一次，當病人臨終時家屬有想知道更多他們期待(擔心)的資訊嗎？家屬想要知道更多有關病人疼痛用藥的資訊嗎？家屬想要知道更多有關病人呼吸困難處置的資訊嗎？接受化療的比例，求助急診次數大於1次的比例，住院次數大於1次的比例，住院時間大於14天的比例，入住加護病房的比例，使用氣管內插管的比例，使用呼吸器的比例，在病人臨終前7天才接受安寧照護；及結果面(2項)：死亡地點(place of death)，醫療花費(cost of health care)。共18項指標，後10項屬於可測量的指標。藉由這些指標的認識與達成，期望醫療照護能完成癌末病人善終的理想。

關鍵詞：指標 (Indicator)
品質 (Quality)
臨終照護 (End-of-life)
癌症末期 (Terminally ill cancer)

前 言

臨終照護對癌症病人的全程照護佔有一個很重要的角色。病人及家屬在這個時期所接受的照護，與病人死亡後其家屬的哀傷反應有很大的相關性。因此，本文的目的在探討癌症病人在臨終照護品質的指標。藉由這些照護品質指標的探討，癌末病人及其家屬在其生命末期能享有最好的照護品質；並探討照護過程的醫療花費，進而能達成有效益的醫療服務。

本 文

關於臨終照護，其時間的界定，過去的文章並無一致性。美國，Earle 等¹的報告為一個月(除在死亡前2星期仍接受化療者這個指標是界定在2星期)；加拿大，Barbera 等²的報告為2星期；台灣，唐秀治博士³的報告為1個月。因此，本文界定臨終照護是指病人死亡前一個月的照護。

近十年，對於晚期癌症(advanced cancer)病

人的治療增加了許多新的選擇與方式。但對於臨終照護的高品質也是非常重視，包括生命臨終期的醫療抉擇(decision making)，疼痛及其他不適症狀的改善，社會心理的支持，以及安寧療護。藉由文獻的回顧¹⁻⁵，本文將有關臨終照護的指標，從結構面、過程面、及結果面三個層面來探討(表一)。

一、結構面

包括：有撤除維生醫療提供症狀緩解之藥物及處置的書面資料。

二、過程面

包括：安寧療護要確保持續照護直到病人死亡且提供家屬哀傷輔導，安寧團隊提供哀傷諮詢服務(bereavement counseling)的追蹤，病情告知多久一次，當病人臨終時家屬有想知道

更多他們期待(擔心)的資訊嗎？家屬想要知道更多有關病人疼痛用藥的資訊嗎？家屬想要知道更多有關病人呼吸困難處置的資訊嗎？接受化療的比例，求助急診次數大於1次的比例，住院次數大於1次的比例，住院時間大於14天的比例，入住加護病房(intensive care unit, ICU)的比例，使用氣管插管的比率，使用呼吸器的比例，在病人臨終前7天才接受安寧照護。

三、結果面

包括：死亡地點(place of death)，醫療花費(cost of health care)。

品質指標個論

一、有撤除維生醫療提供症狀緩解之藥物及處置的書面資料⁶

依據趙可式博士的文獻，維生醫療包括呼

表一：癌末病人臨終照護的指標

指標	參考執行標準 (performance standard)	參考資料
結構面		
有撤除維生醫療提供症狀緩解之藥物及處置的書面資料		[6]
過程面		
安寧療護要確保持續照護直到病人死亡且提供家屬哀傷輔導	90%	[7]
安寧團隊提供哀傷諮詢服務的追蹤		[8]
病情告知多久一次		[8]
當病人臨終時家屬有想知道更多他們期待(擔心)的資訊嗎？		[8]
家屬想要知道更多有關病人疼痛用藥的資訊嗎？		[8]
家屬想要知道更多有關病人呼吸困難處置的資訊嗎？		[8]
接受化療的比例	< 10%	[4]
求助急診多於1次的比例	< 4%	[4]
住院次數大於1次的比例	< 4%	[4]
住院時間大於14天的比例		[4]
入住ICU的比例	< 4%	[4]
使用氣管內插管的比率		[3]
使用呼吸器的比例		[3]
在病人臨終前7天才接受安寧照護的比例	< 8%	[4]
結果面		
死亡地點在醫院的比例	< 17%	[4]
醫療花費		[24, 28]

吸器的使用、全靜脈營養、洗腎(血液透析)設備的使用、及升血壓藥物的使用等。病人在撤除維生醫療的過程中，醫療人員須考量到病人的品質(有無任何的不適症狀)，因此在撤除各種醫療維生設備的流程中，應有提供病人不適症狀緩解的藥物與處置。在Pasman等的文獻中³，特別將病人撤除呼吸器及氣管內管的流程中，需有提供病人止痛與鎮靜藥物的書面資料視為一個照護品質指標。

二、安寧療護要確保持續照護直到病人死亡且提供家屬哀傷輔導⁷

對居家的病人，安寧療護應提供持續性照護直到病人死亡且提供家屬哀傷輔導，其執行標準在Peruselli等的文獻建議是90%⁷。在國內，安寧居家有提供相同的服務，這也是趙可式博士所提倡安寧療護的四全照顧中的全程照顧。關於國內執行標準的設定，尚無一致性需與專家先進討論後訂立，本文採用Peruselli等的標準。

三、安寧團隊提供哀傷諮詢服務(bereavement counseling)的追蹤⁸

對於家屬的哀傷輔導，首先須辨識家屬的哀傷危險程度，依據趙可式博士的文獻，高危險性的家屬包括喪子、女的父母親，與病人關係過度依附者，與死者有愛恨矛盾情感關係者，同時遭遇其他生活危機或事件者，社交隔離者，病人猝死沒有充分的時間與心理準備者，文化或家庭遏阻了哀傷的表達，以及不見容於社會的哀傷。對於往生者的家屬，社工及其他團隊成員皆可提供悲傷輔導。在Pasman等的文獻中³，特別將醫師有無提供哀傷諮詢的服務及追蹤視為一個照護品質指標。

四、病情多久告知一次⁸

這是有關安寧團隊和病人及家屬多久做溝通與告知的議題，由家屬對團隊做評估。評分標準分為經常(always)，通常(usually)，有時(sometimes)及不曾(never)四等級。

五、當病人臨終時，家屬有想知道更多他們期待(擔心)的資訊嗎?⁸

這是關於安寧團隊是否提供病人及家屬期待資訊的議題，由家屬對團隊做評估。評分是與否。

六、家屬想要知道更多有關病人疼痛用藥的資訊嗎?⁸

這是有關安寧團隊是否提供家屬有關病人疼痛用藥資訊的議題，由家屬對團隊做評估。評分是與否。

七、家屬想要知道更多有關病人呼吸困難處置的資訊嗎?⁸

這是有關安寧團隊是否提供家屬有關病人呼吸困難處置資訊的議題，由家屬對團隊做評估。評分是與否。

八、接受化療的比例³

病人在生命臨終階段仍接受化療者被視為照護品質不良的指標。依據Pasman等^[5]的研究其執行標準應小於10%。台灣唐秀治博士的研究為16.21%³，美國Earle等的研究為18.5%³，加拿大Barbera等的研究為16%³。為了避免病人在生命末期臨終階段仍接受化療，本文建議加強醫師的繼續教育與宣導。

九、求助急診次數大於1次的比例³

病人在生命臨終階段求助急診次數大於1次者視為照護品質不良的指標。依據Pasman等⁵的研究其執行標準的比例應小於4%。台灣唐秀治博士的研究為18.34%³，美國Earle等的研究為9.2%³，加拿大Barbera等的研究為27%³。考量國內現行的醫療模式及病人家屬求醫的行為，本文建議求助急診次數當大於2次時才視為照護品質不良指標。

十、住院次數大於1次的比例³

病人在生命臨終階段住院次數大於1次者視為照護品質不良的指標。依據Pasman等⁵的

研究其執行標準應小於4%。此指標需與住院時間大於14天的比例，及死亡地點在醫院兩個指標一同考慮。末期病人的善終是讓病人在家接受居家照護。考量種種原因，當病人仍需住院治療時，住院次數的比例與時間的執行標準應做適宜的制定。台灣唐秀治博士的研究為14.21%³，美國Earle等的研究為9.1%³。本文建議制訂階段式的執行標準。

十一、住院時間大於14天的比例³

病人在生命臨終階段住院時間大於14天者視為照護品質不良的指標。依據Pasman等⁵的研究其執行標準應小於4%。台灣唐秀治博士的研究為44.42%³，美國Earle等的研究為11.6%³。本文建議制定階段式的執行標準。

十二、入住加護病房的比例³

病人在生命臨終階段入住加護病房者視為照護品質不良的指標。依據Pasman等⁵的研究其執行標準應小於4%。台灣唐秀治博士的研究為11.43%³，美國Earle等的研究為11.7%³，加拿大Barbera等的研究為5%³。本文建議制定階段式的執行標準。

十三、使用氣管內插管的比例³

病人在生命臨終階段仍接受氣管內插管治療者被視為照護品質不良的指標。台灣唐秀治博士的研究為24.27%³，本文建議加強醫師的繼續教育與民眾的宣導。

十四、使用呼吸器的比例³

病人在生命臨終階段仍接受呼吸器治療者被視為照護品質不良的指標。台灣唐秀治博士的研究為28.53%³，本文建議加強醫師的繼續教育與民眾的宣導。

十五、在病人臨終前7天才接受安寧照護³

安寧療護為臨終病人提供一個高品質及高滿意度的照護是眾所周知的。¹⁰因此，在生命末期階段接受安寧療護是一項適宜的醫療照護選擇。Christakis等¹¹探討末期病人轉介安寧療

護時機，當病人轉介安寧療護後存活期小於7日者，稱之為晚期轉介(late referral)。病人晚期轉介安寧療護將會增加家屬在哀傷期第一年內有重度憂鬱疾患的發生¹²，以及接受安寧療護後病人的存活期長短與家屬獲得的幫助是有相關的¹³。在台灣，唐秀治博士的研究指出2000-2004年間晚期轉介安寧療護的比例占28.9%，較美國35.1%為低，但較其他國家為高(15.6%-20.0%)¹⁴。因此，病人臨終前7天才接受安寧照護屬於晚期轉介，這會使得安寧照護團隊無法達成其照護目標。在Earle等⁴，及唐秀治博士³的研究中，認為此指標是臨終照護品質不良的指標。依據Pasman等的研究其執行標準應小於8%⁵。為達成癌末病人身心靈三平安的目的，安寧療護所需花費的時間約需三周，因此本文建議癌末病人轉介安寧療護之適宜時機為病人存活期大於三星期，且有此需求者。然預測癌末病人的存活期又是另一重要議題。

十六、死亡地點(place of death)在醫院

在台灣唐秀治博士的研究指出有一半以上的癌症末期病人(61.0%)及其家屬(56.9%)都希望病人死亡的地點是在家裡¹⁵。然而唐秀治博士的研究卻發現在2000-2006年間癌末病人有63.23%的死亡地點是在醫院³。這個數據較其他國家高出甚多，在義大利為34.6%¹⁶，美國為37%¹⁷，韓國為38.8%¹⁸，加拿大為40%¹⁹，英格蘭東南部地區為47%²⁰，以及澳洲南部地區為56.4%²¹。Wright等的研究指出癌症病人的死亡場所與其末期生活品質有關，在醫院及加護病房者相對於在家者有較差的生活品質，且其家屬有較高風險罹患精神疾病。²²因此，病人死亡地點在醫院者被視為臨終照護品質不良的指標。依據Pasman等的研究其執行標準應小於17%⁵。林明慧醫師在其研究中發現，台灣癌末病人死亡地點有城鄉的差異，癌症死亡者中，在自宅死亡者為347,777人(佔61.8%)，在醫院或診所死亡者為204,952人(36.4%)，在其他地點死亡者為10,424人(1.8%)，但在自宅死亡者有逐年下降的趨勢。²³

十七、醫療花費(cost of health care)

在美國，有25%以上的醫療花費是用在生命最後數個月²⁴，且有研究指出癌末病人在生命最後一星期的醫療花費愈高者病人死亡的品質反而較差²⁵。以及在美國的研究指出癌症末期之老年病人接受安寧療護相較於未接受者可以減少死亡前一年的醫療費用約13-20%，其中死亡前三個月減少的費用最多^{26,27}。因此，病人在死亡前的醫療花費有「昂貴的死亡」(high cost of dying)之稱。在台灣，羅健銘等²⁸的研究報告顯示癌末病人接受安寧療護相較於未接受者可降低六萬元到二十二萬元的醫療費用，但此研究是探討病人臨終前一年的醫療費用，且費用限於住院不包含門急診及居家醫療費用。對於癌症末期的病人在生命末期臨終階段接受安寧照護者其醫療的花費將是經濟的。

討 論

考量我國的醫療保險制度，現行的醫療模式，及病人家屬就醫的行為，本文針對上述的品質指標作了以下的建議。

1. 關於結構面的指標，建議增加撤除維生醫療如血液透析、全靜脈營養、及升血壓藥物等的流程中，應有提供病人不適症狀緩解的藥物與處置。

2. 接受化療的比例，台灣的研究為16.21%，相似於加拿大的16%，低於美國的18.5%；而使用氣管內插管的比率及使用呼吸器的比率，台灣的研究分別為24.27%及28.53%，為了避免病人在生命末期臨終階段仍接受化療與呼吸器，建議加強醫師的繼續教育與宣導。

3. 建議求助急診次數當大於2次時才視為照護品質不良指標。

4. 指標住院次數大於1次與指標住院時間大於14天的比例；本文建議制訂階段式的執行標準來達成最終4%的執行標準。

我們藉由認知癌末病人臨終照護的品質指標，建議針對國內癌末病人作一前瞻性的研究，探討這些指標的可行性與限制，並制定各項照護品質的執行標準。

結 論

經由對癌末病人照護指標與執行標準的認知，並執行於癌末病人及家屬的照護。藉此增進癌末病人照護的品質與效率以達成癌末病人及家屬生死兩相安的善終目標。

參考文獻

1. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 505-9.
2. Barbera L, Paszat L, Qiu F. End-of-life care in lung cancer patients in Ontario: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 267-74.
3. Tang ST, Wu SC, Hung YN, Huang EW, Chen JS, Liu TW. Trends in quality of end-of-life care for Taiwanese cancer patients who died in 2000-2006. *Ann Oncol* 2009; 20: 343-8.
4. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004; 22: 315-21.
5. Pasma HR, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 145-56.
6. Mularski RA, Curtis JR, Billings JA, et al. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup. *Crit Care Med* 2006; 34(Suppl 11): S404-11.
7. Peruselli C, Marinari M, Brivio B, et al. Evaluating a home palliative care service: development of indicators for a continuous quality improvement program. *J Palliat Care* 1997; 13: 34-42.
8. Keay TJ, Fredman L, Taler GA, Datta S, Levenson SA. Indicators of quality medical care for the terminally ill in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 853-60.
9. Casarett DJ, Quill TE. "I'm not ready for hospice": strategies for timely and effective hospice discussions. *Ann Intern Med* 2007; 146: 443-9.
10. Christakis NA, Iwashyna TJ. Impact of individual and market factors on the timing of initiation of hospice terminal care. *Med Care* 2000; 38: 528-41.
11. Bradley EH, Prigerson H, Carlson MD, Cherlin E, Johnson-Hurzeler R, Kasl SV. Depression among surviving caregivers: does length of hospice enrollment matter? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2257-62.
12. Rickerson E, Harrold J, Kapo J, Carroll JT, Casarett D. Timing of hospice referral and families' perceptions of services: are earlier hospice referrals better? *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 819-23.
13. Tang ST, Chen ML, Huang EW, Koong SL, Lin GL, Hsiao SC. Hospice utilization in Taiwan by cancer patients who died between 2000 and 2004. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 446-53.

14. Tang ST, Liu TW, Lai MS, McCorkle R. Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1560-6.
15. Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 412-6.
16. Flory J, Yinong YX, Gurol I, Levinsky N, Ash A, Emanuel E. Place of death: U.S. trends since 1980. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 194-200.
17. Yun YH, Lim MK, Choi KS, Rhee YS. Predictors associated with the place of death in a country with increasing hospital deaths. *Palliat Med* 2006; 20: 455-61.
18. Neutel CI, Bishop ML, Harper SD, Gaudette LA. Proportion of cancer deaths occurring in hospital, Canada, 1994-2000. *Can J Public Health* 2005; 96: 264-8.
19. Davies E, Linklater KM, Jack RH, Clark L, Moller H. How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data. *Br J Cancer* 2006; 95: 593-600.
20. Foreman LM, Hunt RW, Luke CG, Roder DM. Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliat Med* 2006; 20: 447-53.
21. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4457-64.
22. 林明慧、盧彥伸、陳曾基、黃信彰。台灣地區癌症病人死亡地點分析。安寧療護雜誌 2006；11：14-23。
23. Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20: 188-95.
24. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009; 169: 480-8.
25. Emanuel EJ, Ash A, Yu W, et al. Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1722-8.
26. Kidder D. The effects of hospice coverage on Medicare expenditures. *Health Serv Res* 1992; 27: 195-217.
27. Lo CM CS, Lai YL, Lin CG, Chen CJ. Effects of care patterns in end-of-life hospitalization cancer patients on hospitalized medical expenditures and length-of-stay. *Taiwan J Public Health* 2007; 26: 270-82.

To Explore the Indicators of Quality of End-of-life Care for Patients with Terminally Ill Cancer

Yee-Hsin Kao¹, Yang-Chang Lee², and Chang-Sung Tsai²

¹Department of Family Medicine, ²Department of Oncology,
Tainan Municipal Hospital, Tainan, Taiwan

End-of-life care for patients with terminally ill cancer is an important final part of medical care. We defined the period of end-of-life as the last month of life. In this study, we aimed to determine and apply quality indicators, and whether implementation of these measures translated to improved end-of-life care of cancer patients. Quality indicators for end-of-life cancer included: a) structural domain that provides documentation of a protocol for provision of analgesia and sedation during terminal withdrawal of mechanical ventilation. b) process domain which include home palliative care services that ensure continuous care for the patient until the final moments of life and for the family after the patient's death by helping them deal and cope with the counseling process. c) Outcome domain which include the proportion of patients dying in an acute care hospital and cost of health care. (*J Intern Med Taiwan* 2014; 25: 261-266)