

台灣安寧緩和護理學會研發組：2021 年 6 月份文獻摘譯

摘譯者：許美柔委員、翁瑞萱委員、邱智鈴委員

Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care

在 COVID-19 時代 - 重塑緩和醫療照護：如何使用遠距醫療

支持生命末期照護

出處：American Journal of Hospice & Palliative Medicine® 2020,
Vol. 37(11) 992-997^a The Author(s) 2020 Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/1049909120948235
journals.sagepub.com/home/ajh

摘要

在 COVID-19 時代，遠距醫療已成為醫療保健服務的關鍵，但仍擔憂使用這種方法而無法提供高質量的安寧緩和醫療照護所關注的親密感與和溝通。我們採用商業模式方法、有結構的計畫來確保安寧緩和醫療照護系統的創新需求以及品質改進。該計畫包括用安全的標準操作程序，於住院中提供平板電腦，進行緩和醫療的照會及和家庭訪視使用、安裝及採購平板電腦使用的遠距醫療軟體、以及對臨床人員和相關者的培訓和教育。本文描述了一個案例，說明成功使用遠距醫療在 COVID-19 陽性病人的生命末期照護。成功使用視訊方式於安寧緩和醫療，克服了發展遠距醫療的基礎設施和學習臨床遠距醫療技能的慣性，讓對遠距醫療試驗持開放態度的一線護理人員和家庭成員進行交流。從家人那裡收集有關病人的信息，讓親密關係納入未來的安寧緩和視訊照會和家庭訪視，幫助臨床工作人員針對病人及其家人提供有意義的護理照護。

介紹

在冠狀病毒大流行之後，醫療保健因 COVID 相關的疾病急劇地徹底轉變，造成醫療體系和照護者迅速惡化和死亡。專業的護理人員遭到傷害，約占全美 1/4 有記錄在案的 COVID-19 死亡人數。全球醫護人員面臨前所未有的挑戰，包括適應需要保持身體距離，支持無法見到重病親人的家庭，處理在病人死亡時急性喪親之痛；在某些情況下，這樣的情境已超出了他們常見狀況。在新聞媒體上出現了許多令人心碎的故事、有關病人獨自死亡的出版物，與他們的親人拒絕訪問。

在 COVID 大流行期，安寧緩和照護已被強調為治療重點，且安寧緩和照護團隊 (PCT) 發揮其關鍵角色作用：照護資源缺乏的團隊、明確定義及調整護理目標、提供有效的症狀管理、提供社會心理支持、喪親關懷、並支持其他壓力過大和因目睹到創傷性事件而受到創傷的醫護人員。

在 COVID-19 大流行之前，遠距醫療技術的使用已越來越多。在大流行時已經將遠距醫療納入醫療保健基礎設施的關鍵角色。在這個社會隔離和孤立的時期，恢復有意義的人際關係需要創造力和快速地創新。人們對使用它產生了濃厚的興趣。緩和醫療中的醫療方式，改善了被隔離的病人及其家人之間溝通，以及病人與其護理提供者之間的關係。

下面，我們將分享這種模式轉變是如何發生的重點：以在一個退伍軍人事務醫療中心 (VA) 取得成果以及 PCT 如何通過整合遠距醫療技術來維持臨終關懷所需的親密關係。我們重新構思如何將緩和醫療服務以商業模式進行創新，重新定義及改善適應所需的方式。以傳統的照護方式要維持高品質的護理是困難的，但對護理的需求仍很大。此外，我們改變自其他常用的改進方法模型，來構建、創新我們的品質方式 (表 1)。

表 1. 品質改善計畫的架構

-
- 確定問題
 - 召集工作團隊
 - 定義挑戰目標——基本狀態、阻礙、促進者
 - 分析問題-需要改變什麼？ 臨床訓練/系統設計/工作流程/支持新做法的教育訓練/文件
 - 制定行動計劃——具體目標和任務
 - 在測試個案例中，實施行動計劃
 - 評估和回饋過程
 - 根據需要修改/擴展初始行動計劃
-

重構醫療照護體系

“商業模式”是在 1990 年代中創造的概念框架，其定義在過去幾年中不斷演變。簡而言之，“商業模式”是以一個組織並有組織性的實現其目標 (例如盈利能力、成長、社會影響……)。雖然醫療保健不是傳統的“商務”，但應用“商業模式”框架有助於重組醫療保健系統。求其當情況威脅提供服務或商品時，重組需要對現況能批判思考及覺醒到需要改變，才能隨著時間的推移，由內到外的進化。

在系統性破壞的時期，需要創新克服障礙並堅持確定新的商業戰略 (例如維持醫療保健服務提供)。持續創新、分析和規劃，具有明確的階段、行動，並且必須改變並克服慣性 (表 2)。

表 2. 變更管理階段、行動

階段	來自我們收集安寧緩和醫療的經驗
意識到的急迫性	大流行增加了我們整個醫療保健系統的臨床照護對遠距醫療需求的急迫意識。
形成強大的指導聯盟 創造願景	與急性照護委員會合作，建立在長期的關係和聯盟從文獻查證、社交媒體等中，確定的需求。頭腦激盪讓平板電腦不僅適用於門診和家庭照護，也適用於住院病人和親友的探視。
溝通願景 賦權他人採取行動	在委員會會議上引起利益相關者的認同和個人發展 確定共同目標，並激勵參與者的堅持下去；在大流行期間放鬆通訊平台的使用限制，如:FaceTime
計劃和創造短期勝利	使用病人自己的設備，成功的完成測試電話；建立一個 SOP 與團隊平板電腦連結。
鞏固、改進 並創造 更多變化 方法的制度化	逐步創建和更新視頻通訊指南 將遠距醫療的標準操作流程公告在公開分享的網站上；讓 PCT 成員和受訓人員可以瀏覽。讓第一線員工可以知道如何使用平板電腦的培訓和虛擬安寧緩和醫療治療服務。

創新的先決條件不僅包括知識、專業和經驗，還有勇氣、創造力和無所畏懼的領導。在不幸或失望中，往往很難抓住成長和轉型的機會。我們很自然地躲在恐懼後面，把失敗歸咎於環境，並抵制改變。最後，創新需要團隊合作，沒有人可以獨自改變整個體系或模式。隊合作涉及多樣性，包過刺激創新設計過程、模型重新設計和實施的創造力。

問題陳述

COVID-19 大流行對基本緩和醫療構成威脅，包括與病人、家庭和醫療團隊的聯結建立；如何減輕孤立、孤獨和恐懼；症狀控制；確定護理優先原則在面對危及生命的疾病；並促進舒適性、和死亡過程中的尊嚴。和其他醫療一樣，病人就診受到嚴重限制，幾乎以醫院為基礎的專業照護完全停擺。此外，我們提供安寧緩和照護諮詢也因需要有保護個人防護裝備，而受到限制。我們的目標是找到能與病人討論、管理症狀並連接照護提供者與病人的方法。加強舒適的環境，解決隔離和孤獨，並儘量減少“孤獨終老”帶來的痛苦。

為了確認影響提供安寧緩和醫療和照護品質的障礙，我們回顧了當前的文獻、故事和社群媒體，來評估大流行下病人、家屬及第一線醫療人員的害怕、擔憂和生活經歷。這讓我們更深入地了解當前的大流行造成加劇生命末期時

(EOL)，包括無法進行身體接觸並說最後的“再見”；缺乏葬禮或集體慶祝生命或悲傷和認可個體生命的獨特性及大量喪失生活；以及缺乏與人的連結、歸屬感和關懷。我們注意到平板電腦和視頻會議可以跨越隔離造成的間隙和輔助安寧緩和醫療服務。

召集工作小組

我們確認 PCT 中可以投入時間的人員和以下領域的專業知識：遠距醫療、品質改善、病人護理協調、生命末期照護品質和悲傷支持。隨著小組制定方法、計劃和方式，我們也確保了其他 PCT 成員和設施利益相關者知道我們的進度。

定義挑戰

在大流行之前，我們的 PCT 已進行遠距醫療的訓練並開始對門診病人進行視頻訪問。隨著大流行，能快速啟動遠距醫療進入 PCT、病人和整個醫療保健系統中。2020 年 3 月 19 日，還允許臨床醫生使用替代性的視頻會議平台，在公共衛生緊急情況期間，增加了遠距醫療的可用性。平板電腦的靈活性和可用性以及多個視頻會議平台解決了一些遠距醫療實施的障礙。然而，這些過程用於協調住院視訊諮詢和家庭訪視以及平板電腦的感染預防程序，VA PCT 並未具體描述如何清潔。因此，我們旨在制定一個正式的標準用於住院諮詢的平板電腦操作程序(SOP)並快速培訓 PCT 工作人員，以促進遠距醫療。

問題分析

我們與有使用美國退伍軍人事務部醫療保健(VA)和沒有使用(VA)系統展開討論，有關當地評估遠距醫療，在使用平板電腦、視訊聊天平台以及平板電腦能在「最佳功能」過程中安全地移進出病人房間。我們參考了 VA 內部有關臨床醫師遠距醫療培訓指引，並確保能遵守視訊通訊之授權程序。為確保平板電腦使用後的安全性消毒，我們也閱讀了現有的規範。我們還開始考慮如何在視訊聊天中照護過程融入「人性化」(表 3)。

表 3 運用人性化技術在臨終病人溝通

項目	步驟/範例
運用會議讓家屬能提前準備，或讓他們了解可能經歷	如果病人使用鎮定劑且失去意識，可以描述提供的舒適措施以及如何解決現存的症狀

的事情

如果病人使用呼吸器，在開始訪視前需描述它的外觀

定期提供再保證和保持聯繫

了解房間裡每個人的名字及與病人的關係

引導家人可以說些話讓病人安心

檢查情緒

解釋病人監測的現況

討論技術的「陷阱」

設定雙方期待的品質如視訊、聲音等等

如果視訊連接失敗，需有備案計畫

由於發展的使用技術可能對名字和地址「不夠好」或「不盡相同」，可以考慮訪視前進行「電話測試」確保兩方技術沒問題

線上人員需思考身體與人之間聯繫的元素

唱喜歡的歌曲

觀察家人可提供輕柔/舒適相關的元素，沾潤雙唇、握著病人手等

讓家人分享最喜歡的故事，回憶病人，描述病人過去所留下懷念的人事物

實際行動計畫

我們制定了活動任務清單並分配工作人員任務(表 4)。這包括採購平板電腦 Wi-Fi 網路客服及完成「電話測試」，以確認我們有充分的設備進行遠距醫療；培訓安寧緩和醫療照護團隊成員使用 VA 和非 VA 視訊會議平台；並製定有關安寧緩和醫療住院病人及 VA 之社區生活中心，在遠距醫療和病人家屬使用平板電腦視訊諮詢之設施範圍臨床安全作業標準程序。

然而，我們也對於所有機構接觸的相關人員告知並教育，安寧緩和醫療照護團隊服務調整為納入生命末期住院病人照護。所有設施接觸的相關人員包括當地遠距醫療、重症監護病房和 COVID-19 病房的醫療人員和護理長；相關設施領導者和管理員、感染控制成員、急性護理和重症監護委員會、以及醫院/專科醫學、老年病學/長照、社區生活中心、心理健康、神職人員和急診部。有關安寧緩和

醫療病房護理師在 COVID-19 疾病執行特殊之生命末期照護和溝通技能訓練，與 COVID-19 病房之醫療人員和護理長開會討論，安寧緩和醫療團隊如何運用平板電腦進行虛擬的生命末期照護，也在機構範圍內共享我們的標準作業流程並。這些措施實施後，我們試著把護理的方法描述於下面案例。

表 4 任務清單

-
- 與當地遠距醫療人員討論，並獲得在臨床病人照護上使用平板電腦最佳的做法
 - 確保安寧緩和醫療團隊成員已接受臨床遠距醫療訓練
 - 有平板電腦
 - 配置音效/視訊通訊軟體的平板電腦
 - 嘗試建立平板電腦之 Wi-Fi 網絡設備間通訊連接
 - 獲得機構批准現有最佳執行的標準作業流程
 - 根據標準作業流程提供臨床人員使用平板電腦的培訓和教育
 - 平板電腦的保管和後續追蹤計劃應納入標準作業流程
-

L 先生的案例

L 先生是男性 71 歲患有第 2 型糖尿病，在不顧醫療建議離開 A 醫院後，因 COVID-19 肺炎被送入(VA)美國退伍軍人事務部醫療保健系統。2020 年 4 月 29 日因疲倦和進食差而住院，入院時檢測 COVID-PCR 呈陽性，住院病程併發細菌性肺炎、譫妄、營養不良和急性腎損傷。家人認為 L 先生在 A 醫院沒有獲得足夠照護，覺得護理師很少進入他的房間，擔心被孤立和無法與人接觸。家人冒著接觸 COVID 的風險，將 L 先生帶出 A 醫院並帶到 VA，他們希望能獲得更多更好的照護。

2020 年 5 月 7 日在 VA 入院後，病程開始變得複雜有躁動不安的譫妄，心率過速、呼吸急促和低氧血症，並於 5 月 9 日因腎功能惡化和低血壓轉入加護病房，並提供高濃度流量氧氣後，呼吸狀況很差。家人很想見他，但面對面探視不可能不暴露在 COVID-19 的風險。

照會安寧緩和醫療，運用家人智慧手機與安寧緩和醫療團隊，召開遠距家庭會議一起提供支持與討論，L 先生是甚麼樣的人、目前狀況和照護目標，而

家人也再次描述他們在 A 醫院缺乏接觸和關懷的苦楚感受。家人也分享病人所留下的紀念，包括他熱衷基督教信仰、擔任 VA 多年的職員以及熱愛已維修的老哈雷摩托車。他是一位可以修理任何東西的修補匠，是一個狂熱的園丁和漁夫，也很自豪自己得創新設計，他喜歡招待任何人並願意傾聽且讓人著迷。黑色拉布拉多犬小狗的時候就一直是他的親密夥伴，但已經在 6 個月前去世了，他特別想念他。家人認為 L 先生不想在醫院受苦，想採舒適照護過渡這段時間，家人為不能親自探望他而傷心欲絕，希望安寧緩和醫療團隊能獲准使用 L 先生床邊的平板電腦和家人自己的設備進行視訊探視。床邊視訊訪視之角色和職責是需進行討論。每位工作人員都有義務提供富合同理心關懷及接觸的關係，並與家人聯繫以確保他們的需求得到滿足。安寧緩和醫療團隊之協調護理師安排將平板電腦帶到病人房間，安排每次通話的時間，並取得家庭成員的聯繫訊息。

協調護理師就病人之病情以及加護病房可能會看到的情況讓家人先預作好準備。牧師、加護病房護理師和病房護理師穿戴防護裝備，並使用平板電腦與每位家庭成員建立了視訊聯結。牧師唱讚美詩，閱讀他最喜歡的聖經經文，並與他們一起祈禱。護理師確保 L 先生的身體症狀獲得緩解，護理師拿著平板電腦讓家人可以看到病人和牧師之靈性照護以及回答相關醫療需求問題。

家人和工作人員回報在運用視訊醫療進行安寧緩和醫療評估計畫成功。安寧緩和醫療協調護理師與家人也面對面視訊訪視後進行回報，他們對事情的進展非常滿意。工作人員告訴家人，將繼續向 L 先生說出家人的名字，並談論家人希望分享的家庭回憶，並確保 L 先生經常被觸摸。雖然現場氣氛非常悲傷，但家人在他生命的最後幾個小時裡能感受與病人聯繫，並能夠說再見。令人驚訝的是工作同仁回饋中發現參與者感到貼心和滿意的體驗。

評值和反饋過程

有 2 個品質改善之正向成果：在生命末期照護住院病人成功布建了遠端視訊醫療技術；以及保持對安寧緩和醫療照護之必要的緊密聯繫和溝通。我們發現為住院病人執行安寧緩和遠距視訊醫療，需要採購設備、開發、培訓和生理設備並讓整個照護團隊和家人參與非傳統方式的病人視。

第二個考慮因素是建構關心和信任的關係。我們發現至關重要是調整以視訊進行溝通，這與其他照會安寧緩和醫療遠距視訊醫療的團隊經驗結果一致。這些包括辨識和擬定家人和照護者需求之照護計畫，包含家人感受缺乏人際關係和身體接觸、感覺病人基本需求沒有得到滿足，以及感到被社會孤立的痛苦。

透過傾聽家人擔憂和看法，我們找到了更人性化和個性化的視訊訪視方式。這包括在床邊展現人性化與關懷之視訊通話過程，指導家人他們會看到什麼，詢問遺物議題和其他特定需求，包括靈性關懷，這些都可以納入視訊訪視。在視訊通話期間及之後，臨床工作人員可以引導家人與病人談論特定的家庭成員、家庭故事、愛好/興趣，提供病人喜歡的音樂/娛樂，並提供適合病人所需的靈性照護。臨床工作人員在病床邊能與病人有更深入的聯繫和認識。他的家人非常重視與病人進行虛擬會面和交談，以及有機會和醫護人員參與他的生命回顧、故事分享和留下紀念。家人對於病人能被當作「人」對待表示感謝。最後，我們發現護理技術方面退居幕後，而人性面仍然可見。而我們很幸運的，這項技術能運作很好。

初期需要的修改/擴展的行動計劃

針對如何提供家人和工作人員之個別性活動、講故事和觸摸的體驗，我們也調整流程和正式培訓項目(表 3)。隨著當地 COVID-19 病人數量的減少，我們意識到可能會出現後續的感染浪潮，因此必須維持和改善安寧緩和醫療遠距視訊醫療計劃。我們將持續與所有使用設備的相關人員接觸，告知和教育有關安寧緩和醫療虛擬模式的合適性，以及我們如何幫助他們將技術融入生命末期特殊的照護中。這涉及到對臨床護理師進行現場和提前的特殊 COVID 訓練，包括生命末期照護、安寧緩和醫療溝通策略、使用遠距醫療的技術、設備之標準作業程序訓練，並與 COVID 照護之加護病房醫療主任和護理長舉行會議討論如何在大流行期間改以平板電腦和安寧緩和醫療服務。

結論

大流行是系統性變革的強大動力，可發現並推動末期之病人及其家人提供關懷和聯繫照護的新方法。我們的經驗顯示，雖然技術不能取代面對面的接觸，但它可以提供有意義的聯繫。重新定義傳統的安寧緩和醫療模式需要謙卑和具備改變的勇氣。假如虛擬照護替代方案“不如”“黃金標準”，我們需學習面對技術失敗的恐懼，部分家人、病人和工作人員會感到與失望共處，當我們學習一種新的照護模式，也請允許我們自己失誤。

這項創新的業務模式概念，確認並提供安寧緩和醫療照護虛擬個性化架構所需的品質改善流程，我們希望提供一個有益的模板，以重塑其他照護體系之安寧緩和醫療服務。雖然意識到工作中可能會受限於專注在 VA 醫療中心之其他照護環境和單一病例，接觸的方式不僅是擴展了大家所普遍認同的創新業務

模式及品質改善。本著大家一起共同學習的精神，提供重要結論（表 5），希望在大流行期間開發的模式和經驗教訓能有持續及正向的成果。

表 5 重要結論

-
- 要有備用計劃（可能是電話）以因應技術的不完善。
 - 視訊連繫並不適合所有人； 做好準備去接受事實並非每個人的需求都會得到充分滿足。 大多數人會感謝你曾嘗試過。
 - 萬事起頭難，別讓自己對完美的不切實際預期阻擋了。
 - 靈活、有創意並使用可用的工具：如果您買不到平板電腦，每個房間都有手機電話總比沒有好。 其他替代品：Vocera 通訊軟體設備、小兒監視器或個人智慧手機建立連結。
 - 當開始進行安寧緩和遠距視訊醫療計畫時，需發展短程品質改善及工作計劃。
 - 從小處著手，但要從頭開始，不要等待別人開始做事情。
-