



綜合社區 安寧照顧支援隊 (ICEST)



專業同工工作指引(上冊)

理論基礎・整全評估・照顧計劃

(第一版)

合作夥伴：



香港中文大學
賽馬會老年學研究所
CUHK Jockey Club Institute of Ageing



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation



基督教
靈實協會
HAVEN
OF HOPE
CHRISTIAN SERVICE

RESPECTING LIFE • IMPACTING LIFE



聖公會聖匠堂長者地區中心
S. K. H. HOLY CARPENTER CHURCH
DISTRICT ELDERLY COMMUNITY CENTRE
(由香港聖公會福利協會有限公司營運)



聖雅各福群會
St. James' Settlement

目錄

序言	4
關於「賽馬會安寧頌」計劃	5
編著團隊	6
鳴謝	7
如何使用本工作指引	9
表格及圖表目錄	11

1

背景及理論 12

1.1 「綜合社區安寧照顧支援」(ICEST) 模式的發展	13
1.2 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 的目標與特色	14
1.2.1 統一的標準照顧模式	15
1.2.2 填補現行服務空隙 (橋樑角色)	16
1.2.3 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST)與現行服務緊密合作	17
1.2.4 需要為本的針對性介入	18
1.2.5 效用、程序及成本效益的嚴謹實證	19

2

「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 照顧路徑一覽 20

2.1 「評估—計劃—介入」循環	21
------------------	----

3

3. 識別 — 識別服務使用者及與他們建立關係 26

3.1 統一的識別服務使用者及轉介系統	26
3.2 轉介準則	27
3.3 轉介表格	27
3.4 初步與服務使用者建立關係的過程 (ENGAGEMENT PROCESS)	28

4

評估 — 評估服務使用者的全人需要	30
4.1 評估對象與時間表	30
4.2 於關鍵過渡期進行評估	31
4.3 評估內容	31
4.3.1 背景資料及評估意願	32
4.3.2 進行全人的ICEST需要評估	33
4.4 透過3-PS評估工具的按需要分層指標進行篩查及評估	34
4.5 執行「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 3-PS需要評估的實用小貼士	45
4.6 資訊科技支援的評估過程	47

5

計劃 — 以人為本的照顧計劃過程	49
5.1 邀請服務使用者參與計劃過程	49
5.1.1 了解其意願	49
5.1.2 編排「照顧目標」的優先次序	50
5.1.3 制訂共同照顧計劃及作定期檢討	51
5.2 個案概念化 (CASE CONCEPTUALISATION)	52
5.2.1 高需要範疇的進一步評估	52
5.2.2 3-Ps問題/需要之間所出現的共病症 (Comorbidity)	53
5.2.3 家庭介入或個人介入	55
5.3 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 階梯式支援服務模式 (STEPPED-CARE MODEL)	56
附錄 1 統一轉介表格 (樣本)	58
附錄 2 初步評估及服務計劃表格 (樣本)	60
參考資料	61
詞彙表	63

序言

香港每年有大約四萬人死亡，當中大部份是長期病患者。患者在晚期時的生命質素，尤其在中國社會來說，對家庭有很大的影響。「賽馬會安寧頌」計劃於2016年開展，致力提升晚期病患者的生活質素。

醫院往往被認為是晚期病人在生命最後階段時接受照顧的地方，但事實並非如此。根據醫院管理局在2015年所提供的數據，年長的晚期病患者在離世前的六個月期間，當中有約39天在醫院渡過，這亦代表他們會有超過78%的時間是留在社區中生活。而在我們2021年的公眾調查中，約28%的受訪者表示當自己面臨即將死亡時，自己的家居是他們首選的護理場所。因此，安寧照顧不僅只由醫院提供，而應做到安寧照顧「由社區、為社區、在社區」。

正如世界衛生組織所建議¹，改善舒緩治療是一項國際使命，尤其擴展至社區/家庭護理。這有賴醫療部門、社會服務、及社區照顧者之間互相協調，並實踐全人關顧的理念，以滿足晚期病患者及其家人的多方面需求，並尊重他們的意願。

在與我們計劃的合作夥伴共同努力下，我們發展並測試了一個標準化、跨專業的服務模式——「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 模式。研究證實 ICEST 模式不但能提升晚期病患者及其家屬的生活質素，更能成功減少患者不必要的住院，對整體社會有重大影響。

本工作指引，旨在闡述 ICEST 模式的詳細內容。指引會分為上下兩冊，上冊集中講解 ICEST 模式的理論背景和概述。此外，還會概述如何與服務使用者建立關係，進行評估及定訂照顧計劃。所有專業同工或受培訓中的專業同工皆可索取此冊指引。而下冊則集中講解介入方案。該冊的內容重點是分層的介入方向。這些分層介入方向是根據大量文獻回顧，與賽馬會安寧頌計劃中 ICEST 團隊的多次討論，以及在評估中所取得的數據所設計的，亦是本冊的特徵。由於內容與實踐相關，我們會提供一個與指引手冊對應的訓練課程，以協助同工練習如何進行評估、計劃及介入。指引下冊則只會發給已經完成 ICEST 模式培訓課程的同學。本工作指引原為英文版，但現已翻譯為中文版，以配合不同學習者的需要。

此外，我們亦為支援同工編訂了另一本中文版的實務工作指引。希望本工作指引和支援同工的實務工作指引，能夠有助支持團隊成員之間的協作。最終能令團隊可以為患者和家屬提供全人和一致的護理。

ICEST 服務模式及本工作指引能夠成功製成，實有賴眾多團體和人士的幫助。首先鳴謝「賽馬會慈善信託基金」展開了「賽馬會安寧頌計劃」，以及一直對本計劃的捐助和鼎力支持。衷心感謝本計劃的諮詢委員會給予我們寶貴及有建設性的建議，令本計劃的服務模式得以不斷改進。同時感激參與了本計劃服務的各位患者、家屬，以及義工，付出了寶貴的時間為我們檢討我們的服務模式。特此鳴謝本計劃的社福機構合作夥伴：基督教靈實協會、香港復康會、聖公會聖匠堂長者地區中心，以及聖雅各福群會，承蒙各機構團隊積極參與設計、推行、檢討、以及綜合實踐的經驗與及鞏固當中的智慧。

「賽馬會安寧頌」2017年國際會議的主題演講嘉賓、著名學者Allan Kellehear² 教授曾說安寧照顧乃是每一個人的責任。我誠意邀請大家一同努力，攜手協作，支持晚期患者及其家人！

周燕雯教授

香港大學社會科學學院「賽馬會安寧頌」計劃項目總監
香港大學社會工作及社會行政學系系主任及教授

1 World Health Organization. (2016). *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>

2 Kellehear A. (2013) Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM*, 106(12):1071–5. doi: 10.1093/qjmed/hct200.

關於「賽馬會安寧頌」計劃

隨著香港人口老化，晚期病患長者人數不斷攀升，公眾對社區晚期病人護理服務的需求亦日漸增加。為此，香港賽馬會慈善信託基金撥款二億五千五百萬港元，於2016年開展推行為期六年的「賽馬會安寧頌」計劃，協助改善社區晚期護理服務的質素，以及為相關服務的專業人員提供培訓，並舉辦公眾教育活動。

「賽馬會安寧頌」結合跨界別力量，聯繫社區及醫療系統，強化現有臨終護理服務。計劃會在社區及安老院舍推行安寧服務，為晚期病患長者提供全面的支援，讓他們可以在充份知情下作出合適的臨終護理選擇，提升他們的生活質素。計劃合作夥伴包括：香港大學社會科學學院、香港中文大學賽馬會老年學研究所、香港老年學會、基督教靈實協會、香港復康會、聖雅各福群會，及聖公會聖匠堂長者地區中心。

詳情請瀏覽：<http://www.JCECC.hk/>



策劃及捐助：



香港賽馬會慈善信託基金

夥伴：



香港中文大學
賽馬會老年學研究所
CUHK Jockey Club Institute of Ageing



Faculty of
Social Sciences
The University of Hong Kong
香港大學社會科學學院

社
科
人
Socienlist



基督教
靈實
協會
HAVEN OF HOPE
CHRISTIAN SERVICE

尊重生命 • 改變生命



香港老年學會



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation



聖公會聖匠堂長者地區中心
S. K. H. HOLY CARPENTER CHURCH
DISTRICT ELDERLY COMMUNITY CENTRE
(由香港聖公會福利協會有限公司營運)



聖雅各福群會
St. James' Settlement

編著團隊

本工作指引由賽馬會安寧頌計劃香港大學社會科學學院團隊編著：

周燕雯教授

香港大學社會科學學院「賽馬會安寧頌」計劃項目總監
香港大學社會工作及社會行政學系系主任及教授

陳麗雲教授

香港大學社會科學學院「賽馬會安寧頌」計劃項目顧問
香港大學社會工作及社會行政學系榮休教授

樓瑋群博士

香港大學社會科學學院「賽馬會安寧頌」計劃項目主研究員
香港大學社會工作及社會行政學系副教授

團隊成員包括：

(按姓氏的英文字母順序排列)

陳君寧 陳秀青 周秀芳
黎紫翠 李淑霞 李沅真
龍偉民 王倩蓉 葉美英

歡迎隨時向本團隊提出改善本工作指引的意見。

如有任何問題或意見，請隨時透過電郵jcecc@hku.hk與賽馬會安寧頌計劃香港大學社會科學學院團隊聯絡。

鳴謝

特此鳴謝本計劃的社福機構合作夥伴：基督教靈實協會、香港復康會、聖公會聖匠堂長者地區中心，以及聖雅各福群會，承蒙各機構代表積極參與ICEST的工作坊以及工作指引的檢閱過程並提供寶貴意見，促使本實務工作指引能夠成功製成。以下是曾參與ICEST的設計工作坊及/或向本工作指引給予意見的合作夥伴成員名單³：

基督教靈實協會司務道寧養院

黃建成醫生	副院長
陳煒嬋醫生	副顧問醫生
李嘉汶女士	副護士長
李瑞昌先生	心靈社康服務及牧關部副主管
張翠珊女士	資深護師
陳麗明女士	註冊護士
盧淑玲女士	註冊護士
鄧曉嫻女士	社工(直至2021年10月)
黃朗琦女士	社工(直至2021年6月)
黃美珊女士	註冊護士

聖公會聖匠堂長者地區中心

梁梓敦先生	高級服務經理
陳慕寧女士	項目經理 (由2021年1月起)
林嘉欣女士	項目經理 (直至2020年12月)
何美儀女士	註冊護士(至2020年10月)
林映麗女士	社工(至2020年9月)
劉兆康先生	社工
羅錦媛女士	社工
文淑冰女士	註冊護士
黃嘉然先生	社工(至2018年12月)
林嘉然女士	計劃主任
黃梓汶女士	計劃主任
吳倬欣女士	助理程序幹事

³ 排名先按合作夥伴機構的英文名稱首字母排序，再按每個機構內的職級排序。同一職級的成員則以英文姓氏首字母排序。

聖雅各福群會

方家美女士	持續照顧服務高級服務經理 (自2021年9月起)
盧佩芬女士	持續照顧服務高級經理 (2019年9月至2021年8月)
鄒穎詩女士	持續照顧服務經理 (直至2019年9月)
余樂天先生	計劃經理
李佩怡女士	社工
黎玉瑩女士	社工
葉育婷女士	註冊護士
林潔鈴女士	社區照顧主任
陳秀玲女士	社區照顧主任
葉健彬先生	社區照顧主任
駱讚濤先生	社區照顧主任

香港復康會

廖潔嫻女士	總監(復康)
羅敏姿女士	項目經理
夏蜀韻女士	社工
何盈盈女士	社工 (直至2021年9月)
呂敏女士	註冊護士 (由2021年7月)
黃錦儀女士	註冊護士 (直至2021年6月)
唐溥晨女士	項目主任
王蘊衡女士	項目主任

最後，衷心感謝所有允許我們把其寶貴的資源及資料的外部超連結收錄到本指引中的機構及團體。

如何使用本工作指引

工作指引的對象及目的

「綜合社區安寧照顧支援隊模式工作指引」（下稱「工作指引」）的對象為推行「綜合社區安寧照顧支援隊」模式（英文全寫“Integrated Community End-of-Life Care Support Team” Model，下稱ICEST）的專業同工。本工作指引的目的是為同工提供在社區推行ICEST時所需的知識。

本「工作指引」的架構

本「工作指引」分上下兩冊。上冊內容將介紹ICEST的基礎理論、發展過程及照顧路徑，並就執行照顧路徑的首三個步驟提供全面及實用的資料。具體內容如下：

- » ICEST 的背景和發展；
- » ICEST 照顧路徑簡介；
- » ICEST 照顧路徑第一步：**識別** — 服務使用者的識別、轉介以及關係建立；
- » ICEST 照顧路徑第二步：**評估** — 透過需要分層指標的評估工具向晚期病患者及其家屬進行整全的評估；及
- » ICEST照顧路徑的第三步：**計劃** — 以人為本的照顧計劃，過程包括了讓服務使用者參與照顧的策劃、個案概念化以及運用「階梯式支援服務模式」提供服務。

下冊則著重ICEST照顧路徑中的最後一個步驟 — 介入。具體內容包括為晚期病患者及其照顧者循證為本及以需要為本的介入。指引會針對不同系統，包括是晚期病患者系統、照顧者系統及家庭系統，以及不同程度的照顧需要去提供臨床介入指引

使用本「工作指引」的實用貼士

本質上，同工應同時參照這兩本工作指引，以全面掌握ICEST的運作。閱讀本「指引」有助專業同工對ICEST的推行模式有更清晰的了解，惟同工必須進一步接受由合資格導師所帶領的ICEST模式培訓課程，才能運用ICEST於工作中。

在本「指引」之中，我們會把一些重點或在推行ICEST時要注意的地方以「實踐小貼士」方式標示。在「指引」的電子版本中，文中會設有內部連結，以便讀者在「指引」中瀏覽相關內容。而內部連結已置於目錄的章節中，讀者只需按相關連結便可以直接瀏覽相關內容。而在內文，讀者亦可以見到代表內部連結的標示“►”。另外，讀者可以按置於每頁底部的內部連結以返回主目錄或瀏覽重要總表。

與ICEST相關的工作指引/手冊

ICEST是一個跨專業的服務模式，故同時推出個別工作指引予團隊內的不同成員使用。除了兩冊給予專業同工參考的「工作指引」，另有一本給予支援同工參考的「綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST)支援同工實務工作指引」，以及給義工組織者參考的「安寧義工服務發展與統籌手冊」。下表列出所有與ICEST照顧模式有關的工作指引/手冊及索取方法：

有關ICEST的工作指引/手冊	對象	索取方法
「綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST) 專業同工工作指引 (上冊)：理論基礎·整全評估·照顧計劃」(2021年第一版) [備有中/英文版]	ICEST模式的專業同工	可於以下連結下載： www.jcecc.hk
「綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST) 專業同工工作指引 (下冊)：循證及以需要為本的介入」(2021年第一版) [備有中/英文版]	ICEST模式的專業同工	於訓練課程中派發
「綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST)支援同工實務工作指引」(2021年，第一版) [只有中文版本]	ICEST模式的支援同工	於訓練課程中派發
「安寧義工服務發展與統籌手冊」(2021) [只有中文版本]	ICEST模式的義工服務統籌人員	可於以下連結下載： www.jcecc.hk

本團隊已盡力提供正確的資訊，但不能保證本「工作指引」中所引用的「超連結」(hyperlink) 皆能永久有效，而我們亦不能控制所連結之網頁之可用性。

表格及圖表目錄

表目錄

表 3.1	有助與服務使用者建立關係的溝通	28
表 4.1	晚期病患者及其照顧者評估時間表概覽	30
表 4.2	建議收集的背景資料	32
表 4.3	服務使用者 3-Ps 評估指標總表	33
表 4.4	晚期病患者：身體需要指標	35
表 4.5	晚期病患者：心社靈需要指標	36
表 4.6	晚期病患者：生活實際需要指標	40
表 4.7	照顧者：心社靈需要指標	41
表 4.8	照顧者：生活實際需要指標	44
表 4.9	執行 ICEST 3-Ps 需要評估的實用小貼士	45
表 5.1	進一步評估高需要度範疇的相關問題	52

圖目錄

圖 1.1	ICEST模式發展過程所涉及的元素	13
圖 1.2	ICEST模式的元素	15
圖 1.3	ICEST及現有支援服務之間的合作	17
圖 2.1	ICEST模式的照顧路徑	20
圖 2.2	ICEST照顧路徑各步驟的行動	22
圖 2.3	ICEST模式的執行流程圖	24
圖 2.4	ICEST照顧路徑接收個案時的步驟	25
圖 3.1	醫院管理局及ICEST的轉介及通訊系統	26
圖 4.1	ICEST評估結果（範例）	47
圖 4.2	透過運用按需要分層指標及分層針對性介入達成預期成效	48
圖 5.1	以器官衰竭的典型疾病軌跡為例，「積極介入」及「穩固」階段會不斷交替，直至「喪親照顧」階段為止	51
圖 5.2	晚期病患者的3-Ps基線需要共病症（N=315）	53
圖 5.3	晚期病患者中常見的心理、實務及身體症狀共病症	54
圖 5.4	ICEST模式在各範疇不同強度的階梯式支援服務	56
圖 5.5	ICEST模式中義工的角色	57

1. 背景及理論

在本港，紓緩治療 (palliative care) (包括安寧照顧 (end-of-life care, EoLC)) 主要由駐院醫護人員提供。但有本地研究指出，晚期病患者在離世前半年一般會在社區生活約5個月的時間 (Lau等, 2010)，而這些患者與他們的照顧者在社區生活期間往往需要多方面的支援。在過往十年間，香港對社區安寧照顧的需求與日俱增，越來越多市民希望能讓晚期病患者盡可能留在家中，接受由社區照顧者 (包括家人 (配偶、兒女、孫兒女)、朋友及/或鄰居) ⁴ 配合正式醫療服務，及社區支援服務共同提供的照顧，在一個熟悉的環境中走完人生最後一程。而且，在社區提供安寧照顧，越來越被認同為符合經濟效益、道德操守，及以人為本的最佳照顧模式。然而，在社區提供安寧照顧挑戰重重，要更好地發展社區安寧照顧，我們需要一個結合全人關懷、無縫接軌的醫社合作嶄新模式，而這個模式同時需要廣大市民改變固有思維模式 (從「醫療化」改為「非醫療化」、以人為本的安寧照顧模式) 去支撐。

香港賽馬會慈善信託基金撥款二億五千五百萬港元，於2016年推行「賽馬會安寧頌計劃」(“JCECC”)，以正面回應上述挑戰。「賽馬會安寧頌計劃」旨在透過提升服務提供者提供安寧照顧的效能、並提升公眾對以人為本社區安寧照顧的可行性及有效性的意識，從而提升社區安寧照顧(EoLCC)的質素。「賽馬會安寧頌計劃」合作夥伴包括香港大學社會科學學院、香港中文大學賽馬會老年學研究所、香港老年學會、基督教靈實協會、香港復康會、聖公會聖匠堂長者地區中心，以及聖雅各福群會。

鑑於全球人口正在老化，如何提升晚期病患者生活質素、安寧照顧的質素，以及家屬照顧者照顧其親人和自我照顧的能力等，均是全球持續關注的議題(Gómez-Batiste等, 2019)。英國「國家健康與照顧卓越研究院」(The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) (2017) 指出無論在任何社區環境下，安寧照顧的整體目標應包括：

- » 致力改善晚期病患者 ⁵ 及其照顧者 ⁶ 的生活質素；
- » 配合晚期病患者及其照顧者的需要和意願，提供適切的 (全人) 照顧；
- » 延長晚期病患者留在自己所選的場所接受照顧的時間；以及
- » 減低晚期病患者不必要 (並往往是無計劃和緊急) 的入院治療。

要達成以上目標，必須有系統地調協醫療團隊及社區服務提供者 (紓緩治療服務團隊、非紓緩治療服務團隊，以及其他在社區內的醫療和社會關懷專業人員) 為晚期病患者提供的照顧，並以晚期病患者及其照顧者作為照顧決定的中心 (NICE, 2017)。

4 照顧晚期病患者的非正式、無薪及未經培訓的照顧者不一定為家庭成員。有些晚期病患者可能可以依賴數代同堂的家庭成員為其提供照顧，然而有些晚期病患者，可能只有配偶 (他們可能同為長者及/或身體狀態欠佳)。更有些晚期病患者可能既沒有配偶，亦沒有較親近的家庭成員，在此情況下則可能需要依賴遠親 (兄弟姊妹、姪子女)、朋友甚至是鄰居的照顧。

5 本工作指引以「晚期病患者」(people/person at end-of-life) 取代「病人」(patient) 一詞。「病人」(patient) 帶有醫療化及被動接受照顧的含義。這與社區安寧照顧提供以人為本的照顧模式，並以維護患者尊嚴、自主和獨立地作出安寧照顧決定的目標背道而馳。

6 「照顧者」(community carers) 一詞在此工作指引中泛指為居於社區的晚期病患者提供非正式照顧的人士。這能包括家庭成員 (配偶、兒女、兄弟姊妹、姪子女)、朋友及/或鄰居。

1.1 「綜合社區安寧照顧支援」(ICEST) 模式的發展

「綜合社區安寧照顧支援隊」(以下將簡稱為ICEST)為「賽馬會安寧頌計劃」成功的關鍵。團隊的概念來自「賽馬會安寧頌計劃」首三年試行的四個服務模式所整合而成。ICEST不但結合各試行服務模式的優點、同時對晚期照顧歷程和照顧者角色有更深入的了解，進一步改良了安寧照顧的服務內容及其提供方式。ICEST的發展建基於實證主導 (evidence-driven)及持份者的積極參與 (stakeholder-focused participatory process) 一過程包括系統的文獻綜述、服務模式的成效研究，及重要持份者的諮詢工作。重要持份者包括有份參與試行計劃的「賽馬會安寧頌計劃」夥伴社福機構的代表，以及食物及衛生局 (FHB)、勞工及福利局 (LWB)、醫院管理局 (HKHA)，和社會福利署 (SWD) 各政府部門的代表 (圖1.1)

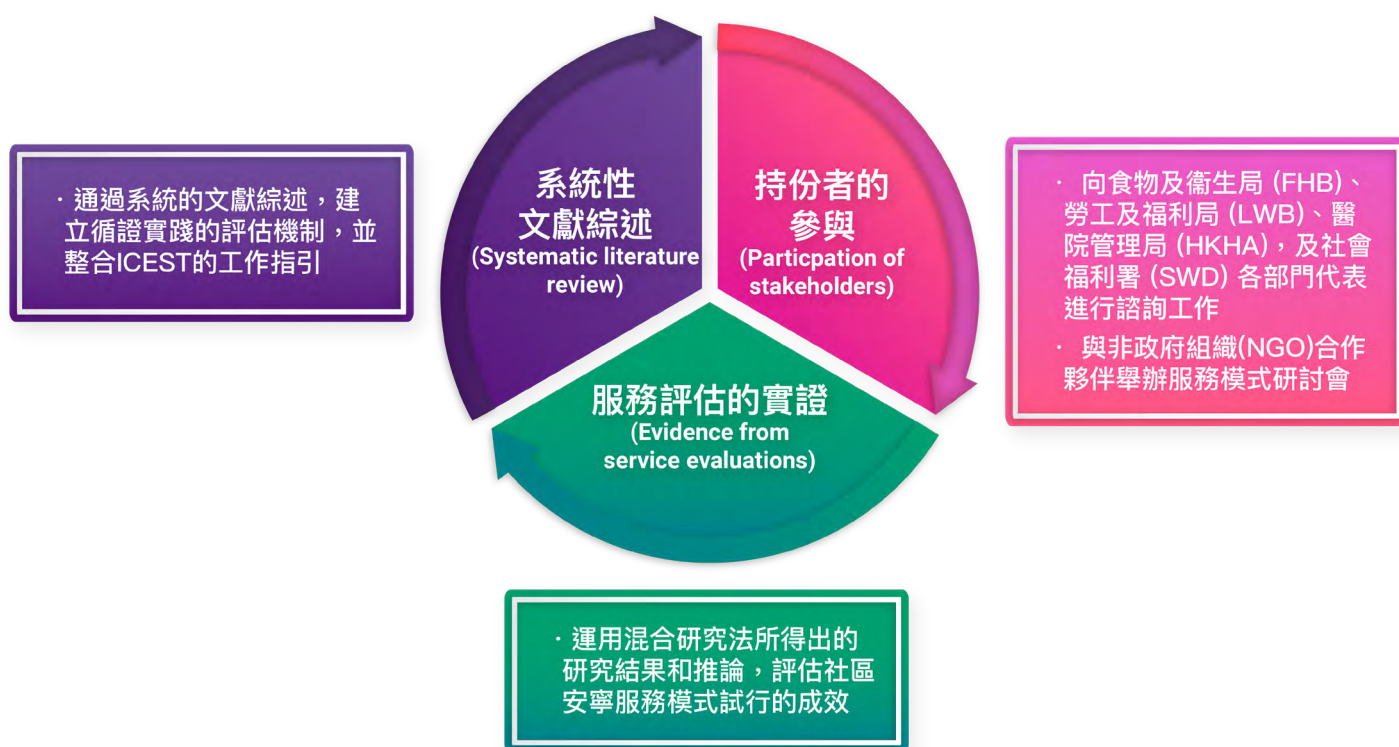


圖 1.1 ICEST模式發展過程所涉及的元素

1.2 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST)的目標與特色

成立ICEST模式的最終目標，是為全人社區安寧照顧服務建立一套既可行，又有效的服務模式，並以此作為香港，甚至其他地區社區安寧照顧服務的參考準則。服務模式旨在致力改善居於社區並患有晚期疾病人士(晚期病患者)及其社區照顧者(可包括家庭成員、朋友或鄰居)的生活質素。為了晚期病患者對照顧場所及照顧方式的意願得以被尊重，並同時減低不必要(並往往是無計劃、緊急和可預防)的入院，ICEST致力賦權(empower)及支援晚期病患者及其照顧者為其醫療及生活方式作出知情的(informed)選擇。

ICEST模式具備以下核心特色:

1. 提供統一的標準照顧模式；
2. 填補現行社區照顧服務的空隙(橋樑角色)；
3. 與現行醫護服務緊密合作；
4. 提供「需要為本」的針對性介入；以及
5. 照顧模式的所有服務程序、成效及成本效益皆具有現行最佳實證支持

1.2.1 統一的標準照顧模式

「賽馬會安寧頌計劃」的首三年間，分別試行了四個社區安寧照顧服務模式：

1. 基督教靈實協會的「強化社區健康支援模式」（安居晚晴照顧計劃）；
2. 聖雅各福群會的「家庭功能提升模式」（「安·好」居家寧養服務）；
3. 香港復康會的「非癌症患者能力培訓模式」（「安晴·生命彩虹」社區安寧照顧計劃）；以及
4. 聖公會聖匠堂長者地區中心的「社區能力培訓模式」（「安寧在家」居家照顧支援服務）。

「賽馬會安寧頌計劃」團隊應用了統一的評估框架，以識別出各服務模式的有效要素。這些要素組成了ICEST服務內容的基礎，並可大致被歸類為「3-Ps介入模式」：包括身體照顧 (Physical care)、心社靈關顧 (Psychosocial Spiritual care)，及實務支援 (Practical care) (圖1.2)。



圖 1.2 ICEST模式的元素

ICEST由專業人員（社工 (SW)、護士 (N)、支援同工 (SCW)) 以及受過培訓的義工 (V) 所組成的跨專業團隊所組成。這個團隊組合對提供3-Ps介入模式最為有效。

1.2.2 填補現行服務空隙 (橋樑角色)

香港現時並沒有專門支援居家晚期病患者及其照顧者面對晚期生活各種挑戰的社區服務。社會福利署雖然有為體弱長者設有近似的社區支援服務，包括：改善家居及社區照顧服務 (EHCCS)、照顧體弱個案的綜合家居照顧服務 (IHCS)、嚴重殘疾人士家居照顧服務 (HCSPSD)，以及社區照顧服務券 (CCSV)，但以上服務主要協助體弱長者解決身體上和生活實際上的需要，而輪候期一般很長，大部分患有晚期疾病的人很可能無法等到服務。

另一方面，如駐院醫護團隊認為患者在離院後，在復康、個人護理及/或家居照顧上有高度照顧需要，該患者可能會被轉介至離院長者綜合支援計劃 (IDSP) 或社康護理服務 (CNS) 以獲取適當照顧。以上有期限的服務主要協助剛離院並有復康能力的病人解決短期需要。由於晚期病患者在輪候復康服務時優先級別較低，因此並不會獲優先考慮。

與此同時，上述所有服務都並未能照顧晚期病患者心社靈上的重大需要。由於晚期病患者剩餘壽命不多，他們需要接受適時和專門的支援以提升晚期病患者及其照顧者的生活質素及健康程度。醫務社會服務(MSS)同工雖然可提供心理社交支援，但這項服務主要為住院病人提供。當晚期病患者出院後，服務選項便會改變。如晚期病患者及其照顧者需要心理社交上的支援，他們可聯絡綜合家庭服務中心(IFSC)或長者地區中心(DECC)，然而在大部分情況下，這些服務都未必能滿足他們在面對生命晚期時的特殊需要。

然而，ICEST並不提供紓緩治療 (palliative care)。ICEST旨在透過為患者提供獨有的選擇，從而識別並填補現行社區服務的空隙，例如：

- » 透過提供有關居家症狀管理的心理教育，在症狀管理上扮演支援角色，並促進醫療團隊、晚期病患者及其照顧者之間有效及適時的溝通；
- » 扮演 社區資源統籌角色，以協助晚期病患者及其照顧者獲取必要援助，從而讓患者盡可能留在家中生活；及/或
- » 提供專門的心社靈關顧，旨在提升晚期病患者及其照顧者面對生命晚期時的抗逆力，並讓他們能過著有尊嚴的生活

1.2.3 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST)與現行服務緊密合作

ICEST的其中一個核心功能是與現行服務合力識別及填補現行服務上的空隙，並根據個案的個別情況，盡可能以最全面和無縫的方式，滿足每一位晚期病患者及其照顧者的需要。這不但能舒緩服務使用者可能因服務空隙而造成的壓力，同時亦能改善整體服務質素，更能為各界服務之間的協作模式訂立一套標準。

圖1.3 為ICEST、醫院管理局舒緩治療服務與社會福利署的社區支援服務的建議協作模式一覽圖。如晚期病患者符合任何醫院管理局或現行社區支援服務對象的準則，ICEST會與現行服務在不重疊資源下提供共同照顧，而ICEST將會為晚期病患者在社區提供多一層的專門安寧照顧。

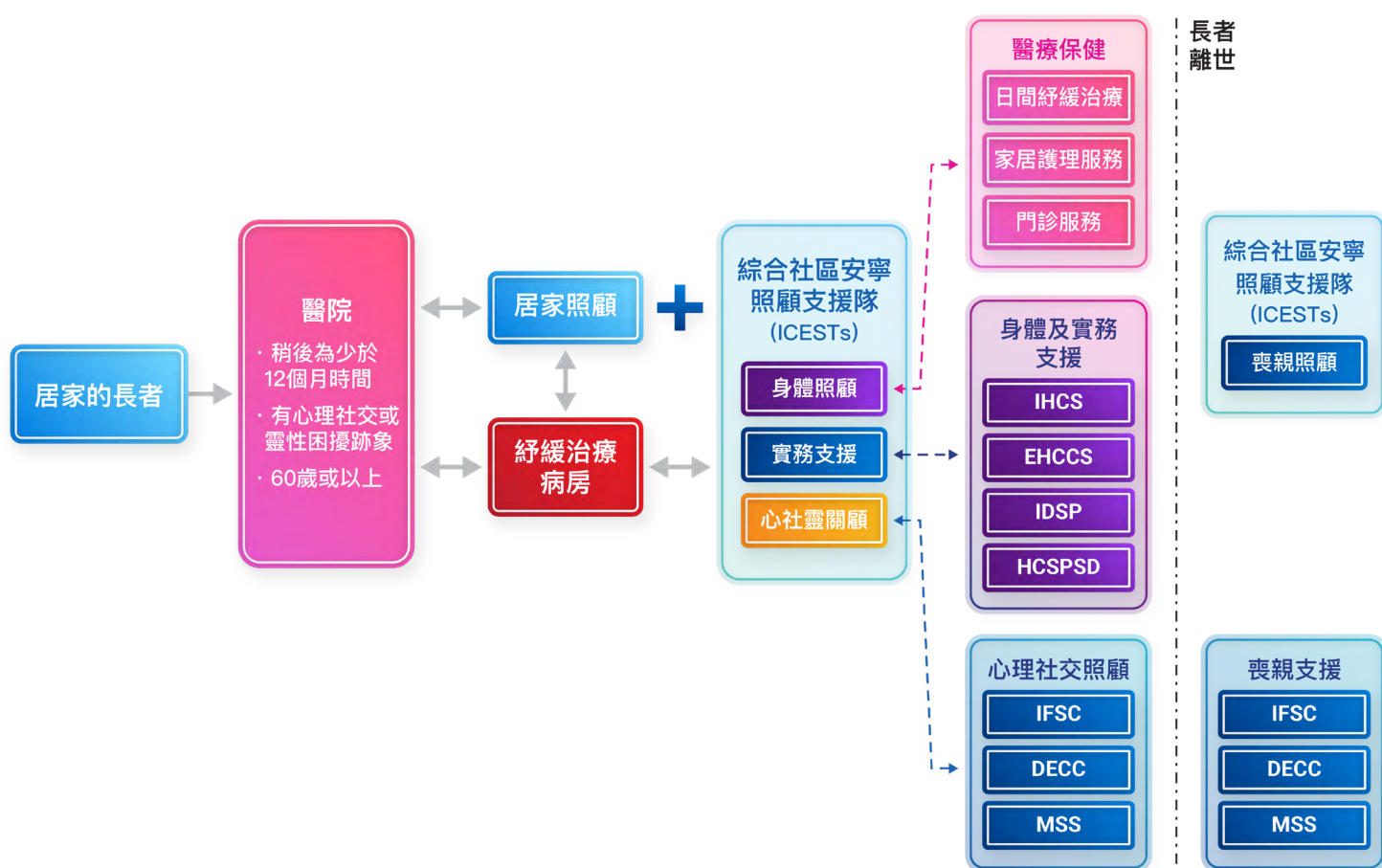


圖 1.3 ICEST及現有支援服務之間的合作⁷

⁷ IHCS=綜合家居照顧服務； EHCCS=改善家居及社區照顧服務； CCSV=社區照顧服務券； HCSPSD=嚴重殘疾人士家居照顧服務； IFSC=綜合家庭服務中心； DECC=長者地區中心； MSS=醫教社會服務

1.2.4 需要為本的針對性介入

個人化且以需要為本的紓緩治療介入模式在過往數十年日益受到重視。越來越多人明白晚期病患者會經歷變幻無常（並往往不能預測）的「疾病軌跡」（disease trajectories），並因而影響他們在整個疾病進程中對紓緩治療的不同需要（Irish Association for Palliative Care, 2018；McCallum, 2018；Palliative Care Australia, 2005）。為提供全人適時一站式的社區安寧照顧，ICEST以「以人為本」理念作為基礎，並透過全面和反覆的評估，以及複雜且互為影響的介入或服務元素，力求識別和滿足服務使用者的個別需要。要識別出以上介入或服務元素，本服務模式需要適當運用相關的「行為改變理論」（behavior change theories），採用結構清晰的需要評估工具，以及對一系列預期成效進行評估（Moore等, 2015）。「成效」（outcomes）可包括態度、價值觀、情緒和行為上的轉變。所以，「改變理論」（theories of change）被應用去了解「介入」與「成效」之間的關係。

ICEST採納了一套「階梯式支援服務模式」（Stepped-Care Model），為晚期病患者及其照顧者制訂並提供個人化、需要為本及針對性的介入。透過按需要分層篩查及運用評估工具（3-Ps評估），服務模式會基於「賽馬會安寧頌計劃」試行服務模式中所得出的「分界值」（threshold values），區別服務使用者在各個3-Ps範疇（身體、生活實際、心理社交）不同程度的需要，進而因應評估結果提供針對不同需要程度及種類的服務。鑑於晚期病患者的疾病軌跡變幻莫測，加上其預期壽命一般較短，服務模式必須準確地向服務使用者提供循證的針對性介入，不但要適時，更需要考慮到具體情況，以確保能在最短時間內讓所有服務使用者獲得正面成效。

有關對ICEST介入模式的建議主要建基於以下幾點：

- » 透過運用Clinical Decision Support Tool（《臨床決策支持工具》）發展研究所述的搜尋策略，搜尋有關紓緩治療及安寧照顧的循證或共識為本的臨床實踐指南（van Vliet, Harding, Bausewein, Payne, & Higginson, 2015），並在必要時，於上述臨床實踐指南中進行手動搜尋（hand-searching），以搜尋具體技巧及策略的實證；及/或
- » National Consensus Project Clinical Practice Guideline（《全國共識計劃臨床實踐指南》）第四版內所述的系統的文獻綜述（Ferrell, Twaddle, Melnick, & Meier, 2018）。

如以上的指南內並無對該照顧範疇提供任何具體建議，則進行進一步手動搜尋，重點識別系統的文獻綜述以及隨機對照試驗（RCTs）文獻，從這些文獻蒐集相關實證作為介入模式的基礎。

本服務模式在不改變建議原有核心原則/理據的情況下，並考慮到ICEST同工的能力，再配合服務使用者個別需要、背景和情況，而對所蒐集的建議作出適度調整。ICEST並不會提供專科醫療/藥物治療；除一般醫療保健服務外，亦不會提供護理服務。

1.2.5 效用、程序及成本效益的嚴謹實證

ICEST模式採納了一個現行評估框架，目的是為服務模式的輸入（inputs）（所投放的資源）、輸出(outputs）（產生的服務內容）、成效(outcomes），及其影響(impacts)搜集實證，以及進行持續觀察並作出改良。此評估框架由Deborah Rugg制訂，並曾在大規模的「美國總統防治愛滋病緊急救援計劃」(U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief)中被美國國家醫學院（前稱「醫學研究院」(Institute of Medicine, IOM))使用（IOM, 2014）。透過運用混合研究法、結合臨床評估結果（以評估其長期變化的客觀成效）、再進行滿意度調查及深入面談（以評估其主觀成效），最後加入計劃的晚期病患者生前醫療服務使用的數據（在患者離世後收集），從而搜集評估實證。

賽馬會安寧頌計劃於2019年對ICEST進行的成效評估結果令人鼓舞。這有效證明了ICEST對於舒緩晚期病患者所面對的身心社靈困擾、減輕其照顧者的情緒困擾及照顧壓力，以及協助解決晚期病患者及/或其照顧者共同面對的生活實際困難的願景有著顯著的成效。現已有計劃對服務模式日後的成本效益(cost-benefit) 進行評估。這能提升評估的嚴謹性，並為服務模式的可靠性、可行性及可持續性提供進一步的實證。成本效益評估會在社會投資回報率（Social Return on Investments, SROI）的框架內進行（The SROI Network, 2012），並會向相關社區持份者（轉介單位及/或醫院合作夥伴）進行問卷調查，以及與ICEST團隊合作，對服務過程進行評估。

2. 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 照顧路徑一覽

ICEST照顧路徑的四個步驟採納自「黃金標準框架」(The Gold Standards Framework (GSF)) 的中央處理程序 (The Gold Standards Framework, 2016)。原本的照顧路徑由三個步驟(識別—評估—計劃)所組成。ICEST模式則加入名為「介入」的第四個步驟，完成完整的照顧路徑(圖2.1)。圖2.2 歸納了ICEST照顧路徑每個步驟的重點行動。

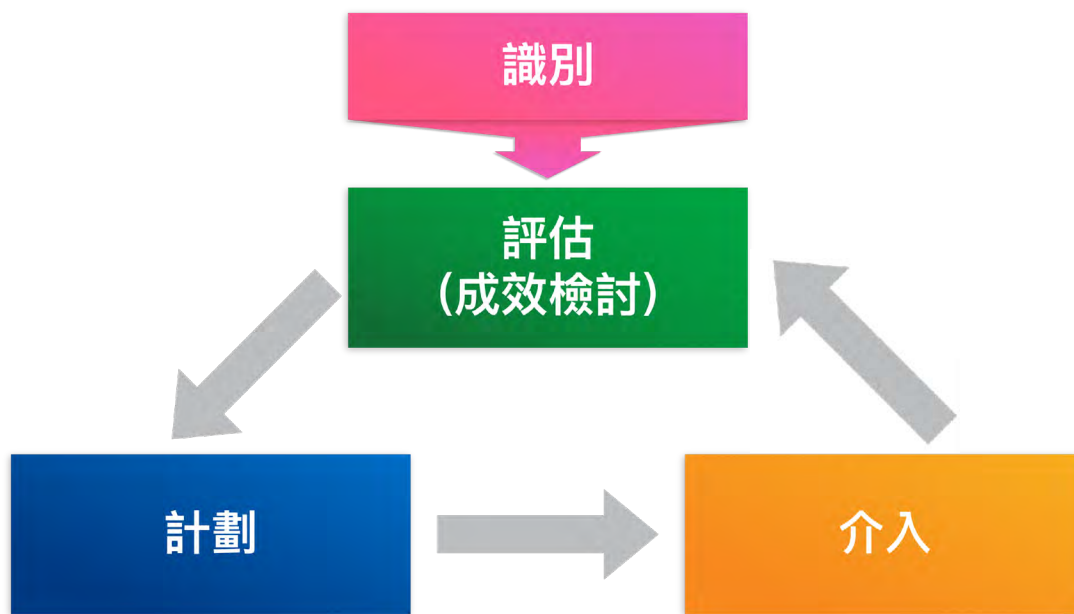
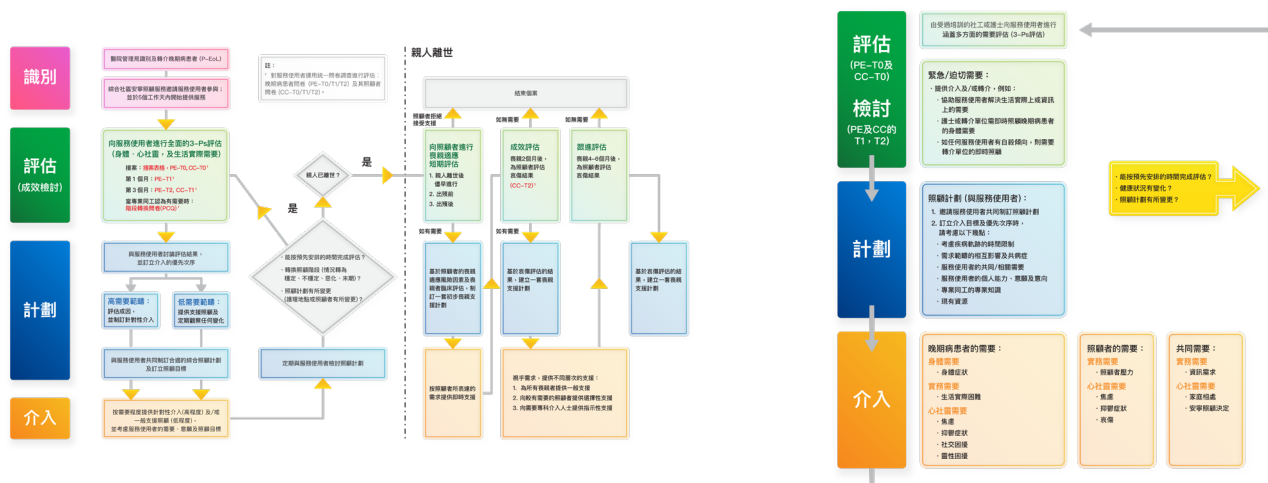
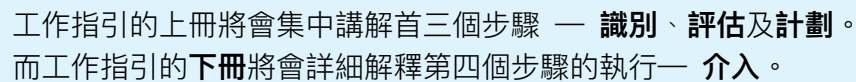


圖 2.1 ICEST模式的照顧路徑

2.1 「評估—計劃—介入」循環

「評估—計劃—介入」步驟組成服務提供的循環。團隊在整個照顧過程中，會積極且定期地重覆執行這個「評估—計劃—介入」循環。反覆評估讓ICEST團隊緊貼其服務使用者不斷變化的需要，以確保介入能做到適時並以需要為本。重新評估同時能為介入成效提供有用數據。

圖2.3 概述ICEST模式的整體實施流程。**圖2.4** 所示則為接收個案時照顧路徑的細節。這些圖表具體展示出「評估—計劃—介入」循環如何在服務提供過程中因應特定的突發事件（triggering situations）而會反覆地執行（例如：評估時間框架、照顧階段的轉變、服務使用者不斷變化的需要、醫護人員所識別出的問題等）。此循環亦涵蓋喪親階段。



識別 IDENTIFY

- » 此步驟由駐院醫護 ICEST 的服務使用者⁸；
- » 醫護團隊會使用統一轉介表格，表格內包含指引及與醫護團隊的溝通渠道；
- » ICEST 的服務使用者包括：（1）晚期病患者及其照顧者；及（2）社區照顧者，可能包括配偶或親人。若該晚期病患者沒有配偶或子女，則可能由遠親（兄弟姊妹、姪子女）、朋友或鄰居所照顧。
- 附錄 1**
- 統一轉介表格（樣本）
- 轉介表格 (P-1)
- Referral Form for Jockey Club End-of-Life Community Care Project (JCECC)**
- ☐ TO : St. James' Settlements (SJS)
(Phone / Fax : Phone / Fax numbers
Email : email address inserted)
- FROM : Palliative Care / Oncology of ☐ PNHK ☐ RTSKH
(Phone / Fax : /
Email :)
- ☐ TO : HK Society for Rehabilitation (HKSR)
(Phone / Fax : Phone / Fax numbers
Email : email address inserted)
- FROM : Medical / Geriatrics of ☐ PNHK ☐ RTSKH
(Phone / Fax : /
Email :)
- Consent**
1. Verbal consent of referral obtained from
☐ Patient and / or
☐ Family member : _____ (date) for patient
paraferral to SJS or HKSR under JCECC and
release of the information as listed in the referral
form to SJS or HKSR for JCECC enrolment
- Patient's Personal Information**
- Name : _____ (Chinese preferred)
Gender : _____ Age : _____ Contact No. : _____
Address : _____
- Family Member Information**
- Name : _____ Relationship : _____
Contact No. : _____
2. Diagnosis known to patient : ☐ Y ☐ N
3. Diagnosis known to family : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure
- Medical Background**
4. Diagnosis : _____
5. PPS (%; if any) : _____
6. Current Infectious Disease : ☐ Y : _____ ☐ N
6. HARRPE score (0-1; if any) : _____
8. Mental illnesses : ☐ Y : _____ ☐ N
9. ACP Discussed : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure
AD Signed : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure
- Psychosocial Background**
10. Psychosocial Spiritual Distress of Patient :
☐ Y : _____ ☐ N
11. Psychosocial Spiritual Distress of Family member :
☐ Y : _____ ☐ N
12. Suicidal Ideation of Patient :
☐ Y ☐ N ☐ Not Sure
13. Family Issue : ☐ Y : _____
☐ N ☐ Not Sure
- Recommended Services**
- | Physical Care | Psychosocial – Spiritual Care | Practical Care |
|--|--|---|
| ☐ Personal care
☐ Education on physical care
☐ Equipment loan | ☐ For patients
☐ For family
☐ Preparatory ACP | ☐ Escort
☐ ADL/Household chores
☐ Social Services Navigation |
- ☐ Receive periodic reviews, in addition to initial need assessment and service plan
☐ Other Remarks, if any : _____
- Referrer's Information**
- Contact Person Name/Post : _____
(If different from referrer) : _____
Referrer's Name/Post : _____
Contact Number : _____
Signature : _____ Date : _____
- For Office Use Only** Received on : _____ Case No : _____
- ICEST 轉介表格

評估 ASSESS

- » 這步驟指由ICEST的專業同工向服務使用者進行一個涵蓋多方面、全人，及按需要分層的評估（3-Ps評估）；
- » 按需要分層的評估指標包含一個「分界值」（threshold values），來決定服務使用者在各個3-Ps範疇不同程度的需要。在完成評估後，ICEST的同工能對服務使用者的需要有全面的掌握。
-
- The diagram illustrates the 3-Ps assessment framework for late-stage patients and caregivers. It is divided into three main categories: Physical Needs (身體需要), Psychosocial Needs (心社靈需要), and Practical Needs (實務需要). Each category is further divided into specific needs, with a central focus on the patient (晚期病患者) and the caregiver (照顧者).
- Physical Needs (身體需要):** Includes symptoms (身體症狀), anxiety (焦慮), depressive symptoms (抑鬱症狀), social isolation (社交隔離), and sexual health (靈性健康).
 - Psychosocial Needs (心社靈需要):** Includes quality of life (生活質素/面臨), caregiver burden (照顧者壓力), family relationships (家庭相處), and decision-making support (安寧照顧決定).
 - Practical Needs (實務需要):** Includes psychological needs (心理需要), bereavement (哀傷), and end-of-life care (善終/安樂死).
- Below the diagram, a table shows the need levels (High/Low) for each category:
- | | 身體需要 | 心社靈需要 | 實務需要 |
|---|------|-------|------|
| 高 | 高需要 | 高需要 | 高需要 |
| 低 | 低需要 | 低需要 | 低需要 |
- ICEST 3-Ps評估及其結果

8 服務使用者在ICEST泛指接受ICEST服務的晚期病患者及其照顧者。

計劃 PLAN

- » 這步驟是指按需要分層評估結果去計劃服務；
- » ICEST同工會向有較高需要及共病症 (comorbidities) 的方面作進一步評估，以探索問題背後的原因；
- » ICEST同工會邀請服務使用者進行有關照顧計劃、介入目標及優先次序的討論。照顧計劃應滿足服務使用者的需要和意願，同時強調現有的選擇；
- » ICEST會應用「階梯照顧模式」，根據服務使用者不同範疇中不同程度的需要，由各專業人士提供不同程度的服務。例如：由護士(N)主導有關身體方面的關顧；社工(SWs)則負責心社靈的關顧，而支援同工(SCWs)則主要提供實際生活支援。義工(V)則在不同的照顧服務扮演支援的角色。

照顧領域及參與成員

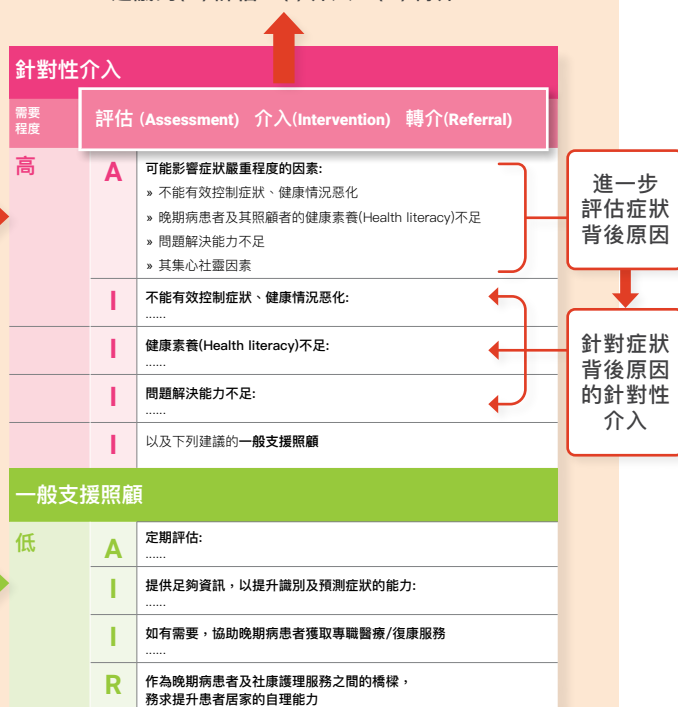


ICEST 階梯照顧模式

介入 INTERVENE

- » ICEST的臨床介入指引根據晚期病患者及照顧者在「身體照顧」、「實務支援」和「心社靈關顧」各需要範疇 (3-Ps) 的不同程度的需要提供循證的介入建議；
- » 根據評估結果及與服務使用者共識的照顧目標，ICEST同工參考與照顧目標有關的需要範疇內的介入指引；
- » 對於高需要的範疇，同工會進一步評估背後成因，並針對成因提供針對性的介入；
- » 對於低需要的範疇，同工能按服務使用者所需提供一般支援照顧；
- » 這些介入可以由義工提供支援，唯介入果效必需一致和清晰

建議的(A) 評估、(I) 介入、(R) 轉介



按需要程度的進一步評估及介入建議

圖 2.2 (續) ICEST照顧路徑各步驟的行動

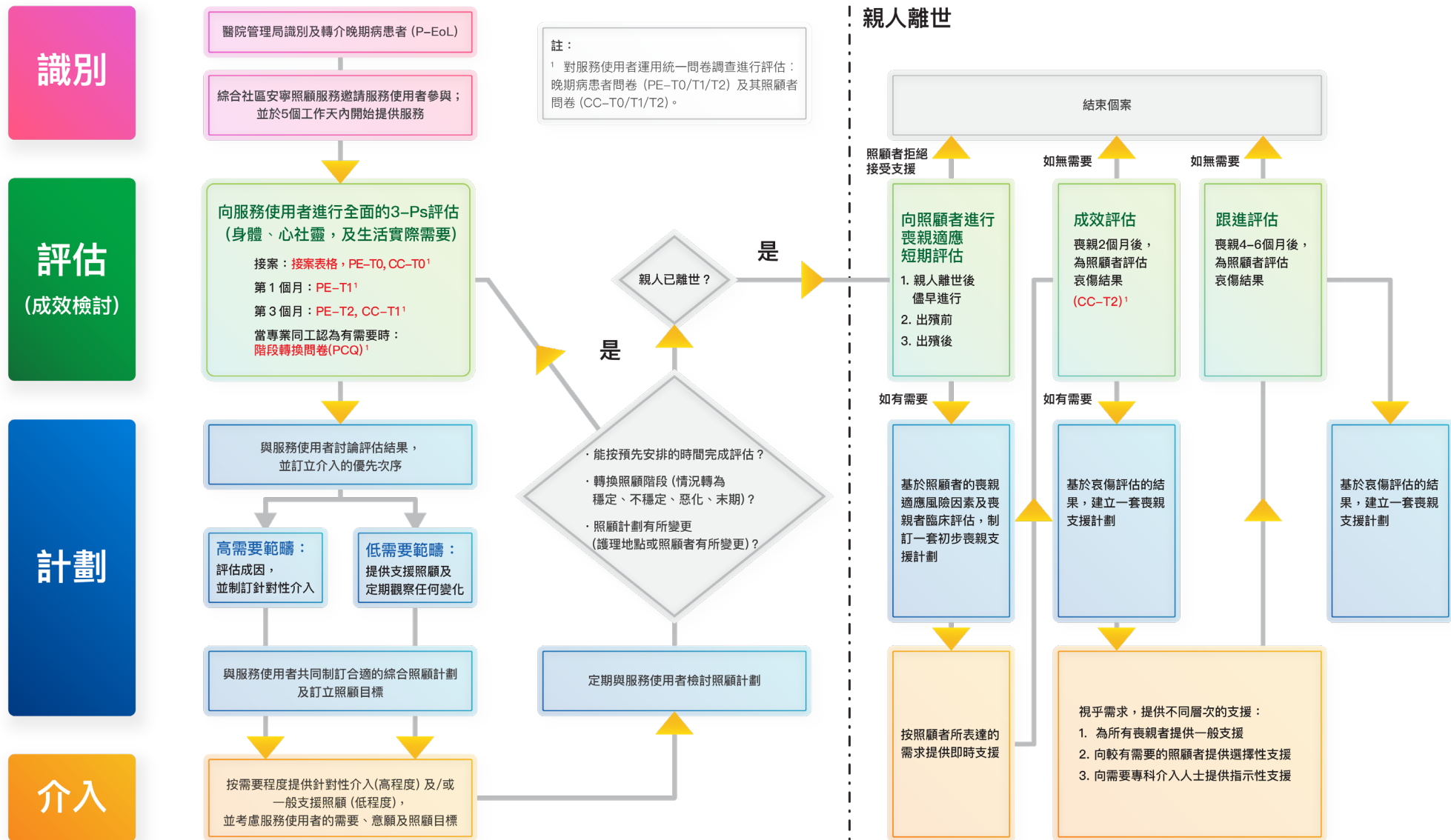


圖 2.3 ICES模式的執行流程圖

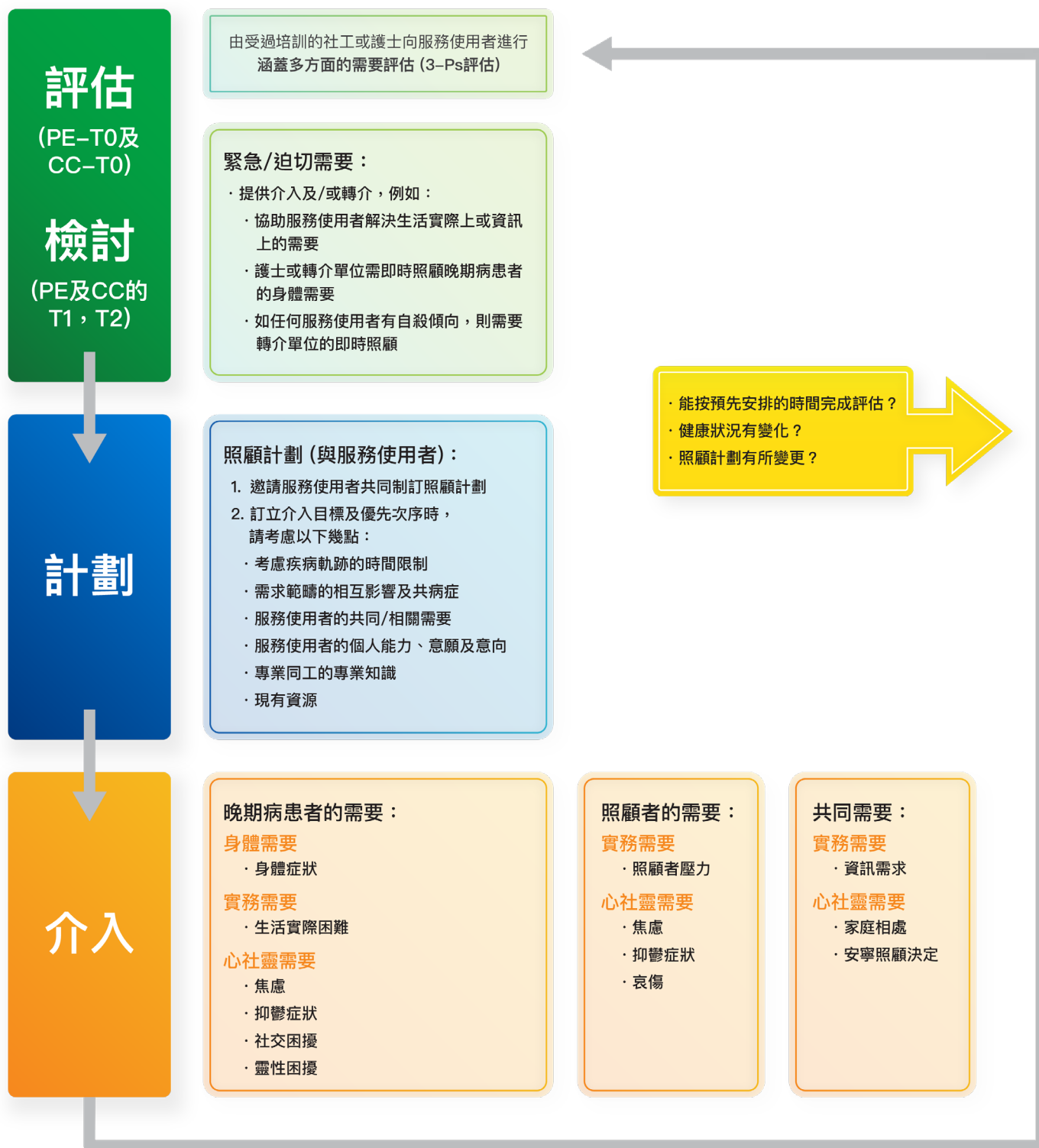


圖 2.4 ICESST照顧路徑接收個案時的步驟⁹

⁹ 3-Ps「需要」一般都是相互影響的。例如當解決或緩和身體上及生活實際上的問題時，可能同時減低心社靈上的需要。至於「共同需要」，專業同工可視乎情況考慮進行共同介入。事前應徵求所有相關當事人的同意。

3. 識別 — 識別服務使用者及與他們建立關係

識別服務使用者、轉介、及與服務使用者建立關係都是ICEST照顧路徑中「識別」步驟中的重要工作。這個過程透過已與醫院認定的統一的轉介系統和溝通渠道，以及有組織地與服務使用者建立關係而達至。

3.1 統一的識別服務使用者及轉介系統

「賽馬會安寧頌計劃」推行的ICEST已經與醫院管理局在有關統一轉介系統上達成共識（圖3.1）。識別合適服務使用者及轉介系統的設計引用了「黃金標準框架及早識別指引」（Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (GSF PIG)) 第六版作參考（The Gold Standards Framework, 2016）。

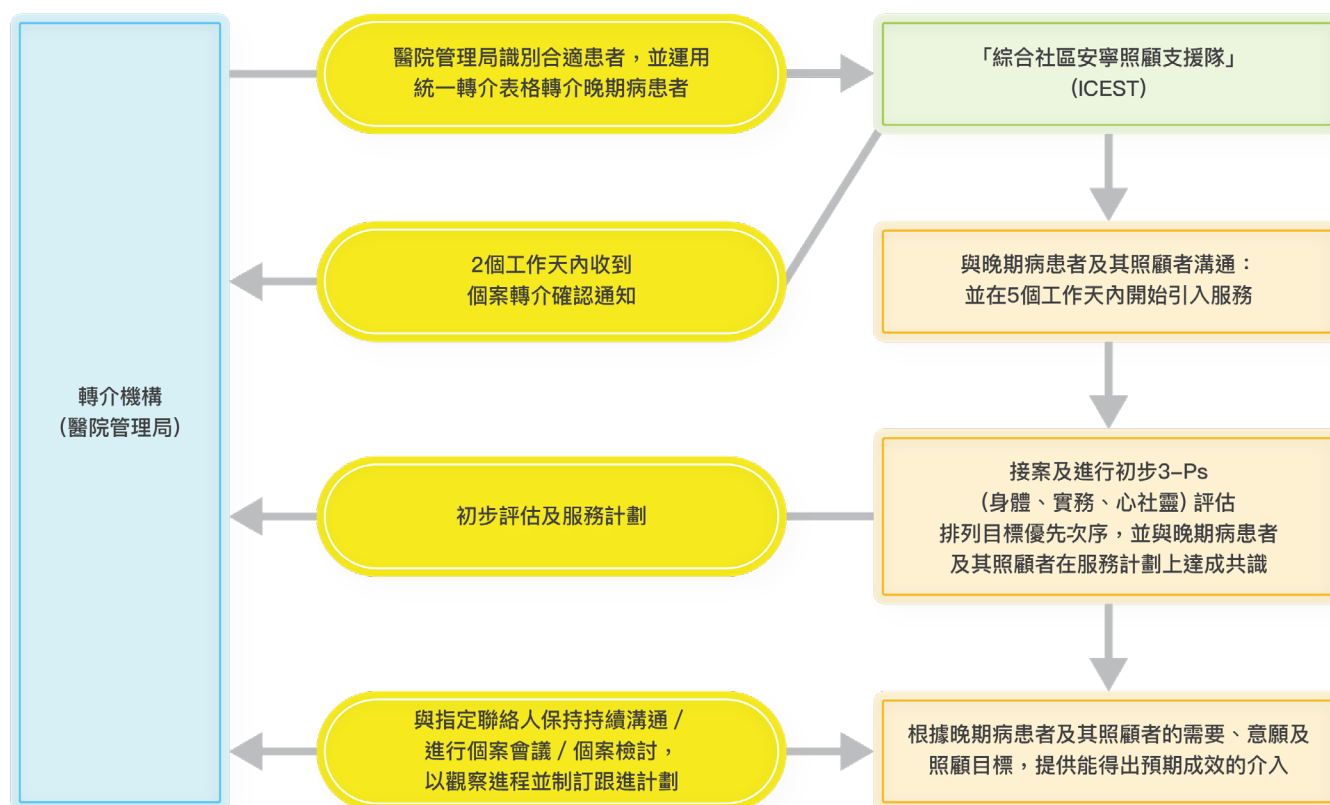


圖 3.1 醫院管理局及ICEST的轉介及通訊系統

3.2 轉介準則

合資格接受ICEST支援的晚期病患者為：

- » 由醫院管理局轉介；
- » 被診斷患有晚期疾病（預後為12個月或更短時間）；
- » 有身心社靈困擾的跡象；表示期望留在社區接受晚期照顧；
- » 60歲或以上優先；及
- » 不被現行「改善家居及社區照顧服務（ECHHS）」、「綜合家居照顧服務」（IHCS）、「長者日護理中心」（DE）、「離院長者綜合支援計劃」（IDSP）、「長者社區照顧服務券計劃」（CCSV）或同類服務所涵蓋的患者。

3.3 轉介表格

聖雅各福群會及香港復康會提供的ICEST使用與醫院管理局共同設計的統一樣本轉介表格（►附錄1，頁59）。內容包括紓緩治療服務常見的轉介準則（Hui 等，2016；McCusker 等，2020）：

- » 獲得口頭同意轉介；
- » 需要關注的診斷結果、其他身體及精神健康狀況；
- » 身體機能狀況及照顧條件（紓緩治療狀態量表（PPS）及老人入院風險控制方案（HARRPE））；
- » （晚期病患者或其照顧者所呈現的）心理上的困擾，包括自殺傾向；
- » 服務使用者表示有進行生命晚期照顧計劃的需要（在沒有預設醫療指示（AD）/預設照顧計劃（ACP）的情況下）；以及
- » 於身體、心社靈及/或實務上有明顯的支援需要，而現行服務並未能滿足該需要。

與此同時，建議採用下列溝通渠道與醫護團隊協調服務：

實踐小貼士

與醫護團隊有效的溝通渠道

- » 建議ICEST團隊及醫護團隊各自提名指定聯絡人，以確保服務的連續性；
- » 當晚期病患者被ICEST接納後，服務團隊向相關聯絡人寄出初步評估及服務計劃（►附錄2，頁60）；
- » 舉行定期個案會議或個案檢討，以觀察個別個案的進展，並提升服務質素及識別服務空隙。

3.4 初步與服務使用者建立關係的過程 (ENGAGEMENT PROCESS)

當服務使用者被轉介至ICEST後，如情況許可，受過培訓的社工或護士會於轉介後5個工作天內，與晚期病患者進行簡短的電話訪談；如情況不許可，則改為與其中一位或多位照顧者進行簡短的電話訪談。訪談內容應包括以下幾點(表 3.1)：

實踐小貼士

表 3.1 有助與服務使用者建立關係的溝通

過程	例子
說明是次聯絡目的	» 提及轉介單位，並闡明轉介原因，例如： 「我係YYY機構嘅XXX，AA醫院嘅X醫生/Y護士好關心您同您家人嘅出院後嘅情況，希望可以加強對您嘅支援，所以將您轉介咗俾我哋機構。」 » 謹慎並坦誠地講解服務目的、服務覆蓋範圍及內容，例如： 「我哋同XX (轉介單位) 緊密合作，為患有嚴重疾病嘅晚期病患者同埋家庭提供醫院以外多一重嘅支援，我哋提供身體、情緒同埋生活實際需要嘅支援，幫助你哋喺家中維持有質素嘅生活，同時為你嘅照顧者提供支援，亦有義工服務等等…」
建立關係	» 向晚期病患者及其家屬表示關注及關懷，例如： 「X醫生同Y護士都好關心你同你屋企人嘅狀況。」 「您(或晚期病患者姓名)宜家嘅身體點樣呀？」
迅速評估	» 晚期病患者對診斷結果及預後的認知，例如： 「醫生話您(或晚期病患者姓名)依家個病況係點樣呀？」 » 晚期病患者的急切需要，尤其是急需安排的資源或實務支援 「您覺得宜家最困擾您同您照顧者/屋企人嘅係啲乜嘢？」
邀請晚期病患者 (及其照顧者) 參與「聯手」的協助過程 (即服務使用者與服務提供者共同參與協助過程)	» 向晚期病患者及其照顧者取得開展協助過程的許可，並強調他們參與評估(會於第一次探訪中完成)、計劃及制訂介入優先次序的對協助過程的重要性，例如： 「每個人嘅需要都有唔同，我哋會同您哋一齊看看你哋嘅需要係乜嘢，看看做邊樣先，為(呢個目標)而努力。」 「呢條路唔易行，我哋會喺身邊一直支持您哋嘅。」 » 向晚期病患者尋求讓ICEST團隊與轉介單位持續合作的許可，包括分享資訊，例如： 「我哋喺有需要時會同XX (轉介單位) 交流有關你哋嘅資料，希望能提供你哋最需要嘅服務。你哋介唔介意？」

表 3.1 (續) 有助與服務使用者建立關係的溝通

過程	例子
安排第一次探訪	» 時間：盡快與晚期病患者及其照顧者安排探訪時間 (越快探訪越好，但最理想的情況為晚期病患者神智最清醒及/ 或當照顧者同時在場的時候)； » 地點：最理想為在家中進行探訪，但如晚期病患者不太可能馬上被安排 出院，則可取得病房同意後，於醫院內進行探訪； » 資訊：收集家庭成員關鍵及有用的資訊於緊急情況使用 (例如：尤其是與晚期病患者同住家屬的聯絡電話)

4. 評估 — 評估服務使用者的全人需要

4.1 評估對象與時間表

在這個步驟，ICEST同工會對服務使用者的需要以及需要的程度進行初步的全面評估。評估配套內包含一份**接案表格 (intake form)**以及數份 **ICEST評估問卷**。這些問卷的原本設定是向服務使用者收集其直接的回應，但如果同工留意到晚期病患者無能力或不適宜回答任何問題，則可透過觀察去代替患者完成部分評估內容。晚期病患者及其照顧者各有所預先制訂的評估時間點，以幫助策劃及檢討隨後的照顧計劃內容。假設晚期病患者平均接受為期6個月的服務，則建議最少訂立3個評估時間點（服務開始時、服務後1個月及3個月）。親人離世前，向照顧者進行兩次評估（服務開始時、服務後3個月）；親人離世2個月後，則向照顧者進行哀傷評估。**表 4.1** 概括了評估時間點及相關問卷。兩次跟進評估用於觀察在不同服務時段內所達成的目標。

表 4.1 晚期病患者及其照顧者評估時間表概覽¹⁰

問卷	時間點	首次評估	第二次評估	第三次評估
晚期病患者問卷 (PE-T)				
收集時間		在服務開始時	服務開始後1個月	服務開始後3個月
問卷調查編號		PE-T0	PE-T1	PE-T2
照顧者問卷 (CC-T)				
收集時間		在服務開始時	服務開始後3個月	親人離世後2個月
問卷調查編號		CC-T0	CC-T1	CC-T2

¹⁰ 注：PE-T0、PE-T1、PE-T2為晚期病患者問卷調查編號。CC-T0、CC-T1、CC-T2為照顧者問卷調查編號。問卷的完整版本只會於ICEST培訓課程中發放。

4.2 於關鍵過渡期進行評估

雖然 ICEST 已有一套既定的評估時間表，但 ICEST 同工必須明白持續的全人評估在安寧照顧中的重要性。建議同工重複進行評估，以識別何時需要變更照顧方案（The National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019）。尤其需要於疾病軌跡中的關鍵過渡期，能及時評估晚期病患者及其照顧者如何應付改變。關鍵過渡期的例子包括：

- » 當被診斷為患有晚期疾病時；
- » 當疾病發生重大變化/嚴重惡化時；
- » 當家庭/社會支援面臨重大轉變；
- » 當晚期病患者身體機能面臨重大轉變；
- » 當晚期病患者及/或其照顧者要求時；及
- » 當患者離世時。

(The National Clinical Programme for Palliative Care & HSE Clinical Strategy and Programmes Division, 2014, 頁 5)

除上述幾點外，出院以及治療目標有所變更時亦屬過渡期，並有重新進行評估的需要(NICE, 2019)。團隊將3-Ps評估內容濃縮成一份「階段轉換問卷」(*Phase Change Questionnaire (PCQ)*)¹¹，以便於以上關鍵過渡期作評估用途。

4.3 評估內容

整個評估牽涉兩個核心部分：

1. 個案的背景資料及評估取向；及
2. 全人的ICEST需要評估。

首次面談應涵蓋以上兩部分的內容，而隨後探訪的評估應主要集中於第二部分。但假如情況有變，可於隨後的探訪再次審視第一部分的資訊。然而，當晚期病患者臨近死亡時，應調整評估的深入程度，並只涵蓋晚期病患者及其照顧者當刻最關心的問題。

¹¹ 問卷的完整版本只會於ICEST培訓課程中發放。

4.3.1 背景資料及評估意願

接案表格的作用是收集個案的背景資料(內容概述於表 4.2)。

表 4.2 建議收集的背景資料

背景資料	
個人資料	個人背景資料 (如年齡、性別、學歷等)、居住情況、家庭成員組合等
身體機能	» 身體機能缺損 (例如: 聽覺、視覺、言語/聲線) » 溝通能力 » 認知能力及精神行為能力 » 活動能力及平衡力 » 日常生活活動 (ADL) 及日常獨立活動 (IADL) 能力 » 飲食及進食情況
病歷及有否照顧計劃	» 診斷結果及有否任何共病症 » 晚期病患者對診斷結果/預後的認知 » 現行治療計劃及過往曾接受過的治療 » 現行藥物治療及藥物管理 » 對預設醫療指示 (AD)及預設照顧計劃 (ACP) 的認知, 及有否訂定預設醫療指示 (AD)及預設照顧計劃 (ACP)
曾接受過的服務	在過往一個月內曾接受過的醫療及社會服務的種類及次數

每個新個案都需要完成一份接案表格。以下是一些進行首次評估時的小貼士給同工參考：

實踐小貼士

進行首次評估的注意事項

- » 同工可考慮問其家庭成員或其朋友提供其中一些必須填寫的資料，以減輕晚期病患者負擔；
- » 同工可參考轉介表格內容以填寫病歷和照顧計劃部分，省卻重覆提問的需要；
- » 在開始進行評估前，同工應衡量服務使用者是否樂意接受評估。同工應向服務使用者表明，評估是為了要徹底了解他們的需要，以制訂及提供適切的服務；及
- » 同工應在晚期病患者及/或其照顧者各自對接受評估給予清晰的口頭同意後才進行評估，並每次將其口頭同意記錄在案。

首次評估時間及與診斷結果和醫療指示等敏感的問題

當詢問晚期病患者有關其診斷結果/預後、或有否預設醫療指示及/或預設照顧計劃等問題時，同工必須謹慎處理。可嘗試：

- » 透過問服務使用者「你可以講吓俾我聽你宜家個病情點？」，從而了解其對診斷結果/預後的認知。
- » 無論轉介表格中有否標示預設醫療指示/預設照顧計劃，同工依然可透過問以下問題，嘗試了解服務使用者對此情況的理解：「醫生護士有沒有曾跟你說有關預設醫療指示/預設照顧計劃？」，或「以你所知，預設醫療指示/預設照顧計劃是甚麼呢？」。
- » 如發現有任何誤解，同工可考慮為服務使用者提供這方面的教育，以糾正任何誤解。

4.3.2 進行全人的ICEST需要評估

統一的ICEST評估工具由身體需要 (Physical care)、心社靈需要 (Psychosocial Spiritual care)，及實務需要 (Practical care) 三個範疇的篩查問題所組成 (3-Ps評估)。表格 4.3 概述核心評估範疇及細分的範疇內容。這為ICEST同工提供一個框架以協助服務使用者識別自己的全面需要，所得評估結果亦有助ICEST同工與服務使用者排列介入優先次序及商討照顧計劃，以滿足識別出的需要為目標。

表 4.3 服務使用者3-Ps評估指標總表

目標	3-Ps 評估範疇		
	身體需要	心社靈需要	實務需要
晚期病患者	身體症狀 (► 35頁)	焦慮 (► 36頁)	生活實際困難 (► 40頁)
		抑鬱症狀 (► 36頁)	
		靈性困擾 (► 37頁)	
		社交困擾 (► 38頁)	資訊需要 (► 40頁)
		家庭相處 (► 38頁)	
		安寧照顧決定 (► 39頁) (照顧計劃及預設照顧計劃的準備工作)	
晚期病患者	—	焦慮 (► 41頁)	照顧者壓力 (► 44頁)
		抑鬱症狀 (► 41頁)	
		安寧照顧決定 (► 41頁) (照顧計劃及預設照顧計劃的準備工作)	
		哀傷潛在危機 (► 42頁) (安寧照顧階段)	資訊需要 (► 44頁)
		哀傷 (► 43頁) (喪親階段)	

實踐小貼士

哪些需要範疇特別值得同工優先關注？

同工應首先將注意力投放在需即時進行介入及/或轉介的迫切需要上，例如：

- » 復康器材租借及經濟援助等生活實際/資訊需要以維持正常生活；
- » 需要接受護理指導或轉介至專科服務的迫切身體需要，或；
- » 有自殺傾向並需要即時關注和提供適切轉介的服務使用者。

實踐小貼士

哪些同工可以執行ICEST的需要評估？

ICEST評估應由具有良好聆聽及溝通技巧、善於體察他人情緒、對ICEST評估原因、構思及目的有透徹理解，並受過培訓的社工或護士負責執行。

4.4 透過3-PS評估工具的按需要分層指標進行篩查及評估

3-PS評估工具內的指標皆透過一個「分界值」(threshold value)來決定需要程度的高低。一般來說，每個指標能把需要程度分成「低」(L)、「高」(H)兩個層次。特別地，焦慮及抑鬱症狀等範疇則額外加入了「非常高」(VH) 需要程度。**表4.4 – 4.8**簡述按需要分層指標、決定需要程度高低的分界值，以及各需要程度的意義。

表 4.4 晚期病患者：身體需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估					
細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	備註	不同程度需要的意義及分界	
				低需要度 (L)	高需要度 (H)
身體症狀 (13個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	以下列表是一些您可能經歷過的症狀，對於每項症狀，請選出一個最合適的答案（在空格內加剔），以形容該症狀在過去一星期內 對您有多大的影響			除行動不便外，全部項目 < 3，而且13個項目總分為 > 0	除行動不便外，最少有一項得分為 ≥ 3
	疼痛	0：一點都沒有(0%) 1：有輕微影響(30%) 2：有中度影響(50%) 3：有較大影響(80%) 4：有非常大的影響(100%)	有關疼痛的建議描述 (Palliative care outcome scale development team, 2017) * 0：一點都沒有 = 無痛 1：有輕微影響 = 只有少許痛，但整體上不受影響 2：有中度影響 = 疼痛限制了一些活動 3：有較大影響 = 疼痛顯著影響到活動能力和集中力 4：有非常大的影響 = 痛到不能想其他事情		
	氣促		類似的描述：氣喘、不能呼吸		
	虛弱		類似的描述：無精神、無氣力、成日好𨳊		
	反胃或作嘔		類似的描述：作悶、噁心		
	嘔吐		/		
	無胃口		/		
	便秘		/		
	口腔痛或口乾		根據其中一個或兩個現有症狀評分		
	昏昏欲睡		類似的描述：成日好想瞓、不能集中		
	行動不便		類似的描述：活動能力欠佳（這項目指整體活動能力）		
	睡眠困擾		/		
	四肢浮腫		/		
	頭暈		/		
	其他症狀		除以上症狀，晚期病患者能具體說明其他症狀。如任何症狀得分為≥3，則歸類為高需要度。		

以上問題出自倫敦國王學院 (King's College London) 研發的「舒緩照顧綜合結果量表」(IPOS)，本團隊已取得IPOS發展團隊授權翻譯及翻印於本指引。若閣下要使用中文版「舒緩照顧綜合結果量表」，請到網站：www.pos-pal.org 登記後免費索取正式版本。切勿翻印本指引內的問卷。

* IPOS網站的建議 (<https://pos-pal.org/maix/how-to-score.php>)

表 4.5 晚期病患者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估					
細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	備註	不同程度需要的意義及分界	
				低需要度 (L)	高需要度 (H)
焦慮 (1個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	過去一週內， 您有否感到焦慮或 擔心自己的病情 或治療？	4：總是 (100%) 3：經常 (80%) 2：有時 (50%) 1：很少 (30%) 0：完全沒有 (0%)	晚期病患者擔心由疾病誘發的其他困擾亦應包括在內。 如晚期病患者表示恐懼、易怒，亦應考慮在內。	低 (L) = 1 患者 很少擔心 病情或治療	高(H) = 2-3 非常高(VH) = 4 患者 有時/經常/總是 擔心病情或治療
抑鬱症狀 (1個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	過去一週內， 您有否感到抑鬱？	4：總是 (100%) 3：經常 (80%) 2：有時 (50%) 1：很少 (30%) 0：完全沒有 (0%)	同工可詳盡闡述症狀為情緒低落 (“low mood”)、對所有事情失去興趣 (“loss of interest”) 及絕望 (“hopelessness”)。非言語的暗示 (例如：沒明顯動作、情感冷淡、情緒低落的行為等) 及通常與抑鬱有關的身體症狀 (例如：胃口/體重變化、改變睡眠模式、失去動力、疲倦、失去性慾、集中力降低等) (Rayner, Higginson, Price, & Hotopf, 2010, 頁13) 亦應仔細觀察。	低 (L) = 1 患者 很少有 抑鬱的情緒	高(H) = 2-3 非常高(VH) = 4 患者 有時/經常/總是/ 有時 感到抑鬱

以上問題出自倫敦國王學院 (King's College London) 研發的「舒緩照顧綜合結果量表」(IPOS)，本團隊已取得IPOS發展團隊授權翻譯及翻印於本指引。若閣下要使用中文版「舒緩照顧綜合結果量表」，請到網站：www.pos-pal.org 登記後免費索取正式版本。切勿翻印本指引內的問卷。

表 4.5 (續) 晚期病患者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)					
細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	備註	不同程度需要的意義及分界	
				低需要度 (L)	高需要度 (H)
靈性困擾 (7個項目)	過去一週內...			低 (L)： 所有靈性項目得分為 < 3，但最少其中1項獲得 2分 患者 有時有靈性困擾，及/或只是有時 感受到靈性健康	高 (H)： 最少1個靈性需要項目得分為 ≥ 3 患者經常/總是有靈性困擾，及/或是很少/沒有感受到靈性健康
	您有否感到心境平和？	4：總是 (100%) 3：經常 (80%) 2：有時 (50%) 1：很少 (30%) 0：完全沒有 (0%)	--		
	您有否感到生命有意義？		亦可表達成「有生活寄託」、「有想做的事」、「生命中有重要的人」		
	覺得人生滿足		亦可表達成「幸福」、「心滿意足」、「無遺憾」		
	覺得人生有希望		亦可表達成「對未來感覺正面」、「(「人生還有好的一面」)		
	把自己看成是家人的負擔	以上評分準則的相反計算方法	--		
	覺得還有些心願想要完成		亦可表達成「有想做的事未做/未解的心結」、「有想為家人做的事」		
	擔心死後的世界		--		

以上問題出自倫敦國王學院 (King's College London) 研發的「舒緩照顧綜合結果量表」(IPOS)，本團隊已取得IPOS發展團隊授權翻譯及翻印於本指引。若閣下要使用中文版「舒緩照顧綜合結果量表」，請到網站：www.pos-pal.org 登記後免費索取正式版本。切勿翻印本指引內的問卷。

表 4.5 (續) 晚期病患者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)				
細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
社交困擾 (3個項目)	過去一週內，您有幾經常有以下感覺或想法？		低 (L)： 所有社交支援項目得分為 < 3，但最少其中1項得分為 2 患者 有時感到自己的社交支援不足	高 (H)： 最少1個社交支援項目得分為 ≥ 3 患者 經常/總是感到自己的社交支援不足
	很想有人陪伴	4：總是 (100%) 3：經常 (80%) 2：有時 (50%) 1：很少 (30%) 0：完全沒有 (0%)		
	覺得寂寞			
	覺得身邊有很多可以依靠的人	以上評分準則的相反計算方法		
家庭相處 [△] (3個項目) (Fok, Allen, Henry, & People Awakening Team, 2014 ; Moos & Moos, 1974)	過去一週內，您有幾經常有以下感覺或想法？		---	高 (H)： 3個家庭相處項目平均得分為 ≥ 2 家庭相處問題 有時/經常/總是出現
	家人之間互相關心和支持	4：完全沒有 (0%) 3：很少 (30%) 2：有時 (50%) 1：經常 (80%) 0：總是 (100%)		
	家人之間開放地表達自己的想法和感受，包括自己的煩惱和不滿，甚至是家人敏感的話題			
	家人之間有矛盾衝突，會互相責備和批評	以上評分準則的相反計算方法		

△ 以上家庭相處項目源自家庭關係指數 (FRI) 的三個分指數 (凝聚力、表達想法的開放度及矛盾衝突) (Fok, Allen, Henry, & People Awakening Team, 2014)，而每個項目各自代表FRI的分指數。

表 4.5 (續) 晚期病患者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)				
細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
安寧照顧決定 [預設照顧計劃的準備工作] (4個項目)	1. 您有否曾想過當病情轉差或疾病到晚期時的治療或照顧安排?	2 = 沒有 (跳至Q4) 0 = 有	低 (L) : 所有晚期病患者的安寧照顧決定項目平均分為 ≥ 1 但 < 2 患者曾與他人討論照顧計劃，但仍有一些討論需要； 或者 患者未曾與人討論照顧計劃，但已表示足夠討論	高 (H) : 所有晚期病患者的安寧照顧決定項目平均分為 ≥ 2 患者曾與他人討論照顧計劃，但仍有一較大的討論需要； 或者 患者未曾與人討論照顧計劃，亦感到討論不足
	2. 您跟誰談及過這個話題嗎? (您們談過些甚麼?)	4 = 沒有 (跳至Q4) 3 = 跟並非照顧你的醫護人員 2 = 跟照顧您的醫護人員 (但未與家人談過) 1 = 跟家人 (未與照顧你的醫護人員談過) 0 = 跟家人和照顧您的醫護人員談過 (或本身沒有家人，曾跟照顧您的醫護人員談過)		
	3. 承上題，您覺得跟別人討論過這些安排後，有否令您感到更加安心? 比起未討論之前...	4 = 變得很不安心 3 = 變得有少許不安心 2 = 沒有改變/差不多 1 = 變得較安心 0 = 變得非常安心		
	4. 覺得現時對疾病晚期的治療或照顧安排的討論足夠嗎?	4 = 完全不足夠 (0%) 3 = 不太足夠 (30%) 2 = 一半半 (50%) 1 = 頗足夠 (80%) 0 = 非常足夠 (100%)		

表 4.6 晚期病患者：生活實際需要指標

晚期病患者生活實際需要評估

細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
生活實際困難 (1個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	過去一週內， 病情所導致的任何實際生活困難是否得到處理？ (例如：經濟 或 私人問題)	4 = 困難未能得到處理 (0%) 3 = 困難絕少得到處理 (30%) 2 = 困難部份得到處理 (50%) 1 = 困難大部份得到處理 (80%) 0 = 困難得到處理/沒有困難 (100%)	低 (L) = 1 患者生活實際困難大部份得到處理	高 (H) = 2-4 患者生活實際困難部份/絕少/或完全未能處理
資訊需要 (1個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	過去一週內， 您有多經常充分地得到您想要的資訊？ (例如：病情，治療，照顧安排.....)	4 = 完全沒有 (0%) 3 = 很少 (30%) 2 = 有時 (50%) 1 = 經常 (80%) 0 = 總是/沒有此需要 (100%)	低 (L) = 1 患者 經常得到想要的資訊	高 (H) = 2-4 患者 有時/很少/完全沒有得到想要的資訊

以上問題出自倫敦國王學院 (King's College London)研發的「舒緩照顧綜合結果量表」(IPOS)，本團隊已取得IPOS發展團隊授權翻譯及翻印於本指引。若閣下要使用中文版「舒緩照顧綜合結果量表」，請到網站：www.pos-pal.org 登記後免費索取正式版本。切勿翻印本指引內的問卷。

表 4.7 照顧者：心社靈需要指標

照顧者心社靈需要評估

細分的範疇	按需要分層指標	評估得分	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
焦慮 (1個項目) (Palliative care outcome scale development team, 2017)#	過去一週內，您有否曾為患者感到焦慮或擔心？	4 = 總是 (100%) 3 = 經常 (80%) 2 = 有時 (50%) 1 = 偶爾 (30%) 0 = 未曾有過 (0%)	低 (L) = 1 過去一週內，家屬偶爾為患者感到焦慮或擔心	高 (H) = 2-3 非常高 (VH) = 4 過去一週內，家屬有時/經常/總是為患者感到焦慮或擔心
抑鬱症狀 (2個項目) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003)★	過去一週內，您有否曾為患者感到焦慮或擔心？		低 (L)：2個抑鬱項目總分 = 2 過去一週內，家屬偶爾為患者感到焦慮或擔心	高 (H)：總分 = 3 非常高 (VH)：總分 = 4-6 過去一週內，家屬有時/經常/總是為患者感到焦慮或擔心
	做任何事都覺得沉悶或者根本不想做任何事？ 情緒低落、抑鬱或絕望？	3 = 近乎每天 2 = 一半以上的天數 1 = 幾天 0 = 完全沒有		
安寧照顧決定 [預設照顧計劃的準備工作] (2個項目)	過去一週內，您有沒有跟患者商討過，當他病情轉差或疾病到晚期時，他 / 她對治療及照顧的意願或期望？	4 = 沒有，我仍在考慮或是未準備好與患者談他的意願 (患者 / 院友有認知及表達能力) 2 = 沒有，但我已準備向患者了解他的意願 (患者 / 院友有認知及表達能力) 0 = 有，我已一次或多次向患者了解他的意願 (患者有認知及表達能力) N/A = 患者 / 院友沒有能力表達其意願或期望	低 (L)： 照顧者安寧照顧決定所有項目得分為 < 2，但最少1個項目 = 1 家屬曾與患者討論照顧計劃，並取得大部份共識	高 (H)： 照顧者安寧照顧決定最少 1 個項目得分為 ≥ 2 家屬未曾與患者討論照顧計劃；或在曾討論的情況下，仍需要再深入討論或是未有共識
	您與患者對治療及照顧相關的意願或期望是否有共識？	4 = 很大分歧 (患者有認知及表達能力) 3 = 有些分歧 (患者有認知及表達能力) 2 = 未有結論/未曾商量 (患者有認知及表達能力) 或 不確定 (患者無能力表達其意願的情況下) 1 = 大部份有共識 (患者有認知及表達能力) 或 頗明白並支持患者 (患者無能力表達其意願的情況下，根據患者過往的性格及喜好估計) 0 = 已達成共識 (患者有其意願的情況下) 或 很明白並支持患者 (患者無能力表達其意願的情況下，根據患者過往的性格及喜好估計)		

★ 運用病人健康狀況問卷-2 (PHQ-2) 評估照顧者的抑鬱程度。此問卷適用於一般人士，作為抑鬱程度的簡易篩查工具。評分準則由 Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams 及 Kurt Kroenke 等人制訂，並獲得輝瑞公司的教育資助。複製、翻譯，公開展示或分發他人無須獲得授權。

以上問題出自倫敦國王學院 (King's College London) 研發的「舒緩照顧綜合結果量表」(IPOS)，本團隊已取得 IPOS 發展團隊授權翻譯及翻印於本指引。若閣下要使用中文版「舒緩照顧綜合結果量表」，請到網站：www.pos-pal.org 登記後免費索取正式版本。切勿翻印本指引內的問卷。

表 4.7 (續) 照顧者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)				
細分的範疇	按需要分層指標	較高潛在危機的指標	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
哀傷 潛在危機 ◇ (7個準則) (Burke & Neimeyer, 2013 ; Lizabeth, James, & Latishia, 2016 ; Sophie, Henning, Jolande, Agnes, & Judith, 2015)	以下為 <u>7個哀傷風險因素</u> ：		低 (L)： 符合 1–3 項 潛在危機 家屬的哀傷 潛在危機較低 (患者離世前)	高 (H)： 符合 ≥ 4 項 潛在危機 家屬的哀傷 潛在危機較高 (患者離世前)
	1. 與晚期病患者的關係	身為 (晚期病患者的) 配偶		
	2. 抑鬱症狀	照顧者抑鬱評估 總分為 ≥ 3		
	3. 焦慮	照顧者焦評估 分數為 ≥ 3		
	4. 與晚期病患者的親密度 家屬和患者關係可以形容為： 4=非常親密 3=親密 2=一般 1=疏離 0=非常疏離	與晚期病患者的親密度： 非常親密(4)		
	5. 對晚期病患者的依賴 家屬認為自己依賴患者嗎 (心理上及生活上)? 4=非常依賴 3=頗依賴 2=一般 1=不太依賴 0=完全不依賴	對晚期病患者的依賴： 依賴 (3) 或非常依賴 (4)		
	6. 家人對照顧者的支援 家屬覺得(患者以外的)家人對他照顧患者的支援是： 4=完全不足夠 3=不足夠 2=一般 1=頗足夠 0=非常足夠	家人對照顧者的支援： 不足夠 (3) 或完全不足夠 (4)		
	7. 精神疾病病歷 家屬有長期病患,醫生的診斷是...	精神疾病病歷： 任何精神疾病診斷 (例：抑鬱症)		

◇ 一個與哀傷風險因素有關的文獻綜述建議以下6項為主要複雜性哀傷風險因素：(1) 低社會支援度，(2) 焦慮/迴避/缺乏安全感的依附方式，(3) 發現或辨認患者遺體 (因暴力而死亡)，(4) 身為已故患者的配偶/父母，(5) 配偶對患者生前高度依賴，及 (6) 高度神經質。雖然上列並不是上述研究中所證實的風險因素，然而，重性憂鬱疾患等情感障礙，及與已故患者的親密度等因素，已多次被證實為哀傷潛在危機。因此，ICEST評估挑選了一致的指標以標示哀傷潛在危機。

表 4.7 (續) 照顧者：心社靈需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)				
細分的範疇	按需要分層指標	較高潛在危機的指標	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
哀傷[▼] (19個項目) (Prigerson等, 1995; Tang & Chow, 2017)	複雜性哀傷問卷 (ICG) : 請選出最能形容您現在的感受。句中的「他」是指您離世的親人 1. 因太想念他，我很難去完成平常我能做到的事 2. 有關他的回憶令我難過 3. 我感到很難接受他的死亡 4. 我很掛念他 5. 我渴求前往與他有關的地方、見與他有關的東西 6. 對於他的死亡，我不能自控地感到忿怒 7. 對於所發生的事，我感到難以置信 8. 對於所發生的事，我感到愕然 (愕咗然) 9. 自他死後，我難對他人有信任 (佢死左之後，我無咁信人) 10. 自他死後，我失去關懷他人的能力或與關懷我的人有很大的隔膜 (佢死咗之後，我唔識關心人，亦唔俾人關心我) 11. 我身體的痛楚及徵狀與他所感受的相同 12. 我避免觸景傷情 13. 自他死後，我感到人生空虛 14. 我聽到他對我說話 15. 我見到他站在我面前 16. 我認為他死去而我活著 (佢死唔係我死) 是不公平的 17. 他的死令我感到苦澀 (覺得好苦) 18. 我妒忌那些沒有失去摯親的人 19. 他死後我很多時間感到很孤獨	每項分數： 4 = 無時無刻 3 = 經常 2 = 有時 1 = 稍有 0 = 從不 複雜性哀傷的整體風險程度是透過複雜性哀傷問卷上 19 個項目所得出的分數總和作評估。 在親人離世後兩個月作出此評估。	低 (L) : 19 個項目總分 = 0-25 家屬的複雜性哀傷危機較低 (患者離世後)	高 (H) : 19 個項目總分 = 26-76 家屬的複雜性哀傷危機較高 (患者離世後)

▼ 複雜性哀傷是透過複雜性哀傷問卷 (ICG) 進行評估。本團隊已取得ICG的原創作者Holly G. Prigerson 教授，以及中文翻譯版的作者周燕雯教授許可，在本指引中刊載此量表。

表 4.8 照顧者：生活實際需要指標

晚期病患者所匯報的身體症狀評估 (續)				
細分的範疇 (項目數量)	按需要分層指標	評估得分	不同程度需要的意義及分界	
			低需要度 (L)	高需要度 (H)
照顧者壓力⁸ (13個項目) (W.C.H. Chan, Chan, & Suen, 2013; Thornton, & Travis, 2003)	照顧者壓力指標 (CSI) 範例 (13個項目) 作為照顧者，您有否經歷以下的情況： - 照顧他使我身體勞累 (例：要搬動椅子；需付出心力及集中力) - 我的睡眠受到滋擾 (例：在晚上，我照顧的人因不能入眠而起床，或四處遊走) - 生活上還有其他的事情需要我花時間處理 (例：其他的家人需要我關顧) - 照顧他使我不便 (例：幫助他需要用很多時間或走很遠的路程) - 照顧他帶給我限制 (例：幫助他使我少了空閒的時間或使我不能外出) - 家庭需作出調節 (例：幫助他擾亂了我的生活秩序；沒有了私隱) - 要改變個人的計劃 (例：我需推掉工作；我不能放假) - 作出工作上的調節 (例：為了提供照顧而放假) - 要調適情緒 (例：面對與照顧工作有關的嚴重爭執) - 有些他/她的行為令我苦惱 (例：失禁；被我照顧的人對記起事情有困難，或控訴別人拿走他/她的東西) - 發現被我照顧的人變得和從前很不一樣，使我感到苦惱 (例：不再是以往的他/她，他/她變成了另一個人) - 照顧他使我財政上緊拙 - 我感到完全承受不了 (例：我擔心被我照顧的人；我關注我將如何處理照顧的工作)	每項分數： 0 = 不是 1 = 是，有時是這樣 2 = 是，常常是這樣 整體照顧壓力程度是透過複雜性哀傷問卷上13個項目的總分進行評估。	低 (L)： 13 個項目總和 = 9-18 家屬有輕度的照顧壓力	高 (H)： 13 個項目總和 = 19-26 家屬有高度的照顧壓力
資訊需要 (1個項目)	整體而言，你覺得他人給您的資訊支持足夠嗎？	4 = 完全不足夠 3 = 不太足夠 2 = 一半半 1 = 頗足夠 2 = 非常足夠	低 (L) = 1 家屬有少許資訊需要	高 (H) = 2-4 家屬有較多資訊需要

⁸ 以上為經修改的13個項目照顧者壓力指標 (modified Caregiver Strain Index (m-CSI))
 本團隊已取得刊登英文版本m-CSI的出版商The Gerontological Society of America，及中文譯版的作者陳智豪教授許可，把此量表刊載於本指引中。

4.5 執行「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 3-PS需要評估的實用小貼士

要有效地執行ICEST 3-PS需要評估必須接受培訓和反覆練習。以下是一些有助同工執行3-PS需要評估的實用小貼士 (表 4.9)。

實踐小貼士

表 4.9 執行ICEST 3-PS需要評估的實用小貼士

建議	詳細內容
1. 邀請服務使用者參與	- 作充足預備：熟讀轉介表格，聯絡轉介機構索取關鍵資訊； - 只在服務使用者方便時才進行探訪，例如：當晚期病患者最清醒時； - 清楚說明評估的目的、所需時間，及涵蓋範圍； - 在開始進行評估前，應先得到患者及/或其照顧者的許可； - 如照顧者在場，可了解晚期病患者是否希望單獨進行評估。
2. 以閒聊形式進行評估	- 開始時，以較隨意及輕鬆的內容打開話題； - 在閒聊間加插篩查問題； - 切勿將評估工具當作清單使用。 根據服務使用者的意願（晚期病患者主導或照顧者主導）自然地開展評估對話，並靈活地將篩查問題融入在對話之中； - 充分利用評估的機會，與晚期病患者及/或其照顧者建立關係；如識別到晚期病患者有任何急切需要，主動提供及時介入。同工可提供適切的資訊，意見或心理教育，以釋除晚期病患者的疑慮。
3. 靈活安排評估範疇的排序	- 根據服務使用者對服務的迫切性、意願、能力及體力，而調整評估涵蓋內容； - 為認知功能受損的晚期病患者作評估時，可向代理人徵求相關資訊(例如可以徵求照顧者或其他相關人士的意見)； - 當識別出服務使用者有任何值得關注的顯著需要或困難，適宜作出補充提問，以評估問題的根本原因。探討能協助服務使用者處理問題的過往應對策略，強項及資源、探討問題發生的前因後果，以及了解生活上是否同時發生多種挑戰的情況。
4. 尊重患者的個性及私隱	- 尊重晚期病患者，對其答覆持非批判的態度，例如「痛楚程度」及「生命的意義」皆為主觀感覺，所以並不能與其他患者的反應作比較； - 如晚期病患者的能力及家居環境許可，嘗試於首次面談時對所有服務使用者分別進行獨立評估，以避免有礙晚期病患者或照顧者任何一方坦誠透露心聲。
5. 使用配合晚期病患者認知能力及身體機能的用語	- 使用關鍵字及簡易的用語，以確保晚期病患者有充分的理解； - 開始時，考慮先用是非句作提問，隨後再以同意程度作跟進； - 有需要時，考慮運用視覺解說、舉例說明及提示。

表 4.9 (續) 執行ICEST 3-Ps需要評估的實用小貼士

建議	詳細內容
6. 運用良好的聆聽技巧	» 運用同理心及積極聆聽，注意患者的非言語表達，包括沉默； » 從服務使用者所敘述的故事，提取重要信息、其價值觀及信念，然後覆述其故事以取得更清晰的溝通； » 善用晚期病患者對篩查問題的答覆，有可能為介入提供方向。例如「覺得還有些心願想要完成」、「把自己看成是家人的負擔」或「很想有人陪伴」等答覆。
7. 觀察家居環境	» 觀察家居安全及衛生程度，篩查出全面家居安全評估、照顧者培訓，或其他介入的需要，以提升家庭照顧能力及家居安全； » 觀察家居環境及家庭相處方式，以更深入了解服務使用者的能力、應付生活問題的策略、資源，及家居環境的局限。同工亦可透過觀察家居環境，進一步了解家庭成員日常生活的溝通模式。
8. 以正面及積極態度結束評估	» 認同服務使用者的感受及想法為可理解的情緒反應，並適當地對他們應付目前生活困難所付出的努力予以肯定； » 謹記清楚晚期病患者背景遠比了解其所患疾病更為重要； » 即時提供適切的意見，例如分享實用照顧小貼士等心理教育，或提供有關社區資源的資訊； » 邀請服務使用者積極參與照顧計劃，共同為照顧安排作決定，有關內容很可能會成為下次探訪的目標。
9. 在過程中賦權 (empower) 服務使用者	» 每位晚期病患者及其照顧者都總有不同人生經驗，能讓同工汲取有意義的教訓。最重要是要讓服務使用者知道，他們並非只擔當受助角色，其人身經驗同時能為同工帶來啟示。謹記強調這一點，因為有些服務使用者可能不願意尋求援助。
10. 處理靈性需要	» 靈性困擾範疇可能是最難評估的部分； » 每個人心目中的靈性都不盡相同，常以宗教、信仰及個人信念、生命的意義/目標、人際關係，甚至生命與宇宙萬物的關係等不同方式呈現 (MuCusker等, 2020)。服務對象的文化背景同樣為重要元素； » 根據過往經驗，應在評估較後階段，當服務使用者開始對評估過程感到安心時才誘導他們討論其靈性需要。當患者談及疾病對其信仰的影響，或對其參與宗教習俗活動的阻礙，又或是談及自己一生的貢獻或遺憾，以及其渴求或依然希望完成的心願等等，均是展開靈性討論的好時機。同工亦可趁這個時候向晚期病患者進一步提問靈性困擾的篩選問題，例如：「您有否感到心境平和?」、「覺得人生滿足」或「覺得還有些心願想要完成」等問題作進一步探討； » 有關靈性需要及人生目標的對話內容可能會延伸至預設照顧計劃等安寧照顧決定話題；以及 » 如服務使用者不願談論靈性話題，請尊重其意願。

4.6 資訊科技支援的評估過程

ICEST同工可運用網上臨床數據平台去完成ICEST評估。完成評估後，平台能即時提供評估概要，讓同工全面掌握服務使用者的需要。同工不但能即時識別出高需要度的範疇，更能有效識別低/無表面需要的範疇，有助反映服務使用者的強項及抗逆力等方面的資訊。圖4.1所示為晚期病患者及其照顧者的即時評估概要。各需要程度以不同顏色及編號（L–低，H–高，VH–非常高）標示。

患者評估結果				
		PT0	PT1	PT2
評估日期		2019-03-28	2019-04-29	2019-07-02
身體	患者身體症狀	H	H	H
	患者焦慮情緒	L	L	L
	患者抑鬱情緒	L	L	L
心社靈	患者心靈支援	H	H	L
	患者家庭關係促進需要	H	NO	NO
	患者照顧計劃需要	H	H	NO
實務	患者生活實際困難	H	L	L
	患者資訊需要	H	L	H

照顧者評估結果				
		CG T0	CG T1	CG T2
評估日期		2019-03-28	2019-07-02	
心社靈	家屬抑鬱	VH	L	/
	家屬焦慮	L	NO	/
	家屬照顧計劃需要	H	H	/
	家屬複雜性哀傷危機	L	L	/
	家屬複雜性哀傷	/	/	/
實務	家屬照顧壓力	H	NO	/
	家屬資訊需要	L	NO	/

VH	非常高需要度
H	高需要度
L	低需要度
NO	沒有需要

圖 4.1 ICEST評估結果 (範例)

重要的是，按需要分層指標同時可以作為成效的衡量準則。在進行重新評估時（例如：晚期病患者在服務開始後1個月及3個月，以及照顧者在服務開始後3個月時），可透過需要程度的變化，評估介入的效用（圖 4.2）。

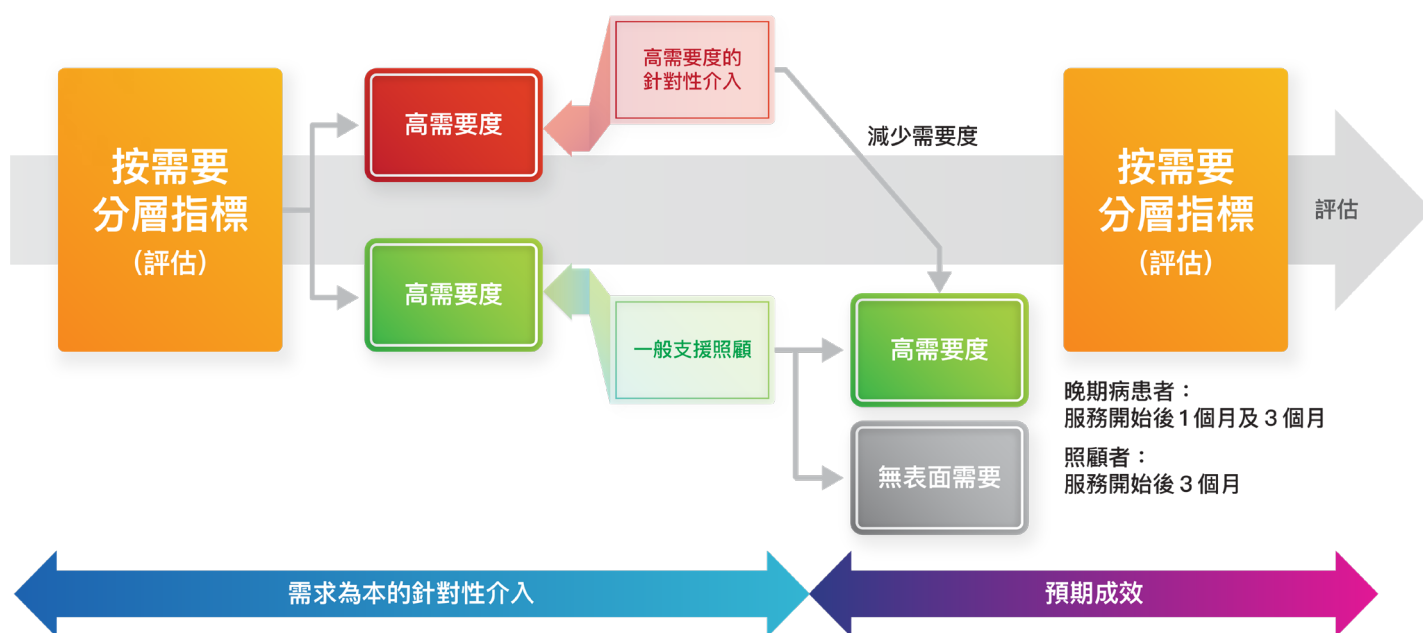


圖 4.2 透過運用按需要分層指標及分層針對性介入達成預期成效

更重要的是，ICEST會按各照顧範疇的需要程度，提供相應的介入建議。總括而言，若該範疇顯示為低或無需要，則只需提供支援性質的照顧及定期觀察即可。然而，若該範疇顯示為高需要度，同工便應進一步了解問題的根本原因及服務使用者的情況。這部分將會於第五章的「計劃」及工作指引下冊中的「介入」環節作更詳細的講解。

5. 計劃 — 以人為本的照顧計劃過程

當服務使用者完成了識別(identify)及評估(assessment)的步驟，ICEST的同工會邀請服務使用者一同參與討論初步評估的結果，以了解其意願、編排照顧目標的優先次序，並制訂共同照顧計劃及作定期檢討。本章節將對此步驟——**計劃**——提供指引。

5.1 邀請服務使用者參與計劃過程

5.1.1 了解其意願

ICEST同工說明並總結服務使用者從評估中確認的需要，然後邀請他們根據重要性排列出其需要 / 關注的事情。

實踐小貼士

ICEST 同工應透過提問下列問題，判斷服務使用者迎接轉變的心理準備：

- » 你認為人生最重要的事情是甚麼？
- » 你還有甚麼心願，而又遇到甚麼阻礙呢？
- » 你期望改變甚麼？
- » 你期望如何接受支援？
- » 你下一步希望做甚麼？

(改編自 *Strengthening assessment and care planning – a guide for HACC assessment services in Victoria*. State of Victoria Department of Health, 2011)

實踐小貼士

當服務使用者並沒有明確表達其真正的意願

有時服務使用者的真正意願 / 關注的事情會隱藏在對話內容中，因此同工需要協助釐清其潛在訊息，以確保真正了解其需要。例如晚期病患者可能將自己的心願表達為「希望留在家中」。但當被問及為何這點最重要時，他們可能透露其實「希望留在家人身邊」(家庭相處 / 社交困擾) 或「害怕獨自留在醫院的感覺」(焦慮)。同工需要細心聆聽患者背後真正希望傳達的訊息，並以謹慎態度作進一步探討。

5.1.2 編排「照顧目標」的優先次序

設定目標是安寧照顧的重要一環，因為此舉能讓晚期病患者及／或其照顧者適時並坦誠地商議照顧優次，並一同制定照顧計劃、給予患者更強的目的感，並提升他們對服務的滿意度 (Bhatia, Reid, & Gibbins, 2014 ; Boa, Wyke, Duncan, & Haraldsdottir, 2012 ; StateofVictoriaDepartmentofHealth, 2011)。「照顧目標」(care goals)會根據評估得出的結果及服務使用者的意願 (preference) 而設定。然而，ICEST同工亦要在患者的「疾病軌跡」(disease trajectory)的前提下，協助服務使用者在其意願、「認知能力」(cognitive capability)及「身體機能」(functional capability)之間取得平衡，找出切實可行的介入目標及方式。

實踐小貼士

選擇介入方法時的考慮：

- » 選擇合適的介入方式時，應考慮晚期病患者的認知能力、身體機能，以及溝通能力等決定性因素。例如對患有嚴重聽障及溝通障礙的晚期病患者而言，運動訓練介入可能比言語輔導更為有效；
- » 同工同樣需要為有認知能力缺損的晚期病患者考慮上述幾點。晚期病患者的專注力及體力，皆為選擇介入方式的重要考慮因素；
- » 與此同時，鑑於晚期病患者的壽命及其疾病軌跡皆難以預測，任何一次接觸都有可能是最後一次。因此，針對心社靈的介入應該要有明確的重點及清晰的目標，務求在有限時間內達致最佳成效；
- » 當晚期病患者瀕死時，感到倦怠是很常見的狀態，而且有些晚期病患者可能會將其注意力從外界事物轉移至內心世界。此時，專業同工應只提供服務使用者認為有需要的支援，並體察服務使用者希望與身邊的人共度私人時間的重要性，而非作出主動介入。

5.1.3 制訂共同照顧計劃及作定期檢討

要取得預期成效，關鍵在於與服務使用者達成共識。介入不但須切實可行，更須在合理時間內完成。除 ICES 同工所提供的直接介入外，服務使用者的強項和資源亦應被納入照顧計劃中。尋找服務使用者容易得到的支援尤其重要，例如其家庭成員、朋友，以及服務使用者想要使用的社區服務等。這都有助培養服務使用者的獨立自理能力、提升晚期病患者的意義感，以及加強服務使用者的身份認同。

團隊需要定期檢討照顧計劃，尤其是在關鍵／過渡時刻，如：護理地點改變、住院，及病情急劇惡化等。根據經驗，接收個案後的首3個月是專業介入最積極的階段 (active phase)。首要目標是支援家居照顧，並強化晚期病患者及其照顧者在心理及靈性上的抗逆力，以面對接下來的挑戰。當晚期病患者情況穩定下來後，一般能進入穩固階段 (maintenance phase)，並可能減少專業介入的頻密度，同時間加強義工於心理社交活動及／或實務支援的參與。當晚期病患者身體機能下降，及／或遇上急性病發、出入院、護理場所改變，或開始新的治療等情況，而導致進入一個關鍵時刻／過渡期，便可能觸發另一次的積極介入階段 (active phase)。此時需進行重新評估去調整照顧計劃，以提升患者的應對及適應能力。積極介入及穩固階段可能會一直持續交替，直至喪親階段為止 (圖5.1)。重要的是，在急性病發時應在情況許可下提供適時的危機處理。危機處理可包括緊急心理支援服務、適時的實務支援，以及促進晚期病患者、其照顧者與醫護團隊之間的溝通三方面的支援。

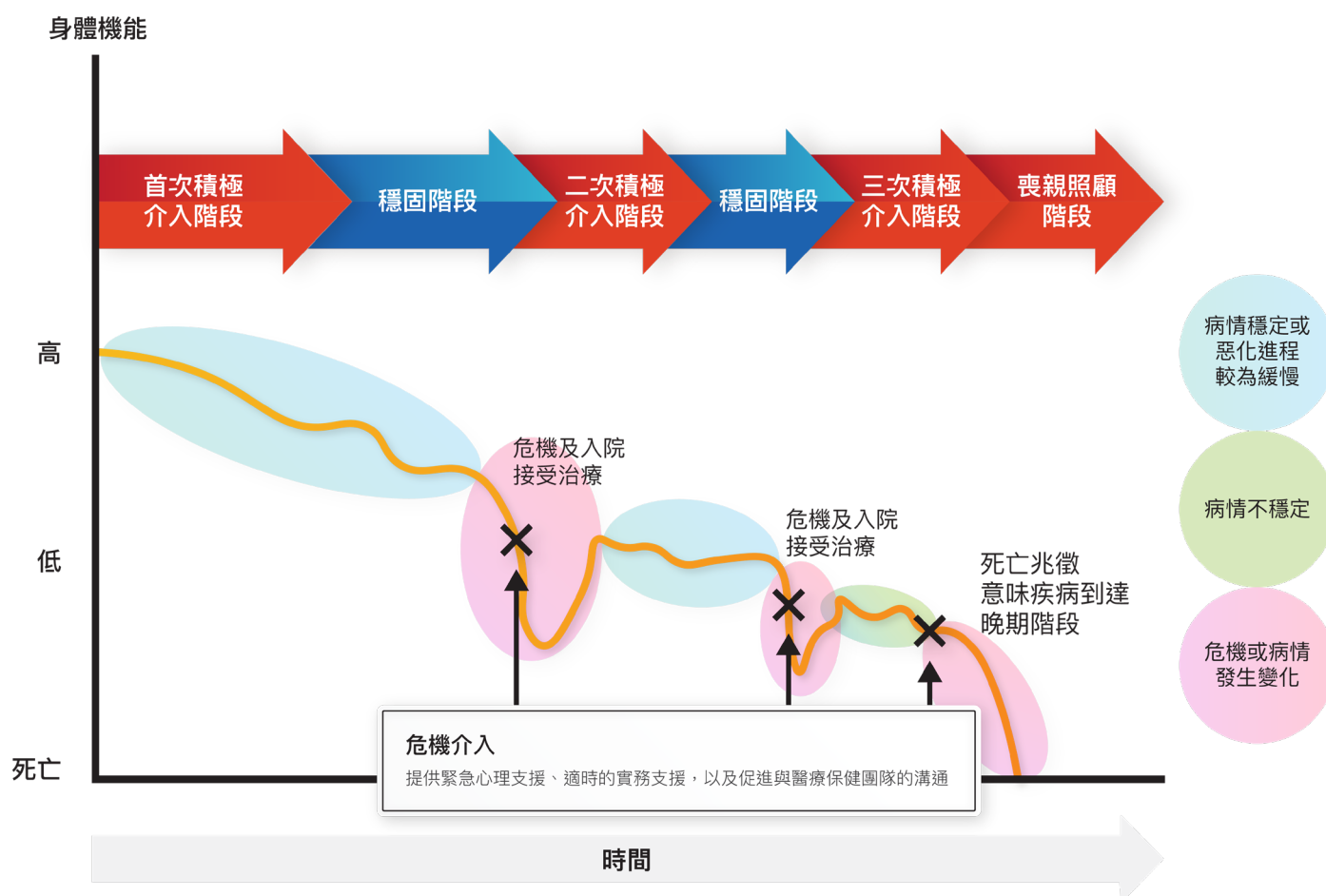


圖 5.1 以器官衰竭的典型疾病軌跡為例，「積極介入」及「穩固」階段會不斷交替，直至「喪親照顧」階段為止

5.2 個案概念化 (CASE CONCEPTUALISATION)

運用標準的需要分層工具進行初步評估後，不同範疇的需要會被區分為「低」或「高」需要度。焦慮及抑鬱症狀則會在「高」程度上額外有一層「非常高」的需要度。按以往經驗，如標示為「低」需要度，則只建議提供一般支援照顧，並進行持續評估以觀察其變化。如識別為「高」需要度，除提供以上一般支援照顧外，應進一步找出問題的潛在成因，並進行針對性介入。以下指引有助個案概念化。

5.2.1 高需要範疇的進一步評估

初步評估結果能為ICEST的專業同工提供有效指引，並將其注意力集中於高需要度範疇的項目之上，從而制訂最適切的介入方式。同工可能需要進一步查明目前問題及其潛在成因，包括評估服務使用者的強項、資源、應付生活困難的能力及意願。

表 5.1 提供了一些進一步評估高需要度範疇的問題（改編自Dunn (2001) 及 the Holistic common assessment published by the National Health Services, UK (2010)）。其中部分資訊在初步評估面談中應該已經收集了（▶33頁）。在工作指引下冊的「介入」部分將會概述如何根據進一步評估結果對各範疇作針對性介入。

實踐小貼士

表 5.1 進一步評估高需要度範疇的相關問題

建議	詳細內容
1. 有關問題的描述	何時開始 / 成因、持續時間、嚴重程度、連貫性、問題的本質、變化的速度，以及變化在甚麼情況下發生（觸發因素）
2. 問題對服務使用者日常生活活動及身體機能的影響	對睡眠、食慾、日常生活活動、人際關係的影響
3. 既有的問題及過往有效的應對策略	既有的醫療、精神及情緒問題、解決問題的能力、慣常的應對策略及其效用
4. 資源、挑戰及障礙	- 宗教及信念、家庭相處及溝通模式、社交/社區支援網絡、有否方便及可靠的資源、身體限制、教育及財政背景； - 服務使用者對了解其疾病及軌跡的心理準備；其接受/容許他人提供援助的意願及態度

5.2.2 3-Ps問題/需要之間所出現的共病症 (Comorbidity)

Dame Cicely Saunders指出，當人患上有生命危險的疾病時，可能會經歷整體疼痛 (Total pain)，即晚期病患者在所有範疇 (身體上、心理上、社交上、靈性上，及生活實際上) 所承受的痛苦 (Richmond, 2005)。這正好反映身心社靈照顧模式中，身體、心理、社交及靈性之間有互為關係的理念，並對個人整體健康有重要的影響 (Sulmasy, 2002)。從賽馬會安寧頌計劃2019年的晚期病患者數據可見，在ICEST的患者當中，最少三分一的患者在3-Ps全部範疇的需要度皆為「高」，而另外三分一的患者出現共病症 (定義為在任何兩個需要範疇同時出現「高」需要度) (圖5.2)。

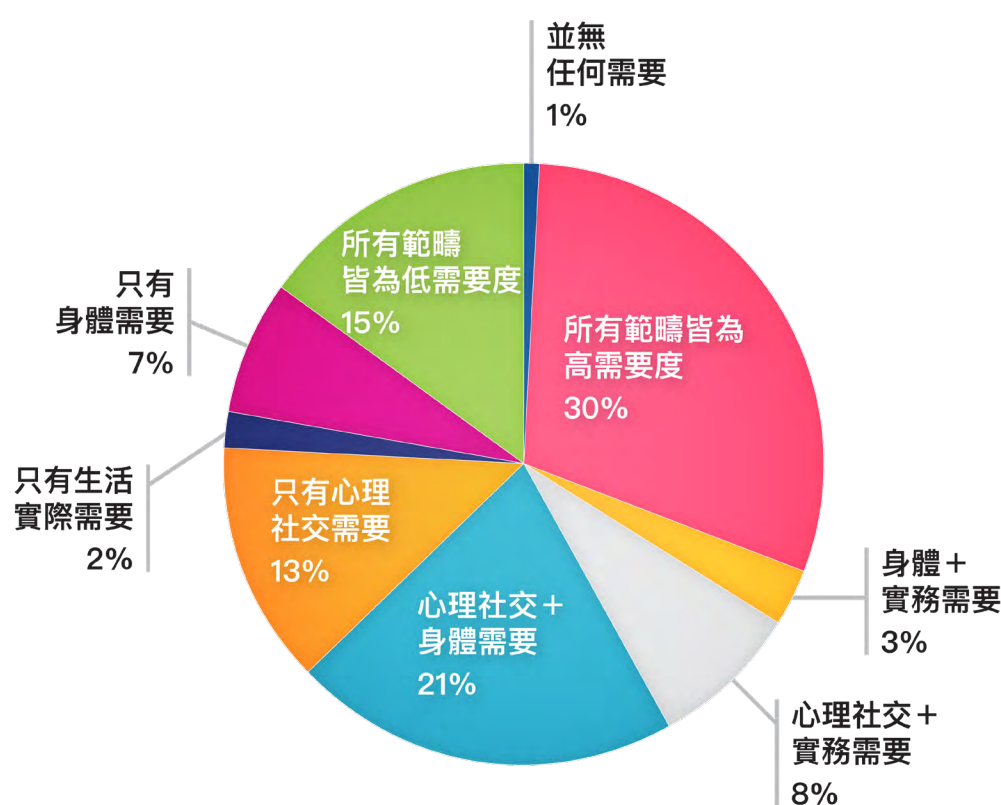


圖 5.2 晚期病患者的3-Ps基線需要共病症 (N=315)

絕大部分晚期病患者都會出現共病症，並可以從關鍵評估範疇中察覺得到（圖5.3）。因此，針對身體及生活實際需要，可能有效緩解心理社交方面的問題。除各範疇之間的互相影響，抑鬱及焦慮的共病症在晚期病患者及其照顧者亦很常見（Areia, Fonseca, Major, & Relvas, 2019；O'Connor, White, Kristjanson, Cousins, & Wikes, 2010；Oliver, Washington, Smith, Uraizee, & Demir, 2017；Wilson 等, 2007）。研究指出，靈性與焦慮及抑鬱有著非常密切的關係，然而靈性困擾亦可以在沒有情緒困擾的情況下發生（Hui 等, 2010；Rego 等, 2018）。



圖 5.3 晚期病患者中常見的心理、實務及身體症狀共病症

實踐小貼士

處理3-Ps中多個高需要項目同時出現的小貼士

根據需求層次理論（Maslow, 1987），在追求更高層次的需要前（例如：愛與歸屬感、自尊，及自我實現），應先滿足服務使用者的基本需要（例如生理及安全需要）。因此，如有多個高需要度的項目，應優先處理生活實際及身體需要，並應即時行動，務求將過度的精神壓力降至最低。

5.2.3 家庭介入或個人介入

晚期病患者及其照顧者的焦慮及抑鬱症狀，有著唇齒相依的關係 (Jacobs 等, 2017; Li, Lin, Xu, & Zhou, 2018; Oechsle, Goerth, Bokemeyer, & Mehnert, 2013)。例如照顧者的焦慮及抑鬱症狀，可能與親人疾病的發展 (Williams & Mccorkle, 2011) 及管理不善的症狀 (Oechsle 等, 2019) 有關。而家庭功能失衡能預測服務使用者的焦慮和抑鬱情緒，以及其他心理上的共病症如困擾、軀體化(somatisation)症狀及複雜預期性哀傷等 (Areia 等, 2019; Kissane & Bloch, 2002)。Kissane (2016) 估計在親人患有末期癌症的家庭中有約四分之一 (25%) 需要接受專門的心理社交介入。透過評估家庭的凝聚力、表達想法的能力及解決矛盾衝突的能力等家庭功能，可有效識別出高危家庭。以下為ICEST同工判斷使用家庭介入還是個人介入提供一些小貼士。

實踐小貼士

決定以家庭介入還是個人介入

如晚期病患者及其照顧者有共同的「高需要度」範疇，專業同工則可能要確認雙方的需要，有否互相依賴的關係，或來自共同問題的根源。然而，如晚期病患者及其主要照顧者有共同的表面需要，並願意共同付出努力滿足此需要，便應取得雙方共識。因應不同共同需要的複雜性，有時可能需要分開處理。由於照顧者的表面需要可能與晚期病患者的表面需要有所出入，應讓照顧者有充足時間及機會深思其個人需要，以識別潛在解決方案。

5.3 「綜合社區安寧照顧支援隊」(ICEST) 階梯式支援服務模式 (Stepped-care model)

透過階梯式支援服務模式 (Stepped-care model) 與3-Ps照顧範疇的結合，ICEST為服務的提供及資源分配提供明確指引。專業人員可根據服務使用者在各個照顧範疇評估得出的需要程度，提供不同強度的介入。ICEST內不同專業的同工，根據服務使用者的高需要度範疇，提供符合其專業技能的密集積極介入(圖5.4)。身體照顧範疇可以由團隊的護士帶領，社工則一般負責心社靈關顧，而實務支援方面則主要由支援同工在社工督導下施行。

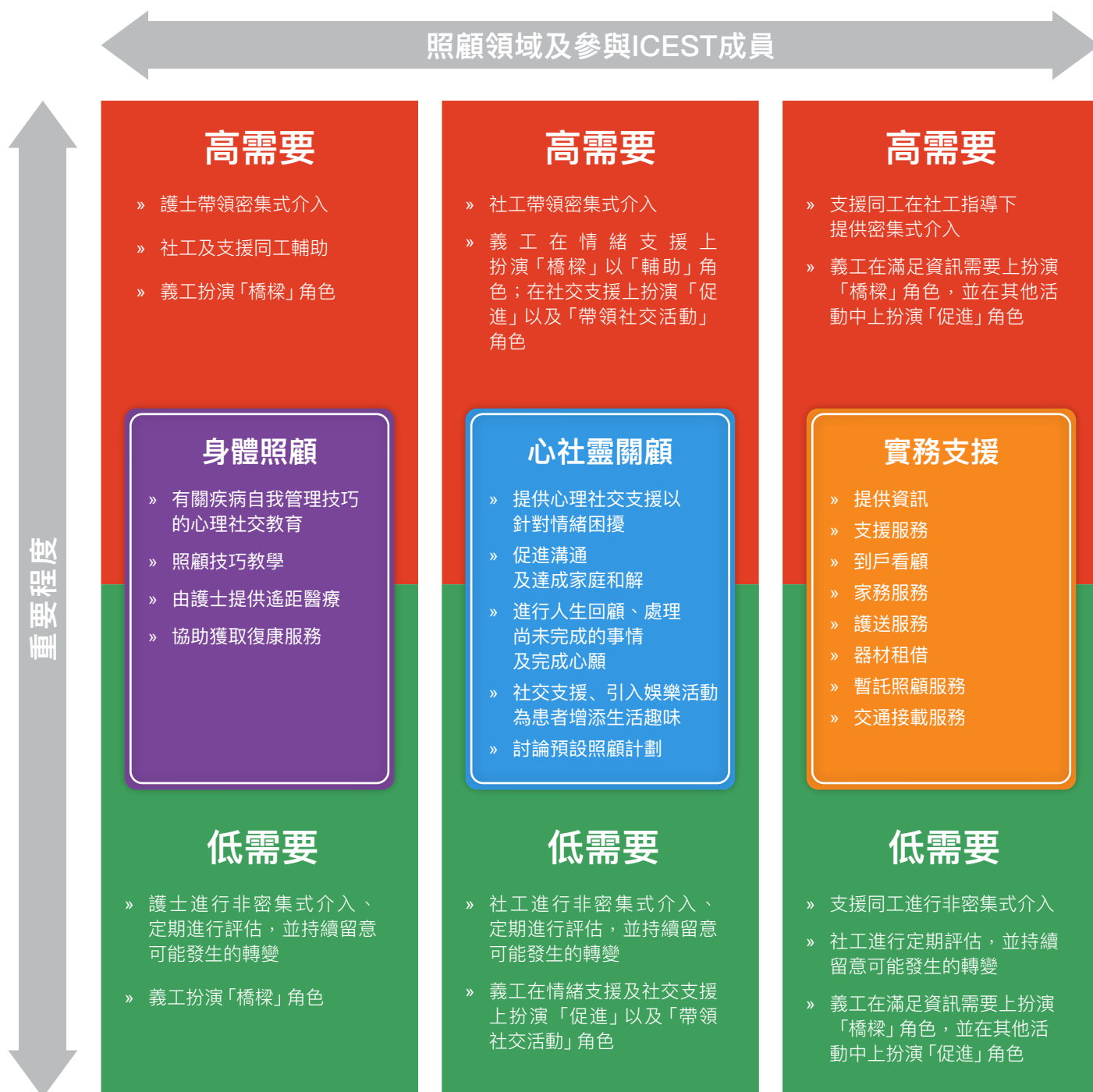


圖 5.4 ICEST模式在各範疇不同強度的階梯式支援服務

義工亦是ICEST重要的一員。ICEST透過運用SENS approach (激發義務工作和專業服務的共有價值 (Stimulating a shared value)、建構共同協作的能力 (Enabling a collective act)、培養多元化安寧服務綜合照顧團隊 (Nurturing an integrated team)，以及維繫義工參與的善終關愛伴行社區 (Sustaining a companionate community)) 策略性地培訓義工，為團隊提供有力支援（請於www.jcecc.hk 下載2021年出版的「安寧義工服務發展與統籌手冊」）。根據義工對安寧照顧的認知、經驗及責任感，他們能在ICEST模式中扮演四個重要角色：橋樑角色 (Bridging role)、協助心理支援的角色 (Supporting role)、促進角色 (Enabling role)，以及帶領社交活動的角色 (Fronting role) (圖5.5)。



圖 5.5 ICEST模式中義工的角色



有關第四個步驟 — 介入 — 的執行細節，請參閱工作指引下冊。工作指引下冊會於ICEST培訓中派發給參加者。

統一轉介表格 (樣本)

Referral Form for Jockey Club End-of-Life Community Care Project (JCECC)

☐ TO : St. James' Settlements (SJS) (Phone / Fax : Phone / Fax numbers Email : email address inserted)	FROM : Palliative Care / Oncology of ☐ PYNEH ☐ RTSKH (Phone / Fax : _____ / _____ Email : _____)
☐ TO : HK Society for Rehabilitation (HKSR) (Phone / Fax : Phone / Fax numbers Email : email address inserted)	FROM : Medical / Geriatrics of ☐ PYNEH ☐ RTSKH (Phone / Fax : _____ / _____ Email : _____)

Consent

1. Verbal consent of referral obtained from
- ☐ Patient and / or
- ☐ Family member : _____
on _____ (date) for patient
pareferral to SJS or HKSR under JCECC and
release of the information as listed in the referral
form to SJS or HKSR for JCECC enrolment
2. Diagnosis known to patient : ☐ Y ☐ N
3. Diagnosis known to family : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure

Patient's Personal Information

Name : _____ (Chinese preferred)

Gender : _____ Age : _____ Contact No. : _____

Address : _____

Family Member Information

Name : _____ Relationship : _____

Contact No. : _____

Medical Background

- | | |
|---|---|
| 4. Diagnoses : _____ | 5. PPS (% , if any) : _____ |
| 6. Current Infectious Disease : ☐ Y : _____ ☐ N | 6. HARRPE score (0-1, if any) : _____ |
| 8. Mental Illnesses : ☐ Y : _____ ☐ N | 9. ACP Discussed : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure
AD Signed : ☐ Y ☐ N ☐ Not Sure |

Psychosocial Background

- | | |
|---|---|
| 10. Psychosocial Spiritual Distress of Patient :
☐ Y : _____ ☐ N | 11. Psychosocial Spiritual Distress of Family member :
☐ Y : _____ ☐ N |
| 12. Suicidal Ideation of Patient :
☐ Y ☐ N ☐ Not Sure | 13. Family Issues : ☐ Y : _____
☐ N ☐ Not Sure |

Recommended Services

Physical Care	Psychosocial – Spiritual Care	Practical Care
☐ Personal care ☐ Education on physical care ☐ Equipment loan	☐ For patients ☐ For family ☐ Preparatory ACP	☐ Escort ☐ ADL/Household chores ☐ Social Services Navigation

☐ Receive periodic reviews, in addition to initial need assessment and service plan

☐ Other Remarks, if any : _____

Referrer's Information

Contact Person Name/ Post
(if different from referrer) : _____ Contact Number : _____

Referrer's Name/Post : _____ Signature : _____ Date : _____

For Office Use Only Received on : _____ Case No : _____

Eligibility Criteria

1. prognosis of less than 12 months;
2. indication of psycho-social or spiritual distress;
3. preferably aged 60 or above;
4. currently not covered under the existing Integrated Discharge Support Programme for Elderly Patients or similar services; and
5. referred by PYNEH or RTSKH.

Scope of EoLC Services (3-Ps)

1. Physical Care :	Personal care, Patient & family education on physical care, Equipment loan
2. Psychosocial-Spiritual Care :	Professional counselling for patients, Education on caring skills & stress management for family members, Facilitation of family communications / reconciliation, Befriending volunteer support for patients & family, Preparatory ACP, Bereavement & funeral support (upon death of patient)
3. Practical Care :	Escort, ADL / Household chores, Social services navigation

* SJS / HKSR will acknowledge receipt of case referral and phone contact patient / family member within 3 working days ; and arrange ward visit / home visit within 5 working days by social worker or nurse.

Suggested script to engage patient and/or family and introduce JCECC EoLC service.

1. 我哋好關心您同您家人出院後嘅情況，希望可以係醫院以外提供多一種支援，所以想轉介您哋俾(香港復康會 / 聖雅各福群會) 嘅賽馬會安寧頌計劃。
2. 呢個服務由香港賽馬會贊助，主要服務內容免費。(附上服務單張)
3. (香港復康會 / 聖雅各福群會) 會同我哋緊密合作，佢哋嘅社工或護士會同您哋傾下偈、睇下有乜嘢可以幫到您們，譬如教屋企人點樣照顧病人，或者有義工陪下您們等等。
4. 我哋將您嘅地址、電話和簡單病歷等交俾(香港復康會 / 聖雅各福群會)，佢哋會打電話俾您/您家人，約嚟醫院或去您屋企探訪。好唔好呀？

初步評估及服務計劃表格 (樣本)

Initial Assessment and Service Plan

☐ Palliative Care / Oncology of ☐ PYNEH ☐ RTSKH FROM : St James' Settlements
(Phone / Email : _____ / _____) (Phone / Fax : *Phone and Email inserted*)

☐ Medical/ Geriatrics of ☐ PYNEH ☐ RTSKH FROM : HK Society for Rehabilitation
(Phone / Email : _____ / _____) (Phone / Fax : *Phone and Email inserted*)

Name of Patient : _____ Case Number : _____

Care Area	Need Level	Service Content			
Physical :	☐ Hi ☐ Lo	☐ Personal Care	☐ Patient / family education on physical care	☐ Equipment Loan	☐ Others : _____ _____ _____
Psychosocial Spiritual :	☐ Hi ☐ Lo	☐ Professional counselling for patients	☐ Education on caring skills & stress management for family members	☐ Facilitation of family communication / reconciliation	☐ Befriending volunteer support for patients and family
		☐ Preparatory ACP	☐ Others : _____		
Practical :	☐ Hi ☐ Lo	☐ Escort	☐ ADL / Household chores	☐ Social services navigation	☐ Others : _____ _____ _____

Service Referral : ☐ Y : _____ ☐ N

Other remarks :

Prepared by :

Name / Post : _____ Contact Number : _____

Signature : _____ Date : _____

參考資料

- Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2019). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative and Supportive Care*, 17(3), 286–293. doi:10.1017/S1478951518000044
- Austin, P., Wiley, S., McEvoy, P. M., & Archer, L. (2011). Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliative and Supportive Care*, 2, 9(4), 393–400. doi:10.1017/S1478951511000411
- Bhatia, R., Reid, C. M., & Gibbins, J. (2014). *Goal setting for patients with palliative care needs*. Retrieved from <https://www.gmjournals.co.uk/goal-setting-for-patients-with-palliative-care-needs>
- Boa, S., Wyke, S., Duncan, E., & Haraldsdottir, E. (2012). Goal setting in palliative care: a structured literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2, A9–A10.
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In H. S. M. Stroebe & J. v. d. Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145–161): Routledge/Taylor & Francis Group.
- Chan, W. C. H., Chan, C. L. F., & Suen, M. (2013). Validation of the Chinese version of the modified caregivers strain Index among Hong Kong caregivers: An initiative of medical social workers. *Health & Social Work*, 38(4), 241–221.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), 573–579.
- Dunn, G. P. (2001). Patient assessment in palliative care: how to see the “big picture” and what to do when “there is no more we can do”. *Journal of the American College of Surgeons*, 193(5), 565–573. doi:10.1016/S1072-7515(01)01076-6
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12).
- Fok, C. C. T., Allen, J., Henry, D., & People Awakening Team. (2014). The brief family relationship scale: A brief measure of the relationship dimension in Family functioning. *Assessment*, 21(1), 67–72.
- Gómez-Batiste, X., Amblàs, J., Costa, X., Lasmarías, C., Santaegüenia, S., Sanchez, P., Bullich, I., & Ela, S. (2019). Development of Palliative Care: Past, Present, and Future. In: MacLeod R., Van den Block L. (eds), *Textbook of Palliative Care*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_2-1
- Hui, D., Cruz, M., Thorne, S., Parsons, H., Delgado-Guay, M., & Bruera, E. (2010). The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 28, 264–270. doi:10.1177/1049909110385917
- Hui, D., Meng, Y. C., Bruera, S., Geng, Y., Hutchins, R., Mori, M., . . . Bruera, E. (2016). Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist*, 21(7), 895–901. doi:10.1634/theoncologist.2016-0006
- Institute of Medicine (IOM) (2014). Evaluation design for complex global initiatives: workshop summary. Washington DC: The National Academies Press.
- Irish Association for Palliative Care. (2018). *What is palliative care*. Retrieved from <http://www.iapc.ie/about-us/what-is-palliative-care/>
- Jacobs, J. M., Shaffer, K. M., Nipp, R. D., Fishbein, J. N., MacDonald, J., El-Jawahri, A., . . . Greer, J. A. (2017). Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 519–531. doi:10.1007/s12160-017-9875-3
- Kissane, D. W. (2016). The challenge of family-centered care in palliative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 5(4), 319–321. Retrieved from <http://apm.amegroups.com/article/view/12001>
- Kissane, D. W., & Bloch, S. (2002). *Family focused grief therapy*. UK: Open University Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire–2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41, 1284–1294.
- Lau, K. S., Tse, D. M. W., Chen, T. W. T., Lam, P. T., Lam, W. M., & Chan, K. S. (2010). Comparing noncancer and cancer deaths in Hong Kong: A retrospective review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5), 704–714.
- Li, Q., Lin, Y., Xu, Y., & Zhou, H. (2018). The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 230. doi:10.1186/s12955-018-1051-3
- Lizabath, M. E., James, E. B., & Latishia, J. D. (2016). Grief following pet and human loss: closeness is key. *Death Studies*, 40(5), 275–282. DOI: 10.1080/07481187.2016.1139014
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality (3rd ed.)*. Delhi, India: Pearson Education.
- McCallum, M. e. a. (2018). Developing a palliative care competency framework for health professionals and volunteers: the Nova Scotian Experience. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 947–955.
- McCusker, M., Jolkovsky, M., Ruff, R., Benson, J., Rosielle, D. A., Schmidt, M., . . . Hadzic, S. (2020). *ICSI Health Care Guideline: Palliative Care for Adults*. Retrieved from https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2020/01/PalliativeCare_6th-Ed_2020_v2.pdf
- Moore, G. R., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical research council guidance. *Research Methods & Reporting*. *BMJ*, 2015. doi:10.1136/bmj.h1258. Doi: 10.1136/bmj.h1258
- Moos, R. H., & Moos, R. H. (1974). *Family Environment Scale*. Retrieved from <https://www.mindgarden.com/96-family-environment-scale>

- Morin CM, Benca R. Chronic insomnia(2012). *The Lancet* 379(9821):1129–1141
- National Health Services UK (2020). *IAPT guide for delivering treatment remotely during the coronavirus pandemic*. Retrieved from: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Final-C0042-MHLDA-Covid-19-Guidance-IAPT-.pdf>
- O'Connor, M., White, K., Kristjanson, L. J., Cousins, K., & Wikes, L. (2010). The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. *Medical Journal of Australia*, 193, S44–S47.
- Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2013). Anxiety and Depression in Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients: Impact on Their Perspective of the Patients' Symptom Burden. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1095–1101. doi:10.1089/jpm.2013.0038
- Oliver, D. P., Washington, K., Smith, J., Uraizee, A., & Demiris, G. (2017). The prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 20(4), 366–371.
- Palliative Care Australia. (2005). *A guide to palliative care service development: A population based approach*. Retrieved from: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>
- Palliative care outcome scale development team. (2017). *Integrated POS (IPOS) in English*. Retrieved from https://pos-pal.org/maix/ipos_in_english.php
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1), 65–79.
- Rego, F., Pereira, C., Rego, G., & Nunes, R. (2018). The Psychological and Spiritual Dimensions of Palliative Care: A Descriptive Systematic Review. *Neuropsychiatry*, 8, 484–494. doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000370
- Richmond, C. (2005) Dame Cicely Saunders. *BMJ*, 33, 238.
- Sophie, M. B., Henning, W. T., Jolande, V. v. H., Agnes, v. d. H., & Judith, A. C. R. (2015). Risk Factors for Complicated Grief in Older Adults. *Journal of Palliative Medicine*, 18(5), 438–446. doi:10.1089/jpm.2014.0366
- State of Victoria Department of Health. (2011). *Strengthening assessment and care planning – a guide for HACC assessment services in Victoria*. Retrieved from <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BE17B0459-5D90-4EC8-8E2D-A76D1EBB1094%7D>
- Stoklosa, J., Patterson, K., Rosielle, D., & Arnold, R. M. (2011). Anxiety in palliative care: causes and diagnosis# 186. *Journal of Palliative Medicine*, 14(10), 1173–1174.
- Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42(3), 24–33.
- Tang, S., & Chow, A. Y. M. (2017). Subjective and objective traumatic death: Distinct roles in developing complicated grief and depression among older adults in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 409–417. doi:doi: 10.1017/S1041610216001873
- The Gold Standards Framework. (2016). *The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG)*. Retrieved from <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>
- The National Clinical Programme for Palliative Care, & HSE Clinical Strategy and Programmes Division. (2014). *Palliative care needs assessment guidance*. Retrieved from <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/palliative-care-needs-assessment-guidance.pdf>
- The National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2017). *End of life care for adults – Quality standard [QS13] – Introduction and overview*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>
- The National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2019). *End of life care for adults: service delivery*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG142/chapter/recommendations#reviewing-needs>
- The SROI Network. (2012). *A guide to Social Return on Investment*. Retrieved from: <https://socialvalueuk.org/wp-content/uploads/2016/03/The%20Guide%20to%20Social%20Return%20on%20Investment%202015.pdf>
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the Modified Caregiver Strain Index. *The Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), p. S129.
- van Vliet, L. M., Harding, R., Bausewein, C., Payne, S., Higginson, I. J., & on behalf of EUROIMPACT. (2015). How should we manage information needs, family anxiety, depression, and breathlessness for those affected by advanced disease: development of a Clinical Decision Support Tool using a Delphi design. *BMC Medicine*, 13, 263.
- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. P. M., & Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: Asystematic review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 96. doi:10.1186/s12904-018-0346-9
- Williams, A. L., & McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative & Supportive Care*, 9, 315–325. doi:10.1017/S1478951511000265
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., . . . Fainsinger, R. L. (2009). Prevalence and correlates of pain in the Canadian National Palliative Care Survey. *Pain Research and Management*, 14(5), 365–370.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Shirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., . . . Fainsinger, R. L., Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118–129.

詞彙表

3

3-Ps	ICEST的照顧範疇：身體照顧/需要 (Physical care/needs)、實務支援/需要 (Practical care/needs)、心社靈關顧/需要 (Psychosocial spiritual care/needs)
------	--

A

A	評估 (Assessment)縮寫：指ICEST介入建議中的一種行動。
ACP	預設照顧計劃 (Advance Care Planning)
AD	預設醫療指示 (Advance Directives)
ADL	日常生活活動 (Activities of Daily Living)

C

CC	(社區)照顧者 (Community carers)：在此照顧手冊工作指引中泛指為居於社區的晚期病患者提供無薪、非正式照顧的人士。這能包括晚期病患者的家庭成員 (配偶、兒女、兄弟姊妹、姪子女)、朋友及/或鄰居。
CCSV	社區照顧服務券 (Community Care Service Voucher)
CC-T0	照顧者首次評估問卷編號
CC-T1	照顧者第二次評估問卷編號
CC-T2	照顧者哀傷評估問卷編號
CNS	社康護理服務 (Community Nursing Service)
CUHK	香港中文大學 (The Chinese University of Hong Kong)

D

DECC	長者地區中心 (District Elderly Community Centres)
DE	長者日間護理中心 (Day Care Centres for the Elderly)

E

EHCCS	改善家居及社區照顧服務 (Enhanced Home and Community Care Services)
EoL/EOL	生命晚期 (End of Life)
EoLC	安寧照顧 (End of Life Care)
EoLCC	社區安寧照顧 (End of Life Community Care)

F

FHB	食物及衛生局 (Food and Health Bureau)
FRI	家庭關係指數 (Family relation index)：用於擬定「家庭相處」指標的評估問題。

G

General supportive care	家庭關係指數 (Family relation index)：用於擬定「家庭相處」指標的評估問題
GSF PIG	黃金標準框架及早識別指引 (Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance)

H

H	指在3-Ps需要中有高程度需要 (High level)。
HARRPE	老人入院風險控制方案 (Hospital Admission Risk Reduction Programme for the Elderly)：是醫院管理局用於評估入院風險的評估工具，在ICEST中使用於轉介表格。
HCSPSD	嚴重殘疾人士家居照顧服務 (Home Care Service for Persons with Severe Disabilities)
HK	香港 (Hong Kong)
HKHA	香港醫院管理局 (Hong Kong Hospital Authority)
HKSAR	香港特別行政區 (Hong Kong Special Administrative Region)
HKU	香港大學 (The University of Hong Kong)
HSE	愛爾蘭醫療服務部門 (Health Service Executive (Ireland))

I

I	介入 (Intervene)縮寫：指ICEST介入建議中的一種行動。
IDAL	日常獨立活動 (Instrumental Activities of Daily Living)
ICEST	綜合社區安寧照顧支援隊 (Integrated Community End-of-life Care Support Team)：由「賽馬會安寧頌」計劃研發的統一標準社區安寧照顧模式。
ICEST clients	指接受ICEST服務的晚期病患者及其照顧者。
ICG	複雜性哀傷問卷 (Inventory of complicated grief)：於ICEST用於評估喪親照顧者的哀傷反應。
IFSC	綜合家庭服務中心 (Integrated Family Services Centres)
IHCS	綜合家居照顧服務 (Integrated Home Care Services for frail cases)
IOM	美國國家醫學院 (前稱「醫學研究院」) (Institute of Medicine)

紓緩照顧綜合結果量表 (Integrated Palliative Care Outcome Scale)：由英國倫敦國王學院研發的紓緩照顧成效評估量表，被翻譯成中文並使用於ICEST評估晚期病患者的情況。

IPOS

J

JCECC	賽馬會安寧頌(計劃) (Jockey Club End-of-Life Community Care (Project))
-------	---

L

L	指在3-Ps需要中有低程度需要 (Low level)
LWB	勞工及福利局 (Labour and Welfare Bureau)

M

m-CSI	修訂照顧者壓力指標 (Modified Caregiver Strain Index)：用作評估ICEST照顧者的照顧壓力。
MSS	醫務社會服務 (Medical social services)

N

N	ICEST內的護士 (Nurses)
NGO	非政府機構(在本指引中一般指社福機構) (Non-Government Organisation)
NHS	國民保健署 (英國) (National Health Service, UK)
NICE	英國「國家健康與照顧卓越研究院」 (National Institute for Health and Care Excellence)

NURSE	是一個同理心溝通的框架的步驟縮寫：指出病人的情緒 (Naming)、了解 (Understanding)、尊重 (Respecting)、支援 (Supporting)，以及探討 (Exploring)。
-------	--

P

P-EoL	晚期病患者 (Person/People at EoL)：本工作指引以「晚期病患者」取代「病人」一詞，以配合ICEST以人為本的照顧模式。
PCQ	階段轉換問卷 (Phase change questionnaire)：在ICEST中，當照顧上出現關鍵的轉變/過渡期時用於重新評估需要。
PE-T0	晚期病患者首次評估問卷編號
PE-T1	晚期病患者第二次評估問卷編號
PE-T2	晚期病患者第三次評估問卷編號
PHQ-2	病人健康狀況問卷-2 (Patient Health Questionnaire-2)：用於ICEST評估照顧者的抑鬱症狀。
PPS	紓緩治療狀態量表 (Palliative Performance Scale)：在ICEST中使用於轉介表格以評估晚期病患者的身體功能。

R

R	轉介 (Refer)縮寫：指ICEST介入建議中的一種行動。
RCTs	隨機對照試驗 (Randomised control trials)

S

SCW	ICEST中的支援同工 (一般在社工的督導下工作) (Supporting Care Worker)。
SENS approach	用於ICEST培訓義工的一個策略的縮寫：促進共同價值觀 (Stimulating a shared value)、賦予共同協作的能力 (Enabling a collective act)、培育綜合團隊 (Nurturing an integrated team)，以及建立和諧社區 (Sustaining a companionate community)。
SKH/S.K.H.	香港聖公會 (Hong Kong Sheng Kung Hui)
Specific intervention	針對性介入 (General supportive care)：於ICEST中作為對高程度需要的介入方案。
SROI	社會投資回報率 (Social Return on Investments)
Stepped-Care Model	階梯式支援服務模式 (Stepped-care model)：一個服務提供的模式，運用於ICEST讓服務以識別出的需要程度及類型去提供。
SWD	社會福利署 (Social Welfare Department)
SW	ICEST的社工 (Social Worker)

T

Threshold values	分界值 (Threshold values)：嵌入3-Ps評估指標的一個數值，以分辨需要程度的高低。
------------------	--

V

V	ICEST的義工 (Volunteers)
VH	指在3-Ps需要中有非常高程度需要 (Very high level)。