

病人積極參與醫療 為就醫安全掛保證

文／顧問 許國敏

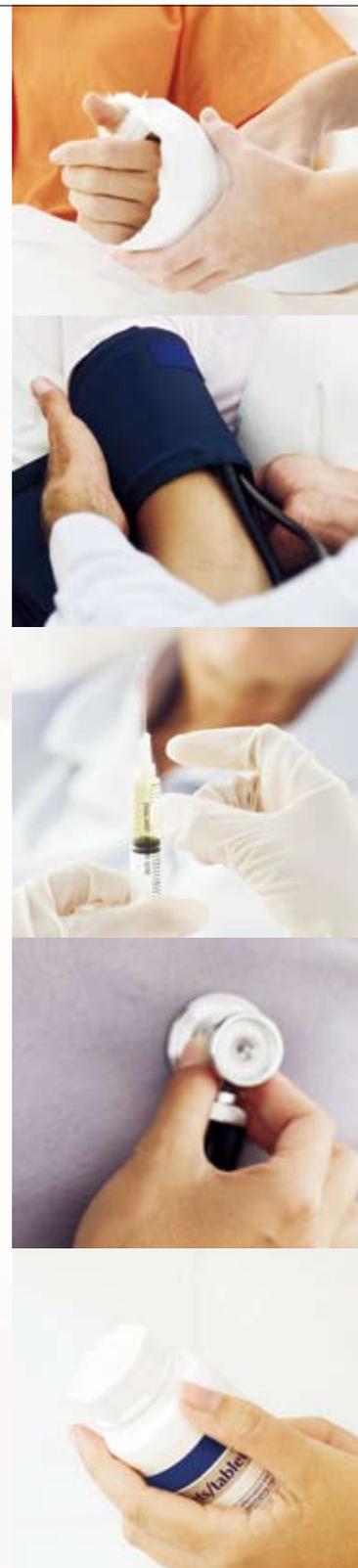
行政院衛生署於民國92年成立病人安全委員會，並考量醫院實務執行面的需要，委由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會邀集國內病人安全相關領域專家，參考美國評鑑聯合會（JCAHO）年度目標作法及相關資料，研擬出我國醫院病人安全目標、策略、原則與參考作法，以利各界參考使用。

93年首先推出5大目標：目標一、提昇用藥安全；目標二、落實醫療機構感染控制；目標三、提昇手術正確性；目標四、提昇病人辨識的正確性；目標五、預防病人跌倒；94年增加目標六、鼓勵異常事件通報；95至96年又增加目標七、改善交接病人的溝通與安全；目標八、提昇民眾參與病人安全。

中國醫藥大學附設醫院從民國94年至96年，承接中區醫療網病人安全訪查輔導工作，筆者有幸連續3年參與，了解實際推展目標六、七、八所面臨的一些困難。以本文主題病人參與（目標八）而言，醫策會提出3項執行策略：

1. 擴大病人安全委員會參與層面
2. 鼓勵民眾代表進行溝通與對談，瞭解民眾思維
3. 落實民眾申訴管道

第1項邀請病人或院外人士參與病人安全委員會，大多數醫院都能依照衛生署要求聘請一位院外人士為病人安全委員。第3項落實民眾申訴管道，也都能設置意見箱，建立申訴反映的窗口與平台。問題最大的是第2項，與民眾、病患在醫學、臨床專業領域相關訊息的溝通上，由於專業與非專業人員對醫療專業的認知有很大差距，知識和資訊的不對等，是推展病人安全活動最大的阻力。



病人參與醫療層次有三 台灣仍停留在原始階段

專業與非專業之間存有認知的差距，無法靠著簡單的三言兩語就建立起共識與認同，因此自1970年代基於以病人為中心、尊重病人權益而要求的所謂「知情同意」(informed consent)，依病人參與的程度不同分為3個層次：

1. Informed Consent (知情同意)
2. Informed Decision (知情後選擇、抉擇)
3. Share Decision-making (共同抉擇)

所謂「知情同意」是醫師依其專業所判定診斷以及檢查治療時，必須以口頭及書面詳細告知病人，並取得病人同意後簽下同意書。「知情後選擇、抉擇」是醫師提出不同方式的檢查或治療，同時分析各個方式的優缺點，提供病人選擇。「共同抉擇」是病人在具有相當程度的專業知識下，與醫師共同擬定治療方式。雖然最理想的方式是第3種的「共同抉擇」，其次為第2種「知情後選擇」，但依台灣地區整體醫療環境現況，以及民眾的知識、習慣，尤其是醫療服務人員長久以來習於父權式、教條式的行為模式看來，要達到以上兩種理想還需要努力。

病人在非開刀部位標記 可以協助預防醫療失誤

目前台灣醫界暫時以「知情同意」以及「參與醫療過程中之協助者」作為推動病人參與的兩個主軸；知情同意如前所述，在告知病人後，由病人簽具同意書，屬於被動式的作為；「參與醫療過程中之協助者」乃是主動式的作為。

在醫療院所經常可以看到「病人安全人人有責、病人安全我參與」的宣導標語，以及「病人權利與責任」、「有問題時盡量發問」、「就醫、就診時主動告知過敏史或懷孕」等類單張或海報，對於衛生署所推出的8大目標。各院所亦紛紛設計各種海報，例如上年度是以提昇用藥安全為年度重點，因而有些醫院在領藥窗口張貼多種用藥安全海報，有時甚至多到令人擔心會失去宣導焦點。

以目標3的提昇手術正確性為例，落實手術部位標記一事大多要求由醫師執行。筆者有一天在病房碰到健保局老同事正在訪查手術後的病人，醫護人員在手術前有無標記手術部位，顯示衛生行政單位對病人手術部位的正確性非常重視，然而這只是把標記與否的責任歸於醫護人員，並未要求病人也負起標記的責任。

國外曾有一篇論文(C.W.Digiovanni「Patient Compliance in Avoiding Wrong-site Surgery」2003「The Journal of Bone and Joint Surgery」)論及醫師要求病人在非開刀部位記上「NO」的標記以防開錯刀，居然有高達35%的病人不遵守此一要求，顯示欲擴大病人安全的效益，除要求醫護人員、醫療院所之外，更需要病人積極的參與。

新制醫院評鑑設立機制 鼓勵病人參與醫療照護

病人本身能否積極參與醫療，是達到病人安全最重要的因素，因此新制醫院評鑑設立機制來促進病人參與，加強病人與醫療人員間的合作關係，以提供高品質的醫療

服務及確保病人安全。與此相關的執行項目中非常清楚的指出「為確保高品質之醫療服務及病人安全，應有措施協助病人及家屬獲取治療資訊，鼓勵他們參與醫療照護之過程及決策」，前面所提到的共同抉擇（Share Decision-making）正是達到病人安全及提昇醫療品質的最高目標。至於照護方面的溝通以及獲得病人、家屬同意，均為最初級的參與層次。

歐美先進國家頗為重視病人的衛生教育，有些醫院規劃有相當寬敞的病人與家屬（一般民眾）專用的衛生教育圖書室，甚至設有專為兒童教育使用的空間及圖書，並且聘請具備醫學知識的志工（大多為退休的醫事人員）提供解說、諮詢、支援等服務。也有醫院設置專責協助諮詢服務的單位及人員，依據美國醫院協會的調查，美國約有58%的醫院設置病患代理人（patient representative），並成立全國性的協會組織（Society of Healthcare Consumer Advocacy；SHCA）。

病人、家屬版臨床路徑 有助病人了解治療內容

對病患及家屬說明治療的方法與過程，最好的方式是給予簡明扼要、用辭淺顯的病人、家屬版臨床路徑，使病患及家屬在事前即可詳知爾後所有治療的內容與過程。

新制醫院評鑑中有關「應向病人適當說明病情及治療方式、特殊治療及處置，說明內容應有紀錄」的規定，在評鑑基準及

評分說明欄中提及「說明時使用病人能聽懂的语言、說明可以有第2種參考意見或替代方案的機會」。在「進行照護說明時，能考慮到病人的立場，使其完全了解醫療照護過程」，以及「妥善協助病人對治療過程的瞭解」等規定中，也明確指出「為達優質醫療，必須由醫療提供者與病人共有診療資訊，或有病人自己要求的項目著手」等，已經牽涉到所謂病人參與的第2及第3種層次，也就是Informed decision及Share decision-making。

記得民國86年，筆者在省衛生處協助石處長推展省屬醫療院所及各縣市衛生局TQM活動時，深感醫師們不太願意參與作業標準化與作業改善的工作，因而於民國87年邀請時任台大醫院副院長、現任行政院衛生署署長的侯勝茂先生，指導各省立醫院臨床科室全面推展臨床路徑，惟當時僅製作醫事團隊版的臨床路徑，尚未製作病人、家屬版的臨床路徑。民國88年廢省，筆者亦自願退休，其後是否繼續完成完整的醫事團隊、病人、家屬版的臨床路徑則不得而知。

但據筆者了解，一般醫院目前使用的臨床路徑種類不多，且實施尚不普遍，尤其鮮少製有病人、家屬所用的版本。究其原因有二，一是憂懼治療結果與路徑所記載者不符，容易引起無謂的困擾；二是擔心所製成的臨床路徑與實證醫學有差距。事實上，臨床治療的確可能被各種因素干擾，並且也存在不同個體特殊的因素，無法如製造業般訂定差異性達6個標準差的標準作業流程。

符合實證醫學的臨床指引 邁向共同抉擇理想的起步

雖然臨床作業有其複雜性、不確定性，但也能夠經由眾多的實證經驗歸納整理出一個方向、一個約數及範圍。中央健康保險局中區分局在前蔡淑玲經理、現任陳經理、醫審會各審查醫師共同努力下，嘗試以實證醫學為基礎建立提昇醫療品質的審查要點，這要點也是中區分局轄內各醫療院所臨床作業時應予遵守的綱要。

掌理日本醫院評鑑的財團法人日本醫療機能評價機構（Japan Council Quality Health Care）接受厚生省研究費補助，製作以實證醫學為基礎的臨床指引，並公開於該機構的網頁（<http://minds.jcqh.or.jp/>，MINDS乃Medical Information Network Distribution Service的簡稱）。依據該網頁的說明，此一臨床指引重視業務的中立性、公平性，製作群包括醫療提供者的代表、學者、民眾及病人的代表。MINDS所提供的資訊有供一般民眾、醫療專業人員使用的兩種版本，希望透過指引，使病人也能充分瞭解治療的方針，對醫療有正確合理的期望，進而與醫師共同協議，選擇最恰當、最有效的治療方法。

實證醫學源自英國，英國的健保局（NHS）亦委托英國國立醫療技術評價機構（National Institute for Clinical Excellence；NICE），協同7個NCC（National Collaborating Centre）組成指引開發群（Guideline Development Group；GDG），在國立醫療技術評價機構（NICE）設

有病人參與的單位（Patient Involvement Unit；PIU），以遴選、訓練參與制定指引的病人或照護者代表（詳情請上<http://www.nice.org.uk/>查詢）。前述日本MINDS臨床指引的製作就是參考英國NICE的作法。

如果台灣也有基於實證醫學，由可信度高、參與層面廣（包括病人及一般民眾代表），並且由國家（中央）級的相關單位所主持（掛保證）制定的臨床指引，則各醫療機構、臨床各科室在制定臨床路徑之際，尤其是與病人及家屬共同協商制定病人家屬版的臨床路徑時，應可減輕不少阻力，也唯有如此才能朝向共同抉擇（Share Decision-making）的理想境界邁進。

推展病人安全仍待努力 配套措施宜以英日為鏡

行政院衛生署從民國93年推展病人安全工作，至今雖略有成效，然其推展層面仍停留在觀念的溝通及理論的探討，尤其有關病人參與的環節，缺乏整合醫療提供者與病人家屬之間的指引基準，因而只能停留在「知情同意」，病人被動告知後同意的原始階段。

雖然醫策會已參考日本醫院評鑑的基準，但其他配套事項尚未參考日本或英國的經驗，建議中央有關機關儘速仿照英、日兩國作法，訂定有公信力的臨床指引，始能開始走向病人充分參與，共同抉擇，以達提昇醫療品質、保障病人安全的理想目標。願共勉之。☺