

讓病人參與醫療 尊重病人知的權利

參加第23屆國際健康照護品質協會研討會有感

文／麻醉部 主任 吳世銓

國際健康照護品質協會（The International Society for Quality in Health Care, Inc.；ISQua）是國際上參加人數最多的健康照護品質學術團體，在健康照護品質領域中極具影響力。

該會主辦的第23屆國際研討會去年10月22日至25日在英國倫敦市中心Queen Elizabeth II Conference Center舉行。根據大會統計，本屆年會共有74個國家的830位學者專家出席，其中29人來自台灣，包括醫策會5人（由謝博生董事長及翁惠瑛執行長帶領）、衛生署及其附屬單位2人（由高文惠視察帶領）、各醫院含台大醫院（由林芳郁院長帶領）、中國醫藥大學附設醫院（筆者）、秀傳紀念醫院（蔡志宏副院長）、北醫、國泰、高榮、埔基、馬偕及怡仁等22名醫院代表。台灣有11篇報告被大會接受發表，其中2篇是口頭報告，9篇是海報發表，顯示國內醫療品質的促進推廣在國際間受到重視，報告者在會議中與大家分享醫療品質

改善的經驗與成果，對擴大台灣的國際能見度也頗有助益。

研討會以「因應不斷變動的醫療環境，提升病人安全及醫療照護品質的挑戰及轉機」（Challenges and opportunities for improving safety and quality healthcare in response to continuous change）為主題，除了英國衛生事務大臣Patricia Hewitt、世界衛生組織全球病人安全聯盟主席Sir Liam Donaldson等學者的專題演講外，亦有專題討論、實務實習、口頭報告及海報發表，涵蓋病人安全、醫療品質等重要領域，內容則可細分為政策及實踐、病人安全、成效評估/指標、臨床照護、制度、健康照護職場、評鑑及健康照護委員會等八大類別。

筆者綜觀整個會議內容，將所謂的「挑戰及轉機」整理成三個項目，即以病人為中心的照顧（讓病人「參與」醫療、從病人角度設立醫療方向、病人安全）、論質計酬、醫療資訊工程。



(吳世鋒提供)

讓病人參與醫療服務是最新趨勢

在全球人口增加及醫療人力危機下發展出的醫療服務，必須由病人「參與」選擇、執行、評議治療和照護的方向，英國衛生事務大臣Patricia Hewitt在開幕典禮致詞時便已明白點出這是醫療照護的最新趨勢。她認為在病人對醫療服務的期望上升，銀髮族對醫療服務需求殷切，以及社會各界越來越挑剔醫療安全及品質的情形下，要提高病人安全及醫療照護品質，對醫界是挑戰，更是轉機，讓病人「參與」醫療服務已是當務之急。

事實上，我們從電子郵件通訊、寬頻電訊醫療服務、病人遠距生理情況監測、病人就是專家計畫、自助醫療照護及訓練自助病人團隊、氣喘病人安心計畫中已經可以發現，近期醫療體制是以病人直接「參與」醫療專業服務來增加可用資源。

大英聯邦政府在更新衛生法令時，即以配合現代醫療的複雜度為重點考量。在他們的醫療系統中，政府對病人、醫療照護團隊

及地區醫療在參與醫療服務上，給予很大的自主空間。譬如政府衛生機關會讓民眾知道在接受膝及髖關節置換手術前，體重需要減少至BMI值低於30以下，手術才會被核准施行，如此一來，等待手術的肥胖病人會更加了解體重對膝及髖關節的影響，更有加強體重控制的動力。地區醫療的功能是確立民眾健康飲食文化，從各個層面來協助就醫者控制體重，政府則是扮演著輔導者的角色。

這種制度使病人有機會與權力參與醫療決策過程，增進與醫療照護團隊的溝通，且能提升病人與醫護人員共同參與健康促進的夥伴關係。美國醫療衛生機構認證聯合委員會國際部門（JCI）主席/CEO Karen Timmons在另一個演講中回應說：「JCI正考慮將「就醫者參與度」列入2007年JCAHO的指標之一」。

對於「從病人角度設定醫療方向」，會中多位學者認為醫療照護應從了解病人心願，重視病人要求，並且以病人為中心的角度來考量，不僅負起「告知風險」的責任，

還要尊重就醫者的主權及參與權，提供必要的醫療知識，告知其參與的權利及義務。最後，再從病人角度設定醫療服務過程。

本會議資助機構之一The Picker Institute Europe曾發表由病人選出的八個醫療優劣評斷標準：一、是否尊重就醫者的價值觀、隱私權、偏好及需求；二、有無提供病人必要的醫療知識及教育；三、就醫方便性，譬如等待就醫時間、住院作業順暢度和醫院環境；四、情緒上的支持，包括醫病溝通；五、家屬及朋友的參與；六、醫療的持續性；七、身體舒適度及疼痛處理；八、醫療單位間的配合度。至於應從病人角度來設定醫療服務的原因有三：一、病人本身不需要是專家也能有好的建議；二、詢問病人可以獲得最確實的訊息；三、病人就醫選擇是取決於其對該醫療機構的評價。美國The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) 及加拿大The Canadian Council of Health Facilities Accreditation (CCHFA) 在對癌症末期病人的標準照顧說明中，已要求醫療照顧的設計及執行，應參照病人及家屬的意見。

對於病人安全事件的回報，各國亦有獨特之處。以荷蘭為例，他們藉由建立安全文化、確立團隊維護病人安全信念、融入風險管理於醫療活動中、鼓勵回報、增強與病人及社會的溝通、分享病人安全經驗、以及確立避免傷害再次發生的方法，設立充實的病人安全系統。在增強與病人及社會的溝通方面，荷蘭有一個很值得學習的作法，他們鼓勵病人及家屬在住院期間寫日記並回報不安全事件；邀請已出院的病人及家屬回院，以「講故事」及「面對面會談」方式，告訴治

療或照護他（她）們的醫護人員自己在住院時的感受，醫護人員若從中發現問題，即可進一步改良照護方式。

再以美國為例，美國訪視6000名病人及2000名醫護人員後發現，疼痛處置中常有多項失誤，包括術前讓病人低估術後疼痛程度、延誤給予止痛藥物、以及止痛藥物用量不足，目前已有多所醫學中心特別加強疼痛醫療照顧。法國編寫標準作業規範和設立法令，不但將回報AE事件成效列入評鑑項目，還作為專科持續教育內容，以確立病人安全系統。加拿大則靠著每年1千萬加幣的病人安全基金及去年2.9百萬加幣的病人安全經費，經營病人安全制度。澳洲將注意力放在固定幾個指標，包括開錯手術位置、開錯病人、因病自殺率、因誤留器材再手術、輸血反應、錯誤給藥致死、生產死亡及嚴重併發症、錯抱嬰孩事件等，上述事件如屬非故意及無可避免的不罰，若是故意、惡意無視安全及知情不報，則須接受懲處。

論質計酬可提升治療成效和服務品質

英國National Health System從2004年4月起實施General Medical Services GMS家庭醫師（GP）新的合約：門診論質計酬計畫（The quality and outcome framework；QOF）。在這個改變之前，英國家庭醫師是在論人（量）計酬制度下作業，看病的誘因不夠強。門診論質計酬是針對「臨床指標」、「組織指標」、「額外服務指標」、「病人經驗指標」四大領域及一些共同指標，給予醫師額外點值加強誘因，以改善服務品質。「臨床指標」包括十大疾病：心臟病、中風、高血壓、甲狀腺功能低下、糖尿

病、精神疾病、慢性肺栓塞、氣喘、癲癇、癌症。「組織指標」與初級照護人員教育訓練、病歷系統管理、病人電話服務及相關的醫務管理有關。「額外服務指標」包括子宮頸抹片檢查、兒童健康監測、產後服務以及避孕服務。「病人經驗指標」為就醫時間長短以及病人調查。共同指標是全人照護、品質服務以及可近性。

舉例來說，某位家庭醫師看診時如果給每個病人的看診時間都超過10分鐘，他當年最高將可得到1050指標點值的獎勵。第一年（2004年4月1日至2005年3月31日）實施的結果顯示，英國平均每位家庭醫師可以拿到959點，顯示94%的約診至少能達到看診10分鐘。另就心臟冠狀動脈疾病而言，71%的患者膽固醇可控制在5 mmol/l以下，90%的病人已接受阿斯匹靈或抗凝血劑的治療，顯示家庭醫師的可近性以及治療成效不僅大幅進步，服務品質也有提升。另外，英國民眾在實施QOF後對慢性病有更深入的了解，衛生主管單位也更能掌握區域的差異，這種成績令英國衛生官員深感滿意。

台灣的健保從2001年開始陸續推動子宮頸癌、乳癌、肺結核、糖尿病、及氣喘等五項論質計酬方案，其後又陸續推出高血壓、B肝C肝治療、早期療育、精神分裂症及第二階段子宮頸癌的試辦計畫。我認為台灣要有效管理健保門診，應以英國QOF為鏡，實施門診論質計酬計畫將是很好的解決之道。

提供充足資訊滿足病人知的權利

在醫療人權中，「知的權利」已被視為新興的基本防禦權。醫療資訊包括透明化、

可預測化、可掌握化的醫療行政作業，以及公開化、明確化的醫療知識。病人及家屬在參與治療決策及執行醫療照護時，必須有充足的資訊作為參考，因此醫療院所必須告訴病人與其疾病相關的研究和實驗計畫、其他可提供同等服務的醫療院所資訊、醫療照護過程中各項檢驗的相關資訊等。對於住院病人尤應正確說明病情、治療過程、藥品成分與效果、預後、併發症等全方位評估結果，以及提供照護的醫護人員資料，讓病人作最後的決定。

必須注意的是，醫療單位要以淺顯易懂的方式告知民眾專業資訊，同時提供諮詢、索取各種就醫文件的管道，如此一來，定能贏得民眾信賴，醫病互信的資訊公開制度建立後，有助於提升醫療品質。英國及美國在醫療資訊工程的發展已漸趨成熟，我國至今尚未制定相關法令，仍有待加強。

國際評鑑計畫（International Accreditation Program；IAP），由ISQua主辦，主要任務是替國際間執行醫院評鑑業務的評鑑機構進行評鑑、發展國際評鑑指標及協助設立評鑑制度。至今已有加拿大（CCHSA）、英國（HQS）、澳洲（ACHS、AGPAL）、愛爾蘭（IHSAB）、紐西蘭（QHNZ）及南非（CHSASA）等國際評鑑機構通過認證，美國醫療衛生機構認證聯合委員會國際部門（JCI）也將於今年10月接受IAP評鑑。

台灣醫策會在亞洲率先通過IAP評鑑

台灣的醫策會早在去年7月就接受IAP評鑑，順利通過，成為亞洲第1個、全球第8個

通過IAP評鑑的醫院評鑑機構。我國多年在醫院評鑑上的努力獲得肯定，證明醫策會執行評鑑作業的品質已達國際水準。

我從各國的報告中發現有些問題不只存在於台灣，其他國家也一樣在面對，雖說國與國的文化差異很大，但國外也是從不斷的錯誤中學習，最終才獲得成功，因此我們不必妄自菲薄。更何況，我們許多地方做得很不錯，甚至表現得更加優越。



吳主任（中）和與會人員合影留念（吳世銓提供）

我們讓病人參與醫療服務的貼心設計

譬如讓病人「參與」醫療服務，本院麻醉部除了有麻醉前門診提供病人及家屬與麻醉醫師討論麻醉方式、麻醉風險及麻醉同意書內容外，亦有麻醉部網址 www.cmuh.org.tw/anes/ 供病人上網瀏覽。麻醉部網頁內有民眾專區，介紹術前禁食及服藥等等麻醉前須知，以記錄短片介紹麻醉前、中及後的情況及術後止痛辦法，可減少病人及家屬在術前的焦慮。術後，有專員到

病房或打電話給門診手術病人，進行術後訪視及調查滿意度。我們的目的正是讓病人及家屬了解並「參與」選擇及執行照護，從術後的關懷訪視中，我們也獲得日後改善的方向。

建議加強以病人為中心的研究

故此，建議本院先以民眾常見的疾病如糖尿病、高血壓、心臟病、中風、氣喘、癲癇、癌症及B型肝炎等，加強預防教育，印製健康資訊教育傳單，定期以郵寄、網路或院內主動發放方式，送給病人及家屬參考。這麼做可以提供民眾健康教育，也是凸顯本院關心大家健康的「非廣告」方式。我建議設立專職單位，針對因上述疾病就醫的民眾，從事醫療照護後的追蹤及關懷，並收集病人的反應，研討改善原有的醫療過程，提升醫療服務品質。

在院內醫學教育方面，我建議灌輸院內相關醫療單位及學生「以病人為中心」的思維，鼓勵進行「以病人為中心」後的成效研究，以便未來在國際研討會中發表。在醫院極具遠見的經營理念下，我們的病人安全及醫療品質已達相當水準。但維護醫療品質不應只是閉門造車，成果必須得到國際組織的認同，本院的國際水平經過認證，在醫療界的地位自然會提升。

ISQua下屆國際研討會將於今年9月30日至10月3日在美國波士頓市舉行，研討會主題已核定為「Transforming Healthcare in the Electronic Age」。我建議負責醫療品質及病人安全的單位和同仁從現在起就開始籌劃，積極準備參與。