

論 述

全面性之健康照護 Holistic Health Care

紀雪雲

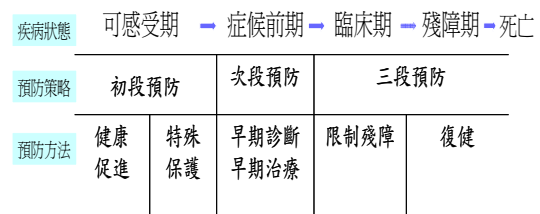
經國管理暨健康學院 行政院衛生署全民健康保險醫療品質委員會

行政院衛生署署長侯勝茂就任以來，第一要務就是希望健保能改善體質，提升民眾就醫品質，其除了以「厝邊的好醫生」、「社區的好病院」與醫界互勉期許外，在政策上也成立全民健保醫療品質委員會，委員會並選七個重點疾病成立工作小組，逐一試辦改進之道，其中第一個成立的糖尿病治療品質改善專案小組就建議應成立「國民就醫行為改善專案小組」，筆者是在這種情況下奉命擔任這個「國民就醫行為改善專案小組」的召集人。

擔任小組召集人以來，首先思考小組的任務應以解決問題，而不是一般學術研究驗證某一模式或某一理論。謝博生主委乃引見彰化縣鹿港地區安健醫療群蔡明忠院長，希望我能以該醫療群為試辦對象提出可供醫界參考的作法，試辦迄今近半年，試辦的成果將另案發表，本文只就這一段期間深入醫療群、基層診所所見及參考世界衛生組織慢性病照護挑戰(The challenge of chronic conditions, WHO,2005)、歐洲醫院實施健康促進的標準(Standards for health promotion in hospitals, WHO,2006)、世界衛生組織健康促進醫院合作網絡的基本原則(National, Regional health promoting hospitals network coordinators, Austria,1997)以及澳洲雪梨大學發展的病人安全衛生教育架構(National patient safety education framework, The university of sydney,2005)，深感我國醫療照護若要達到「以病人為中心」的世界趨勢，除了病人要被教育遵醫囑做好自我照護外，醫師也要被教育如何提出好的醫囑和處方。以照護慢性病為例，

健保局、醫策會已積極推動社區醫療群、社區公衛群、國民健康局推出共同照護計畫、衛生署醫事處也推出區域共同照護計畫，這些方向都是與世界同步，但其成效，尤其是國民就醫品質的改善尚有一些改善空間，本人僅就一些大方向，提出討論如下：

疾病自然史與三段五級預防



圖一

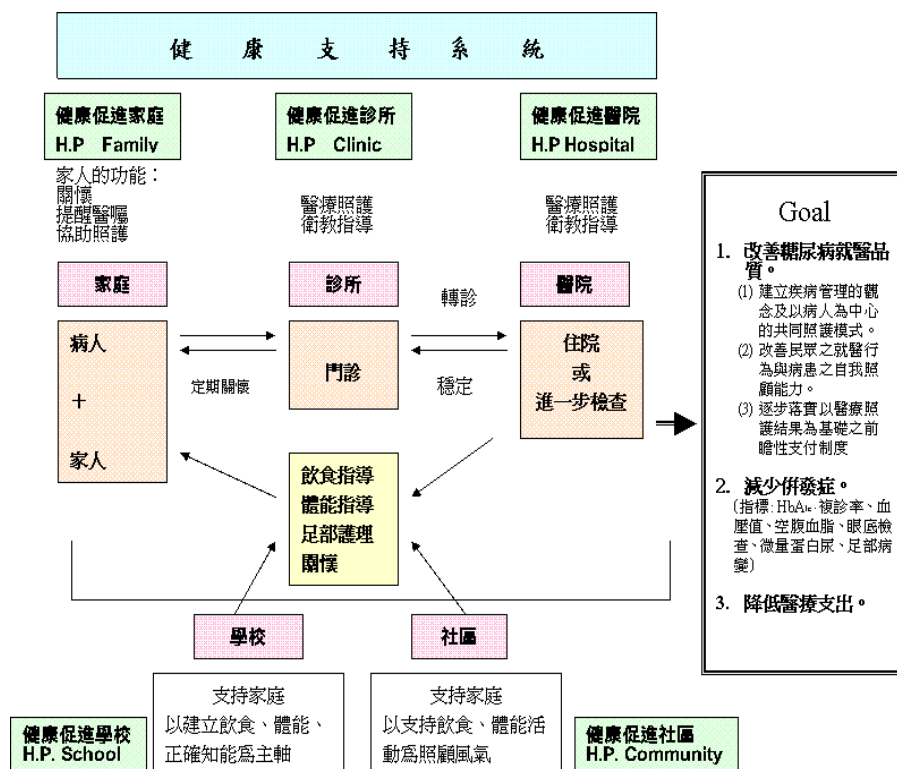
一. 疾病自然史與公共衛生三段五級的預防架構根深蒂固，其預防策略的作為應重新調整。

疾病自然史與公共衛生三段五級的預防教育，強調初級預防的策略才需教育、宣導、健康促進，一進到症候期就只重視臨床診療、復健(圖一)。也因此從大學醫學教育到醫師執業期間，醫事人員尤其是醫師一直以醫療技術的專精及醫療器材的開發使用為首要，對於健康促進及衛生教育的知能並不在意，所開之處方也僅止於醫藥處方，近年來糖尿病的照護才加入營養教育，但觀察我國國民 94 年十大死因，每一項死因都與生活習慣有

疾病自然史與三段五級預防修正圖

疾病狀態	可感受期 → 症候前期 → 臨床期 → 殘障期 → 死亡				
預防策略	初段預防		次段預防	三段預防	
預防方法	健康促進	特殊保護	早期診斷 早期治療	限制殘障	復健
	衛生教育	健康促進 衛生教育	健康促進 衛生教育	健康促進 衛生教育	健康促進 衛生教育

圖二



圖三

關，要治療或預防這些疾病已不是高科技醫技就可以改善，需要民眾行為改變，則臨床教育就不應再將健康促進與衛生教育科學摒除在外，所以疾病的預防模式應調整為(圖二)，即進到醫院來醫師的診療應結合其他領

域專業人員一起照護，包括營養師、體能指導人員、心理諮商師...等等。醫師的衛生指導方法，也應思索用什麼工具輔助才會更有效。

二. 團隊照護不僅止於醫療團隊，應以病人照護需求為考量結合相關資源及人力成為健康團隊。

從早期 1970，1980 年代先進國家推行病人衛生教育時期即已提倡團隊照護的概念，而 1986 年世界衛生組織召開第一屆健康促進大會之後，健康促進的概念蓬勃發展，健康促進計畫有系統的推動，健康促進醫院、醫院健康促進計畫都一再強調結合各領域的人共同照護病人、家屬、員工的重要。近年病人安全積極推動，病人安全照護也需醫護及其他領域的人員共同加入，所以，所謂醫藥或醫護的醫療團隊已不足以應付慢性病照護的需求，需納入其他體系的人，筆者曾在前述國民就醫行為改善專案小組第一次會議時提出健康支持網絡的概念(見圖三)，其一方面說明照護體系不局限於醫院、診所，可擴及學校、社區可能的人力和資源，另方面也說明病人行為的改變及持續維持是需要周圍強有力的人際支持網絡，這不是醫師單獨做得到的。

- 三. 醫病溝通方式、語言、符號影響病人認知和遵醫囑，改善溝通品質是改善醫療品質很重要的一環。

目前醫病溝通方式仍以醫師說病人聽為主，但即使醫師說的每一個字病人都知道，並不代表病人了解醫師所教的醫囑，所以病人安全照護要三讀五對，要做記號、核對…等等，都在強調醫病溝通的有效性(effectivety)的重要。而「說」是最抽象的，要提升溝通效能，輔助工具的選擇和使用很重要，而這些工具、教材的研發，又需要配合病人文化、社經、教育程度等，這裡也呼應前面所述，提升醫療品質醫師在教育方法及教材的使用需加強，病人才能充分了解醫囑，william 等(1995)曾調查最基本的同意書內容結果有 60%的人不了解，這也是醫療糾紛的癥結，所以病人照護近年來強調有效的溝通、強調健康知能(health literacy)，最近一次的曼谷國際健康促進第六次大會決議文(曼谷憲章)即強調健康的核心價值，健康是平權的，醫界不應再以不對等的方式對待病友。(醫師常以自己的教育、文化、社經水平去責怪病人不遵醫囑，而未去了解不遵醫囑的真正原因。)

- 四. 病人照護每一個人的參與都很重要。

參加 2004 年美國病人安全年會時，有一個工作坊談到病安工作團隊彼此認知的調查，醫師對其他成員的認知度最差，我想台灣也類似。為提升病人自我照護能力，目前常採充能賦權(empower)的方式，而不是我說了就算的 top-down 方式，empower 的重點精髓就是「參與」，要讓病人願意分享他的看法、他的困難，家屬參與支持病友，照護團隊每個人貢獻其所長，讓主治醫師能做完整評估及全面性照護(holistic care)，而不只是開藥。

以上諸點淺見是個人在試辦改善國民就醫行為計畫時的發現，其實醫師的醫療照護觀念的改變在先，國民就醫行為的改變才能追隨在後。

推薦讀物

1. The university of Sydney: The center for innovation in professional health education, National patient safety education framework, 2005.
 2. WHO: Preparing a health care workforce for the 21st century, the challenge of chronic conditions, 2005.
 3. WHO: National regional health promoting hospitals network coordinators, 1997.
- WHO: Europe Standards for health promoting in hospitals, 2006.