

## 基層醫療的新思維

### New Dimension of Primary Care

紀雪雲 林伶利 林麗美<sup>1</sup> 阮祺文<sup>2</sup> 蔡明忠<sup>3</sup> 關瑞紋<sup>4</sup> 梁繼權<sup>5</sup>

經國管理暨健康學院<sup>1</sup> 秀傳紀念醫院<sup>2</sup> 豐安聯合診所<sup>3</sup>  
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會<sup>4</sup> 台大醫學院家庭醫學科<sup>5</sup>

從行政院衛生署衛生統計觀察，台灣醫療院所的發展逐漸趨向兩極化(見圖一)，即醫院大者恆大，小的越小，中間型 100 床左右的醫院已很難存活，而診所越開越多，護產機構也越來越多，人口組成如倒金字塔，高齡人口漸增，少子化造成年輕人口漸少，而十大死因也顯示及依民國 94 年衛生署分析主要死因標準化死亡率與死亡人數占率的變動趨勢(見圖二)可看出慢性病照護是基層醫療的主要市場，這將是大勢所趨。

基層診所應思考在這一波變革下，應如何面對挑戰，而不是一味要求政府在健保給付的點值上從寬計量。

藍海是要脫離血腥競爭的紅色海洋，創造較少競爭的市場空間，不再死守一個固定的市場，在這種思維下，基層診所可以用 S.W.O.T(Strength, Weakness, Opportunity and Threat)分析自己最有利的利基、弱點在哪裡？外在機會在哪裡？劣勢、威脅在哪裡？雖然醫療技術、設備和人力方面是基層醫療較弱的，但診所與社區居民最近，也最有感情，同時診所在經營上常常自己就是老闆，所以可以很快做決策，這些就是基層醫療的利基，在這樣的利基下，可依下列藍海行動架構(見圖三)尋求新的價值曲線。

藍海的特質就是異於尋常、創新思考、異業結盟、成效導向，在這樣的思考模式再加上 SWOT 分析的強項，建議基層醫療機構可考量從「醫病」走向「醫人」，未來醫人成功了再向右推，包括家庭照護和社區照護(見圖四)。

當診所由「醫病」走向「醫人」最大的差異在於「醫病」只要開醫藥處方，屬於威權決策

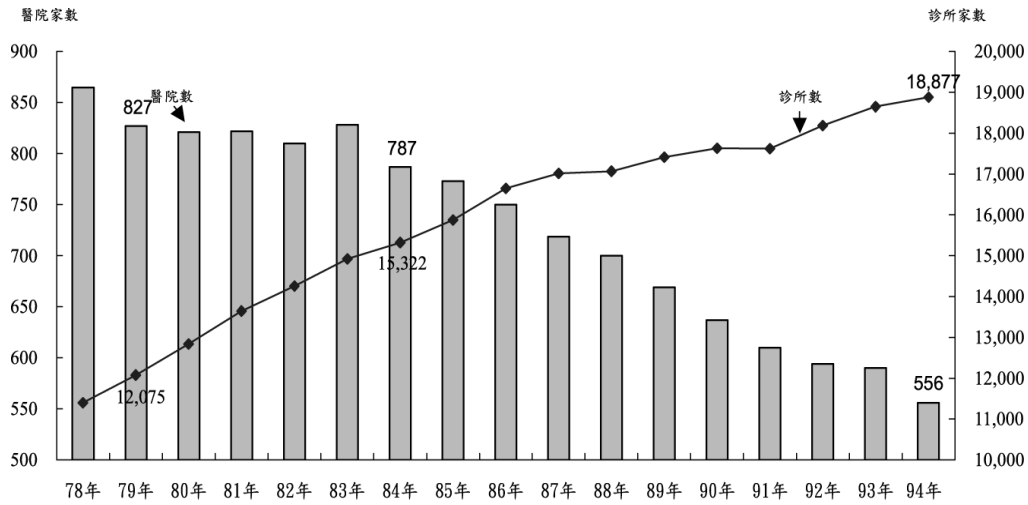
(Top-down)，病人強迫被接受，可能唯唯諾諾言不由衷，因此遵醫囑情況就可能打折。若要「醫人」，則醫療單位要做的是如何增加病人自我照護的能力(Empowerment)，而不只是開醫藥處方罷了。

依據世界衛生組織 1984 年對健康促進所下的定義：「使人們能夠增加對於本身健康之控制並促進其健康之過程(as the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.)」，強調健康促進是一個過程，透過權能增長(Empowerment)之手法使民眾自主改善健康。而權能增長的四大要素及架構(見圖五)。

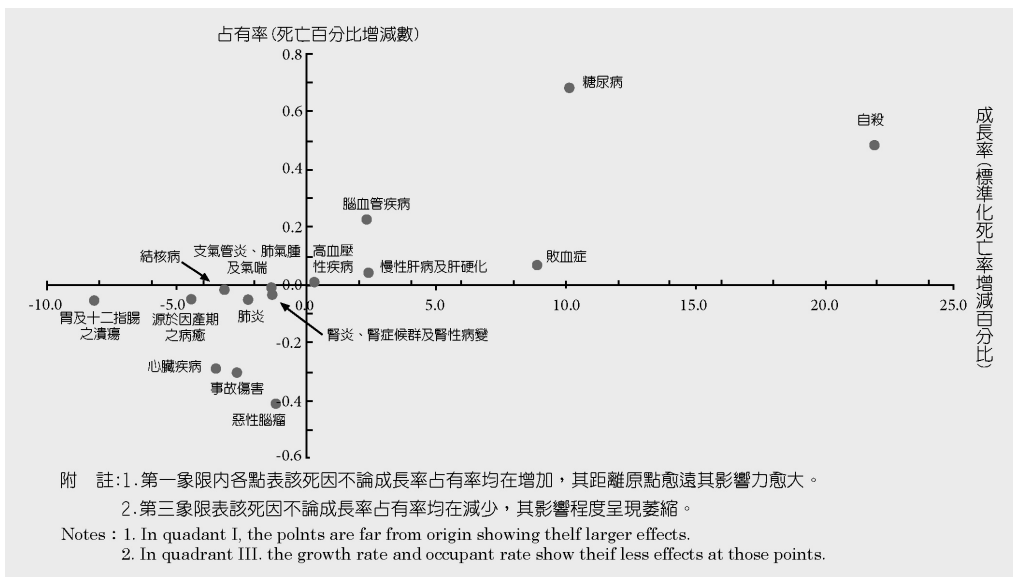
其中「參與」是指從問題診斷、評估及改善策略方法都需要醫病雙方的參與，而不是單獨醫師做診斷、醫師開處方，如果醫師不了解病人的文化，生活方式就開立一些病人做不到的處方，病人當然不會遵醫囑。病人要照護自己，有時他需要再教育，提升他的能力，可是光有能力不一定會去做，所以還需幫他架設一個人際網絡，從旁關懷或叮嚀，監督病人遵從醫囑，有時候病人及家屬都很願意遵醫囑，但可能缺乏設備或錢，例如高血壓病人定期量血壓，糖尿病人定期測血糖，這都是自我照護很重要的，但病人可能買不起這些儀器，可能還需幫他找資源，像是和隔壁鄰居共用或尋求其他社會團體補助，或建議政府辦活動時獎勵品能配合病人自我照護需要發送。

簡單的說，「醫人」就是督促病人健康促進，依據世界衛生組織第一屆世界健康促進大會決議文(Ottawa charter, 1986)指出，健康促進的五大行動原則為：

一. 訂定健康的公共政策 (Build healthy public



圖一：歷年醫院診所家數



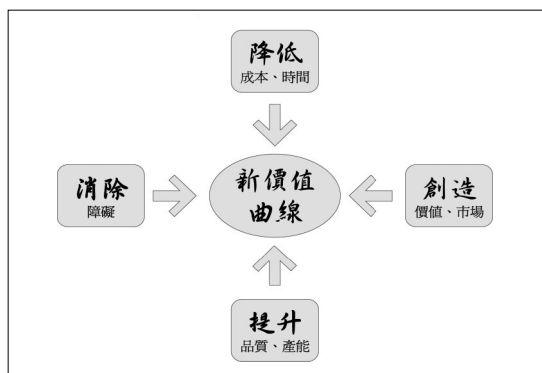
圖二：93-94年主要死因標準化死亡率與死亡人類占率變動

policy)

- 二. 創造支持性環境 (Create supportive environments)
- 三. 加強社區連結 (Strengthen community actions)
- 四. 增進個人的技能 (Develop personal skills)
- 五. 重整健康服務體系 (Reorient health services)

所以要提升病人的自我照護能力，不是傳統的口頭衛教就算了，對於不能改善的，要去檢討是不

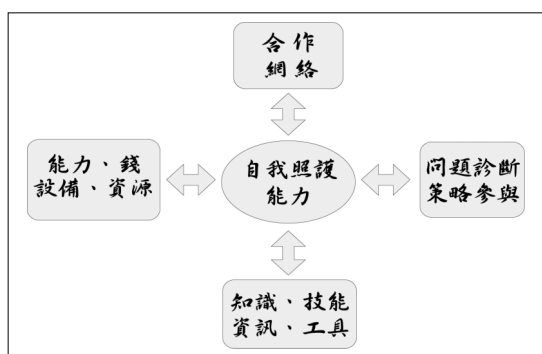
是有教沒有懂？還是沒有教必需的生活能力(life skill)？還是沒有支持環境？(例如：當地沒有人那樣做，買不到健康的餐盒，外食都很油膩。) 還是沒有政策支持？(例如：十字路口車禍多，是交通號誌或動線不良?)，或社區不關心？(遵醫囑變成特立獨行!)應全面考量，這些可能醫師在培育的過程並沒有涉獵，因此必須尋求其他的協助，所以異業結盟、團隊合作是一個經營組合，社區醫療



圖三：基層醫療藍海架構圖



圖四：基層醫療的藍海思維



圖五：權能增長的四大要素及架構

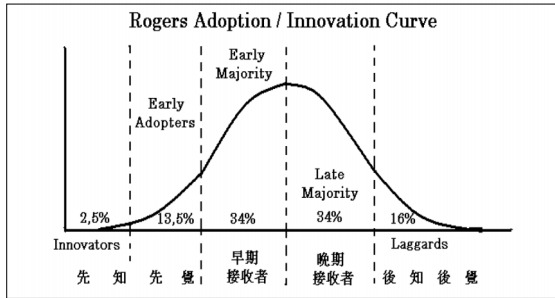
群、社區公衛群就是醫界走出單打獨鬥的一條路。可惜由於沒有很清楚的歸納社區醫療群和社區公衛群在 Team care 上「Know how」和「Know what」應有哪些增能，放牛吃草，造成大家對社區醫療群和社區公衛群的負面印象。另外也由於醫界的思維都以科別的合作思維，而不是以病人為中心的思維，所以異質性不高，在照護上就會有重疊和盲點，其照護的成效打折，合作的好處也打折，也因

此有人質疑社區醫療群和社區公衛群的存在價值，其實是成立群後，醫師的增能不夠積極，所需增能的內容應在照護民眾的技能上，即提升健康促進與衛生教育的能力，建立伙伴關係的能力，尋求資源與資訊的能力，這些能力如果沒有提升，就看不出社區醫療群、社區公衛群與原來的醫院、診所競爭力有什麼不同。

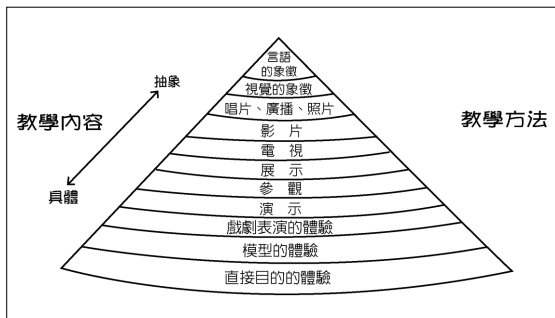
依據 Williams 等人於 1995 年在美國做的一次大規模功能性健康知能調查發現，讀不懂相關衛生教育教材的內容占 33%，無法掌握空腹不得服藥的說明占 42%，不知預約單上的內容占 26%，不了解最基本的同意書內容占 60%(引自丁志音，2006)。台灣在彰化某醫療群收案的糖尿病照護的病人，由 PGY1 訪查其糖尿病照護能力，發現 30 個人只有一個有病識感，理論上這些既然是收案的病人，就是接受過醫護人員的衛生教育，而其知能並沒有提升，這顯示溝通上可能語言、文化、文字、符號上的認同差異，造成「有教沒有懂」，Health literacy 低。在創新思考上就應以同理心考量病人及家屬的文化特質、教育程度、社經條件，經過雙向的溝通(由病友及家屬參與治療的決策)才決定其治療策略與方法，透過這樣的過程所建議的醫囑較能提高其溝通效能。

而依據訊息傳播曲線(見圖六)，一個群體在接收新的訊息中，總有一些是最前面的先知先覺，早期接收者，這些在門診衛教比較沒有問題，對於晚期接收者和後面不知不覺、不動如山的人，若沒有採行其他的輔助教學，病人是很難跟上醫師的腳步(他認知上可能有差異)，也因此影響醫囑的遵從度。由教學法的使用上，這些人要用較具象的方式，看得到、摸得到、吃得到，例如：示範法、角色扮演法和生活體驗法(見圖七)。

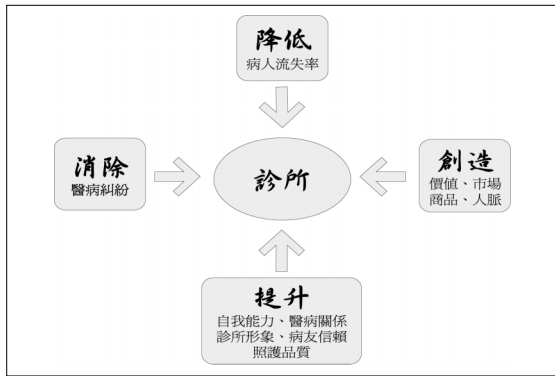
綜合歸納前面的論述，基層醫療的競爭力應設定在健康照護、慢性病照護，其做法應縮小醫病的距離，包括時空距離，提升溝通效能，針對醫囑順從差的需採用團隊照護模式，尤其是體驗學習法，運用實證科學讓病友在生活情境中了解其所以然，以糖尿病衛教為例，為鼓勵病友運動或改變其飲食習慣，可採運動前後的體驗和血糖



圖六：訊息傳播曲線



圖七：教學內容與方法之運用



圖八：基層醫療新價值曲線

值的改變，以及飲食前後血糖值的改變，用病友自己的數據來說服病友改變飲食行為效果較佳，最後基層醫療真正的利基是與社區居民的感情和人脈以時空上的可近性高，應好好把握這個利基，建立綿密的人際網絡，運用可能的人脈

當志工，將病友及家屬組織起來成為他們真正可信賴的家庭醫師，提供 PGY1 服務到家、志工服務到家或家庭式病友會的聚會關懷，這些創新式的思維將可協助基層醫療走出另外一片天，也闡述了衛生署侯勝茂署長所宣示的「厝邊的好醫生」、「社區的好病院」的內涵。透過這樣的運作，相信可以為基層醫療畫出另外一個新價值曲線(見圖八)。

最後以雪梨大學 2005 年所編病人安全教育手冊的兩句話供基層醫療工作者參考：當個職場的學習者(Being a workplace learner)，當個職場的指導者(Being a workplace teacher)，時時充電，將自己的發現和心得與同仁分享、與病友分享、與社區分享，走出診間吧！

### 誌謝

本文係執行行政院衛生署全民健康保險醫療品質委員會：謝博生主任委員交付任務試辦糖尿病人就醫行為改善計畫時有感而寫，該試辦計畫承行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會林金龍執行秘書、楊樹梅小姐、梁玉梅小姐、周燕玉小姐以及台灣大學醫學院家庭醫學科陳慶餘教授、邱泰源副教授、鹿港安健醫療群醫師及夫人的支持得以完成，特此誌謝。

### 推薦讀物

1. 朱博湧、江逸之、王慧馨、宋健生、黃仁謙、黃正凱：藍海策略台灣版，2006。
2. Chenoweth, David H: Human Kinetics. Worksite Health Promotion, 2007.
3. Seedhouse, David: Health Promotion, John Wiley Sons Inc, 2006.
4. Davies, Maggie: Health Promotion Practice, McGraw-Hill, 2006.
5. Doyle Eva: Process of Community Health Education And Promotion, Waveland Pr Inc, 2005.