

病人安全對醫療照護者與病人關係之影響

The Relationship between medical providers and patients on patient safety

紀雪雲¹、廖熏香²、石崇良²、楊漢淙³

經國管理暨健康學院¹ 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會² 亞洲大學³

病人安全是提升 醫療品質的核心工作

美國醫療政策的重要參考機構—醫學研究所 (Institute Of Medicine, IOM) 在 1999 年出版 “To Err is Human” 的報告中指出，美國每年約有 44,000 人至 98,000 人死於醫療疏失，占該年國民主要死因的第 8 位，若以醫療錯誤所造成的財務損失估算大約每年耗資 3.7 億至 5 億美元，其中可避免的錯誤可節省 1.7 億至 2.9 億美元。這些數字還算是保守的估計，若以 Brenncm TA 等人 (1991) 及 Tomas 等人 (2000) 的研究結果，認為醫療傷害的可預防率達 50% 以上，則可節省的醫療支出將更為可觀。澳洲新南威爾斯洲的研究則認為醫療不良事件 95% 來自系統的問題，其中 50% 以上是可預防的。因此，如英國、美國、澳洲等先進國家莫不以病人安全為醫療品質提升的核心努力方向。2002 年第 55 屆世界衛生大會 (World Health Assembly, WHA)，在會中即呼籲各國應重視病人安全的工作，並發起籌組國際性病人安全組織，遂於 2004 年 10 月成立世界病人安全聯盟 (World Alliance for patient safety)，在成立的宣示文件中，揭櫫六項病人安全努力方向：

1. 設定病人安全重點目標 (Patient safety challenge) 2005~2006 的重點特以感染控制為主
2. 病人參與 (Patients for patient safety)
3. 病人安全分類學 (Taxonomy for patient safety)
4. 病人安全研究 (Research for patient safety)
5. 病人安全改善策略 (Solutions for patient safety)

ety)

6. 通報與學習 (Reporting and learning)

分析前述六項重點工作中，從目標訂定、病安分類、研究到改善策略這些都是一般推動工作的基本架構，只有「病人參與」和「通報與學習」這兩項是特別的項目。世界病人安全聯盟之所以會強調「病人參與」和「通報與學習」的重要性，主要是緣於許多研究顯示對於醫療錯誤的發生原因和發生後的處理方式，醫病間存在很大的認知差距，這個差距若能縮小，雙方才有共識，才能共同研究問題，共同尋求最好解決策略。

醫病認知上的差距

Robinson 等人 (2002) 以相同的問卷分別針對科羅拉多州 1000 名醫師與 500 名民眾進行調查，結果在「醫療品質是一個嚴重的問題」、「需要一個國家機構來致力於降低醫療疏失並進行相關的研究」及「建立一個重大醫療疏失強制通報的系統」，兩者間的認知上存在很大的落差，醫師與民眾在這三題的回答同意比率依次為 (醫師 29%，民眾 67%)，(醫師 24%，民眾 60%)，(醫師 54%，民眾 90%)。

Blendson 等人 (2002) 同樣對美國醫師和民眾進行調查，民眾相較於醫師感受到較多的醫療疏失經驗 (醫師 20%，民眾 49%)，當發生醫療疏失時醫師該不該向病人誠實告知？醫院是否應該呈報？民眾認為應該開誠佈公 (89%)，醫師則大部分認為應保守秘密 (86%)，而對於醫療疏失發生的原因，大部分的民眾認為來自醫病溝通不良、醫師看病時間太少、醫師工作量與壓力太大、醫院護

理人力不足，另一方面，醫師則認為工作過量、護理人力不足、醫療保險的影響、溝通不良、醫療的複雜性以及看病時間不夠等為主要因素，顯然，醫病雙方在醫療品質和醫療疏失的認知上存在很大的差異。

行政院衛生署於 2003 年委託醫策會對醫療人員進行調查，發現約有 5 成的受訪者在過去一年中曾經遭遇或處理過醫療不良事件，2004 年醫策會做同樣調查，則有 38.9% 表示有遭遇或處理過醫療不良事件。針對醫療不良事件的認知，醫療人員有一半以上認為醫療錯誤的發生大部分是人為的錯誤，只要個人小心便可避免錯誤發生。

2003 年和 2004 年醫策會在政府的支持下也對民眾進行病人安全認知的電訪調查，2003 年的調查結果，雖然有 8.2% 受訪者對所拿的藥曾發生不良的反應，3.4% 有拿錯藥的經驗，17.8% 認為檢查報告可能有誤，但是民眾普遍認為門診的整體就醫過程是安全的（76%）。受訪民眾約有 7 成（66.8%）表示醫師會在看診時詢問病人對藥物的過敏史，但是只有 2 成（23.4%）的醫師會問及病人之前是否曾在別處看過病，約 3 成（29.7%）的醫師會詢問病人目前所服用的藥物種類，只有 4 成（44%）的民眾瞭解醫師所開的藥物可能發生的副作用或應該注意的事項。2004 年對民眾的電訪則顯示，有 36.3% 的民眾擔心看診時多問問題會被醫師認為是囉唆的病人，47.3% 則認為簽署手術同意書的目的是在保障醫院或醫師的權益。

從台灣近二年的調查顯示民眾原本非常信賴就醫是安全的（占 76%），而其實醫療人員在這段期間有 3 至 5 成的人曾經處理醫療不良事件，經過一年的病安教育後，民眾開始覺知病安尚有努力空間（認為門診的整體就醫過程是安全的從 76% 降至 36.9%），但其確怕看診時多問問題會被醫師貼標籤認為是囉唆的病人，有近五成的民眾認為簽手術同意書是在保障醫院權益不是保障自己的權益，這樣的錯誤認知，可能影響其對詳閱手術同意書內容及簽署的態度和意願。

病人及家屬（民眾） 參與醫療照護決策

病人是整個醫療照護市場的消費者，如果以消費者為中心的市場思考，醫療照護應以病人及家屬為中心來思考所有的就醫程序及診療服務策略。

美國為解決醫療疏失，全面檢視病人安全應怎麼做？做什麼？2002 年民間團體主導發起「病人安全週活動」（Patient Safety Awareness Week, PSAW）主要在喚起大眾重視病人安全，病人安全不只是醫護人員的事，其病安週針對消費者（病人及家屬）及健康照護提供者規劃不同的活動，主要提升雙方在病人安全的認知。2003 年其安全週的主題以「溝通及夥伴關係」為主，強調病人安全從我做起，教導病人學習自己的就醫權益及與醫護人員的溝通技術。2004 年在美國國家安全基金會（National Patient Safety Foundation, NPSF）的主導下以「病人安全：夥伴關係的力量」（patient safety: The power of partnership）為主題，鼓勵醫療照護機構主動參與病安週活動，營造醫療的夥伴關係。2005 年病安週主題為「病人安全：勤問、傾聽、勤學」（patient safety: ask, listen, learn），2006 年主題為「我們的病人、我們的夥伴；同一團隊、共同目標」（our patient, our partners: one team, one goal）其實從其歷年病安週宣導活動可看出，其強調健康照護機構應與病人及家屬（民眾）建立平起平坐的夥伴關係，共同為病友的健康而努力，其早期強調「我參與」，那個「我」可能是病人，可能是民眾，也可能是醫療照護提供者，推行幾年發現「我」是各自本位，2006 年遂改為「我們」，（our patient, our partners）聽起來就很窩心，醫病間是一體的。而美國病人安全原本強調顧客為中心，即以病人為中心，但近年則推展至以「病人及家屬」為中心。

我國病人安全工作的推動，在政策上都參考英國、美國、澳洲等作為，因此從 2004 年開始亦仿美國病人安全週活動，邀請民眾一起參與，第一年（2004）以「病人安全我關心」為主題，宣導病人安全是每一個人的責任，不只是醫護人員應關心，一般民眾也應關心。2005 年起更積極的倡導

「病人安全我參與」，強調每一個人除了關心以外還不夠，應當積極參與。2006 持續以「病人安全我參與」擴大各個團體的參與，其全國病安總目標除原本的提升用藥安全、落實醫療機構感染控制、提升手術正確性、提升病人辨識的正確性、預防病人跌倒、鼓勵異常事件通報及改善交接病人之溝通與安全外並增列「提升民眾參與病人安全」，該項目標的執行策略建議有三：

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對談，了解民眾端的思維。
3. 落實民眾申訴管道。

2006 年乃針對民眾參與的部分進行醫療照顧提供者與民眾雙方的調查，迄調查時間（自 95 年 11 月 15 日起至 11 月 27 日止），96%的受訪醫療機構皆已成立「病人安全委員會」，但 55%受訪機構表示院內病安委員會並無民眾代表，27%受訪機構有 1 位民眾代表，12%有 2 位民眾代表，94%有設置意見箱供民眾申訴或建議，69%有訂定回應民眾申訴或建議的機構與標準流程，整體「提升民眾參與病人安全」有 38%醫院表示其已達成 76~100%的目標，只有 18%的醫院認為其達成率低於 25%（詳見表一、表二）。

表一：醫院評鑑等級一病安委員會民眾代表人數

	0 人	1 人	2 人	3 人	其他
醫學中心	2 18%	5 45%	4 36%	0 0%	0 0%
區域教學醫院	11 27%	13 32%	6 15%	7 17%	2 5%
區域醫院	3 50%	1 17%	1 17%	0 0%	1 17%
地區教學醫院	15 48%	9 29%	5 16%	1 3%	2 6%
地區醫院	79 57%	32 23%	11 8%	3 2%	5 4%
精神專科醫院	13 68%	3 16%	1 5%	1 5%	0 0%
合計	55%	27%	12%	5%	1%

資料來源：楊漢淙(2006)

表二：八大目標實際執行達成率

	< 25%	26-50%	51-75%	76-100%
提升用藥安全	5 2%	7 3%	49 20%	173 70%
落實醫療機構感 染控制	6 2%	10 4%	45 18%	178 72%
提升手術正確性	16 6%	6 2%	19 8%	170 69%
提升病人辨識的 正確性	7 3%	25 10%	205 83%	6 2%
預防病人跌倒	6 2%	6 2%	42 17%	182 73%
鼓勵異常事件通 報	9 4%	27 11%	67 27%	134 54%
改善交接病人之 溝通與安全	14 6%	19 8%	80 32%	126 51%
提升民眾參與病 人安全	45 18%	31 13%	65 26%	93 38%

資料來源：楊漢淙（2006）

此外財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會並邀集醫療照顧者及代表民眾的病安委員於北市、高市召開「病人安全年度目標工作坊」，會中對於「民眾參與」進行瞭解，參加人數共 174 人，計有 122 人作答，結果「讓病人或家屬代表在病安委員會中佔有 1/3 到 1/2 的比例將能更有效使病人或家屬代表發揮功能」有 22.1%認為不可行，有 17.2%不認為病人和家屬能超脫他們自己的經驗而著眼於未來。只有高雄場的所有委員認為「能尊重傾聽病人及其家屬意見」是可行的，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會在調查報告的結論寫「有民眾代表加入時可以很明顯的看出只要是心靈層面的選項，如『能傾聽且接受不同意見』……等，參與學員認為實際可行，但若涉及結構面，如：『讓病人或家屬代表在委員會中占 1/3 到 1/2 比例』或過程面，如『我相信病人和家屬代表能超脫他們自己的經驗而著眼未來』，等需要多出人力負責時，學員即覺得此為不可行項目，且似乎已先入為主認為一定會被醫療糾紛等負面情緒給牽絆而影響會議進行。」由此可見醫療照護提供者雖然積極參與醫策會所舉辦的「病人安全我參與的活動」，但對「我參與」三

個字的意涵仍有澄清必要，即醫療照護提供者仍存著專業與民眾間不對等的關係，不能誠心誠意對等的邀請病人及家屬參與醫療照護的決策。

縮短醫病間健康認知的差距

健康認知 (Healthy literacy)，IOM 將其定義為：個人具有做適當的健康決定所需的獲得、解釋和了解基本健康資訊與服務的能力，(the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions)。健康認知的能力與年齡、教育程度、居住地區、種族等因素有關，這種差異會影響醫療品質，先進國家都將健康認知列為醫療品質的重要項目。

美國國家衛生研究院 (National Institute of Health, NIH) 將 Health literacy 定義為能閱讀、理解、分析、解讀各種符號、圖表、資訊對身體有害或有益，並能做健康的決定採取行動的能力，其並可以延伸到和疾病的預防及健康促進相關的材料、環境和挑戰。「health literacy incorporates a range of abilities: to read, comprehend, and analyze information; decode instructions, symbols, charts, and diagrams; weigh risks and benefits; and, ultimately, make decisions and take action. However, the concept of health literacy extends to the materials, environments, and challenges specifically associated with disease prevention and health promotion.」

美國醫學研究所 (Institute of Medicine, IOM) 2004 年報告顯示全美國約有一半 (9 千萬人) 的成年人對健康訊息的了解採行有困難 (Davis, Wolf, 2004) 1993 年美國曾進行一項研究，其中 41%~51% 的人屬於較低的閱讀理解能力，而在健康認知 (Health literacy) 更高達 75%，是屬於較低層級。

醫療照護者通常都高估民眾對健康認知的理解能力，又習慣用專業術語、代號，造成病人及家屬認知上的困難，而病人及家屬又怕成為醫師眼中的「囉唆病人」，不敢問，且在過去的就醫文化，民眾參與並不被鼓勵，即使醫師、藥師開立的處方，病人及家屬仍認為醫師、藥師會主動交待，不需要

自己再問，而整體醫療照護最後的成效是應用在病人 (民眾) 身上，但病人若不能百分百聽懂處方及衛教，醫療成效將被打折，嚴重的話將造成疏失。

所以要減少醫療不良事件的發生促進醫療照護的成效，提升病人的健康認知是很重要的一環，而唯有參與、傾聽、勤問、勤學，方可縮短雙方的差距，而參與、傾聽、勤問、勤學，不是只有病人及家屬要參與自己的醫療計畫，對醫療處置要認真聽，對處方或衛教有不懂的地方就要核對，要認真的問清楚，對於衛教指導或口頭處方的醫囑要勤學之外，醫療照護提供者也應主動參與，鼓勵病人及家屬參與提供疾病史、治療反應，也要傾聽病人及家屬的主訴，勤問與疾病相關的因子，對於健康照護的新趨勢也要勤學，例如：不論是先進國家或我國醫療照護提供者往往認為醫療不良事件是個人引起的，若小心一點就可避免，但澳洲新南威爾斯州嚴謹的統計結果，95% 是系統發生問題，此與其他類似的研究都顯示醫療不良事件大部分是結構面的問題，醫護人員只是在這個系統的一員而已，系統如果沒有調整，只有個人小心是不能完全解決問題的，所以這些新的研究也值得醫療照護者再學習。

營造醫病夥伴關係

夥伴關係的建立，大家常常誤解，以為辦理活動邀請某一方參加就是營造夥伴關係，這樣的夥伴關係薄弱、互信差、未持久，往往只有一方有利，另一方只是付出，同苦不能同甘雙方不能稱為夥伴。醫病夥伴關係的建立需具備下列特質：

1. 共同目標：如果醫療照護的目標是將病人照顧好，健康照護的目標是增進民眾的健康，那麼醫療照護者或健康照護者與病人及家屬 (民眾) 的目標其實是一致的，雙方都希望能找到最好的方法、最適當的治療、最經濟有效的處方、所以目標是一致的。
2. 對等關係：合作的雙方是對等的，不偏於那一方，如果甲邀約乙協助完成甲的工作，乙是不對等的，乙幫忙一次，很難熱心主動每次幫忙，因此醫病合作關係應考量雙方都有角色，雙方各自就自己應做的部分盡力完成，並協助對方完成對方應做的 (例如：糖尿病醫師照護

處方除了藥物治療外，常要求病人應做飲食、體重控制，可是病人覺得麻煩，二天就不做了，醫療照護者若認為我該做的已經做了，你不配合我也沒辦法，這就缺乏同理心去協助對方。）

3. 參與規劃：一般的合作都只邀請協助執行，並未參與規劃，也就是只知道「要做什麼」，不知道「為什麼要做」，因此參與者沒有使命感，夥伴關係的建立，若從問題的確認就參與到共同找出最佳解決策略，那參與者才有使命感。所以醫療照護提供者能尊重、邀請病人及家屬參與討論整個照護計畫，最後才開處方及衛教，病人及家屬由於在整個決策過程都很清楚，也就是知道“why”，後面“what”要做什麼，他知道嚴重性比較能照處方執行。
4. 持續合作：合作是有層次的，剛開始通常是有認識，答應合作建立窗口這稱為合作網絡（networking），接下來清楚要做什麼是屬配合階段互相配合（coordinating），這個階段最困難，雙方為了和對方合作可能要改變一些作為，雙方默契若不能養成，雙方都覺得麻煩，未看到合作的好處只看到一堆壞處就散夥了，如果能找出互利的合作模式雙方願意分享資源、資訊，各退一步，等於進了兩步，成本效益提升了，這種合作模式是屬互利的合作（cooperating），這種合作雙方仍屬獨立的個體，互利機制建立了，雙方尋求更多的利潤就需要契約，這稱為契約式合作（collaborating），契約式合作建立了互信、尊重的合作倫理就可開創你儂我儂式的整合性合作模式（integrating）整合性合作就是融為一體，醫病雙方的合作模式，如果能夠將病人視為「我的病人」病人及家屬能將醫療照護者視為「我們的醫師、我們的護士……」共同為他的健康努力，那麼病人的安全就可提高，醫療不良事件減到最低，醫療糾紛不再發生。

為達成醫病雙方整合性的夥伴關係，可朝下列方向經營：

1. 說共同的語言：醫病間，由於醫療照護提供者在健康認知較高，往往高估民眾的認知能力，如果能以同理心以對方的社經環境、文化水平

去思考適當的用語、符號，較能引起病人及家屬的認同與共鳴。

2. 分享重要的資訊：病人及家屬將自己的病史自我照護史及記錄供醫療照護者了解，醫療照護者將病人及家屬需遵循的處置及健康資訊持續提供，即使病已治好，仍將其視為「我們的病人」，建立資訊通路，持續分享健康資訊，這是經營醫病夥伴關係最好的策略。
3. 共同找出問題，共同尋求解決策略：醫療照護者有很多的照護經驗，因此很容易忽視人的存在，只看到「病」就著急下處方，病人只是被動的，難以建立互信機制，更難尊重照護者。如果照護者能鼓勵病友表示意見，共同確認問題，再共同尋求最妥善的解決方式，病人對處方及醫囑的遵從度必大大提高。
4. 提升相互的尊重與信任：互信互重是持續合作的基礎，病人對醫療照護者不能建立互信機制，將造成逛醫院的後果，對個人、醫療單位、政府都不好。醫療照護者不只要能放低身段，以同理心傾聽鼓勵病友、以專業持續服務，耐心說明，當能建立病人及家屬的信任與敬重。
5. 一起為健康而努力：從問題的發掘到解決策略以致後續的居家自我照護，醫療照護者若能持續參與病人及家屬的健康照護計畫，醫病一家人將是合作的最高境界。

結 論

雖然有的醫院自認為在「病人參與方面」只要設置病人安全委員會，委員會中有民眾身份的委員參加，並設有民眾申訴意見箱及回覆的標準作業流程就算達成，其實這些只是表面形式化的作為，如果醫院仍然認為所謂「病人參與」，還是依舊停留在專業人員對一般民眾的「教」與「學」，也就是醫療照護提供者將自己擺在「指導者」、「醫治者」的地位，而民眾永遠是「被指導者」、「被治療者」，並沒有誠心邀請民眾共同參與醫療照護政策的規劃、作業面的討論及實務面的合作，那麼很難達到藉由民眾參與、提升病人安全的目的；而民眾健康知能的提升可降低醫病認知的差距，減少醫

療疏失的發生，但是提升民眾健康知能最好的方法是小組討論法，或是進行一對一的指導，這些都是醫療照護者每天都可以做的，但是醫療照護提供者往往認為提升民眾的健康知能是政府的事，政府應購買媒體向大眾傳播，其實這是捨近求遠，成功的關鍵只要醫療照護提供者，摒除優越的指導者角色，主動鼓勵病人及家屬多參與、多問、多聽、多學，另一方面能耐心傾聽，勇於接受民眾的不同看法與不同意見，逐步建立醫病互信、互重的夥伴關係，而這個夥伴關係若能建築在增進民眾健康的共同目標上，將病人視為「我們的病人及家屬」，病人也能視醫療照護者為「我們的醫療團隊」，雙方持續合作不分彼此，自可消除對立的緊張關係，建立起「我們的健康團隊」你儂我儂的醫病新關係，這將是病人安全及醫療品質的最好保障與新的里程碑。

推薦讀物

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6.
2. Thomas Ej, Studdert DM, Burstin HR, et al: Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000;38: 261-71.
3. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety: forward programme, World Health Organization: Geneva, 2004.
4. 楊漢淙：「建立安全的醫療環境-病人安全架構之規劃研究」成果報告，行政院衛生署九十四年度補助研究計畫。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2005。
5. 楊漢淙：「建立安全的醫療環境-病人安全架構之規劃研究」成果報告，行政院衛生署九十五年度補助研究計畫。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2006。
6. 紀雪雲：如何輔導社區公衛群經營夥伴關係。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2007。
7. Queensland Government: Position statement primary Health and Community care in Queensland Health 2002-2007, 2002.
8. The consumer and community participation implementation. Partners in Health-sharing information and making decisions together。NSW Health Department, 2001.

