

## 醫療傷害的深層迷思

陳俊欽  
精神科醫師

醫療失誤的機率頗高，每天可能有二十人因此受害。社會大眾普遍歸咎於醫療人員的疏忽，而醫界則認為失誤在所難免，主管機關則嘗試透過藥名標示等手段來解決這問題。

但事實上，醫療傷害的發生，有其總體的必然性，光靠指責與技術層次的改進，是無濟於事的。就如醫院為了減少失誤，在使用特定的危險藥物時，電腦會加以提示，並要求確認。結果就是：確認程序拖累了看診速度，使得醫師更加忽略警語，迅速按下確認鍵。

現在台灣醫界面對的問題是在於負擔過重，而非程序、技術、道德等問題。就連精神科，都能看到數百人，更遑論其他科別。在那白駒過隙的看診時間裡，醫師技術再精良、經驗再老到，又能怎樣？

更弔詭的是：醫療需求的上升，醫院本身必須負一部份責任——看診量與住院量直接關係到營收，醫院自然會採取各種措施，對醫師施加壓力，要求提升業績。業績的上升，必然會與醫療品質成反比，也會讓患者暴露於醫療過失的風險，這是總體上的必然性，而非關個別醫師的道德與能力。

在這種系統風險上升的狀況下，全部人都成了輸家：醫師擔心挨告、醫院擔心績效、患者直接承受風險，可說有百害而無一利。

但是最值得注意的，就是醫院的成本當中，究竟是什麼占最大宗？為什麼醫院需要如此在意營收？答案自然是醫師的薪資。多數醫師都已經將高薪視為理所當然，結果就是造成醫院的極大負擔，為了求生存，自然得講求績效。

這就是目前醫療問題中最大的迷思：倘若醫師的薪水可以降低，醫院的營運壓力自然減低，醫師的績效壓力也會減低，患者面對的風險也會下降。但是大家似乎早已習以為常，而且不加以反思：醫師真的有必要領這麼高的薪水嗎？

現在博士學位的求職者，薪資平均不足十萬，那何以醫師收入動輒數十萬？就勞動經濟學的概念來講：時下醫師已經不像是自由業，而是受薪階級，醫學系畢業生除了能擔任醫師

多數也缺乏其他技能，職業的選擇上彈性極差，而醫界也從未有足夠的團結力量，在薪資上應該無太多議價能力，為什麼還能保持相對高薪的水平？

「醫師有高薪」只是一種習慣問題，也是一種深層的迷思，事實上，在病人的痛苦之前，沒有人有權利捧著金飯碗。只要對醫療品質有利的話，那麼執著於金飯碗的名醫，就應該讓步給願意拿陶碗的明醫。

## 參與「病人安全論壇－肢體障礙組」焦點團體報告

莊月玲

財團法人中華民國脊髓損傷者聯合會秘書長

行政院衛生署為促進政府機關，醫療院所、病人三者間之相互溝通，特於九十二年下半年研議設置「病人安全論壇」。為使論壇得以成形，衛生署辦理了三次相關事宜會議形成邀請民間團體透過分區分組方式來蒐集不同族群病人的意見，提供論壇政策意見之參考。而中華民國殘障聯盟乃參與承辦負責身心障礙分組之意見蒐集。

為能達到身心障礙族群病人安全意見之蒐集，殘盟乃邀請身心障礙障別總會類型的組織共同研商病人安全論壇之辦理方式，會中團體反應，由於身心障礙類別計有十六類之多，並考量身心障礙族群之特殊性與其不同需求，乃形成共識以「各區數個焦點團體」為意見蒐集之方式以期得到更完整的各障礙族群之病人安全意見。

殘盟依據目前十六類身心障礙者分為六大組，分別是感官視障組、感官聽障組、肢體障礙類組，精神障礙類組、心智障礙類組和其他組。每類組別為焦點團體，每個團體邀請病患本身、照顧者（工作人員、家屬）十二名來進行焦點座談。

而在肢體障礙類組，則由中華民國脊髓損傷者聯合會來負責焦點團體的進行，此類組負責收集肢體障礙者、多重障礙者的就醫經驗、使用醫療的服務現況，以瞭解肢體障礙者在就醫過程中所面臨的問題和困難，期待透過焦點團體的進行所蒐集到的意見可做為就醫相關政策之建議，以推動病人安全－身心障礙者就醫政策之落實。

在肢體障礙組焦點團體的進行方式，分為北、中、南、東分區。北區由桃園脊髓損傷潛能發展中心負責，中區由彰化縣脊髓損傷重建協會負責，南區由台南市脊髓損傷者協會負責，東區由宜蘭縣脊髓損傷者協會負責。而團體成員之選擇與比例為：脊髓損傷（完成復健二年以上）六名，上肢障礙三名、腦性麻痺三名、共計十二名。並邀請了溫信學老師、楊玲芳老師、蘇旖玉老師、林如佐老師，為四區焦點團體之領者，期待透過帶領者有系統、結構式的引導而蒐集到就醫方便性、就醫可及性、後續（出院）輔導、就醫安全、其他等資料。

四區之焦點團體在負責的團體、帶領者及參與成員的配合與努力下，很順利於七月份完成了。當我看到由實習生王智惠同學（實踐大學社工系）交給我共有 89 頁（A4）的逐字稿時，我的心中充滿感動，除了感謝智惠的付出辛苦的邊聽錄音帶的反覆的紀錄才完成的成果，也同時感受到參與成員在就醫的過程中必然有許多感觸，才会有這許多的想法要表達。

「資料分析」的工作是由我負責，反覆看著手上這厚厚的逐字稿，歸納出以下的心得：

#### (一) 醫院環境設施

1. 醫院停車位不足，數目太少或是太遠，影響其就醫方便性。
2. 醫院掛號櫃台、領藥櫃台、檢驗台檯面過高，影響病患的使用性。
3. 門診診間門寬不足影響輪椅者進出。
4. 無障礙斜坡道斜度影響行進。
5. 無障礙廁所，門前有階梯，輪椅者無法進入。
6. 廁所路線引導不夠清楚。

#### (二) 醫護行政人員方面

1. 在身心障礙者住院其間，因行動不便，日常生活飲食常需賴他人協助，但若無家人在旁時，護理人員會置之不理或不遵從醫囑，而影響病人醫療權益。
2. 肢體障礙者多半需要後續的復健工作，但病人常常不知醫院是如何安排規劃，而常常只是被告知：可/該出院、及自己再找復健醫院。
3. 醫務人員本身對肢障類別與需求以及外在資源不熟悉，導致錯過許多復原/健的黃金時期。
4. 醫護人員的專業及態度對病人深具意義，尤其對於需要長期仰賴醫療介入的病人，但是醫護人員如無敏感度，無法同理病人，將造成病人在生理或心理上的二度傷害。
5. 醫院社工部門沒有提供專業的服務（關懷、心理復健、未來出院計畫等）對病人來說，將影響其日後適應。

#### (三) 用藥安全部分

對於病人所使用之藥物，醫護人員未詳細告知使用方式及注意事項而導致傷口潰爛或是病情更嚴重。

#### (四) 輔具

1. 醫院無適當之輔具可以協助住院病人，特別是一些昂貴的輔具或是體積龐大的輔具，避免病人因無法取得而不知所措。
2. 醫療院所之輔具設備缺乏人性化考量，如脊髓患者上下床之輔具，床無法上下調整或是太硬…，而易造成肌肉拉傷等傷害。

#### (五) 其他

1. 目前醫院仍多屬單科就診機制，對於肢障者而言，行動已非常不便，卻要單科分診，

且轉診機制不便利，促使病人因轉診不便而放棄就醫。

2. 病人及屬對於病情有「知」的權利，但多數病歷資料為英文撰寫，使得病人及家屬對於病情有忐忑不安的心情。

綜合上述團體成員所談及之想法，歸納以下幾點建議：

1. 醫院為輪椅族備有專用櫃台（掛號、領藥…）及檢驗台。
2. 建議衛生署規定，醫院在幾級以上要預備幾張氣墊床，以方便上、下肢癱瘓的病人，以免臥床太久而產生褥瘡。
3. 醫院需準備部分體積大的輔具給病人使用，以免病人在醫院就醫，家人還需四處張羅輔具。
4. 診斷書。歷表要更明朗化。
5. 醫院廁所、斜坡要符合標準規定。
6. 檢查床可以自動升降以及增加柔軟度，以方便輪椅族使用。
7. 界定院床位數與殘障停車位的比例。
8. 醫院應嚴格管控使用殘障停車位人的資格。
9. 醫院應嚴格管控使用殘障廁所，並注意其方便性與空間性。
10. 藥袋要標示清楚用藥方式、副作用。
11. 醫院需加強醫護人員之同理心及其專業態度。
12. 醫務社工應可發揮醫務權責/角色之說明者，或至少做到入院/出院規劃及說明部分，以降低病人的焦慮。
13. 醫院需於其他社福團體資源連結，以使病人在出院後，如有需要可得到相關社福團體的服務與支持，讓病人在具有照顧系統功能下獲得充分復原與保護。
14. 落實聯合會診機制，多重障礙者經常需要進行不同科別的診療，醫如能進行聯合會診，將減輕病人來回奔波於各獨立診間之時間與體力之付出。

焦點團體已達成蒐集資料的任務，接下來，我期待這麼多人力、時間的投入真能促使衛生署協助醫院提升其醫療品質，並促使醫院與身心障礙者醫病之關係與互動更為良好，使得「就醫」不再是身障者的夢魘。