

急診室的春天?- 醫療爭議你我談



- 急診醫學科 莊佳璋 醫師



急診等不到病床的真正原因？

台灣急診壅塞的原因？



為什麼等不到病床？

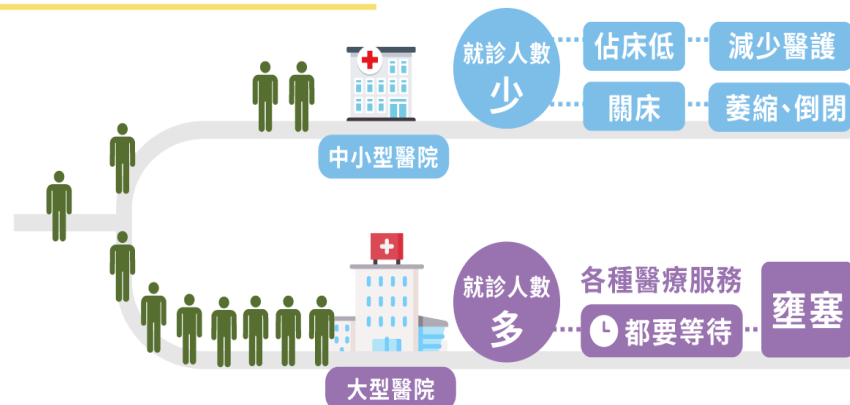
落後國家醫院狀況

- 醫院簡陋
- 醫療資源的匱乏
- 沒有充足藥品、儀器
- 醫師、護理師人力不夠

台灣醫院狀況

- 醫療科技發展好
- 就醫太自由跟方便
- 有健保給付
- 醫療險濫用

中小型醫院面臨困境



急診壅塞是全球性的問題，每個國家急診都有這種情況，在台灣會發生急診壅塞的情形，主要是大型醫院為主，其他小醫院有可能是時段性的壅塞，上下班時段或假日，才會有人潮，小醫院一般也不會需要等床，會出現等床等好幾天的問題，也只有在比較

急診醫學面對的環境：

- 急診醫學的需求及定位？
- 台灣急診醫學的發展
- 國內目前醫療現況及困境



院內醫療各專科的定位及協調



到院前緊急救護的需求



災難現場緊急應變的處置

國內緊急醫療體系(到院前、院內):

- 急診醫師的需求及定位?
- 台灣急診醫學的發展
- 國內目前醫療現況及困境



到院前緊急救護的需求



與院內各次專科的合作及協調 (重大外傷啟動時)

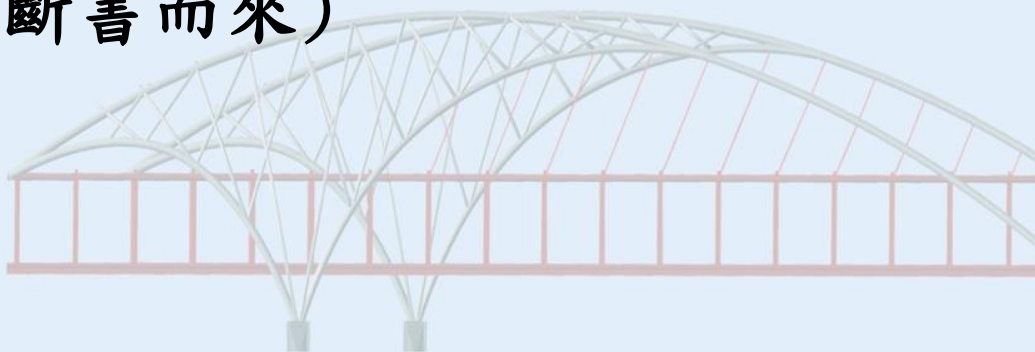


災難現場應變處置 (0206美濃地震)



急診病人特性：

- 各式各樣
- 真的是急症，需緊急處理！
- 自覺很急，但其實不急；
- 自己也知道不急，但覺得看門診要等很久…
- 特殊病人：藥癮、酒癮、家暴、性侵、詐病（為了診斷書而來）



急診就醫流程

- 檢傷——決定病人等候時間
- 掛號——外傷、非外傷、兒科等
- 診療——提供治療
- 留觀——觀察治療效果/疾病進展
- 動向：住院/出院/轉院



急診醫療的特殊性

- 急診醫師採輪班制度，醫病關係短暫。
- 對急診醫師而言，每個病人都是「初診」－有時診斷困難。
- 短時間、還搞不清楚病人是甚麼病前就要開始治療！
(儘速紓解病人的不適與穩定病人的生命徵象)
- 儘量穩定病人爭取時間給次專科醫師。
(想辦法讓病人存活下來，如此才有機會與較多的時間查出真正的病因)



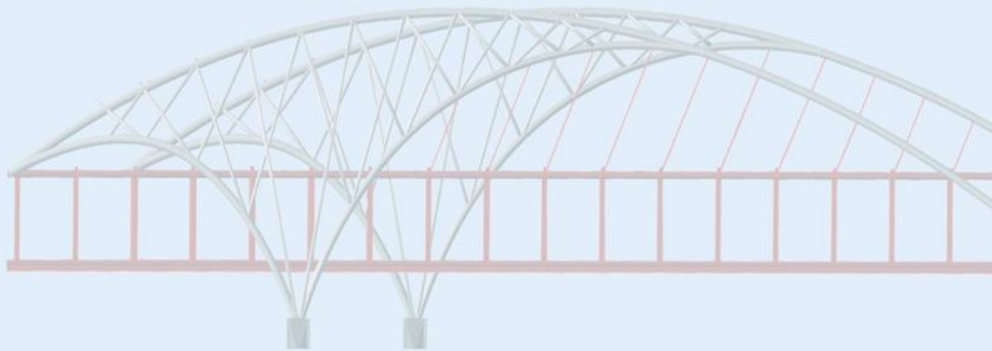
急診可能的糾紛

- 等太久
- 診斷錯誤/診斷延遲
- 治療不當
- 會診不當



診斷錯誤/治療不當

- 病人來的時機不對：
 - 來太早—疾病尚未進展到特殊處(如剛開始上腹痛的盲腸炎)
 - 來太晚—只看到休克併發的各種症狀，分辨不出開始的疾患
- 病人的主訴不具特異性：
 - 急診醫師最討厭的主訴—”全身都不舒服”
 - 常見的主訴—頭暈、頭痛、腹痛、發燒



實際案例討論(I)-治療不當

60歲病人因感冒食慾不振倦怠至診所要求醫師注射『營養針』補充體力。醫師認為病人雖食慾較差，並非完全不能進食，因此建議少量多餐，予以婉拒。然最終抵不過病人要求，勉為其難予以靜脈注射葡萄糖水 + 維他命 B (B complex自費)。不幸約3小時後，病人突然發生過敏反應休克，經緊急轉送醫院後仍不治死亡，家屬認為醫師注射不當所致而提起訴訟。

你認為：

1. 醫師應病人或家屬要求所為醫療行為產生的風險，應該由醫師負責嗎？
2. 若經醫療鑑定認為，病人當時無使用『維他命 B』的必要性，是否醫師在本案中即可認定為成立醫療過失？



實際案例討論(II)-病人自主、隱私權

小英是18歲女孩，某日因身體不適至醫院就診，確認罹患愛滋病，須住院治療...

(一)此時小英的父母要求醫師解釋病情，但小英央求不要讓其家人知道，此時該跟小英的父母如實解釋病情嗎？

1. 雖小英未成年，但已具備足夠的認知識別能力決定自己的事務，因此應該尊重病人的意願，不告知其父母。
2. 小英未成年，依醫療法相關規定，即需由法定代理人為其做一切的醫療決定，因此需要讓其父母了解小英的病情。

(二)若小英已婚，其丈夫要求解釋病情，該如實告知病情嗎？

1. 此涉病人隱私，未經病人同意，不得告訴其他人。
2. 因此病具傳染性，因此應告知其丈夫。

法界見解-在隱私權保護中,強調<不得無故洩漏>,但何謂<有故>,目前仍無標準答案,但醫病關係中的信任非常重要.所以<有故>的標準相對高.

情境二之(一): 2.但或許變通上,可保留一部分的說詞

情境二之(二): 1.



急診醫師的風險與困境

- 第一線面對未知//新興的傳染病
- 急診壅塞—我忘了某個病人還在等我…
- 急診暴力(言語、肢體暴力)



2012.12 行政院《醫糾處理與補償法》草案 - 醫改會強調應「先給真相、再調解!」

101/12/28 「醫糾修法國會工作坊」新聞稿

醫糾法「沒鑑定就調解」 醫改會進立院剖析草案缺失



行政院日前將《醫療糾紛處理與補償法》草案送進立院審議，強制規定醫療糾紛須先到各地衛生局調解，但醫改會針對全國醫療糾紛民眾與衛生局進行調查，發現民眾盼先有鑑定以釐清醫療糾紛真相，草案不符合大眾期待，連九成的衛生局都不看好。爲了讓國會助理更瞭解法案的問題，以協助立委在立院爲民喉舌、改善法案，醫改會 12 月 28 日下午假立法院群賢樓 101 室，舉辦「醫糾修法國會工作坊」剖析行政院版《醫療糾紛處理與補償法》草案的缺失。

國會助理、專家與醫糾受害者齊聚立院 關切法案缺失

這場工作坊由醫改會執行長劉淑瓊主持，總計有 14 位關心法案的朝野立委助理報名，以及由醫療糾紛當事人及家屬所組成的台灣醫療糾紛關懷協會代表、媒體記者等參加，各界報名踴躍。醫改會也特別邀請陽明大學公共衛生研究所楊秀儀副教授與中央研究院吳全峰老師剖析法案，如果貿然通過行政院版草案，不問醫療糾紛事實真相、不先行專業鑑定就要求強制調解，受害者將難以信服，根本無法解決現行醫療糾紛處理的困境。加上目前補償財源沒著落、額度不確定、實施遙遙無期，民眾到手的竟只是一張芭樂票！

醫改會呼籲立院修法應體現民意：「給真相，再調解！」

醫改會執行長劉淑瓊呼籲立法委員應要求《醫糾處理與補償法》明訂行政調查及簡易快速鑑定作爲醫糾調解的先行條件，讓新制度建立保障醫糾受害者、化解醫病爭議的多元處理管道與整套責信體制，而非僅替醫界的責任解套，卻限制受害民眾應有的權益。

醫改會副執行長陳芙嫻也指出，政院版草案強要地方擔起醫糾調解的重責，卻漠視地方衛生局經費與人力困窘的實況與調解專業不足的缺失，調解品質顯然無法提升。呼籲立院應要求衛生福利部提出更明確的做法與承諾，明訂中央的統籌責任！

醫療爭議產生的可能原因(一)

- 醫療過程本來就充滿許多不確定性風險，未必能達到預期的醫療結果。
 - 資訊上的不對等和醫療專業知識的隔閡，也會造成醫療爭議。
 - 醫療資訊透明化，將促進醫病關係和諧，調合醫病關係、維持醫病間的和諧。
- * 醫療爭議 ≠ 醫療糾紛 ≠ 鉅額賠償 or 刑(民)事責任

醫療爭議產生的可能原因(二)

** 醫療爭議有三高(四高?):

- **手術**: 37.4% , 民眾就醫的爭議問題中, 以手術最易引起爭議。
- **照護**: 36.7% , 就醫感染問題、延誤處置、病人不適無法及時獲得醫護人員協助。
- **診斷**: 31.8% , 疾病錯誤診斷致死或嚴重傷害、送醫未能及時救治、產檢未能發現嬰兒健康缺陷。
- **溝通**: 27.2% , 醫護人員態度不佳、病情解釋不清或說詞前後不一。

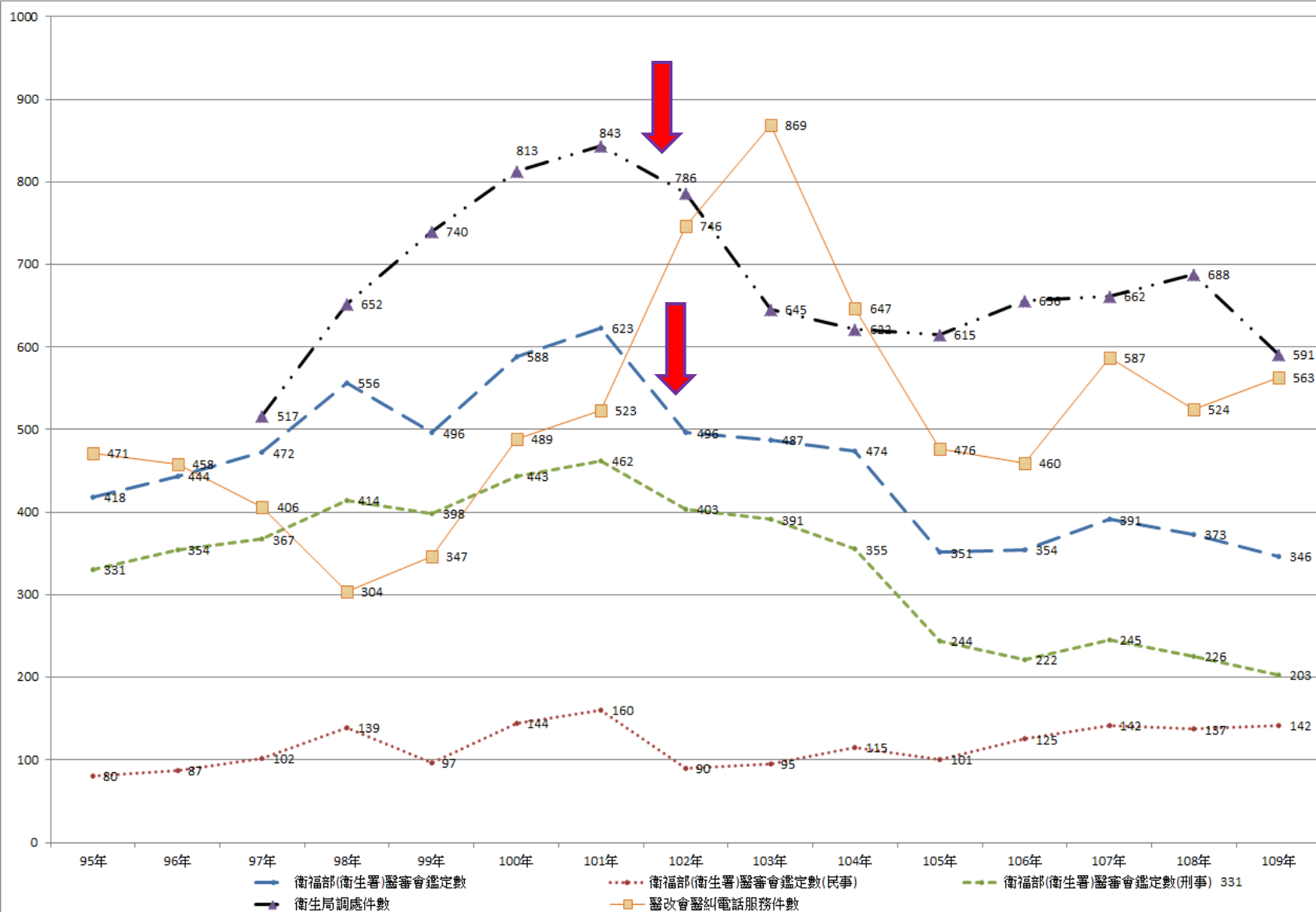
醫療爭議的產生(三)

1. 國內歷年通報的醫療爭議/糾紛事件統計(全國、區域、單一醫院分析)
2. 究竟何種科別容易發生醫療爭議？ (外科、產科、骨科、麻醉科、急診科 etc.)
3. 何地容易發生醫療爭議？
4. 此類事件往往如何發展？結果如何？(不包含私下和解)

醫療爭議的初步分析(一)

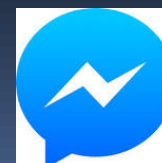
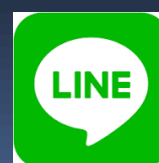
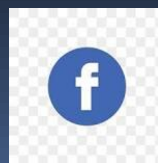
- 國內醫療爭議/糾紛申訴案件每年下降約250-350件，雖民眾勝訴率只有10%。
- 南部依人口比率仍偏高，但勝訴率偏低。
- 醫糾科別仍以內、外、產科為主(51.3%)，急診、兒科雖只佔(12.6%)，但急診暴力卻為其隱憂。
- 區域醫院每年約為5-10件，醫學中心約10-15件。

台灣醫療爭議案件數統計 (醫改會110.10整理)



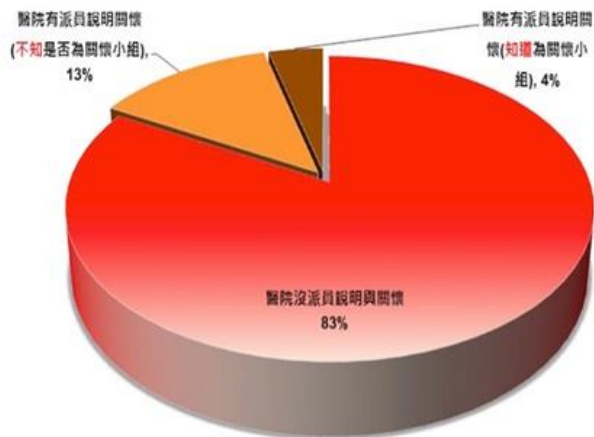
醫療爭議的初步分析(二)

- 醫療爭議/糾紛常發生地點為門診、產房、手術室、急診室(total 64.5%)。
- 民眾考慮申訴管道為院內外申訴、調解、訴訟等方式(total 55.1%)，惟自力救濟及媒體(FB, Line, Messenger, Instagram)卻最易引起風潮、造成社會議題。
- ➡ 究竟醫療爭議/醫糾發生時，多數民眾的訴求為何？

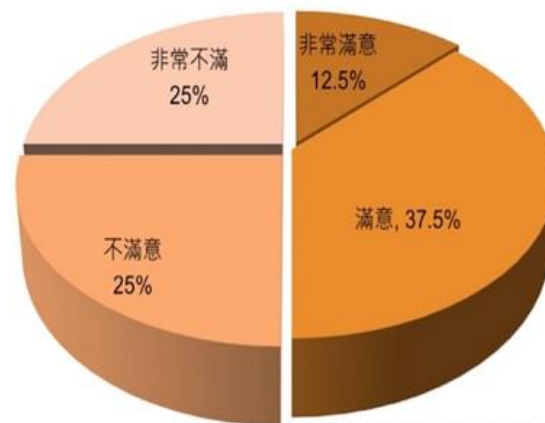


83% 醫糾病家未見醫院主動關懷及說明

醫糾發生後，醫院是否有派員關懷-說明-協助？



病家對於醫院派員關懷說明之滿意度僅5成



1. 調查對象: 102年1月至103年6月期間向醫改會求助之醫糾病家
2. 調查方式: 電話
3. 調查時間: 104年6月

全方位醫療爭議危機管理TCM模式

T. 團隊爭點整理會議：

團隊合作、互信互助、
資源整合、提升品質

C. 雙向關懷會議：

即時關懷、關懷同仁、
關懷病人、關懷家屬

M. 醫病關懷調解會議：

人性溝通、關懷調解、
發現問題、危機管理



醫療爭議或糾紛其主因之一： “醫病間的溝通”

11.血淚苦情四：專業資訊不對等

☞ 1/4醫糾的主因，來自醫病間風險溝通沒落實

醫改會95、96年度共有929位醫糾諮詢個案中
25.51%的醫糾主因，來自「醫病溝通」問題。



風險溝通、告知同意機制
是解決醫糾爭議的重要關鍵



財團法人台灣醫療改革基金會

如何減少醫療爭議:

- 儘量保持親切態度(耐性)。
- 隨時和病人家屬說明病情進展及處置計畫。
- 充實自己不斷進修以符合現在醫療知識。
- 完整病歷記載。
- 不隨便批評別的醫師!
- 尊重病人及家屬的決定及心情。



病人自主權利法三讀、保障病人自主善終權 (2015.12.18)

病人自主權利法三讀 保障病人自主善終權



作者NewTalk 新頭殼 | 新頭殼 - 2015年12月18日 下午8:52

推薦 1,304

相關內容



病人自主權利法三讀 保障病人自主善終權

新頭殼newtalk 2015.12.18 楊淳卉、符芳碩/台北報導

立法院18日三讀通過《病人自主權利法》草案，保障病人醫療自主及善終權益。未來，病人可在具完全行為能力時，簽署善終醫療指示。已無其他合適解決病況的病人，可不再被迫忍受病痛折磨。

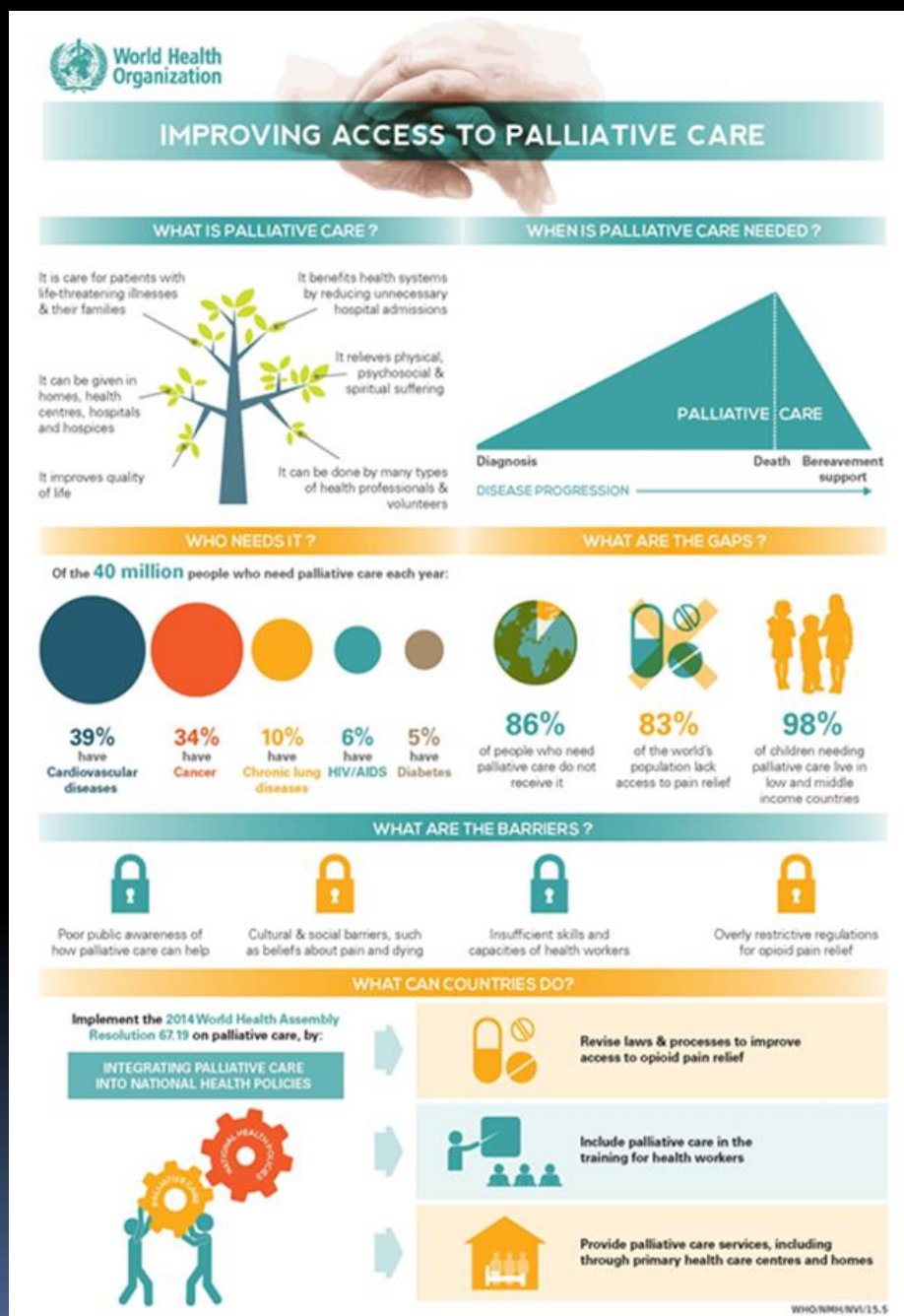
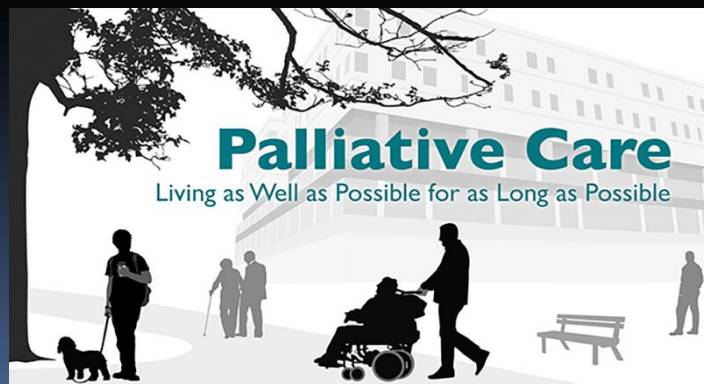
現行法下，病人知情選擇與決策權保護不足，病人的拒絕醫療權亦無清楚之規範，只有特別法《安寧緩和醫療條例》賦予不施行「心肺復甦術」或「維生醫療」的權利，但只適用於「末期病人」。在醫療科技發達下，大部分植物人、漸凍人、重度失智患者與罕見疾病都非末期病人，無法適用安寧條例，只能被迫持續忍受折磨。



台灣自1996年實施「安寧緩和照顧條例」，20年後，於今年1月6日公布了「病人自主權利法」，為亞洲第一部「自己醫囑自己訂」的先進法案，此法將在3年後（2019年1月6日）實施，將「拒絕醫療權」還給病人本身，被視為改變台灣生死觀念的關鍵法案。

急診安寧照護之國際趨勢:

- 落實跨領域整合照護模式(精神、社工、宗教師、藥師跨團隊合作等)
- 急診“安寧專科醫師”的發展及培育。
- 非癌主族群: 心衰竭, 慢性肺病變, 慢性腎病變其末期照護之訓練。
- 急重症安寧延伸至“居家安寧”(in-home palliative care)照護模式的可行性。
- 高齡專科醫院安寧照護的設置及規劃。



急診安寧照護面臨的挑戰及衝突：

- 就醫民眾的期望(落差)及質疑。
- 同儕間見解不同及觀念上的差異。
- 成效評估及回饋機制。
- 急診擁擠空間及人力的規畫。
- 急重症轉社區安寧療護的落實。



essential elements for safe and high-quality end-of-life care



#EndOfLifeCare

www.safetyandquality.gov.au/endoflifecare

*** 資料來源及參考 ***

1. 急診室的春天影集(ER)-部分摘錄
2. 財團法人台灣醫療改革基金會
3. 衛福部台南醫院 社服室蕭淑如主任
4. 成大醫院 急診部張櫻馨醫師
5. 成大醫院 社服室許夙君主任

