

參加第 22 屆國際醫療品質協會 (ISQua) 年會心得
國立成功大學醫學院附設醫院副教授 賴吾為

要一窺醫療品質的奧秘，就要先了解醫療品質的架構。如此才能自我定位，並在崗位上發揮敬業精神。整個健康照護品質的中心目標就是病人安全 (Patient Safety)。即醫療從業人員在努力提供及時、適切、先進的整體治療給病人之餘，也要思考和努力如何減少與治療相關的併發症及後遺症。和病人安全息息相關的有兩大課題，分別是急性、長期醫療照護 (Primary and Long Term Care) 和監測衡量這些醫療照護表現的各項品質指標 (Indicators/Performance Measures)，如 TQIP。在這兩大支柱之上，由下而上依次為：各種用來改善指標的品管工具 (Quality Tools)，如品管圈等；促成醫療機構品質改善的有效方法~外部評鑑 (Accreditation/ External Evaluation)，如醫策會；勢不可擋的醫療資訊數位化和數位化後的龐大資料庫轉換成協助高層決策的專家系統 (E-Health and Technology)；所有醫療從業人員在這變動快速的環境中如何在心理和行為上與時俱進 (Health Human Resources & Workforce)；最後是醫療決策高層的領導統御與願景 (Leadership)。因行政力量的介入最能達到立竿見影的效果，所以領導高層必須具備理念、願景和策略三位一體的觀念。領導高層應朝總是知道下一步和學習如何「Out Of Box」(走出框框)，從不同角度看事情，來發展出更多樣化的服務來自我要求。

因此，這次 ISQua 年會的三天議程中，在 Quality Tools /Decision Tools 這個議題共有 34 篇口頭報告論文。個人將其中自認為重要的論文，依性質細分，簡述如下：

一、重視病人與家屬的了解與滿意度，如：

059. Patient empowerment: Bridging the gap between attitudes and practice / behavior among patients and caregivers in a hospital setting.

Toren O, Bahar Z, Amit N, Mishari S, Kerzman H. Israel.

(利用兩份問卷，分別訪問醫護人員和病人，詢問對病人共同參與醫療決策的看法。除雙方自評外，醫護人員的問卷還會問醫護人員對病人態度的印象看法；而病人的問卷則反過來。結果是醫生明顯表裡不一；護理人員和病患則比較表裡一致。基於只有病患本身才能提供其本身最詳細的身體狀況和作者發現參與度感受低的病患比較會批評醫護人員，所以作者結論是讓病人積極參與自己的醫療決策，好處多餘壞處。)

418. Innovations in service delivery: Testing the function of a general surgery waiting list tool in a real-world setting.

Choptain N, Taylor M, Trumble Waddell J, Dunn E, Noseworthy T. Canada.

(為讓一般外科待床名單作業透明化，減少加拿大待床民眾的疑慮。作者設計了一待床順位評分系統[0~100]，涵蓋了醫師判斷的病情嚴重度、病患主觀意願、醫師推估最長可容忍的等待時間、預計實行的手術步驟。並用病患實際等待時間、實際所實行的手術步驟等項目來驗證這評分系統實用與否？結果是大部分的病人都能在醫師建議的最長等待時間內處理完畢，僅 15.8% 的病患超過。因此，作者的結論是這評分系統是可行的)。但從台灣醫師的角度，覺得訝異的是病患從家醫科醫師轉診到外科醫師的等待時間；和外科醫師完成評估後到手術的等待時間的中位數，分別為 2.3 週和 3.9 週。而整個從被轉診到外科醫師起算到完成手術，等待時間的中位數為 9.3 週。)

148. A randomised controlled trial of an educational and motivational intervention to enhance consumers' use of health plan and medical group quality data.

Romano PS, Rainwater JA, Garcia JA, Mahendra G, Tancredi DJ, Keyzer JM

(作者想了解美國病患的就醫行為是否會受到醫療機構品質等級的影響？隨機將保險仲介人員和病患分為實驗組和對照組。實驗組的介入性措施有二：一為保險仲介人員主動提供病患醫療機構的品管資訊；二是提供諮詢專線。對照組則不主動提供，但病患若願意的話可自行藉著上網或在醫院隨手可拿到品管小冊，自行了解。兩組病患都要填自評表格。敘述到該醫療機構就醫的原因，是否有受到該院品管等級的影響？表格的內容和病患最後實際就醫的單位做統計上的比較。結果發現病患就醫行為並沒有受到醫療院所品質等級的影響。作者的推論是就醫行為複雜，涉及多因素。縱使主動提供醫療院所的品管資料，病患很少因這單一因素就改變了就醫行為。)

309. QEP (Qualitaet und Entwicklung in Praxen) a new model for quality management in German ambulatory health care.

Gibis B, Diel F, Streuf R, Selbmann HK.

(德國衛生單位想將監測指標由過去重視結構面的情形轉換成結果面。首先針對門診患者，結合各領域人員設計了一個含有各式流程圖和檢查表的品管模式。為了怕指標或目標陳義過高，造成眼高手低的現象，所以先在對品管認知層次不同的單位試用後，根據反映做過適度調整。所有試用單位都予以高評價。此外並有一外部獨立的機構負責評鑑。並將評鑑結果如：不重要的指標、或為達到該指標要付出太多的成本、或該指標衍生的意義不明顯等，回饋給衛生單位作為下一波新模式的參考。)

438. Leicestershire Primary Care Audit Group (PCAG): A model for clinical audit, electronic audit and quality improvement in primary care.

Ashmore SR, Johnson T

(敘述英國中央集權式的醫療單位的稽核機構[PCAG]對醫療行為改變和品質促進的結果。PCAG 對醫療院的稽核有常規稽核和介入性稽核；利用資訊電子化提供各式改善的品管工具，讓參加的醫療院所除自評外還可以和同級醫院互比；另外還提供教育訓練。達成的有效結果之一是對鋰鹽使用，要求各使用醫療院所向中央註冊控管，進而達到病患更多的安全。之二是對冠狀動脈疾病稽核，結果是開業醫師對 aspirin, beta-blocker 使用的增加和更積極參與在職教育。結論是一個持續穩定的外在壓力是提升醫療院所品質所需，而且唯有中央化的稽核機構才有能力和人力提供醫療院所稽核、教育等重擔。)

二、良好的醫療照護及結果

131. Admission to discharge: Developing a seamless discharge prescription (SDP)

Namespetra MA

(為了讓各方：病人、住院醫師、藥師、家醫科醫師、零售藥局能明瞭病人在出院後的藥物處方與先前使用的藥物有何不同，作者設計了一些流程，能同時呈現住院前和出院時的藥物。並以問卷訪問相關人員。結果：病人、家醫科醫師、零售藥局的反應最為正面；住院醫師認為增加文書工作。)

052. Bridging continuity of care for heart failure patients in the National Healthcare Group (NHG), Singapore.

Toh MPHS, Heng BH, Cheah JTS

(新加坡的 NHG 利用個管師來降低心衰竭病患出院 15 天內的重返率。個管師被當作急性住院照顧醫院、心臟專科門診和家醫科醫師之間的橋樑。前述三者彼此間先協調出一互相轉診的標準。從急性醫院轉出的病患，必須先在心臟專科門診追蹤至少一年後才能下轉到家醫科門診。個管師利用電話和網頁上的病

患基本資料持續追蹤、關懷、並協調不穩定的病患上轉到急性醫院。結果：出院 15 天內的重返率由 30.4% 降到 20.7%。病患從醫囑性一路由 15.4% 經 57.8% 上升到 86.9%。結論是縱向的整合確實帶來正面的效應。)

255. Can balanced score-card help scientific institutes to evaluate and improve clinical performance?

La Pietra L, Michelini S, Baraldi S

(利用平衡計分卡同時多個構面衡量的特性來評估指標的績效,將 35 個指標依特性分為一、病人安全。二、院內感染。三、臨床效率與適當性(efficiency and appropriateness)。四、臨床有效性(clinical effectiveness)。每季報一次。結果是感控、手術、病人安全等委員會等感到滿意。結論是平衡計分卡適用於醫療衛生機構。)

三、重視適當的成本效益

368. Projecting future hospital demand using business intelligence tools, information to understand, assess and improve access to care.

Buller E, Trerise B, Ruth A, Haack C, Mac Connell N

(以加拿大卑斯省八年[1995~2003]的健保歷史資料、專家系統工具。推估病人住院天數、藉著推估該省未來急性照顧醫院的需求。結果是預測病患住院天數將以每年 1.5% 的趨勢下降,經過一些加權分數的調整,整個預測值修正為 1.0%。當然這預測模式到底準確度為何?還要時間的驗證。)

四、良好的病歷紀錄

033. Determining the feasibility and utility of implementing nursing-sensitive outcomes data collection for improving the quality of care.

Doran DM, Harrison MB, Laschinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S, McGillis Hall L, Tourangeau A

(加拿大作者主導一項研究,針對護理人所蒐集的一些例行的臨床資料:如病患入、出院時的功能狀態;住院期間每日主訴;疲倦程度;壓瘡;跌倒等。進行覆閱,確認資料的可靠性;和探討未來這些資料蒐集的頻率應如何訂定。計畫的主要研究人員先針對護理人員進行抽樣問卷評估,確認護理人員收案的一致性。再進行固定百分比的病歷再閱,確認資料的正確性和有用性。結論:在進行資料分析前,確定例行收錄的資料為有用的且可分析的資料是很重要的,如此得到的指標才能確實反映實際情況,做為自身改善或他人標竿的依據。)

243. Improving medical records with a multidisciplinary approach.

Kus H, Budak M, Kutluat S, Hacibekiroglu S

(由土耳其一家醫院所發展的確保病歷書寫完整的品管模式。目的在要求病歷書寫清晰、能夠及時評估病歷;確保良好的病歷書寫能整合到病患的連續性照顧和反映到病人安全上。委員會召集人由院長擔任,審查結果除在該部每月報告外;另外每週由部主任、品管中心、副院長逐層上報。當病歷書寫不合標準時,將會收到院長的通知,被要求蒞會報告。評估病歷的依據是該院發展出來的「Closed patient Record Review Form」,著重在病歷的十大領域:如醫護人員對病情的評估、衛教、治療計畫、手術紀錄、出院準備、出院摘要等。依照醫療部門的服務量挑選受審病歷;若已電子化部份,則線上審查;另有一批經訓練的護理品管人員每天巡迴病房審查。結果是:醫師於 24 小時內完成 admission note 的比例由原先 80% 提升到 100%;護理人員於兩小時內完成護理評估計劃的比例由 71% 提升到 94.4%;衛教則由 50% 提升

到 100%；治療計劃的完成由 14% 提升到 96%；出院病摘改善的部份有：增加記載出院藥物、住院期間重要檢查的結果、術後診斷等。作者結論：高層領導者的使命感（commitment）是最重要的成功因素；由上而下的壓力，雖不好受，但會造成個人或單位的自覺，形成良性循環。資訊電子化的運用和資料詳實的分析更是幕後的功臣。）

五、醫療資訊數位化 E-Health and Technology

202. E-Accreditation: Web based performance measurement. Sweeney J, Boland R

（以色列學者利用網路和資料庫：Oracle RDBMS、與 Java 電腦語法，從事醫療機構的外部評鑑。網路評鑑，讓受評醫療院所快速改善被指出的缺失，進而達到增進病患福祉的目的。負責評鑑的單位發現：網路評鑑能即時評鑑；節省紙本的耗費；能節省時間；能邀請國外學者網上評審。）

319. IT-supported clinical balanced scorecard for quality in health care.

Kunz H, Braun J, Schaaf T, Tolxdorff T.

（德國一家醫院的骨科部藉著平衡計分卡和電腦資訊模式想將 59 個臨床指標的績效測量自動化。先大量文獻回顧，找出和骨科臨床實務相關指標，每個指標都要說明適用的範圍、目標、和動機。平衡計分卡評估的構面有財務和非財務面，非財務面再細分為病患、流程、創新、社會。上述方法幫忙達到指標績效的紀錄獲得改善；證明原先商業上用來衡量的工具在臨床部門也適用。可以讓臨床績效更透明和品質也獲得改善。）

六、領導統御與願景 Leadership

419. Layers of leadership: Hidden influences of healthcare improvement. Neath A.

（想證明醫療機構要有持續性的改革需要該機構各層級的領導者共同努力，而不是僅靠高層的領導者。方法是深度個別訪談 26 位醫療機構負責人；三次研討會；親自觀察負責人主持會議情形；和文獻回顧。結果之一如同以前文獻所提，機構負責人的使命感和承諾是重要的。另外發現有影響力的關鍵人物存在機構的各層級，如護士、職員等。這些人有些不是單位主管，但因長時間在該單位，卻具有影響力和煽動力。滴水穿石、眾口鑠金，不可忽視。）

（後記：建議事項）

從個人角度出發，要了解自己在整個醫療照護行業中的定位。在自己的崗位上發揮敬業精神，就是品質保證的開始。

從品管中心的角度，要扮演一個受人尊重且不令人討厭的品管中心。要具備有完善的資訊系統，能隨時掌握各醫療單位指標的變化。並有豐富的資料庫能迅速比對該異常指標的對與錯。一旦重複驗證該指標確實為異常，則應帶著豐富的資源前進到受困單位詢問有什麼困難需要幫忙。如此細心、有豐富資源且樂於助人的品管中心才是理想中的品管中心。