

出國報告（出國類別：其他—參加國際會議）

國際健康照護品質協會(IsQua) 2008 年會之參與

服務機關：行政院衛生署

姓名職稱：石崇良處長

派赴國家：丹麥(Denmark)

出國期間：民國 97 年 10 月 17 日至 25 日

報告日期：民國 98 年 1 月 17 日

出國報告摘要

第 25 屆國際健康照護品質協會年會自 10 月 19 日至 22 日在丹麥哥本哈根舉行為期四日的研討會，今年的會議主題為「Healthcare Quality Improving Healthcare — The challenge of continuous change」。會議期間共有 40 多個演講場次，範圍涵蓋病人安全、成效測量與品質指標、醫院評鑑、臨床照護品質提昇、醫事人力及教育訓練、健康資訊技術與民眾參與等議題，其中也包括數個大會演講由國際著名的學者專家提出在病人安全與品質促進上可能面臨的挑戰與改善機會。除了參與會議之外，本人也在會議過程中發表兩篇論文 (poster presentation)，並與其他各國代表交換意見，如我國病人安全通報系統建置的經驗與相關配套措施，院內急救推動經驗與目前美國 I H I 所推動的 rapid response team 經驗的交換等。

至會議心得與建議如下：(一) 參酌各國在醫院評鑑上之趨勢與改革方向，進行醫院評鑑制度與標準研修，依據各國經驗之分享，醫院評鑑之理論基礎不外乎為採高管制之基本標準模式 (stronger regulation, minimal standards model) 或低管制之進展模式 (softer regulation, developmental model)，我國之醫院評鑑制度改革應先思考確認為何種模式，再依此發展各項配套措施，以避免流於頭痛醫頭或畫虎類犬之譏。另外亦可邀請國際評鑑組織 (JCI) 來台分享經驗或在台召開國際會議，提供國內醫療機構如何運用評鑑制度來提升醫療品質之相關做法。(二) 建議採行營造病人安全文化、減少醫療錯誤之國際重要作法，導入團隊訓練模式，不論是課堂式或含模擬器 (simulator) 之團隊訓練模式，並邀請丹麥、美國、加拿大等國之學者專家來台進行交流，藉以與一般醫學訓練計畫結合，逐步營造國內醫界正向之病安文化。(三) 參考國際論質計酬的做法，先建立我國醫療體系之成效量測指標或品質指標及其資料庫，可透過 pay for reporting，待其資料之正確性與可適用性確認後再逐步進展至 pay for quality 或 pay for performance，可避免現行各國已發生之弊病，亦可與國際接軌評比。(四) 參酌國際趨勢，研擬我國醫療品質政策與重點工作，特別可借鏡美國 I H I 之做法，選擇幾項具實證基礎且在國內醫療機構具改善空間之做法，凝聚醫院之共識共同推動，以求可在短時間內造成明顯之改善氛圍，提升醫療品質。

關鍵詞：健康照護品質，醫院評鑑，團隊訓練模式，醫療品質指標

目次

壹、緣起	.....	4
貳、目的	.....	5
參、過程	.....	6
肆、心得	.....	8
伍、建議事項	.....	13

「國際健康照護品質協會(IsQua)2008 年會之參與」 出國報告

壹、緣起

國際健康照護品質協會(The International Society for Quality in Health Care, IsQua)為會員超過 70 個國家之非營利、獨立組織，自 2006 年成為世界衛生組織(World Health Organization, WHO)正式 NGOs 夥伴之一，WHO 並透過其年會與合作關係，宣導 WHO 推廣之病人安全相關計畫，其 2008 年會主題訂為「Healthcare Quality and Safety: Meeting the Next Challenges」，並在丹麥哥本哈根舉行為期 4 天(10 月 19 日至 22 日)之年會。

本署石崇良處長長期投注於病人安全與醫療品質的提升，本次年會投稿論文 2 篇已獲大會接受發表，分別為「National Patient Safety Reporting System in Taiwan」及「Challenges to the Chain of Survival: A cohort study of in-hospital cardiac arrest resuscitation」等，為與國際接軌和掌握國際趨勢，健全本署醫院評鑑、病人安全、醫療品質監測與醫療資源管控等政策，擴大參與國際活動，爰派遣石處長參加。

貳、目的

一、參與目標

- (一) 進行兩篇論文海報發表。
- (二) 參加 IsQua 年會。
- (三) 參訪哥本哈根大學附設醫院 (University of Copenhagen) 臨床模擬訓練中心。
- (四) 與各國與會人士互動，就醫院評鑑改革、品質指標系統之建立與監測、病人安全之推動以及醫事人員教育模式等議題交換意見。

二、出國期間

自民國 97 年 10 月 17 日起至 97 年 10 月 25 日止。

三、出國人員

姓名	服務機關	服務單位	職稱	官職等	E-MAIL 信箱
石崇良	行政院衛生署	醫事處	處長	簡任	md01@doh.gov.tw

參、過程

第 25 屆國際健康照護品質協會年會自 10 月 19 日至 22 日在丹麥哥本哈根舉行為期四日的研討會，今年的會議主題為「Healthcare Quality Improving Healthcare — The challenge of continuous change」。會議期間共有 40 多個演講場次，範圍涵蓋病人安全、成效測量與品質指標、醫院評鑑、臨床照護品質提昇、醫事人力及教育訓練、健康資訊技術與民眾參與等議題，其中也包括數個大會演講由國際著名的學者專家提出在病人安全與品質促進上可能面臨的挑戰與改善機會。如著名的哈佛醫學院病人安全研究學者 Lucian Leape 教授在開幕演講中，特別就病人安全從 1999 年 Institute of Medicine 發表 “To Err Is Human” 後世界各國的重要進展與成就進行回顧，如美國 N Q F 提出具實證基礎之病人安全作業 (safe practice) 建議，英國推動病人安全事件通報及學習制度，並藉以提出各項病人安全警訊與指引，美國 I H I 則發起百萬生命活動 (100,000 live campaign)，在短時間內凝聚許多醫療院所的迴響造成明顯可見的改變，世界衛生組織則成立病人安全聯盟 (World Alliance for Patient Safety) 並推動手部衛生運動，致力於院內感染的控制。但是，同時也發覺在某些部份仍然有待改善，包括對於系統 (理論) 的認識不足、舊習慣的改變緩慢、I T 導入的難度被低估、以及醫療團隊的合作不良等。因此，Lucian Leape 教授建議，當務之急首重文化的改變，而欲建立重視安全的文化，則必須透過跨部門團隊合作的學習及建立當責 (accountability) 的觀念，成功的關鍵則為強而堅定的領導關係。

WHO 病人安全聯盟也在會議中揭示 2008-2009 年的重要病人安全工作項目作為各會員國共同努力的目標，包括 (1) 全球病人安全挑戰：安全手術拯救生命 (2) 傾聽病人的聲音 (3) 鼓勵從事病人安全相關的研究 (4) 發展國際間共通的病人安全事件分類方法 (5) 將知識轉化成行動 (6) 推動 High Fives: managing concentrated injectables, assuring medication accuracy at transitions of care, performance of the correct procedure at the correct body site, communicating during patient care handovers, improved hand hygiene to prevent health care-associated infections (7) 導入新技術提昇病人安全 (8) 避免中央導管相關的血行性感染 (9) 發展醫學生病人安全的教育課程 (10) 設立國際間之病安獎項以鼓勵卓越貢獻。除此之外，團隊合作訓練也是本次會議中的重要新議題，除有大

會特別演講與工作坊(workshop)之外，大會特別安排至哥本哈根大學附設醫院參觀臨床模擬訓練中心，讓參觀者實際體驗，本人也藉此機會與該中心之負責人 Doris Ostergaard 教授交換意見並邀請其至台灣到訪交流。

除了參與會議之外，本人也在會議過程中發表兩篇論文(poster presentation)，並與其他各國代表交換意見，如我國病人安全通報系統建置的經驗與相關配套措施，院內急救推動經驗與目前美國 I H I 所推動的 rapid response team 經驗的交換等。

肆、心得

由於大會所安排的會議場次甚多，且有許多場次乃同時舉行，因此，僅能挑選與業務相關或有興趣的場次參加，心得如下：

一、成效測量與論質計酬

近年來各國醫療費用支出不斷上昇，但是數個研究卻呈現出醫療品質上的落差，突顯出支付制度與醫療品質間缺乏連結，因此各國在醫療制度的改革上紛紛思考如何利用支付制度的改變，提供財務上的誘因而來提昇醫療照護的品質，即所謂的論質支付，或是藉由品質指標的公布，透過公眾的檢視與標竿學習的機制來提昇醫療品質，即所謂品質報告卡或品質揭露的作法。美國自 2002 年起由 CMS (Center for Medicare & Medicaid Services) 開始推動論質計酬方案，設定 AMI (acute myocardial infarction)、CHF (congestive heart failure)、Pneumonia、CABG (coronary artery bypass graphing) 與 THR/TKR (total hip replacement/total knee replacement) 五類疾病或處置為標的，要求醫療機構提報指標並將結果公布於網頁上，在財務誘因部分則對有提報指標之醫院給予大約 0.2% 的回饋，一方面品質指標表現卓越者則提供約 2% 的獎勵回饋。初步的執行成效已可窺見整體品質指標表現的提昇，但是卻也面臨一些挑戰，如 (1) 健康紀錄資訊化或病歷電子化尚未普及，因此造成資料收集上的困難，不僅指標數據的收集耗費人力，同時也造成資料的準確性與可靠性遭受質疑。(2) 保險制度的多元化是美國醫療體系的特色，但也因此造成許多論質計酬計畫的百花齊放，不僅醫院必須面對許多指標的收集與多方報告，消費者也因資訊太多而難以消化選擇。(3) 論質計酬計畫的推動，是否因此而導致醫院偏重或過度投入所監測之疾病或處置，而忽略或排擠了其他醫療品質的改善，也是遭受質疑的問題之一，但是目前則尚未有足夠的證據予以證實或反駁。(4) 論質計酬計畫所公布的品質指標，是否真正為民眾所關心或需要的資訊是另一個問題焦點，畢竟民眾在選擇就醫時所可能考量的因素不僅僅是由醫療專業觀點所設計的疾病別指標，可能需要更多。(5) 論質計酬的公平性，亦遭受諸多挑戰，從歷史資料的分析上可發現，品質指標的表現，改善幅度最大的往往是原本表現較差的醫療機構，但是以目前多數僅獎勵表現卓越者似乎有欠公允，另一方面，病人往往同時接受多位醫師或多家醫療院所的照護，因此回饋金的分配也是一項難題。

但是不論如何，論質計酬已是世界各國醫療體系改革的一項趨勢，如英國有所謂針對基層醫師的星等計畫（star ratings），丹麥與澳洲則透過評鑑制度，要求醫院提報指標並予以公布，世界衛生組織（WHO Congress）也提出六類指標作為醫療機構成效的評估要項等。我國不論是引進國外之品質指標系統如 TQIP 或是國內自行發展的醫療品質指標系統如健保品質確保指標或 THIS，均有數年之歷史，不過從國外的經驗中可有幾項借鏡與建議頗值得我國思考：

- （1）品質指標並非品質的本身，指標的選擇往往決定了品質的真相，因此在指標的解讀上須要非常小心，不可只依賴單一或少數的指標來評估品質的好壞。
- （2）品質指標的本身並不能達到品質改善的目的，許多人誤解只須將指標透明公開化便可刺激品質改善的進行，其實不然，指標系統並不能獨立於整個品質管理系統之外，一個完整的品質管理系統應該設定目標，再依據目標選擇測量的標的，也就是指標，再根據指標監測的結果擬定行動方案進行品質改善活動，因此一個醫療機構單賴指標系統是不夠的，還必須結合完整的品質管理系統才能讓品質指標發揮其促進改善的效果。
- （3）品質指標的目的必須釐清，一般而言，指標可分為內部指標與外部指標，內部指標的目的在於作為品質改善方向的引導與監測，而外部指標的目的在於機構間的比較與社會責任的督促，簡單的說，內部指標的主要精神在於主動改善，而外部指標的精神在於監督與被動改善，換言之，並非每一項指標都同樣適用於內部改善與外部監督，如果遭到誤用將使指標失去其效能，因此主其事者不可不慎。
- （4）品質指標在使用上，機構間或機構內的相互比較有時難以完全避免，但是必須非常小心，每一個醫療機構或醫療單位的規模、屬性、病人特性與作業模式均有所差異，因此單單僅就指標面進行比較是非常危險，正確的作法是將指標視為改善的工具而不可將指標單純作為判斷品質好壞的依據，才能使品質指標發揮其最大的功用。

二、病人安全的社會運動

IHI 的總裁 Dr. Donald Berwick 有鑑於病人安全的相關研究雖多，但是真正落

實於醫療機構因而降低病人傷害的實際作為太少，遂於 2004 年末發起這項運動，選擇六項具有實證醫學基礎並具有高度可行性的議題，號召全美的醫療機構共同參與，包括迅速回應團隊 (Rapid Response Team, RRT) 降低院內急救人數、提升急性心肌梗塞照護品質 (AMI care)、進行藥物重整 (medication reconciliation) 減少用藥傷害、降低手術部位感染 (surgical site infection)、避免呼吸器相關之肺炎 (ventilator-associated pneumonia)、與減少中央靜脈導管相關之血行感染 (CV-BSI) 等。此次會議中有許多醫院成功經驗的分享，甚至包括了國家衛生部門的響應如加拿大、丹麥等，其中如 RRT (rapid response team) 的設計，目前在美國已經有超過 2500 家醫院響應這項計畫，此項計畫的目的在藉由急重症專業團隊的即早介入，透過團隊的整合照護來減少加護單位以外住院病人的死亡。根據文獻指出，發生心臟停止的住院病人中，約有 60-70% 的患者在其心臟停止前 6-8 小時已有徵狀，但是僅有 25% 被醫師所察覺，更有研究指出，這些心臟停止的個案大多數只要能夠給予即時、適當的處理便可避免。因此，IHI 依據澳洲與美國相關學者的研究結果，提出呼籲，希望醫療機構重視醫療團隊的整合，成立 RRT 來避免可預防的心臟停止進而減少住院死亡率。但是從會議中醫院所發表的實施經驗可知，雖然 RRT 的成立或許可成功的減少病患急救人數，但是相對的也增加加護單位的使用需求，且呼叫的頻率也大幅增加，約為急救次數的 6-7 倍，增加了 RRT 重症照護人力的負擔，由此可知，RRT 成功的關鍵不只在於成立而已，更需要包括管理階層的重視與支持，團隊成員的人選與人數，合宜的啟動條件與呼叫機制，以及提供教育訓練與溝通機制，持續監測與結果的回饋等措施才可竟全功，若未來國內醫院欲仿效此作法時，可為借鏡。另一項令人印象深刻的活動為中央靜脈導管相關之感染率的降低，據研究，大多數的血行感染與中央靜脈導管的使用相關，因此，IHI 提出建議作法，包括手部衛生運動、落實最大防護 (maximal barrier precaution)、使用 chlorhexidine 進行皮膚消毒，適當選擇中央靜脈導管擺放位置 (避免放置 femoral site)、與每日檢討中央靜脈導管使用之必要性儘早移除等，結果顯示，有 103 家參與此計畫的醫院 (加護單位)，成功的減少中央靜脈導管相關之血行感染率，甚至維持 18 個月的零感染紀錄，令人感佩。IHI 鑑於此項拯救百萬生命運動的成功，又將延續推動「拯救五百萬生命」運動，擴大活動議題，包括褥瘡的預防、MRSA 感染率的下降、預防高警訊藥物所致之傷害、降低手術併發症、提升心臟衰竭照護品質等，相信此種集中焦點，透過集體行動的力量，在短期內創造顯見之成效，可為國內借鏡。

三、教育訓練的強化

醫療人員的教育訓練對於醫療品質與病人安全的重要性不言可喻，特別是醫師再教育的挑戰為甚，如醫師們普遍自認為夠聰明不須要再接受教育、認為可以從工作中學習即可、討厭被領導指揮、喜歡自主等，因此許多國家在醫師的教育訓練方面也有許多規劃與發展，如澳大利亞雪梨大學自 2006 年發展出 Patient Safety Education Framework，包括 7 個學習類別、22 個學習課題，瑞典則自 1996 年起將品質改善與病人安全的課題納入大學教育中，包括 8 類品質改善知識與技能，並自 2007 年起納入醫師執照考試中，涵蓋 medical knowledge、communication skill、leadership、quality improvement。

而另一項重要的教育改革則在醫療團隊的訓練模式，美國醫療機構評鑑機構 (JCAHO) 從醫院所通報的三千多件嚴重醫療警訊事件的根本原因分析中發現，溝通與團隊合作的不良是造成醫療錯誤的首要因素，目前許多研究也指出，醫療團隊合作的好壞會影響到病人的預後與安全。1999 年 Institute of Medicine (IOM) 所發表的「To Err Is Human」一書針對如何提升醫療體系的安全提出建言，其中一項建議便是發展跨部門的團隊訓練模式，包括針對訓練中的人員或已有經驗的醫療人員，運用模擬方法或是仿倣航空業的組員資源管理 (crew resource management, CRM) 模式進行訓練。因此，近年來，已有若干研究投入於醫療團隊訓練模式的研發，較為成熟且具有初步成效評估的團隊訓練模式包括以模擬器為基礎之訓練模式

(simulator-based training)、團隊協調訓練 (team coordination training)、團隊自我矯正訓練 (team self-correction training)、交叉訓練 (cross-training)、壓力暴露訓練 (stress-exposure training) 等，其中又以團隊協調訓練 (team coordination training) 最為蓬勃發展，此訓練模式主要在強調讓受訓者熟悉工作中所必需具備的各項團隊技能，通常透過小組訓練方式，藉由講授、示範、練習與互動等多項訓練技巧，達到主動學習與行為改變的目的。在航空業界行之有年的組員資源管理 (crew resource management, CRM) 即為此訓練模式的代表，CRM 訓練的基本原則主要是要讓機組人員間的溝通與合作行為成為清楚可辨識 (identifiable)、同時具有彼此學習能力 (teachable) 並且可彈性運用於高風險的環境中，另一方面，透過正式的團隊合作行為的建立，來取代過去結合鬆散的所謂「團隊合作」。CRM 團隊訓練課程，通常會涵蓋如何形成團隊、任務的管理、有效溝通、團隊決策、情況掌控、與工作負荷管理等主題，同時經過定期、反覆、與穩定的練習，達到增加團隊效

能的目的。目前以此為基礎所開發的醫療團隊訓練模式如 MedTeam™、MTM (medical team Management) 與 DOM (dynamic outcomes management) 等，而 IHI 也發展出一套團隊訓練課程，包括 leadership、team structure、communication、briefing 與 debriefing 等團隊技能。回顧近年來國內的醫學教育，已開始著眼於一般醫學訓練，期待能使新一代的醫療從業人員具備 IOM 所提出的五項核心能力，如病人安全、醫療品質、實證基礎的醫療決策等，但惟獨缺乏團隊技能的訓練模式與推展，因此，實有必要參考其他國家的作法，建構符合我國醫療環境所需的團隊訓練之理論架構與訓練模式，進而進行醫療團隊訓練與成效評估。

此外，morbidity & mortality conference (MMC) 也成為另一項品質改善的有力工具，透過目標的設計、進行方式的規劃與掌握、分析工具的運用可提升醫師對於品質促進的參與，而成功的 MMC 需考量到以下幾點：

- (1) 篩選條件與來源：死亡病例、醫療傷害 (AE)、異常事件報告。
- (2) 對象：負責人、報告者、聽眾。
- (3) 分析的工具：實證醫學、流程改善、根本原因分析。
- (4) 後續追蹤：改善行動、成效評估。
- (5) 時間安排：定期舉辦、準備時間。

伍、建議事項

- 一、參酌各國在醫院評鑑上之趨勢與改革方向，進行醫院評鑑制度與標準研修，依據各國經驗之分享，醫院評鑑之理論基礎不外乎為採高管制之基本標準模式(stronger regulation, minimal standards model)或低管制之進展模式(soften regulation, developmental model)，我國之醫院評鑑制度改革應先思考確認為何種模式，再依此發展各項配套措施，以避免流於頭痛醫頭或畫虎類犬之譏。另外亦可邀請國際評鑑組織(JCI)來台分享經驗或在台召開國際會議，提供國內醫療機構如何運用評鑑制度來提升醫療品質之相關做法。
- 二、建議採行營造病人安全文化、減少醫療錯誤之國際重要作法，導入團隊訓練模式，不論是課堂式或含模擬器(simulator)之團隊訓練模式，並邀請丹麥、美國、加拿大等國之學者專家來台進行交流，藉以與一般醫學訓練計畫結合，逐步營造國內醫界正向之病安文化。
- 三、參考國際論質計酬的做法，先逐步建立我國醫療體系之成效量測指標或品質指標及其資料庫，可先透過 pay for reporting，待其資料之正確性與可適用性確認後再逐步進展至 pay for quality 或 pay for performance，可避免現行各國已發生之弊病，亦可與國際接軌評比。
- 四、參酌國際趨勢，研擬我國醫療品質政策與重點工作，特別可借鏡美國 I H I 之做法，選擇幾項具實證基礎且在國內醫療機構具改善空間之做法，凝聚醫院之共識共同推動，以求可在短時間內造成明顯之改善氛圍，提升醫療品質。