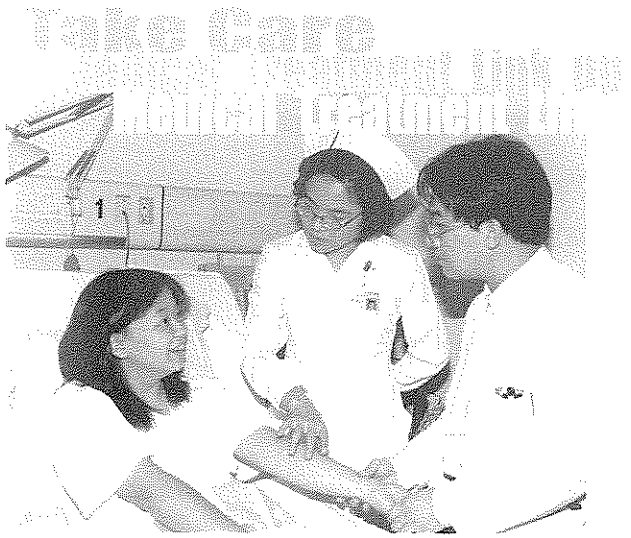
醫病溝通之照會服務：照會精神醫學之新頁

精神部主任　李明濱

前言　醫療品質的持續提昇，有賴於專業知技、專業倫理與專業溝通(包括團隊合作)三層面的綜合發揮，缺一不可；晚近，醫療爭議日漸增加，國內外皆然；過去文獻指出，日漸增加之醫療爭議以及醫療過失訴訟，除造成醫療人員生活中最重大之壓力外，對於執業模式、醫學生選擇次專科、以及醫療經濟策略造成影響，特別是醫療第三者的介入，更形成醫病關係的另一考驗。

管理式醫療的興起已經成爲全世界現代國家共同的主題，一方面基於控制醫療浪費、普及國民醫療服務的需求，實有其必要；但另方面對醫學專業的自我認同和自主性卻是很大的衝擊。在非醫療之決策模式影響下的管理式醫療，對於傳統醫師、病人及家屬之關係已造成影響。究竟管理式醫療是否爲醫療糾紛增加之重要因素，其推論目前仍莫衷一是，支持此一論點者認爲管理是醫療造成醫療資源侷限、醫學研究經費減少、以及社區醫療照護之萎縮、並影響醫療之自主性，這些現象直接間接造成醫療糾紛之增加。然而反對者認爲是醫療管理之不得法、醫學倫理之頹喪、以及獨佔事業等特質，造成醫療環境惡化。無論立場如何，大多數文獻皆表示，管理式醫療的確對醫病關係造成影響。過去學界認爲管理式醫療會對於過去傳統之醫病關係核心要素，亦即病患選擇醫師、醫療服務提供者之能力、醫病溝通、悲憫心、治療之持續性、以及與治療提供者無利益衝突等六大面向造成衝擊，在可預見之將來，醫護人員將身兼病患之服務者以及管理式醫療體系執行者，此二角色之衝突，將是醫病關係，甚至是醫學倫理教育上之一大課題。



醫療爭議與醫病溝通

一般而言，醫療糾紛之引發與威脅至少有下列四種因素：1〕醫療疏失、2〕醫病關係問題、3〕醫療傷害、4〕家屬及病患錯誤歸因：誤將傷害或死亡之原因歸咎於事件前後之措施。根據

臺灣大學學術期刊資料庫

Bursztajn 等人之回顧，在美國並非所有的病患都有可能興訟，在預後不確定的情況下，三分之一的病患可能因爲各種理由提出告訴，三分之一的病患無論結果如何都不太可能提出告訴，而有三分之一的病患，提出告訴與否，取決於伴隨醫療之感受、治療同盟堅強之程度、親友或律師的建議。而大部份醫療糾紛告訴，是結合了悲劇性的結果與惡劣的感受之後而發動的，當病患及家屬，帶者自身獨特的情緒經驗以及特質，面對醫療服務中某些不確定性，並遭逢不幸結果後，隨著負面感受之累積，終究訴諸法律解決。根據蔡墩銘教授之著作指出，判定有過失之醫療訴訟案件僅佔所有案件五分之一以下。而 Levinson 等人以實證研究發現，就一般醫療狀況而言，醫療糾紛訴訟提出與否，與醫病關係之良窳有顯著相關。由此觀之，醫療後果本具某一比例之不確定性，且醫病間由於背景、認知、價值觀不同，醫病衝突在所難免，但若能以醫病關係爲出發點，應可有效預防並處理醫療爭議與醫療糾紛問題事件。

一般精神科照會、醫病溝通照會、醫學教育及醫病溝通訓練課程

綜合醫院精神科之照會工作，過去較偏重一般醫學狀況患者之精神科共患疾病之評估與處理，或是病患疾病適應之社會心理問題之介入，其目的在於結合生物、心理、以及社會三面向，提供病患全人之醫療服務，而其效應亦反應於病患預後以及醫療經濟等面向。然而，在醫療糾紛日漸增加，以及醫病關係日漸複雜之醫療情境中，於一般執業中同時涉及一般醫學判斷，以及社會心理面向問題處置之精神科醫師，其介入醫病關係問題之可行性增加。Guthei1 等人就曾以精神科醫師之立場，提出知情同意〔informed consent〕在面對醫療不確定性之重要性及實踐準則。Bursztajn 等人亦曾以司法精神醫學家之角色，探討介入醫療糾紛個案處理之可能性。筆者亦曾以精神醫學及醫學倫理之角度撰文，探討知情同意，在當今之醫療情境中，於日常執業以及醫學教育中所扮演之重要角色。故本照會服務，是以大學醫院精神科服務、教學、以及研究之功能爲出發點，以事前預防及事後補救爲介入之模式，實際參與醫病爭議個案之處理。此外，亦萃取其中之爭議點，分析其原因，了解其困難，以爲日後前瞻性研究及醫學教育之基礎。藉此，醫學生自學生時代起，即熟悉知情同意原則、並藉此加強醫病溝通技巧之訓練，以增進一學生醫病溝通之能力，以及日後於臨床工作上，針對醫病關係自我主動學習之基礎，並防範醫療爭議於未然。此外，本部亦於去年度開始與醫學院合辦教師「醫病互動與應對」研習營，並與附設醫院教學室合辦全院第二年以上住院醫師之醫病溝通訓練營，藉由綜合性課程以及小組討論，提供住院醫師們對於醫病溝通之在職訓練。自今年度起，並針對 R1 升 R2 之全院住院醫師，舉辦全院性之「醫病互動」研習營，採演講與分組討論方式進行。

介入原則及倫理學探討

照會精神醫學和心身醫學工作強調「以病人爲中心」的專業態度，重視患者心理社會面向的評估，以提昇臨床醫學倫理實踐的品質。以落實知情同意之良善目的，尊重病患的自主權而言，

臺灣大學學術期刊資料庫

病患的情緒和心理狀態是很重要的決定因素。在醫病糾紛之照會中，此原則亦爲倫理學之重要考量，爲能維護病患之最佳權益，此一照會之目的，是根植於醫病糾紛之重要因素，乃起源於溝通問題之假說，以處理家屬及病患之痛苦情緒經驗爲出發點。此外，並同時處理醫療團隊在衝突中之困境，經由討論及澄清，協助醫療團隊運用衝突解決步驟中之定義問題、分解問題、及保全面子等原則，設法在醫療服務之層面中，達到多贏之問題解決層次。藉由以上步驟，協助案主與醫療團隊導向較不具情緒因素干擾之問題解決模式中，以增進家屬及病患與原治療團隊之溝通，共同處理所面臨之醫療困境，並藉以維護病患後續照護之權益，以及醫療專業以人道服務爲本之初衷。在此原則之下，照會精神科醫師不涉入醫療疏失判斷、法律程序、及傷害賠償之談判。此一建構，與 Bursztajn 等人以司法精神醫學家介入之角色期待中之第二項：「照會醫師被要求分析造成控告醫療過失之情緒動力及環境因素，以做爲抗辯之參考。」以及第三點：「照會醫師評估原告之情緒痛苦及精神損失，作成傷害程度之評估。」等二項不同，吾人以爲，在照會過程中所獲得之資料，亦必須符合馬德里宣言之第六條宣示：在治療關係中所得資料應被視爲隱私，僅能用以改善病人心理健康的目的。精神科醫師切忌利用這些資料作爲個人私自目的、學術或經濟利益。如爲避免因維護隱私而可能造成病人或他人身體或精神嚴重傷害，適當時可透露其隱私，但精神科醫師儘可能先讓病人瞭解其不得不這樣做的緣由。唯有秉持此一原則，中立之治療原則方能達成。

照會經驗整理

由醫病溝通照會之經驗整理指出：一般典型之醫療爭議發生，與醫療團隊、病患、以及家屬之特性，以及當時之醫療情境有關。而其核心因素包括：災難性預後、醫療過程之不確定性及風險、急性期之危機處理、急性期後之治療策略溝通、交接班時醫療團隊之脆弱性、驟失親人之否定作用及哀傷反應、醫療團隊之特質、家屬之特質、家屬之罪惡感、對災難性預後之否定作用、重要人物〔VIP〕相關問題、住院日數、以及醫療團隊轉換等。整體而言，醫病溝通之良窳以及知情同意原則之是否落實，往往與醫療爭議之產生與事後處理之難易程度相關。此外另一項針對 262 位照會精神科之住院病患，所進行之一般醫療醫病溝通之研究指出：有近四成至五成照會精神科之住院病患，在診斷瞭解、處置瞭解、以及醫病溝通關係上有普通至顯著之困難。在照會精神科之個案中，精神科診斷之有無、年齡、以及教育程度，是影響醫病溝通之重要因素，而其中仍以精神科診斷具有較全面之影響力。

未來展望

醫病溝通之增進，消極的可預防不必要的醫療爭議與糾紛，積極的，可提昇醫療的品質。由過去本院累積之資料顯示：在聯合照會精神醫學（liaison-consultation psychiatry）架構下，精神科醫師與其他科醫師並肩合作，共同處理醫病溝通問題，並增進醫病關係；同時藉由資料及經驗之累積，將影響醫病溝通因素之辨認及處理，落實於醫

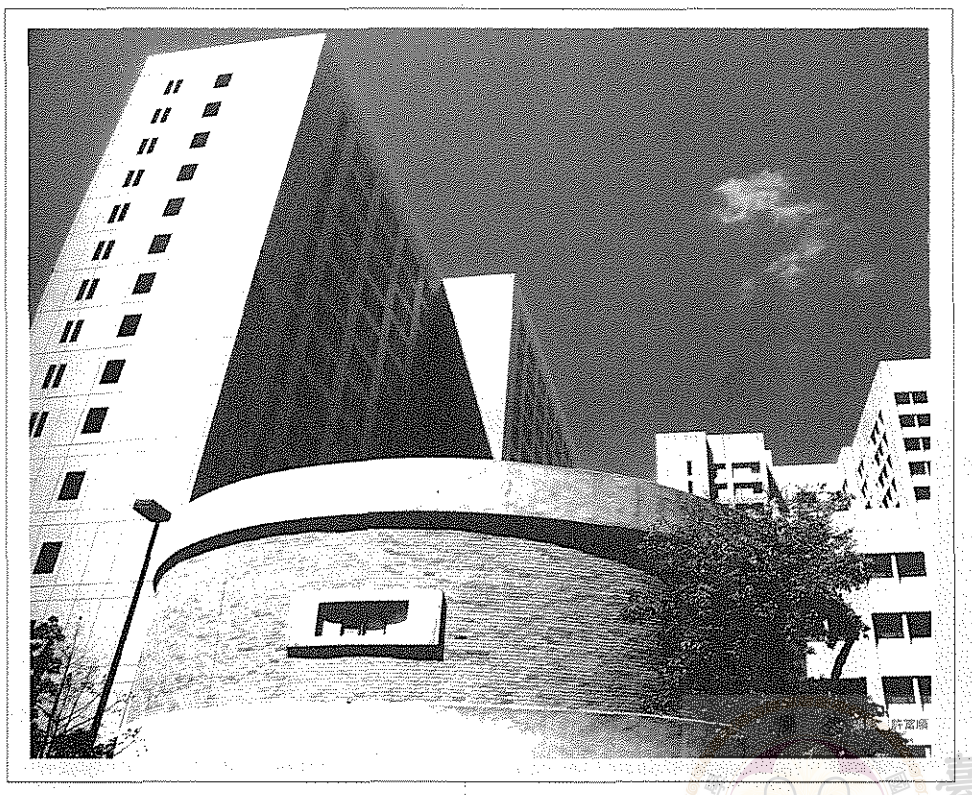
學教育中。目前本院精神部除持續提供醫病溝通照會服務外，院方並已將醫病溝通訓練研習營列爲本院第一年住院醫師訓練之必要項目；同時台大醫學院亦將醫病溝通問題與解決，藉由一系列之整合性課程以及案例討論，配合床邊教學，擴展至醫學人文教育領域中。相信透過整體性的教育與訓練，對未來醫療態度與醫病溝通的品質必有助益。

補充讀物

1．李明濱、謝博生：醫學生之醫療態度教育。1999，醫學教育，第三卷第一期，1-2頁。

2．廖士程、李明濱、李宇宙：醫療爭議之心理社會面向。1999，醫學教育，第三卷第三期，267-78頁。

3．李明濱、李宇宙：現代醫病關係要義。台大醫院教學室：八十八年度住院醫師「醫病互動與應對」研習會：1999：1-43頁。



臺灣大學學術期刊資料庫