



撥開雲霧見光明

醫療困境的解構與重建

FROM CHAOS TO CARE
The Promise Of Team-Based Medicine

原著：David Lawrence

編譯：潘咸廷・曾鵲玲
黃培偉・張瑞娥
張天樂・張家銘

藝軒圖書出版社

撥開雲霧見光明

醫療困境的解構與重建

FROM CHAOS TO CARE

The Promise Of Team-Based Medicine

原 著：David Lawrence

編 譯：潘咸廷・曾鵠玲・黃培偉
張瑞娥・張天樂・張家銘



藝軒圖書出版社

撥開雲霧見光明—醫療困境的解構與重建/ David Lawrence 原著；潘咸廷等編譯。—第一版。—臺北縣新店市：藝軒，2006[民 95]

面：公分

譯自：From chaos to care—the promise of team-based medicine

ISBN 957-616-881-3 (平裝)

1. 醫療服務 - 美國

2. 醫療服務 - 管理

419.352

95011845

FROM CHAOS TO CARE—The Promise Of Team-Based Medicine by David Lawrence

Copyright © 2002 by David Lawrence

Traditional Chinese translation copyright ©2006 by Yi Hsien Publishing Co.

Published by arrangement with Da Capo Press, a Member of Perseus Books Group

through Bardon-Chinese Media Agency

博達著作權代理有限公司

ALL RIGHTS RESERVED

◎本書任何部分之文字或圖片，如未獲得本社書面同意，
不得以任何方式抄襲、節錄及翻印。

新聞局出版事業登記證局版台業字第一六八七號

撥開雲霧見光明—醫療困境的解構與重建

原 著：David Lawrence

編 譯：潘咸廷·曾鵬玲·黃培偉·張瑞娥·張天樂·張家銘

發 行 所：藝軒圖書出版社

發 行 人：彭 寶 蓮

總 公 司：台北縣新店市寶高路 7 巷 1 號 5 樓

電話：(02) 2918-2288

傳真：(02) 2917-2266

網址：www.yihshient.com.tw

E-mail：yihshient@ms17.hinet.net

總 經 銷：藝軒圖書文具有限公司

台北市羅斯福路三段 316 巷 3 號 (台大校門對面，捷運新店線公館站)

電話：(02) 2367-6824

傳真：(02) 2365-0346

郵政劃撥：0106292-8

台大醫學院展售處

台北市仁愛路台大醫學院聯教館醫工室 B1

電話：(02) 2397-5070

台中門市

台中市北區五常街 178 號 (健行路 445 號，宏總加州大樓)

電話：(04) 2206-8119

傳真：(04) 2206-8120

大夫書局

高雄市三民區十全一路 107 號 (高雄醫學大學正對面)

電話：(07) 311-8228

本公司常年法律顧問 / 魏千峰、邱錦添律師

二〇〇六年七月第一版 ISBN 957-616-881-3

※本書如有缺頁、破損或裝訂錯誤，請寄回本公司更換。

讀者訂購諮詢專線：(02) 2367-0122

譯序

醫療管理的歧途

本書的翻譯源自於某種冥冥中注定的機緣。當譯者無意中翻閱某期「新英格蘭醫學期刊」的刊末新書簡介時，幾個顯著的大字「Promise of Team-Based Medicine」落入正積極從事組織醫療小組的譯者眼中。當我從亞馬遜書店寄來的包裹中取得原書時，感覺如獲至寶一般。它不是一本大塊頭的書，我渴切的將它從頭至尾唸完，當下決定將它翻成中文。台灣的醫療管理早已走入偏鋒，誤入歧途！本書的中文文化對台灣而言應該是來得正是時候！

本書的開頭運用了兩個虛擬的人物——蘭德斯醫師及患有氣喘病的蕾貝卡來描繪當下的醫療困境。這想必是當代社會中某種普世的現象，因為就在我們再熟悉不過的台灣所碰到的難題跟它相比竟然是一模一樣！我們有了足夠先進的設備與技術，卻發現再也沒有足夠的錢了，我們很想保住醫療系統的權威（因為有時候它對治療確有助益），但卻覺得這個期望早晚會落空，我們早已厭倦了守舊而膚淺的醫療服務，但卻看不到絲毫改變的曙光。於是腦筋動得快的專家再次引進了舶來品——醫療管理。只可惜它一進了台灣就變了樣！這本書最值得學習的地方是告訴有心的讀者什麼是真正的醫療管理的做法及核心精神！

台灣醫界的問題之所以病入膏肓也許是因為它來得太快太急了。因此它便只以一個統一的面貌出現在大家面前——健保給付的持續下降造成所有醫療院所的生存危機。這已幾乎是台灣上至國家級醫學中心下至離島的私人診所

每天都在述說的經營故事。於是解決的方法也就都是一樣的了，那就是——上有政策，下有對策！全院上下都在絞盡腦汁想出辦法來滿足健保局丟出來的一項又一項的指標，直到大家一起累倒為止！自以為老大的醫師們終於不得不再度走進教室不厭其煩的聽自以為是的管理大師高談闊論，愈來愈多的醫師乾脆加入了時下醫學界最時髦的醫管列車。這些現象都是應該要出現的，面對困境自應當有所行動！只是當大家若嚴格的去檢視所有這些趨勢背後的意義就不免會大吃一驚！所有這些「對策」都有其十分明顯的侷限性，它們比較像是救亡圖存的本能反應，而不是「終極」解決之道。換句話說，台灣的醫管遺失了某個最重要的環節，它現在只是在找最迅速最廉價最省力的出路而已！

本書的重頭戲在於作者對醫療的觀點及他運用管理的手法。他把醫療視為一種以病人為核心的「高級服務業」。就像那一句商業口號「顧客一定是對的」一樣，就真正的醫療而言，只要是發自病人的需求就是醫療的內容。這意味著傳統的醫療體系自核心價值、基礎理論、傳統及運作模式等都必須徹底變革！在傳統的格局裡，醫師是所有運作的主體，它負擔所有的責任也同時掌握所有的權力。他必須道德高尚同時技藝超群！換句話說，我們把醫療看做一種英雄式的個人事業。本書的主旨乃在於顛覆此一陳舊的觀點。作者認為（事實上他用了成功實例做了證明）唯有團隊的醫療模式才能真正完成以病人為中心的核心價值。這是整本書最根本的論述基礎！於是乎管理就很自然

作。這本書的翻譯是 CCU 自我訓練的一部份，數年來小組的成員完全是自動自發的參與並發展了此一團隊的所有工作，對於此一高度自律及深具團隊精神的小組及其成員，讀者於此想表達誠摯的感謝與敬意並以身為其中一員為榮！最後必須感謝的是旗津醫院院長許崇民醫師，於 CCU 及本書，許醫師皆提供了最慷慨而實際的支持。

潘咸廷

2006 年 5 月

原序

我的父親於 1999 年 11 月去逝時，正好是他九十歲生日前六個月。他的身體衰退情況已經持續許久，但是最後明顯的退化卻來得很突然。某天下午，父親在屋外，如同二十年來與他的太太一起一樣，突然他的心跳不規則的跳動，使得流到大腦的血液減少，造成他的意識不清跌倒，而摔到髖部。在疼痛與暈眩的過程下，他選擇做髖部重建治療。醫師評估，父親至少可以過幾年不需依靠助行器或輪椅，即可行動自如的生活。前兩天，治療平穩的進行。但接下來，父親進食時不慎將食物吸入而引起肺炎，連呼吸都幾乎停止，這使得醫師必須在他身上插入急救的呼吸管，也要穿過胃壁插入餵食管，因為父親已經無法安全的吞嚥食物。在加護病房的幾天裡，父親徘徊在生與死之間，意識也時而清醒，時而模糊。當他復原到一個階段後，他被轉往當地的一家復健醫院，進行走路與說話的復健治療。進行復健治療的二十八天裡，父親緩慢的進步，身體力量也小有復原。隨後，他被轉往一家風評不錯，且方便他的妻子每天探視的護理之家。

當父親轉往護理之家後，他的狀況可說是一落千丈。在他的糞便發現血液後，護士與住院醫師在沒有知會家屬或照會家庭醫師的情況下，就把父親送往另一位專科醫師診療。進一步的檢查後，發現他的下腹腸道有初期癌症。醫師想要馬上告訴父親，但是被我們阻止，我們希望家屬之間先談談，並且在社區找到安寧療護的機構後，才告訴父親。當父親的妻子告訴他這個訊息，他平靜的接受，並需要時間好好思考他的選擇。不過兩天之後，他變得意識

的變成醫療不可或缺的概念，因為它是團隊運作的根本大法。在作者的想法裡，醫師或其他專業人士變成是「經理」去運用管理知識及技巧來運作團隊以達成醫療的目標，換句話說，「管理」是他進行醫療現代化的工具，這與台灣時下很多醫師淪為醫療管理的祭品的情況實在大異其趣！管理對於醫療人員來說究竟是敵是友其實真正決定的關鍵在於你採用了那一種醫療模式！作者在書中引用了很多發生於美國的實例並一一做了精彩的分析，有心的讀者可仔細精讀，從而可掌握醫療管理的精髓！

我們若再回頭看看台灣本土的醫療管理現況，不難看出之前譯者所指出的侷限性了。那就是我們並沒有真正改變（可能想都沒想過去改變）本土的醫療模式，只是一股腦兒的把管理手法施展出來就對了！台灣能從本書學到的一課是必須先好好思考什麼是團隊醫療。它並不僅是由一些不同專業人士以小組方式來照顧患者（台灣其實已有很多這種團體，包括譯者所屬的CCU-Chronic Care Unit），它指的是整個醫療體系必須「團隊醫療化」。如何做到這一點是本書最令人印象深刻的部份，有心的讀者當能從其中得到很多讓人耳目一新的想法！

本書的翻譯主要得力於譯者所屬團隊——Chronic Care Unit (CCU) 所有成員的共同努力。其中老人中心社工師張瑞娥小姐，旗津醫院社工師黃培偉先生、家醫科總醫師張家銘先生、旗津醫院復健師張天樂小姐、曾鵲玲小姐是本書的共同譯者，資深社工員吳進先生、社區護理師李佩珍小姐及金沛榆小姐則參與譯文的討論、校正等繁雜的工

不清，呼吸困難，幾個小時之後，就死於肺炎。

我曾經以他的醫師、諮商者以及兒子的立場與他的醫師討論、確認父親多種複雜的病況需要選擇何種治療方式；在父親生活無法自理時，一起選擇適合的護理機構。藉由醫學院同學到父親住的鄉村社區實習的機會，我也發現他的需求。

在他過世前幾個星期，對於如何取得幫助他選擇適當的治療與安排所必須的資訊，我始終覺得非常困難。受過基礎醫學訓練及曾經在大型醫療機構學習的經驗，對我來說幫助不大。在過程裡，我與兄弟姊妹一起討論，如何幫助父親找到符合他的需求的醫療系統，我只是家屬之一，他的一個兒子。

照顧父親的專業人員並非無能，亦非無情。事實上，幾乎所有的醫療人員都是訓練有素也都準備充分。他們專注在工作上，看來也很關心我的父親。許多工作人員花時間去認識他，至少有一些會與我們分享他們與父親相處的趣事。大多數的人長時間工作而且嘗試幫助我們處理我們當時面對的問題。個人意見也多頗為適當。

所有工作人員，包括醫師、護士及其他專業人員，似乎不斷受到煩擾並且超時工作。即使我以醫師身分要與他們一起探討，也很困難。醫師與醫師之間或醫師與護士之間的訊息傳遞相當緩慢、不規則。互相衝突的診斷與建議困惑著我們，因而延遲我們做選擇的時機。當父親由復健醫院轉往護理之家時，護理之家的護士無法規劃時間與為父親復健治療的醫師討論，一起規劃適當的療程。我們無

法獲得有用的訊息，幫助我們決定哪一個醫師或機構可以提供最好的照顧。我們必須依賴坊間傳聞或朋友介紹。當我父親的家庭醫師退休，他轉介我父親給另一個醫師。對於這個新醫師我們一無所知，不管他是否稱職、他對老人醫療是否在行，或者是對於臨終醫療的療程，都不瞭解。

幾個故事縈繞在我心頭。復建醫院的護士在椅子上垂著頭，灰白的頭髮顯得更疲累，她慢慢摩擦著雙眼，溫柔地抱怨著，她每天都要在兩個工作之間取到平衡點，一個是她喜歡的，花時間照顧患者；另一個是她討厭的文書工作。在不打擾父親打盹兒的情況下，一個年輕醫師低聲地吐露他的挫敗感以及對於醫療的憤怒。並懇求我預測他選擇的專業，未來會如何。父親的妻子則是對於分散在都市裡三個地點的療程感到痛苦。她必須在護理之家扶起父親上車，獨自載著他到每個地點，用輪椅送父親到醫師診間，陪伴他進入檢查室，最後再送他回護理之家。她無法睡覺，用餐也斷斷續續，更無法顧及自己心律不整所造成的虛弱。

透過父親的疾病，我將當時照顧父親的經驗分開來看。對於資訊取得的挑戰、理解所有的選擇，並確定父親與他的妻子受到好的照顧，這些都一點一滴地把我們兄弟姊妹的精力耗盡。我們無法思考這一切為何會發生，或如何去改善情況，直到父親過世。

在葬禮結束之後，我的生命找到新的節奏。沒有過去幾年和父親聯絡的電話，也沒有每週的探視時間。我記得他流下憤慨的眼淚告訴我，在加護病房住院時，為了避免

因為父親意識不清而扯掉胃管、輸血管，工作人員把他的手腕及腳踝固定在床上；在護士發現他弄髒之前，他都被置之不理。我記得護理之家的護士在二千哩外打電話給我以取得我的授權，讓工作人員不用胃管改由嘴巴來餵食。她那不體貼的解釋方式「老傢伙需要一些樂趣，因為他很快就要死於癌症了！」讓我一時為之語塞。我也記得醫師要從另一位醫師取得資訊是多麼困難，或者看法有所衝突，或者某醫師的處方妨礙了另一位醫師的醫囑。而我親身經驗了為什麼許多人把醫療照護的經驗形容成「一段惡夢」。我記得我們如何與父親的照護搏鬥，看著他遭受了病痛與死亡，覺得那麼無助，因為無論我們怎麼努力，都無法讓父親病況好轉或得到更好的照顧。

在此僅將我的專業工作與個人經驗做結合。在我的職業生涯中，不管作為患者的醫師或是經理人，直接面對患者都會讓我深陷其中。過去的二十年中，我曾是凱澤恆久醫療事業的一份子。它是美國最大的整合式醫療系統，並在發展更有效率的患者服務上佔據領先地位。在九〇年代中葉，我兩次參與美國醫療界為了更瞭解醫療品質及安全性不足之處所做的努力。第一次是在三年內邀集國內一小群醫療界的領導者，於哈佛大學的甘迺迪學院進行會議。第二次是一個由美國國家科學院所贊助，為期幾年的學術研究，我們專注於醫療品質及病人安全的文獻探討，並為了醫療問題為何如此普遍與棘手而展開辯論，討論醫療決策過程的困難性該如何解決。在父親過世的同一年，國家醫學研究院發表了「人類都會犯錯（To Err is human）」這份

報告。報告中描述著我們針對美國醫療界的問題提出的討論與建議。更早一年，研究院已發表名為「美國照護品質」的報告，將我們對於醫療品質的普遍問題所做的研究結果發表出來。這個系列的最後一份報告是於2001年3月發表的「跨過品質缺口（Crossing the Quality Chasm）」，報告中我們提出說明，為什麼這些問題會發生，以及我們可以做些什麼，來促使醫療照護變得更好。

與父親天人永隔的經驗，面對死亡的痛苦經驗，讓我對於研究院的研究報告有新的領悟。我們討論的問題有了更人性的一面。凱澤醫療機構的課程或者其他創新的醫療照護體系，不論大或小的，都提供重要的觀點，讓我們可以做出更好的反應。

我纂寫本書以提供相關研究、對話及觀念，讓更多人來探索醫療體系的走向，及我們可以怎麼做比較好。研究院的工作只是一個起始，讓人激賞的一些創新做法提供我們示範，指出如何提供好的並讓民眾消費得起的醫療照護，已經出現。醫療體系所需要的創新及易獲得性已經小部分小部分的出現，不過，它們四散各處，未能整合。對於巨大難解的醫療課題，依然漏失批判性的部分。醫療照護的混亂猶如蟻穴被棍棒翻攪後，蟻群四處逃竄的模樣。我們面對的挑戰正是帶領大家走出混亂，去定義創新的醫療方式，把醫療片段整合起來，提供給民眾。

憤怒提供能量讓我面對這個任務。我接受了父親的死亡。他擁有完全、完整的生命，他愛別人也接受別人的愛。但我們都知道，他並未得到好的、安全的，以及負責

任的醫療照顧。他不應該為了醫療而困惑，也不應該接受醫療過程中所遭受的輕蔑。對於他與家人來說都是很大的傷害。我們應該可以做得更好。

不過憤怒並非我寫這本書唯一的動機。因為我愛我的專業。與我一起工作的醫師及專業人員們與我分享這份殊榮——源自於對於醫療科學與科技的投入所帶來。當它發揮到最佳狀況時，醫療是卓越非凡的。但當我們失敗或傷害患者時，它又是令人痛苦的。當我們忽視醫療的品質、安全與責任，並浪費了國家醫療資源，尤其對於那些沒有醫療保險的民眾，醫療是被咒罵的，因為結果操控在我們手中。如果我們國家投資於醫療科學及技術所帶來的知識無法替民眾帶來利益，這是多麼不可原諒的一件事啊！當然，如果失敗是因為我們拒絕改變，則是更無法容忍！

幸運的是，我們在全國各地陸續發現一些片段的例子，例如更新而非陳舊的科學，是醫療選擇的基礎，例如固定而有目的的學習，又例如提早發現錯誤並避免錯誤發生的實例。患者是醫療的中心，而非醫療施行的旁觀者。專業人員與患者一起決定治療計劃，醫療是合作並且整合以符合每個患者的利益。

這些「小島」是我們的指引與希望，雖然它們還不能與「醫療大陸」做連接。當所謂「主流」依然保護那些過時的訓練以及無人長期關心民眾的醫療需求時，這些努力卻挑起了激烈的反應。

在這本書裡，我希望擷取醫學科學院發表「跨越品質缺口」一書中，針對六個面向來探討醫療面臨的問題，即

醫療照護應是持續有效率地、安全、負責地、切合時機、買得起及公平地。我概略地描述這些形塑醫療願景並克服重重困難的偉大先驅們必須採取的行動。包括買主、保險業、政府及患者的革新一樣持續的照耀著這一條路。

後續的章節，我在故事與討論裡加入了情感及觀念的部分。中心部分是醫療面臨的挑戰以及必須因應的改變。以一個虛構的故事，患有嚴重氣喘的小孩蕾貝卡作為架構，並藉由他的母親來講述這個故事，來檢驗第一位幫蕾貝卡診治的醫師——亞當蘭德斯醫師，一個獨立開業的小兒科醫師。段落分明的章節，可以讓我們為了夢想中的醫療體系提出描述。這個包含蕾貝卡、他的母親及蘭德斯醫師的故事，清楚描繪著醫療照護如何藉由現代醫學及科技來達成一個更理想的模式。

書中提及的人物如蕾貝卡、他的家屬、蘭德斯醫師或某處提及的其他患者都不是真人，雖然他們的故事都相當典型，我必須保護這些提供個人經驗的患者的隱私，並為他們提供這些資料的精神感到光榮。

醫療發揮到最好，帶給人們健康及希望，十幾年前是難以想像的。它可以幫助我們解除病痛或改造我們的生活，讓我們預防疾病發生，讓健康維持得更好。家父的經驗是一種警告，而這樣的經驗需要被分享。這樣的聲音會持續發出，由醫師發出、由護士發出、由醫院、由診所、由實驗室、由二十一世紀的醫療照護體系發出，直到這個混亂的體系可以好好為我們提供服務。

致本書讀者

為了讓讀者更容易掌握要旨，本書的內容經過數次的修正及調整以避開或刪除一些令人厭煩或多餘的專業術語及特定名詞。

本書從頭至尾，除了一些明顯可見的例子之外，我把所有於照護患者的過程中將會涉及到的人——患者本身，其家人，及相關的朋友及鄰居等視為一個集合體，並且以之為病人一詞的代表。如此做無可避免的會導致一些明顯的混亂。

由於醫師於整個醫療施行的過程中扮演核心的角色，因此他（她）們將從醫療專業人士（**medical professionals**）分立出來而被獨立述及。至於醫療專業人士一詞，我用它來指涉醫師之外所有受過專業訓練且其專精領域與協助病人有關的人士：護士、護理師、醫師助理、藥師、衛教師、營養師、社工師、及其他直接參與照顧患者的所有專業人士。助理工作者（**support worker**）則負責協助醫師及醫療專業人士執行其工作。偶而的情況下，醫師及醫療專業人士會被混合起來而統稱為提供者（**providers**），如此做雖然令有些醫師憤怒不平，但卻讓本書更易於閱讀。

健康照護（**health care**）與醫療照護（**Medical care**）之間的爭議令人厭煩且永不止息。它們兩者之間的差異即使偶而有用，也是微乎其微，因此我略去這些相異之處，把所有與照護相關的過程統稱為醫療照護。

「醫療照護施行體系」（**medical-care delivery system**）並非一個很好的用詞，但卻是一個必須的專業術語，可以用來包括所有涉及病人照護之專業人士、協助這些專業人士

致本書讀者

為了讓讀者更容易掌握要旨，本書的內容經過數次的修正及調整以避開或刪除一些令人厭煩或多餘的專業術語及特定名詞。

本書從頭至尾，除了一些明顯可見的例子之外，我把所有於照護患者的過程中將會涉及到的人——患者本身，其家人，及相關的朋友及鄰居等視為一個集合體，並且以之為病人一詞的代表。如此做無可避免的會導致一些明顯的混亂。

由於醫師於整個醫療施行的過程中扮演核心的角色，因此他（她）們將從醫療專業人士（*medical professionals*）分立出來而被獨立述及。至於醫療專業人士一詞，我用它來指涉醫師之外所有受過專業訓練且其專精領域與協助病人有關的人士：護士、護理師、醫師助理、藥師、衛教師、營養師、社工師、及其他直接參與照顧患者的所有專業人士。助理工作者（*support worker*）則負責協助醫師及醫療專業人士執行其工作。偶而的情況下，醫師及醫療專業人士會被混合起來而統稱為提供者（*providers*），如此做雖然令有些醫師憤怒不平，但卻讓本書更易於閱讀。

健康照護（*health care*）與醫療照護（*Medical care*）之間的爭議令人厭煩且永不止息。它們兩者之間的差異即使偶而有用，也是微乎其微，因此我略去這些相異之處，把所有與照護相關的過程統稱為醫療照護。

「醫療照護施行體系」（*medical-care delivery system*）並非一個很好的用詞，但卻是一個必須的專業術語，可以用來包括所有涉及病人照護之專業人士、協助這些專業人士

儘管有人會對此一做法提出異議，認為大部分的一般兒科醫師都不是單獨執業，而是由 3 個至 10 個之間的醫師聯合開設診所。但是這論點並不會影響我將於本書中討論的主題。我相信即使醫師們選擇聯合執業，他們仍將在未來面臨同樣嚴峻的挑戰。蘭德斯的故事讓我們更容易看清楚問題的真相。

也許有人會認為蘭德斯本身的工作量及其診所的組織架構並不具有代表性。我無意去定義出一個一般兒科醫師的工作量及其診所的組織架構該是如何如何。蘭德斯在這兩方面的虛擬情景均是現實情況中隨處可見的。我強烈的建議讀者不要太在意這些特殊的細微枝節，如此你們才能抓住本書真正的重點——即蘭德斯及其他與他類似的醫師在今日所必須面對的問題與挑戰。