焦點話題

檢視台灣「死亡品質」排行榜背後

採訪、報導｜邱玉珍

當我們在為台灣「死亡品質」名列亞洲第一沾沾自喜的同時，更應嚴格檢視國內當前安寧發展未足之處；畢竟，與英、澳、荷等「A段班」相較，台灣臨終品質還有很多地方需再加把勁。

去年10月《經濟學人》智庫 (EIU) 公布接受新加坡連氏基金會委託，評比全球80個國家地區「死亡品質」（Quality of Death Index）結果；台灣在這項調查中排名第六，位居亞洲第一。擔任《經濟學人》2005、2015兩次調查顧問的花蓮慈濟醫院心蓮病房主任王英偉表示，這項評比的排名讓國人或感安慰，但，我們仍須謙遜而嚴肅地檢視台灣當前發展未足之處；在他看來，台灣臨終品質要與在這項調查名列前茅的英國、澳洲、荷蘭等「A段班」相比，還有很多地方需再加把勁。

（翻攝自《經濟學人》）

王英偉強調，台灣在落實安寧照護上能走在世界的前緣，應歸功於2000年就通過立法施行《安寧緩和醫療條例》；但，實務上、甚至政策上，要提升病患死亡品質，還有許多改善空間。

病患個別療護品質 未達水準

他指出，在EIU50項評比中，台灣雖比新加坡、日本領先，但在個別病患的療護品質及醫護人力、教育項目上，在80個國家中排名第24，明顯未達水準。他認為，其癥結在於台灣為了安寧發展不再侷限於大醫院，而能加以推廣深入社區、「遍地開花」，故而降低對從事安寧服務的醫護人員條件要求；醫護人員專業教育認證區分為甲、乙兩類標準，甲類必須是專科醫師，乙類則只需接受13小時繼續教育訓練，兩者落差甚大；未經充分的安寧專業教育訓練，療護品質勢必難以得到認同。

王英偉強調，在短促的13小時安寧療護訓練後，即加入安寧療護服務行列，必須實務上有強大的支持系統可仰賴，否則，對從事第一線安寧的工作人員而言，會造成相當的心理壓力和挫折感，反而加速人力的流失。

他舉藥品使用為例，癌末病人若需服用止痛藥物，是否可取得嗎啡？基層診所依法不能開列嗎啡處方，病家應如何取得？醫師如何給藥？這些除了具備醫護專業能力外，也要有相關藥品、護理、甚至法規知識，目前的繼續教育並未提供這些完整內容，所以，他強調第一線醫護人員背後需有強大的支持系統。

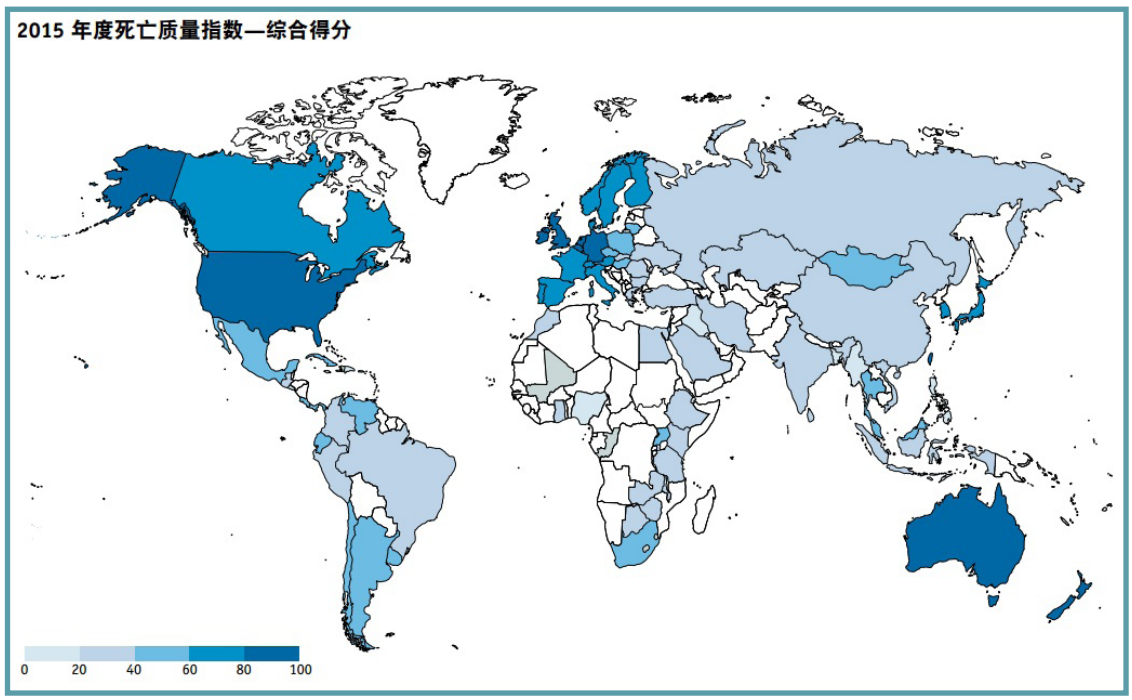
靠團隊合作　才能持久

王英偉感慨，很多醫、護、社工等投入安寧行列，常是基於一腔熱血，但，「感動」、「熱血」並不能持久；安寧療護講究的是團隊合作，而非單打獨鬥，故而提供的資源愈多，醫護人員投入的意願愈高。安寧醫學會即曾設立免費諮詢電話，只要醫護人員到府進行居家安寧照護訪視，遇到棘手個案或問題時，即可撥打電話諮詢，可惜實施一段時間後，成效不彰，現已停辦，停辦原因仍在於缺乏支持系統；如果今天有醫院願與醫師合作，承諾基層醫師、診所一遇病人發生緊急狀況，即可將病人轉到醫院處置，有了這樣保障，基層才敢接下安寧服務個案。

王英偉敘述自己曾詢問來台訪問的英國醫師，怎樣才能做好居家安寧療護？英國醫師答以三個條件：病患家屬支持、提供24小時諮詢系統、讓家屬不必擔心萬一發生緊急狀況，不知如何處理；另一點是提供儀器設備租借服務，讓家屬免除經濟的沈重負擔。

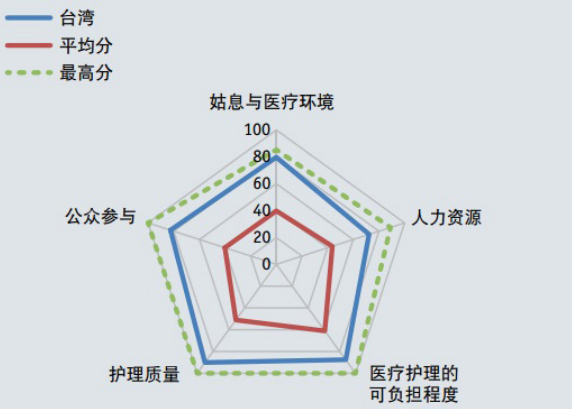
發展居家安寧　須有配套措施

就這些條件來說，台灣由於缺乏各種配套措施，無異鼓勵末期病人住院，才能接受安寧療護；他說得直接：「住院有醫護團隊照護，為何要出院回家？萬一發生緊急狀況，要聯絡誰？



2015死亡品質綜合得分（翻攝自《經濟學人》）

	排名/80	得分/100
死亡质量综合得分（供应）	6	83.1
姑息与医疗环境	5	79.6
人力资源	9	72.2
医疗护理的可负担程度	=6	87.5
护理质量	=8	90.0
公众参与	=5	82.5



台灣死亡品質評分表（翻攝自《經濟學人》）

如何處理？」這些都是病患家屬擔心的問題。若回家後需緊急送院、或在家發生問題，都能有緊急諮詢等支持系統，病患才會願意回家。王英偉強調，大家原以為，多數末期臨終病人都希望「落葉歸根」，寧可選擇回家善終，事實上，很多研究証實，愈來愈多末期病人選擇在醫院走完人生最後一哩路。

值的一提的是，EIU50項評比中，台灣安寧療護給付項目的分數也非常低，因為台灣的健保「俗擱大碗」，仍待全面系統性改革；「居家安寧不是只有錢的問題，還有人力、資源問題要解決」。例如照顧末期病人是醫師的工作，醫師職責在於提供病人從生到死的服務；但台灣只有老一輩的醫師「顧生」也「顧死」，目前專科醫師掛帥的時代，跨科別的臨終問題，像燙手山芋，找不到專人負責；因此，王英偉建議應將安寧療護觀念融入醫學教育，讓每位醫師都了解，如何妥善處置瀕死期的病人。

此外，完善的居家安寧照護除了醫護人員外，更需要家人參與，但是，要家屬投入，王英偉提出必須具備四大條件：

條件1—教育訓練

醫護及安寧團隊成員必須具備熟練的專業照護和溝通技巧，知道如何帶領病人及家屬面對問題，並做出決定；這些技巧必須透過專業教育訓練加以培養。

條件2—提供資源

末期病人回家和在醫院休養最大的區別之一是儀器設備，如果沒有辦法解決儀器需求，病患只能被綑綁在醫院中；要發展居家安寧，須能由第三方或非營利機構提供長期或短期的儀器設備租借方案，讓病患及家屬安心回家，接受居家安寧照顧。

條件3—雲端計畫

英國居家安寧照護即是透過雲端計畫，克服空間與時間限制，提供各種必要服務。以國內來說，很多慢病長者或重病者的照護重擔，都是靠「瑪俐亞」或「阿娣」等外籍看護分擔，而非至親家人；外籍看護有語言和溝通的障礙，花蓮慈濟醫院為克服此難題，建立安寧療護資訊系統，提供阿美族、泰雅族、印尼等七種語言服務，可系統教導他們如何照護長者，並連結手機、平板，上傳病人的心跳、血壓等，一旦發現異常會提醒醫護人員，照護者也可透過通話或視訊連繫醫護團隊請教照護問題，或24小時均可透過Line詢問居家護理師如何處置。居家護

理師看不懂印尼話，可透過Google翻成中文，然後再翻譯成印尼文回傳，有些人則用SKYPE跟台灣印尼分會合作，經他們轉譯問答內容再回傳。

條件4—其他服務

除了醫療照護諮詢，花蓮慈濟醫療網絡平台還提供家屬醫療用品購買資訊，包括介紹廠牌及比價，對病家而言都很實用。

共同醫療決策　並非台灣得分題

安寧療護的精神在於讓末期病患得到身、心、靈的全面性照顧，是個人化的醫療照護；要達到此目標，必須由醫病雙方共同做醫療決策。在本次死亡品質評比的「共同醫療決策」項目，台灣得分在全球80個國家地區排名第26，相對於總成績名列全球第6，足見這對台灣而言並非得分題，仍有待加強。

王英偉強調，臨終醫療由病人和醫師共同決策，已是未來趨勢；由病人、家屬和醫師討論病情後，共同選擇最適合個案的治療方式，而非由醫師片面決定，不僅病人、家屬可更了解病況、進程，在照護上也可更加配合，讓醫病間建立堅固的信任關係。但是，參與醫療決策的前提是，民眾必須具備基本的「健康識能」（health literacy）。「健康識能」是指民眾對基本健康資訊及醫療服務的取得、理解與應用的能力。

應結合「健康識能」一起推廣

若民眾面對的是艱深、難懂的醫學術語，在資訊不對等下，只能對醫師決定的治療方式照單全收。根據衛生福利部調查，超過46%民眾健康識能不足或不及格，研究也發現，健康識能不足將增加3～5%醫療支出。國外研究已指出，健康識能不足的民眾較少採取預防保健措施，以致慢性病治療效果不佳，甚至死亡率較高。反之，擁有基本健康識能的民眾，能更自信地向醫療人員提問，尋求有效、迅速的問題解決方法。

王英偉說，政府對民眾的健康教育必須著眼於提高民眾的健康識能，以英國為例，政府架設了醫療資訊網，提供民眾正確醫療資訊，讓大家看得懂、聽得懂，只要上網，不難找到各種疾病治療方法及其利弊分析，再據此與醫師討論病情，選擇對自己最好的治療方式。以消除醫療專業障礙，讓資訊對等。

以慈濟醫院大林分院為例，該院以簡單、易懂的語言，透過多媒體讓民眾知道：發生心肌梗塞時，當下該做什麼？能有什麼治療選擇？開刀與否利弊如何？民眾看診時，即可跟醫師討論，透過這種深層互動，形成治療共識，不但可減少醫療糾紛，也可促進醫病關係和諧。

衛福部國民健康署也將推廣「健康識能」計畫，暢通民眾獲得正確健康知識管道，落實自我健康照護管理。王英偉建議，健康識能計畫應結合共同醫療決策，一起推廣。