

迫切的 危機

文 / 胡勝川 花蓮慈濟醫學中心急診部主任 攝影 / 李玉如

春節甫過，在回臺南老家探望媽媽的期間，突然看到某大報在很明顯的地方，刊載了一則有關慈濟醫院急診負面的消息：大意是說，「有一位老先生被家人送來急診候診了三十至四十分鐘都沒有人處理，而且護士還拿出名牌說：『你去投訴我好了！』」我第一時間的反應是我們不對，想回到醫院後再處理。沒想到在當天回花蓮的自強號火車上，接到來自衛生署的電話，詢問有關此事的詳情；我立刻打電話回醫院急診瞭解詳情後回電：「病人是第二級病人（註1），晚上八點零六分掛號，八點十一分就看診，有做頭部電腦斷層檢查，留觀到隔日，現已出院。整個事件處理都很快，唯一的瑕疵是不該拿出名牌來刺激病人家屬，主任秘書已經出面跟病人說明。」回到醫院後第二天，我立刻著手調查此事，原來事情遠比我所知道的還要複雜、嚴重得多。

同仁們告訴我，病人家屬已經將此事用網路散播開來，且內容都是不實的言論，還包括對主護（註2）的謾罵、攻擊，並揚言要對她有不利行動。院方為了保護這位同仁的安全，已將她調到其他病房工作。我知道這次事件深深的傷透了每個急診人的心，我更能體會大家內心的苦與所受的委曲。於是我於當日上午時分，帶了一束鮮花，立刻到病房去安慰這位受到言論攻擊的護理師。我跟她說：「妳受委曲了！妳並沒有做錯，我們大家都挺妳，但是還有改進的空間，以後千萬不要被病家的刺激，而做出任何挑釁的動作，希望妳會喜歡我的花。」我感覺到這位護理人員受到感動，並且接受了我的建議。

不久之後，院長召集相關人員開會，檢討這件事情的因應與改進的地方。我向院長提出的建議，第一是請法律顧問主動找這位護理師詳談，說明訴訟的利弊與影響層面，如果她想對病家提出告訴，醫院可以協助；第二因為病人家屬在網路上散播不實的負面消息，已經嚴重損害到醫院的名譽，這些證據是很容易收集到的，醫院可以考慮向病家提出毀謗的訴訟，以遏止不負責任散布謠言和謾罵行為。

陳副院長提到，病人的訴求是醫護人員沒有在第一時間幫病人處理頭部流血的問題，因此急著找護士請醫生來處理；但還原當天的現場，當病人

抵達急診掛號檢傷的時候，護士就已經拿出紗布蓋在病人傷處給予止血，並且請送病人來的救護技術員幫忙壓著。當病人家屬急著要護理師找醫師來處理，由於當時急診病患很多，反應的護理師回答：「醫師都很忙，等下就會來。」時，在不遠處的張醫師聽到了這段對話，於是立刻前去診療病人，這時距病人掛號只有五分鐘。從這一段過程可知，急診的醫護人員早已在處理病人的問題，只是沒人把它說出來而已，才會造成病家的恐慌和不滿，真的是始料所未及。

我從事急診醫療近三十年，這類事情看得很多，在急診界裡這是非常常見的小事，但從沒有像這次鬧得滿城風雨，這跟病人家屬特殊的人格特質有關，真的碰到了也沒辦法，誰叫我們要走急診這一途呢！顯然這也是急診人的宿命，因為傳統的教條裡告訴我們說：「他們是病人，不要跟病人一般見識」，可怕的是輿論也是這樣認為，就是這一句經典名言，讓急診醫護同仁老是處在挨打的份，一旦遇到對方的謾罵或無理行徑，稍為做出一般正常人都會做的正常反應時，就可能陷入不可知的、被投訴的命運；更大的殺傷力在於，假如又得不到主管的諒解、衛生局或衛生署打電話來關切、遭到旁人異樣的眼光及批判……等等。因此，我真的要為這一群「明知山有虎、偏向虎山行」的偉大的急診人致敬。

註 1 急診看病的順序，是依照病況危急程度來劃分診治順序。檢傷分級第一級為有生命危險第一優先處理，如心跳或呼吸停止、出血不止或昏迷，必須立刻復甦急救；第二級為雖不會立即危及生命，但病人相當痛苦，或生命徵象異常，應在十分鐘內處理；第三級為緊急、病況稍微穩定，但須接受檢查或治療，應在三十分鐘內處理；第四級為次緊急、病況穩定，但須接受檢查或治療。第五級為非緊急、病況較輕微，或可至門診治療。

註 2 主要負責照顧、處理問題的護理人員。



【白袍省思】

所謂危機也是轉機。環境還是一樣的艱困，這類急診霸凌事件還會繼續的發生，急診人真的就要這麼「認命」嗎？我們不應該也不願意讓歷史重演。

徹底的反思之後，我認為只要建立一個「以病人為中心的標準作業流程」，用「團隊」的觀念來處理發生於急診的事情，徹底擺脫以往「以醫師為中心」、「以護理人員為中心」的舊思維，相信我們必定可以過更不一樣的生活，急診也能擁有更和諧的醫病關係。

平常急診室在臨床作業當中，當聽到或感覺到病人或家屬有不滿或高亢的音調時，任何手頭上沒有事的醫護同仁都有責任去處理。如果大家手邊都有事也沒人閒著，則小組長要丟下手邊的工作馬上去病人身邊處理。然而，小組長也有偶而不在診間、聽不到病人抱怨的時刻，如果有副組長的设计，並規定組長與副組長絕對不能同時離開診間區，如必須同時離開，則要在現場指定一代理人，就不會有讓病人感到不被回應與尊重的情況發生。如果沒

有此設計，只是道德勸說般的請有空的人去處理，定會掉入「三個和尚沒水喝」的窘境。

若有團隊責任的制度，將可確保一定會有人去處理問題，然而到達病人身邊後，與病人的溝通又是另一重要的關鍵因素。如果溝通不良，照樣會引起軒然大波。溝通之精要在於「解決抱怨人所抱怨之事」，並且用同理心的態度去處理，更重要的是要用「病人能理解」的語言去說明。

舉例說明，一位手部受傷的病人來到急診，醫師診療完後認為可以出院，囑咐去門診追蹤即可。當醫師轉而處理隔壁床的病人時，我突然聽到該病人有不滿的聲音，隨即趕去瞭解狀況，病人說：「為什麼手部傷口都還沒處理？」此時身旁的主護一再強調：「我明明早上有幫妳清洗傷口！」我終於瞭解了爭執的原因，如果主護在說完上句話，接著說：「清洗傷口也是一種處理」，就不會有問題了。因為病人在意的是「處理」，所以我們必須把「處理」這二個字放到我們的說辭裡。更高明一點的解釋可以是：「處理分成很多種，在急診能做的就是將傷口清理乾淨，如果要做到清創，把髒的肉切除，就要到開刀房處理」。換句話說，就是要用病

人聽得懂的語言說明、去除病人的疑慮，並讓他了解我們在乎他。

接著再以這個引起媒體報導的糾紛為例，如果當病人檢傷時，去到床邊處理的護士能說明：「我們現在用紗布壓住傷口，就是在做止血的動作，即使醫師來看也是做這樣的處理，不過他們現在很忙，等他們看完手上的病人就馬上過來，現階段還是以加壓止血最重要。」如此的說辭，是否較可以壓抑住病人不滿的情緒呢？

所以說「溝通、溝通、再溝通」，良好的溝通仍然是減少醫病糾紛及急診暴力的不二法門。可惜的是，目前大多數急診醫護同仁雖然有服務病人的愛心和熱情，溝通技巧仍有待加強，希望急診醫學會或護理學會能多舉辦「溝通的藝術」研討會，以促進同仁的溝通技巧。雖然目前不乏這一類議題的演講，然內容多係理論的論述，「以病人為中心」、「同理心」這些八股似的教條人人都耳熟能詳倒背如流，然而當碰到實際的特定個案時，醫護同仁往往還是拿捏不住分寸，不知道怎麼說才好。若能廣泛收集各醫院曾經發生過的投訴或醫糾個案，以實際情況明確說明做法，相信能避免衝突事件的發生，才是解決問題的方法，不知讀者諸君以為然否？