

## 轉診制度的沿革及建言

文/胡勝川

羅東博愛醫院急診科

長期以來在台北的急診醫護同仁，一聽到「轉診」就如同夢魘般的感受。當你要打電話請問其他醫院有沒有床的時候，十之八九得到的回答都是：「很抱歉！我們ICU已經滿床。」於是醫護同仁開始問別家醫院，得到的回答還是一樣。就這樣鍥而不捨的一直追問下去，有時候都要問到一個多小時才有結果，此期間主護什麼事都不能做，其他病人的臨床照護就停擺，被綁在這裡打電話，難怪急診會塞車、病人要抱怨。北市衛生局有注意到此現象，遂成立北市緊急應變中心(EOC)，為北市各責任醫院做轉診的服務，總算是德政一件。從此當各醫院有轉診的病人時，只要打電話給此EOC即可，當EOC問到某醫院有床位了，再回打電話給原來的醫院，原醫院必須再打給此有床的醫院求證一下。這種轉診作業模式可以節省急診醫護人員好多時間，用以照護其他病人，各醫院莫不額手稱慶。

民國94年發生一件駭人聽聞的事件，九歲的邱小妹妹因家暴事件導致頭部受傷，被一一九的EMT送到台北市仁愛醫院，經過一番詳細檢查，診斷為硬腦膜上出血(EDH)，被會診的神經外科醫師說，因無外科ICU床故建議將病人轉院，北市EOC經過一番連絡，終於在二百公里遠外的一間區域醫院找到床位，急診醫護人員一聽說有床位都很高興，也沒有想太多就將病人轉出去了。第二天消息見報後引起社會輿論一片譁然，在往後的一段不算短的歲月裡，更是掀起了一場腥風血雨。北市衛生局、衛生署（今之衛福部）、地檢署、監察院等單位都展開了調查，紛紛約談當事人、訪問相關的人員。很詭異的事情是台北市每一家醫院事後都說當時ICU有空床，電腦顯示都是沒有床。此事令衛生署相當震驚，決定對轉診事宜好好的規範管理。

衛生署廣邀學者專家開會製定轉診辦法，衛生局規定各責任醫院每天要向局裡通報ICU空床數三次，天知道此措施有何功效，因為ICU的床位是隨時會變動的，當要轉院的時候，之前通報的數字還能用嗎？它只是突然浪費大家寶貴的時間，去做此無聊的事情罷了。後來衛生署從善如流，在署的網頁內建立了緊急醫療資訊網，規定各責任醫院必須每30分鐘將ICU空床數通報衛生署，而且可以從自家的資訊系統自動上傳至中央衛生署，此辦法比先前的規定人性化

多了，然而還是有問題存在，因為每家醫院看不到別家醫院的通報空床數，不過他們可以打電話問EOC，EOC有權限可以看到其他醫院的ICU空床數，雖然不是每個EOC都有「轉診」的服務，至少最常面臨ICU無床的台北市和高雄市，此二處市政府設的EOC有提供「轉診」的服務。此種制度比起先前的人工作業友善多了，將我們的轉診制度往前推進了一步。

民國97年7月「緊急傷病患轉診實施辦法」終於出爐並頒佈實施，該法針對轉診病人做了很嚴格的規範，它規定要將很多事情記錄在病歷上，例如接收醫院和連絡醫師的名字、挪床的過程、轉院途中的風險等。為落實此轉診辦法，在民國98年推出的「醫院急重症能力評定」的條文裏，於第一章急診醫療的章節，清楚的點出評鑑委員要看轉診的病歷，看有沒有做到「緊急傷病患轉診實施辦法」的規定事項。此條文旨在保護轉出醫院的醫師，立意非常良好，然而因增加醫師的負擔太重，很少有醫院完全達到要求。不過評定委員們也大都宅心仁厚，雖未達到要求也給他們通過「重度級」醫院的等級，蓋委員自己所屬的醫院也沒做到，怎好意思要求別人呢？然而要做到這樣的規定並非不可能，只要用點心並利用高科技就可達成。斯時我就上了一張「程式增修單」，請資訊室幫忙增加一程式，因急診是全面電腦化作業，當醫師欲將病人轉院，必須勾選「處置動態」內「轉院」的選項，此時電腦螢幕會自動跑出一視窗，裡面載明了：轉院原因、接收醫院名、連絡醫師名、挪床的過程、轉院途中風險等，醫師必須逐項完成才能過關到下一頁面，因為都是打勾而不必打字（醫師姓名除外），故不會增加醫師負擔，更重要的是這些資訊都必須呈現在急診病歷內，於是就在正常作業當中完成了評鑑的要求。就這一條文而言，我相信花蓮慈濟醫院很早就是實至名歸的「重度級」醫院之一。「緊急傷病患轉診實施辦法」亦有自相矛盾之處，它規定後送醫院不得拒絕下級醫院轉來的病人，似在保障不致有人球事件發生，然而另一條文又說如果床位已滿可以將病人轉出，只要有做挪床的動作並將之記錄在病歷上，這種轉院亦屬合法，為前項不得轉院的條文提供了解套，它的附加規定太容易做到了，故人球事件還是有可能發生。

有鑑於此，衛生署再度邀請學者專家腦力激盪，

推出「提升急診暨轉診品質計畫」方案，試圖解決此一問題。此計畫於民國102年正式實施，確切實施時間的早晚各醫院差很大，開始的時候大多數急診主任對此計畫猶如丈二金鋼摸不著頭腦，經過幾次說明會，大夥逐漸瞭解原來以後轉院病人都要上電腦登錄相關訊息，可是此電腦程式與各醫院的HIS系統均不相容。換句話說，未來轉院的病人要做二套同樣的事，才能符合「重度級」評定的規定和「提升急診暨轉診品質計畫」的要求。這在本已忙碌的急診作業下是大家所不能忍受的，所以在開始的時候有些人有一點抗拒，但各醫院為了顧全大局，配合衛生署的政策，通通參與了此計畫，也都希望未來對此部份能有所改善。

此「提升急診暨轉診品質計畫」的另一重點是欲以「網絡」的方式形成一個「轉診網」，此網內有一家基地醫院和數家網絡醫院，基地醫院大多由醫學中心或重度級醫院來承擔，它與網內的網絡醫院訂有合約，載明各網絡醫院的「特定轉診疾病」。若網絡醫院將該院之「特定轉診疾病」轉到自己網絡內的基地醫院，該基地醫院是不能拒絕的，此舉將可完全杜絕人球事件的發生，基本上是在保障病人的權益，也是在保護網絡醫院及基地醫院不會被告，衛生局對地方父老也有所交代，所以各網絡醫院的「特定轉診疾病」的訂定就變得非常重要，一定要誠實填寫，否則對醫院或病人都是不利的。

此制度實施年餘，各種正面效果已現，各醫院也逐漸熟悉此系統之運作。然而每個月轉診會議所呈現的資料出現了很奇怪的現象，有些醫院轉出的個案並非「特定轉診疾病」，經詢問才知是因為某某醫師離職，所以這個手術沒人做，故一定要轉院，該院又沒有將「特定轉診疾病」的清單做修改，所以統計資料呈現出太多的非「特定轉診疾病」。事實上，醫院醫師人事的流動是很自然的事情，「特定轉診疾病」理應跟著變動，如果在衛生署的轉診資訊系統內，有一個「特定轉診疾病」維護專區，當醫院要更動「特定轉診疾病」時，隨時可以進入此系統做更改的動作，醫院隨時更新此「特定轉診疾病」的意願自然會增加，所統計出來的資料就會比較正確。

在資訊工業突飛猛進的今天，甚少事情是電腦辦不到的，各單位都以建構「智慧型電腦」自豪或期許，我們肯定衛福部欲對「轉診亂象」播亂反正的用

心，設計出「提升急診暨轉診品質計畫」的創新思維。我個人對此制度給予高度的肯定和期許，然而瑕不掩瑜，我們希望此系統比「智慧型電腦」更智慧，比「友善型電腦」更友善。茲將前面所提到的一些想法，目前尚未做到的，再次向衛福部綜合做出以下的建議：

1. 建議將醫院的HIS系統與妳們的轉診電腦相連，則醫師只要在作業時於動態欄點「轉診」，此訊息就會跑到「轉診電腦」內，HIS電腦就會就會跑出妳們要的東西，由看診醫師負責填完，如果沒有填完就不能過關到下一頁，如果填完就會自動印出一堆所要的紙本資料。此種相連結的另一好處是可以節省大筆的登錄費和研究助理的薪資。只要在評鑑規定上要求各醫院必需做那些統計或品質指標，各醫院沒有人會跟評鑑過不去的，故還是會達到妳們的目的。
2. 如果在衛生署的轉診資訊系統內，有一個「特定轉診疾病」維護專區，當醫院要更動「特定轉診疾病」時，隨時可以進入此系統做更改的動作。當要轉出病人而輸入病名時，電腦自然認出此個案是否為「特定轉診疾病」，而在印出的轉診單上註記是否為「特定轉診疾病」。病家持此轉診單至接收醫院的檢傷站時，檢傷護士如看到轉診單上的註記為「特定轉診疾病」，則將此訊息鍵入該院的HIS系統，醫院的HIS系統就會針對所有轉來的「特定轉診疾病」的處置時間做統計。此舉不會增加醫院端的負擔，卻能達到衛福部（衛生署此時已改名）的要求，當然有提升轉診品質的作用。然而此「隨時」也不能太頻繁，以免有的醫院鑽漏洞，為了想轉某一病人而隨時更換「特定轉診疾病」，而達到他可以保證轉成功的目的。故建議如欲變動「特定轉診疾病」，除了上網變更外，還要行文基地醫院和衛生局述說變更的原因，衛生局則可做查證的動作，就可以防止濫更改的弊端。

花蓮慈濟醫院是東部地區唯一的醫學中心，亦可稱之為「轉診中心」，十多年來經歷過的轉診亂象，可謂是「罄竹難書」，有的會影響到病人的預後，有的會給醫院帶來困擾。也曾經在許多場合建言過，到現在情況還是一樣，難到真的是鐵板一塊、撼動不了。茲將之分述如下，或許因緣到了就會有解決的一

天。

1. 當我們接到電話詢問有無ICU床位時，這時我們的急診留觀室已經有二個病人在等住ICU，很自然的會跟對方說沒有床，而且欲轉來病人的疾病不是「特定轉診疾病」，可是對方說病人一定要來，我們則會請他們跟病人強調，可能會在急診等一段時間。可是當病人來了之後開始抱怨起來，抱怨我們為什麼沒有床也沒先跟他們說。到底是轉來的醫院真的沒說還是病人說謊，就變成羅生門事件。我建議轉出醫院一定要把「已告訴病人沒有床」這句話，寫在轉診單上，最好在「病歷摘要」上也呈現出這樣的字句，就不會有困擾了。此外在例行的地方轉診會議上，也可以把沒有做到的醫院公告一下，以提醒各醫院配合。
2. 病人因車禍造成骨折，醫師建議開刀，病人說因為家住外縣市，為了家人照顧方便，想要轉到外縣市的某家A醫院，在這種情形之下，急診醫師絕對是尊重病人的意願，不過是要當自動出院辦理，又因為是要到某某醫院急診，所以轉院程序一樣也少不了，當好不容易打完電話、確定有床、完成了登錄，欲把轉診單和病歷摘要交給病人，他的一位朋友說話了：「我們考慮了一下，想轉到B醫院。」為了表示風度，我們也不能生氣，只好心不甘、情不願的把以上轉診動作再重來一次。不管做此動作的是醫師、護理師或是專科護理師，都會影響到他們本來的工作甚鉅，但是對病人一點好處也沒有（與傳統方法相比較），反之如果沒做也不會有壞處，這樣做值得嗎？我建議在某些特殊情況之下，轉診程序是否可以稍做修改。例如在以下情況：病人是自動出院且不需住ICU，要登錄但可以不必聯絡醫院，就可以節省醫師許多時間，病人想到哪一家醫院可以慢慢思考，我們所開的轉診單、病歷摘要、光碟片等資料一體適用。
3. 檢傷護士廣播「急救區有OHCA的病人」，我趕緊衝到急救區去指揮急救事宜，我問護送來的護理師病人狀況，她說：「出門時還好好的，血壓、心跳、呼吸都還有，不知道為什麼這樣？」我很心痛這又是一例在救護車上死亡的個案，這類案子屢見不鮮，因為我們一直忽略了「轉診品質」的事情。「緊急傷病患轉診實施辦法」第八條「醫院辦理轉

- 診應協助病患選擇及安排適當之救護運輸工具、救護人員，並提供適當之維生設備及藥品、醫材」，很可惜沒有對何謂「適當」做詳細的說明。目前的醫學科技指出，如果心臟突然停止，能愈快做到生命之鏈，救活的機會是很大的，生命之鏈包括：早期通知、早期CPR、早期電擊、早期ACLS、復甦後照護等五項。前面四項是在救護車內就可以做到的，如果是用加護型救護車運送病人，而且是有受過ACLS訓練的人二位跟車的話，就可以讓病人起死回生，到達急診室後再接著做最後一項，病人被救回的機會是很大的。我曾經在很多場合做過這樣的建議，無奈都說醫院沒有加護型救護車，即使有人願意捐加護型救護車，也都因養不起司機而拒絕。可是我知道消防局有加護型救護車閒置在隊上，如何活用這些加護型救護車，給轉診危急的病人時使用，需要高層出來整合，我期待這一天早日到來。同時我建議在「醫院急重症能力評定」的條文中加上，生命徵象不穩的病人、曾經生命徵象不穩被急救回來的病人，轉診時應使用加護型救護車，同時要有受過ACLS訓練的護理師二人跟車。同時建議於修法時針對「緊急傷病患轉診實施辦法」第八條的「適當」再做詳細的說明，建議的條文同上：生命徵象不穩的病人或曾經生命徵象不穩被急救回來的病人，應使用加護型救護車，同時要有受過ACLS訓練的隨車救護人員二人跟車，其它的病人則使用一般型救護車，且要有至少一位EMT-1以上的救護人員跟車。
4. 醫學中心急診醫師常碰到的困擾之一，就是當假日、尤其是連續假日時，急診室常湧入超乎尋常數量的轉院病人，而且這些病人大多不是「特定轉診疾病」，雖已告知對方本院無床，照樣會把病人轉來，乃因在這些日子區域醫院內次專醫師值班常有開天窗的情形，因此急診醫師不得不將病人轉院。更有甚者，有些病人的轉來只因為該病稍為複雜，急診醫師不願意處理故而轉院。造成社區內區域醫院的醫師相對輕鬆，醫學中心的急診醫師忙翻天，急診室有如災難現場，此情此景叫醫學中心的急診醫師情何以堪！我無意苛責區域醫院的醫師，此乃人性使然。蓋人性是貪圖安逸，我若是區域醫院的醫師，或許也會這樣做，心想反正有上級醫院會處

理，對病人也沒有害處，殊不知會讓家屬折騰，浪費她們寶貴的時間及金錢，實不可取也。道德勸說是基本的改進策略，但最好用制度來遏阻此一亂象。最近衛福部在實施的「提升急診暨轉診品質計畫」，規範凡轉院病人均要登錄，就是一個很好的方法，然仍見很多醫院我行我素，轉出很多非「特定轉診疾病」，尤其是在假日的時候。欣聞衛福部要對這些醫院開錮，如不改善則要給予降級處份。我覺得這也是一個很好的方法，希望衛福部能盡快訂出詳細作業辦法，我們將樂觀其成。

5. 有些急診病人處理完後，病人想要轉到外縣市某醫院進一步治療，按現在的作業規定，屬於AAD(AMA)，要完成轉診的登錄動作。然而該病人經急診醫師評估並不緊急，只要看門診就好，即使要住院也是從門診住院即可。在異常忙碌的急診室，花寶貴的時間在聯絡及登錄，為的是一個並不緊急的病人，這樣做是否值得？還請有關單位三思。我建議處理這一類病人，可以登錄但不用聯絡醫院。

總之，轉院事宜的確須要管理，欣見衛福部已走在正確的道路上，只剩這最後一哩路，還需我全體急診人集思廣義，共謀務實可行的方案。以上區區管見之提出，旨在拋磚引玉，還望長官、同事不吝指教！