

# Risk Management in ED

2010.2.3

新光醫院急診科主治醫師  
侯勝文

## What risk?

- \* Danger to Patients
  - \* be assumed at risk for serious morbidity or mortality in ER
- \* Legal risk for physicians
  - \* Every physician-patient encounter
- \* Risk management is an important issue in EM
  - \* The threat is real!
  - \* As health issues, risks can be prevented.

## Why Medicolegal Risk?

- \* Unrealistic expectations
  - \* Fueled by TV drama
- \* The criminal law
  - \* Physicians are prosecuted by **criminal law** in Taiwan
- \* ED overcrowding
  - \* Less time for creating rapport with patient
  - \* Less time for proper communication

## Clinical Guidelines

- \* Guidelines = protocols, algorithms
- \* 定義: systematically developed to assist practitioners in making decisions about patient diagnoses and management
- \* 為什麼我們需要 guideline:
  - \* 人口老化、醫療費用高漲、不同地區不同醫師提供不同的服務、過度或過少使用某服務, 希望提供(獲得到)最好的服務
  - \* 題目通常針對三高: 高頻率、高風險、高費用

## Clinical Guidelines

- \* 理論上應該是自願性遵從, 但是政府(或健保)與評鑑組織會利用財務與媒體來迫使醫院就範
- \* 醫院評鑑: Minimal要求(但不見得臨床)
- \* 專科學會
  - \* ACLS, APLS/PALS, ATLS: 通常有彈性
  - \* Policy: 比較硬性的規範
- \* Clinical decision rule (CDR)
  - \* Eg. NEXUS, Ottawa ankle rule

## Pit falls

- \* 注意各家的evidence等級標示不一樣
- \* AHA除了evidence還有recommendation等級

| Design/Class <sup>a</sup> | Therapy <sup>b</sup>                                              | Diagnosis <sup>c</sup>                                      | Prognosis <sup>d</sup>                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1                         | Randomized controlled trial or meta-analysis of randomized trials | Prospective cohort using a criterion standard               | Population prospective cohort                              |
| 2                         | Nonrandomized trial                                               | Retrospective observational                                 | Retrospective cohort case control                          |
| 3                         | Case series<br>Case report<br>Other (eg, consensus, review)       | Case series<br>Case report<br>Other (eg, consensus, review) | Case series<br>Case report<br>Other (eg, consensus review) |

## Pitfalls

- \* 需要了解guideline的使用方法
  - \* 往往需要實際的demo與訓練
- \* 記住guideline的exclusion criteria
- \* 反射性遵守guideline → premature closure
- \* Guideline的制定是根據統計學
  - \* 但如果你的病患是剛好在normal distribution的邊緣呢？
  - \* 病患個人的偏好
  - \* 特殊的underlying disease

## 遵循guideline可以降低被告的機會嗎？

- \* 目前paper的看法不一
- \* 通常爭議的焦點在於醫師的處理是否符合"standard of care"(醫療照護水準)
- \* 美國法庭的見解比較重視專家證人
- \* 一味地符合guideline不見得免於被告
- \* 偏離guideline時則需寫下你的理由
- \* Guideline的撰寫通常考慮"政治"與"經濟"
  - \* 醫師不應該被guideline剝奪自主權

## Competency and Capacity

- \* Competency的定義要看使用環境
  - \* Legal: 行為能力(嚴謹定義)
  - \* Medical: 跟capacity混用
- \* Capacity: 倫理醫學上選擇來的單字, 用來確定**病患有能力做醫療決定**, 且避免跟competency(法律使用)混淆
- \* 常見可能沒有capacity的病患:
  - \* Alzheimer, s/p stroke, psychiatrics with psychosis, substance abuse (including overdose and withdrawal state)

## Competency and Capacity

- \* 病患**有Capacity**的先決條件
  - \* 病患了解什麼對自己最好, 他的決定會使自己的利益最佳化
  - \* 病患的決定是自主的
- \* 這些對急診科醫師為什麼重要？
  - \* 因為沒有capacity的病患簽署的consent是沒有效力的
- \* 怎麼測試capacity呢？
  - \* 通常跟解釋醫療選擇或informed consent同時進行(但理論上是可以分開進行的)
  - \* 基本原則: 測試capacity的通過與否跟病患的選擇應該是『完全獨立不相關的』
  - \* 比例原則: 病患的選擇越誇張(甚至跳出你沒有給的選項), 那麼就應該花更多的時間(跟病歷上的篇幅), 證明病患的capacity有沒有問題

## Competency and Capacity

| Criterion                           | Patient's Task                                                         | Physician's Assessment Approach                                                                 | Questions for Clinical Assessment                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Comments                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Communicate a choice                | Clearly indicate preferred treatment option                            | Ask patient to indicate a treatment choice                                                      | Have you decided whether to follow your doctor's (or my) recommendation for treatment?<br>Can you tell me what that decision is?<br>[If no decision] What is making it hard for you to decide?                                                                                                                     | Frequent reasons of choice because of psychiatric or neurologic conditions may indicate lack of capacity                                                                                                                                       |
| Understand the relevant information | Grasp the fundamental meaning of information communicated by physician | Encourage patient to paraphrase disclosed information regarding medical condition and treatment | Please tell me in your own words what your doctor (or I) told you about:<br>The problem with your health now<br>The recommended treatment<br>The possible benefits and risks (or discomforts) of the treatment<br>Any alternative treatments and their risks and benefits<br>The risk and benefits of no treatment | Information to be understood includes nature of patient's condition, nature and purpose of proposed treatment, possible benefits and risks of that treatment, and alternative approaches (including no treatment) and their benefits and risks |

## Informed Consent

- \* 當以下兩者相衝突的時候, 怎麼辦？
  - \* 身為醫師, 我要保護我的病患免於疾病的傷害
  - \* 身為醫師, 我要尊重病患的自主權
- \* 舉例來說: 一個STEMI的病患說, 我不想做導管了, 給我吃個aspirin就好了, 怎麼辦？
- \* 身為急診病人, 他已經被剝奪了部分自主權
  - \* 他無法選擇自己的主治醫師(嗯...連住院醫師都沒得選)
  - \* 很可能他連醫院也沒得選(EMT送來的)
  - \* 陌生的醫師要他在短時間內做決定
  - \* 其實他非常害怕開刀, 可是那個陌生的醫師說不開刀就會死...
  - \* 他唯一能夠展現自己的自主性就是跟醫師說: 『no』

## Informed Consent

- \* 好的informed consent過程同時確保醫師照顧病患的義務與維護病患自主權
- \* 包括三個部分:
  - \* 病患有能力
  - \* 病患能夠得到他聽得懂的, 且足夠的相關資訊。包括所有可能的治療選項 (包括不治療), 以及相關的好處與壞處
  - \* 病患是自願的

## Informed Consent

- \* 通常法院爭議焦點的是第二部分, 什麼叫做『足夠的資訊』?
- \* 兩種見解:
  - \* 一般合格的急診專科醫師所會提供的資訊
    - \* 以醫師為中心, 通常不會有問題
  - \* 急診醫師應該提供 "average reasonable patient" 所需要的資訊
    - \* 沒有明確定義, 而且萬一遇到的不是 average patient 怎麼辦?

## Informed Consent

- \* 第三部分: 病患是自願的
  - \* 所以當病歷上有任何 physical/chemical restraint 的紀錄, 然後同時又要病患自己簽同意書時, 是明顯的矛盾, 應加以註明原因
  - \* 醫師不能語帶威脅, 應該以中立口吻呈現客觀事實
  - \* 但是醫師本來就有責任『推薦』『建議』某個治療選項 (AMA, code of ethics)
  - \* 病患除了不受醫師威脅, 也不應受第三者威脅

## Informed Consent

- \* 哪些病患的informed consent難以取得
  - \* 未成年
  - \* 使用跟醫師不同語言的病患
  - \* 具有的宗教信仰跟醫療行為抵觸
  - \* 藥物濫用 (使用中與戒斷期都算)
  - \* Altered mental status (AMS), psychotic state
  - \* 主訴就是AMS, 或depressed mental status
- \* 需要認真評估capacity
  - \* 可能需要substitute judgment

## Substitute Judgment

- \* Power of attorney (POA)
  - \* 委任狀, 是正式法律文件
  - \* 病患委託某人 (通常是親戚) 處理醫療或法律問題
- \* Advance directive
  - \* 預立醫囑 (不是醫師的醫囑喔!)
  - \* 包括Do not resuscitate跟Do not intubate
- \* 沒有任何的代理人或預立醫囑
  - \* 醫師自己代替病患追求病患的最佳利益
  - \* 可以沒有informed consent
  - \* 還是可以宣布急救無效

## Refusal of care

- \* 病患有权可以拒絕住院, 治療或檢查
- \* 通常急診醫師常犯的錯是『說好說得太快』
  - \* 病患有能力嗎? (請回到capacity那頁)
  - \* 是不是對目前的醫療不滿意?
  - \* 是不是有迫不得已的原因?
  - \* 展現溝通技巧的好時機
  - \* 請家屬一起加入對話
  - \* 是否需要請精神科醫師一起評估病患
  - \* Legal或ethics consults (台灣沒有啦!)

## Discharging patients AMA

- \* Against Medical Advice = AMA
- \* 簡單註記: 病患能做醫療決策的能力
  - \* 基本要求
- \* 更好的是記錄:
  - \* 已經跟病患討論過自行離院的好處與壞處
  - \* 重點是要讓潛在的控方無法證明negligence
    - \* 應注意而有注意
- \* 舉例: 一個女病患大聲嚷嚷說要出院了
  - \* 醫師把AAD單印出來, 拿給護士說:『叫她簽一簽就可以出院了』
  - \* 病患:『為什麼我要簽? 醫師又沒有跟我解釋』

## Discharging patients AMA

- \* 上頁的例子中, 你覺得醫師犯了哪些錯誤?
  - \* 沒有詢問病患AAD的原因
  - \* 簽署informed consent的過程應該是醫師解釋
  - \* 沒有確認病患是否有capacity
- \* 這種AAD簽了也沒效

## 實際案例討論

- \* 婦出院病危不治 醫師遭起訴【聯合報/記者熊淑琪/台北報導】2009.11.18  
03:21 am 台北市廖姓老婦今年5月再發暈倒, 在老婦堅持下, 李姓急診醫師未強制要求留院觀察, 致老婦出院數小時後再因腦內出血送醫, 且因血壓過低無法開刀而不治。檢方認為李稱成業務過失致死罪, 但因家屬替他求情, 檢方給予李姓醫師緩起訴。
- \* 56歲李姓醫師是聯合醫院基隆區急診室主治醫師, 今年5月20日傍晚4時許, 79歲廖姓老婦因走路暈倒, 被送到該醫院急診。由值班的李姓醫師檢查。
- \* 檢方認為, 離廖姓老婦意識清醒, 頭部及身上無明顯外傷, 但因有顯著病容, 步履不穩, 醫師應懷疑有腦腔底下繼續出血可能, 並將老婦留院觀察, 以因情況變化時立即緊急手術, 但李姓醫師未將這些情形告知家屬, 並在老婦堅持下, 讓老婦出院。
- \* 不料, 當晚8時許, 老婦頭部暈眩右耳出血, 再度送往該醫院急診, 轉送加護病房, 並連環緊急進行開手術, 因老婦血壓過低, 腦內出血, 腦幹受壓及腦水腫嚴重, 無法開腦刀, 次日凌晨1時許不治。老婦子女控告李姓醫師為昏迷致死罪名, 但雙方後來和解, 老婦的子女並撤銷起訴。並未要求李姓醫師賠償任何損失。檢方考量李姓醫師自白認罪且有悔意, 給予緩起訴, 條件是支付家屬1萬元慰問金。

## Documentation

- \* ED documentation的重要性
  - \* 唯一客觀證明急診提供的服務內容
  - \* 急診科的經濟來源(billing)
  - \* 在訴訟時保護急診醫護人員
- \* 該記錄什麼?
  - \* 理論上醫護人員跟病患以及家屬的每一次對話都要記錄(但可以簡單記錄)
  - \* 每一次的互動都可能成為被告的原因
    - \* 那個醫師/護士跟我說....

## 記錄的重點

- \* Critical ill patients的紀錄 (AMI, stroke, major trauma)
  - \* 展現即時並徹底的檢查
  - \* 快速急救(輸血、給藥的時間點)
  - \* 照會的時間點
  - \* 醫護之間的紀錄不能有 mismatch
- \* 病歷記錄率不等於病患的預後一定差
  - \* 但如果病患的outcome不好, 被告的機會大增
  - \* If it wasn't documented, then it wasn't done

## 記錄的重點

- \* Reevaluations
  - \* Serial examinations
  - \* 記錄病患好轉, 最好有vital signs
  - \* 兒童的再評估一定要有客觀的資料
    - \* 包括醫師評估appearance
    - \* 包括vital signs(不一定要全套)
- \* Though process (SOAP的A)
  - \* 為什麼我覺得這個case不像pulmonary embolism?
  - \* 為什麼這個病患中風但不需要吃aspirin?

## High risk complaints

- \* 以下的診斷可能會被法院檢視(醫師可能是被告或是證人)
  - \* Pediatric fever
  - \* Asthma
  - \* Chest pain, abdominal pain
  - \* Hand injuries
  - \* Intoxication
  - \* Domestic violence
  - \* Child abuse
  - \* Suicidal ideation

## ED charts的種類

- \* 空白紙本
  - \* 彈性最高, 可以漂亮畫圖, 可以寫字
  - \* 無法自動產生time stamp
  - \* 可能看不懂
  - \* 只有一份, 無法多人共用
  - \* 可能遺漏重要PE或History(沒有提示)
  - \* 比較花時間
- \* 格式化紙本
  - \* 節省時間
  - \* 通常會提昇記錄品質
  - \* 空間缺乏彈性(格式化電子病歷比較沒有問題)

## ED charts的種類

- \* 格式化紙本, 依照主訴分類(eg. T-system)
  - \* 節省時間, 通常會提昇記錄品質
  - \* 通常會列出一些finding選項讓你填positive/negative
  - \* 可以用來提醒醫師要r/o worst scenario
  - \* Eg. 牙痛/臉痛的病歷會要醫師圈選『脖子是否有紅腫或疼痛』
  - \* 也有電子化版本(很多家)

## 電子病歷

- \* Electronic Medical Records (EMR)
- \* Computerized Order Entry Systems (COES)
- \* Clinical Decision Support (CDS)
- \* 可以避免醫療錯誤, 但也會產生錯誤
  - \* Eg. 自動避開過敏藥物
  - \* Eg. 同樣字母開頭的近似藥名會被打錯
- \* 各家電子病歷的最大差別
  - \* 是否和院內單位共用作業介面

## 急診病歷的種類

- \* 少部分美國的急診室使用聽寫的紀錄方式
- \* 醫師看診時使用無線電口述病歷, 另外請打字員立刻打字
  - \* 通常比手寫的品質好
  - \* 但是打字員可能打錯字
  - \* 無法同時處理同一份病歷

## Discharge instructions

**Producing Quintessential Discharge Instructions**

- Have the treating physician personally give and sign the instructions.
- Use computer-generated instructions that include diagnosis, home care, follow-up instructions, and warnings specific to the condition.
- Keep a duplicate signed copy of all discharge instructions with the original chart.
- Use the instructions to communicate important information to the follow-up physician, such as lab tests, x-rays, and therapy in the ED.
- Have the patient take the instructions with him when seeing any other health care provider for follow-up.
- Use a brightly colored paper so instructions are easily and rapidly identified and not inadvertently discarded.
- Give very specific times/places/dates of follow-up visits.
- Avoid "as needed" follow-up for potentially serious problems or wide ranges of follow-up times (such as five to 10 days).
- Use underlining, stars, or circles to highlight the most important instructions.
- If a test is pending, be explicit on how the information will be delivered to the patient.
- If the patient seems to have trouble understanding or if there are multiple instructions, have him repeat the instructions and follow-up directions to you.
- Provide no barriers to ED return or follow-up at any time, regardless of ability to pay.
- Make instructions as personal as possible for each patient, such as providing his emergency physician's name.
- Legible writing on typed instructions provides a personal touch, attests to your involvement, and shows attention to detail that might be missing on standard instructions.
- When possible, have a family member or friend in the room when giving over instructions.
- If the patient is elderly or you are not sure of his understanding, call a family member and let him know about the visit and the instructions.
- If help is needed with follow-up, the physician or nurse can make appointments, call relatives, or otherwise ensure compliance.

Emergency Medicine News

ED Discharge Instructions: Another Chance to Help Patients and Prove Your Worth.  
Roberts, James R.  
Emergency Medicine News, 29(1):17-20, January 2006.

## Take Home Point

- \* Guideline不見得能夠保護醫師
  - \* 要會用(知道自己在做什麼)
  - \* 跟guideline明顯背離時要註明
- \* 無論病患簽署『拒治療』、『AAD』或任何同意書
  - \* 理論上一定要註明病患capacity
  - \* 實際上通常在溝通的過程中你就知道病患有沒有capacity (請家屬在旁一起聽)
  - \* 病患的選擇越不合常理, 越需要更多筆墨註記capacity
- \* 電子病歷是趨勢, 但要小心相對帶來的缺點
- \* 出院指示最好是醫師親自解釋