

病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法

一對實證文獻之回顧

邱淑媿

主動揭露是處理醫療錯誤的重要環節，許多先進國家皆明訂醫師有主動揭露醫療錯誤之倫理義務，美國更列入醫院評鑑基準中。國內近年亦開始關注此一議題，但醫界仍存有相當疑慮。為瞭解病人、家屬或社會對醫師主動揭露醫療錯誤之看法以及釐清主動揭露與醫療訴訟或糾紛之間可能的關係，供醫界與醫療管理決策者參考，本研究檢索2006年7月前國內外內容涉及病人、家屬或民眾對醫療錯誤主動揭露之看法或反應之中、英文實證研究文獻，計找出以假設性狀況進行之調查或質性研究14篇，醫療訴訟或糾紛案件分析7篇，及以介入性案例報告2篇，納入回顧。研究發現，病人及大眾普遍期望一旦有醫療錯誤發生，醫師能在最短時間內主動揭露並提供詳盡訊息；以各種假設性狀況進行調查，在大多數情況下，有主動揭露時病人想要訴諸法律的比率顯著較未主動揭露者低，而錯誤的嚴重度、類型以及其他相關處置亦會影響病人的反應。訴訟案件分析發現最常見的訴求是希望類似事件不要再發生以及想獲得更多訊息釐清真相。美國Lexington榮民醫學中心與密西根大學醫療體系的經驗則顯示在推動主動揭露政策後醫療訴訟支出大幅降低。因此，主動揭露不僅是醫師倫理義務的一環，並可能有助於降低訴訟成本。建議國內應加速展開相關研究，並在醫院導入主動揭露系統過程進行更嚴謹的評估，建立適用於我國之模式。(台灣衛誌 2007；26(5)：339-352)

關鍵詞：主動揭露、醫療錯誤、病人安全

前 言

台灣於2002年底接連發生數起重大醫療不良事件，例如11月29日台北縣北城婦幼醫院發生打錯針事件，造成七名嬰兒一死六傷的悲劇，不到一周(12月5至9日)，屏東縣東港鎮崇愛診所發生將降血糖藥誤為感冒用藥，提供給約一百二十二位病人服用，導致一名嬰兒死亡，十四名幼童受傷，另有一百餘人受害之重大醫療事故，引起社會高度關

注。衛生署立即於2003年2月成立病人安全委員會，研議及大力推動各項病人安全相關計畫與活動，包括：進行病人安全流行病學調查，訂定診所安全作業參考指引，輔導醫療機構設置病人安全委員會，辦理各類相關人員教育訓練，建立「以病人為中心之安全照護」標準，發展本土化病人安全目標，以及建立通報制度等多項措施[1]，並且將病人安全列為新制醫院評鑑的重點，促使各醫院正視並加以落實；而醫療不良事件的處理即是「病人權利及病人安全」的評鑑基準之一[2]。

主動揭露(disclosure)是國外近年在醫療錯誤與醫療不良事件的處理中，常被討論的一個重要環節[3-8]。美國醫療機構評鑑聯合委員會(Joint Commission on Accreditation of

國立陽明大學公共衛生研究所及社會醫學科

通訊作者：邱淑媿

聯絡地址：台北市北投區立農街二段155號

E-mail: stchiou@ym.edu.tw

投稿日期：95年11月23日

接受日期：96年8月22日

Healthcare Organizations，以下簡稱JCAHO)自2001年起在其評鑑基準中要求受評機構或其醫療人員必須對病人(以及必要時對家屬)主動揭露崗哨事件與其他非預期的照護結果[6]，英國與澳洲等多個國家亦訂出主動揭露的全國性準則供醫師依循[9-11]，其目的不僅在落實病人權益保障與修復面臨危厄的醫病關係，亦希望藉此降低醫療爭訟與避免傷害的擴大[4,7,8,12-16]。在JCAHO將不良事件的主動揭露列入評鑑基準後，2002年美國一個全國性的調查發現：54%醫院表示遇到是類狀況會例行性的主動揭露，但有建立相關政策的醫院僅有36%[17]；稍後一項涵蓋六個州的醫院領導人調查則發現已有高達85%醫院表示有主動揭露非預期結果的相關政策[18]，而在近來一份針對北美醫師的研究中，更有高達98%醫師表示當發生傷害性的醫療錯誤時，會對病人作某種程度的主動揭露，但會完整揭露的僅42%，一半以上醫師(56%)選擇只作部份揭露(提到不良事件但不提醫療錯誤)；在致歉的部份，僅33%醫師表示會完整地向病人道歉，61%醫師選擇只表達遺憾，6%醫師選擇不表達[19]。可看出在政策提倡下，醫院與醫師在主動揭露方面的態度與相關措施雖有相當進展，但尚未完全達到歐美大眾期待的水準；醫師對於是否要主動揭露、揭露到什麼程度、以及是否要承認錯誤並道歉，仍存有相當多的疑慮，也可能涉及許多考量因素。

國內近年已有學者專家開始關注此一議題，但似乎尚未能在醫界引起廣泛討論，在醫師公會的「醫師倫理規範」中亦並未將此列入[20]。如能進一步瞭解病人對於主動揭露的看法與可能的反應，對於思考規劃相關政策之發展方向，將具有重要的參考價值。由於目前國內這方面的研究報告尚付闕如，乃先綜合整理國際上發表之文獻，供作借鏡。

本研究之目的是藉由回顧目前所累積的國內外相關研究，瞭解病人、家屬與社會對醫師主動揭露醫療錯誤之看法與期待，並探討主動揭露可能產生的效應，尤其是主動揭露與醫療訴訟或醫療糾紛之間的可能關

係，以供醫界與醫療管理決策者參考。本研究檢索2006年7月前收集於國內外資料庫(國際：Medline；國內：中華民國期刊論文索引、中文電子期刊服務—CEPS、全國博碩士論文資訊網)之實證研究文獻。在國際文獻方面，有關病人、家屬或社會對醫師主動揭露醫療錯誤之看法的文獻，是在Medline蒐尋title, abstract, name of substance word或subject heading word含有關鍵詞「medical error\$或adverse event\$」以及「disclos\$或tell\$」的文獻(不限發表年代)，共500餘篇，再人工逐篇檢視其標題、摘要與研究類型，凡為實證性研究且內容有探討到病人、家屬或社會大眾對於主動揭露的看法或反應者，即納入本研究之回顧中，依此計初步找出11篇相符的文獻。針對主動揭露與醫療訴訟或糾紛之間可能的關係，則是以Medline蒐尋title, abstract, name of substance word或subject heading word含有關鍵詞「medical error\$或adverse event\$或injur\$或accident\$」以及「disclos\$或tell\$或communicat\$」以及「malpractice\$或claim\$或sue\$或suit\$或complaint\$或compensation\$」以及「reason\$或why\$或cause\$或analy\$」的文獻(不限發表年代)，有約200篇，再人工逐篇檢視其標題、摘要與研究類型，將屬於實證性研究且內容有探討到事發後的溝通或主動揭露對其提告或投訴之影響或看法者，納入本研究之回顧中，計再找出4篇符合本研究主旨之文獻。其次，再從這15篇文獻，加上與主動揭露有關的綜論以及以醫師、醫療人員或醫療機構為對象的實證研究之參考文獻與引用這些文獻的文獻，進一步擴大蒐集尚未納入的相關研究，最後總共找到23篇英文實證研究文獻，納入本次回顧中。在中文的部份，則是在中華民國期刊論文索引、中文電子期刊服務與全國博碩士論文資訊網查詢篇名、關鍵詞或摘要含有「病人安全」、「醫療錯誤」、「不良事件」、「醫療事故」、「『揭露』與『醫療』」、「醫療糾紛」、「醫療訴訟」或「醫療爭議」的文獻，以人工檢視其標題、摘要與研究類型，結果並未找到以病人、家屬或社會大眾為對象探討其

對醫師主動揭露醫療錯誤之看法的實證研究報告；而在有關醫療爭議或糾紛案件之分析研究中，亦並未有分析醫療錯誤發生後的溝通或主動揭露對於提告或投訴之可能影響者，因此本回顧中並無中文文獻。表一為本研究回顧之文獻一覽表[21-42]。

以下依文獻回顧之主要發現加以歸納整理，依序就：(壹)病人、家屬與大眾對主動揭露的看法和期望(包括：是否希望醫師主動揭露？錯誤的嚴重程度是否會影響期望主動揭露的比率？在作法上，病人與家屬希望何時被告知，期望被告知什麼，除了對病家的告知，對通報的期望又是如何？醫師與病人對主動揭露的看法有無不同？)，以及(貳)病人與家屬對醫療錯誤是否被主動揭露可能的反應及其影響因素(包括：以假設性狀況進行調查，主動揭露會不會增加被告或被求償的風險？以醫療訴訟或投訴案件分析，因醫療錯誤受害的病人為什麼要告醫師，主動揭露可能的影響又是什麼？主動揭露會不會使醫院形象受損或醫病關係惡化？有無介入性研究可證實主動揭露的效應？還有哪些因素會影響病人對醫療錯誤的反應？)，分別敘述之。

病人、家屬與大眾對主動揭露的看法和期望

是否希望醫師主動揭露？

美國Kaiser Family Foundation曾以全美18歲以上民眾為對象，隨機抽樣進行病人安全電話調查，在未提供假設案例的情況下，贊成應要求醫師在發生可預防的醫療錯誤且造成病人嚴重傷害時要告訴病人的比率在2002、2004與2006年的調查中分別高達89、88、87%[21,31,36]；Mazor等人以假設性案例調查美國新英格蘭地區的被保險人，有91.2%贊成如果發生醫療錯誤，都應該告訴病人，即使病人未受到傷害[32]。Hobgood等在未提供假設案例的情況下詢問美國某醫院急診的病人或家屬，100%受訪者表示當有醫療錯誤發生時希望被告知[35]；而在有提供假設案例的情況下，兒科急診病人的父母有99%贊成「一旦發現醫療錯誤時能

立即被告知一切」[29]，Witman等調查一般內科病人，有98%希望醫師能主動承認發生錯誤，不論案例錯誤程度輕重[38]，而Hingorani等調查英國某眼科門診發現92%病人認為如果發生併發症都應該要告訴病人[37]。在有提示假設狀況的質性研究中，加拿大的手術後病人有90%認為醫師應主動揭露錯誤，10%主張某些情況不必揭露[23]，而在美國的焦點團體討論中，病人希望所有造成傷害的錯誤都要主動揭露，但對幾近錯誤(near misses)是否揭露則看法不一[34]。

整體而言，病人、家屬與大眾普遍認為當有醫療錯誤發生、特別是有造成傷害時，應該要主動告知病人(87-100%)。Hobgood等人的分析發現不同種族、性別、年齡或保險狀況者，對主動揭露的看法相近[29,35]。

在Mazor等人的調查中，約2/3被保險人並不贊同「相信醫師在照顧病人時若發生錯誤會告訴病人是一種不切實際的想法」[32]，在美國Kaiser Family Foundation 2004年的調查中，54%民眾認為若有因可預防的醫療錯誤導致嚴重傷害，醫師有可能會告訴病人[31]，而在日本的調查，以輕度與重度傷害案例詢問，亦分別有63與69%病人預期醫師會主動揭露該事件，55與64%覺得醫師會承認錯誤[22]，似乎都有超過一半的人對醫師在醫療錯誤發生時會主動揭露尚具信心。

錯誤的嚴重程度是否會影響期望主動揭露的比率？

Mazor等人的調查顯示，高達91.2%醫療被保險人認為如果發生醫療錯誤，都應該告訴病人，即使病人未受到傷害；而同意「在某些情況下最好不要告訴病人有醫療錯誤」的只有15.3%[32]。Hobgood等人的分析發現，兒科急診的父母對於中等程度的錯誤認為應該揭露的比率是輕度錯誤的1.03倍、對於重度錯誤認為應揭露的比率是輕度錯誤的1.04倍，兩個相對危險性在統計上雖都顯著高於1，但實質的差距很小[29]。綜合觀之，病人對主動揭露更在意的似乎是醫師是否誠實以待。

表一 與病人或大眾對於醫療錯誤主動揭露之看法或反應有關之文獻(依發表年代排列)

來源	國家、資料收集方法	相關內容
2006, Kaiser Family Foundation/ AHRQ[21]	美國，隨機抽樣電話調查，1,216位全國18歲以上民眾。	看法
2006, Itoh K, et al[22]	日本與丹麥；日本920位住院醫師與門診病人，555位醫師、795位護士；丹麥182位門診病人；提供兩個假設案例進行問卷調查。	看法
2006, Espin S, et al[23]	加拿大，立意選取2個醫院28位手術室醫護人員和11位手術後病人，提供4種假設狀況進行深度個別訪談。	看法、期望
2006, Friele RD & Sluijs EM[24]	荷蘭，寄發自填式問卷給全國各醫院之投訴病人，共424位(75%)回覆。	反應
2006, Bismark M, et al[25]	紐西蘭，以全國醫療過失案件，共592位請求金錢賠償與179位請求非金錢補救措施之資料，進行分析。	反應
2006, Cleopas A, et al[26]	瑞士，以一假設案例依錯誤類型，結果與處理分為8個版本之問卷，調查醫院出院病人，1,411人(70.1%)回覆。	反應
2006, Mazor KM, et al[27]	美國，以2個假設案例依結果、處理與先前有無良好醫病關係分為16個版本之錄帶，邀請被保險人觀看後填寫問卷，407人參加。	反應
2006, Clinton HR & Obama B[28]	美國，密西根大學醫療體系案例報導。	反應
2005, Hobgood C, et al[29]	美國，便利取樣陪同到兒科急診的父母，給予含有4個不同嚴重度案例的自填式問卷，499位(75%)回覆。	看法、期望、反應
2005, Dulcos CW, et al[30]	美國，從保險公司一風險管理計畫的醫療糾紛案件間隔取樣50位病人，共13位病人及3位家屬參加，進行4個焦點團體。	反應
2004, The Kaiser Family Foundation, et al[31]	美國，隨機抽樣電話調查2,012位全國18歲以上民眾。	看法
2004, Mazor KM, et al[32]	美國，隨機抽樣新英格蘭地區被保險人進行郵寄問卷調查；問卷依案例之錯誤類型、結果與處理分為8個版本；共958位(66%)回覆。	看法、期望、反應
2004, Schwappach DLB & Koeck CM[33]	德國，邀請某網路調查名單之會員針對隨機提供之案例套組(依病情、錯誤類型、嚴重度、揭露、溝通與道歉狀況組合)透過網路填答，共1071人填答。	反應
2003, Gallagher TH, et al[34]	美國，6個病人焦點團體，4個醫師焦點團體，3個醫師與病人焦點團體，共52位病人、46位醫師，提供一假設案例進行討論。	看法、期望
2002, Hobgood C, et al[35]	美國，便利取樣成人急診病人與其家屬給予自填式問卷，258人(80%)回答。	看法、期望
2002, Blendon RJ, et al[36]	美國，隨機抽樣電話調查全國18歲以上民眾對隨機抽樣全國醫師寄發問卷，共1,207位(67%)民眾受訪、831位(62%)醫師回覆。	看法
1999, Hingorani M, et al[37]	英國，以一假設案例對302位眼科門診病人進行問卷調查，回答率81%；另有48位參加某區域性會議的眼科醫師，全部填寫問卷。	看法、期望
1999, Kraman SS & Hamm G[16]	美國，案例報告，Lexington榮民醫院之經驗。	反應
1996, Witman AB, et al[38]	美國，隨機抽樣一般內科門診病人，寄發含有輕、中、重度3案例的問卷，149位(37%)回覆。	看法、反應
1994, Vincent C, et al[39]	英國，對227位正在採取法律行動的病人或家屬進行自填式問卷調查。	反應
1994, Beckman HB, et al[40]	美國，分析45個已達成協議的醫療訴訟原告之證辭。	反應
1993, Vincent CA, et al[41]	英國，對受到手術傷害而投訴的病人寄發問卷調查，101人(65.6%)回覆。	反應
1992, Hickson GB, et al[42]	美國，對因過產期醫療傷害提起訴訟並已結案之家庭(主要是母親)進行問卷訪談，共訪到127個(35%)家庭。	反應

註：相關內容，依與本研究相關之部份分為三類：

1. 「看法」—有探討到病人或民眾對主動揭露與否之看法；
2. 「期望」—有探討到病人或民眾對揭露之時間、內容或方式之期望；
3. 「反應」—有探討到對醫療錯誤是否被主動揭露的可能反應(以及影響病人反應的因素)。

病人與家屬希望何時被告知？

當詢問是否贊成一發現錯誤就應立即告知病人，絕大多數病人或家屬(99%)均表示贊成[29,32]。若列舉不同告知時機進行詢問，Hobgood等人發現成年急診病人中，76%希望一發現有錯誤就能被告知，23%希望在知道錯誤的程度後儘快被告知，1%希望等健康出院後才告知；40歲以上者希望慢點知道的比率較高[35]。

病人與家屬期望被告知什麼？

問卷調查顯示，大多數(88-99%)病人或家屬希望能「知道一切」(包括醫療錯誤如何發生的有關細節)[29,32,35]，81%英國眼科病人認為不只要告知已發生的併發症，還應給予有關可能的不良後果的詳細資訊[37]，98.7%病人亦希望聽到已在進行一些措施以確保不會再發生到其他人身上[32]。在美國的焦點團體討論中，病人希望被告知所有相關細節，但醫療人員認為必須小心措辭；病人希望醫師以忠實而具憐憫心的方式告知，醫療人員認為應以忠實且客觀、專業的方式告知[34]。

Hobgood等詢問兒童急診病人的父母在醫療錯誤方面期望未來醫學教育能加強的事項，37%認為應教育醫師誠實與富同情心，24%認為應教導如何告知錯誤，17%認為應教導如何發展發現錯誤的系統，只有9%認為教育者最重要的是建立沒有錯誤的示範，沒有人認為最重要的是懲罰犯錯的醫師[35]。

希望要求通報的比率：

在美國Kaiser Family Foundation 2004年的調查中，92%民眾認為應要求通報有嚴重傷害的醫療錯誤，另有6%認為應鼓勵志願通報，合計98%支持通報[31]，而在2006年的調查中，認為應要求或鼓勵通報的比率分別為87%、9%，合計96%支持通報[21]，贊成強制通報之比率略減，贊成志願通報之比率略增，但總支持度差異不大。Hobgood等人在急診室的調查顯示99%病人或家屬贊成醫療錯誤應向醫院委員會通報，其中49%認

為所有醫療錯誤都要通報、50%贊成只通報有傷害或可能傷害的錯誤；贊成應向州醫療理事會通報的有97% (33%希望全部通報、64%贊成只通報傷害性的錯誤)；贊成應向政府通報的有92% (34%希望全部通報、57%只通報傷害性的錯誤)[35]。可看出大多數(92-99%)民眾支持應通報有嚴重傷害的醫療錯誤，對輕微傷害是否要通報之看法較不一致[21,31,35]。

醫師與病人的看法有無不同？

從幾個同時調查醫療人員與病人或大眾看法的報告[22,23,34,36,37]來看，醫師或醫療人員認為應當主動揭露的比率都比病人或大眾低[36,37]，對於沒有明顯傷害的錯誤較傾向於不揭露[23,34,37]；在內容方面亦較有選擇性而非什麼都說，願意揭露事故的比率高於承認錯誤，較傾向部份揭露[22,23,34,37]。根據Kaiser Family Foundation 2002年的調查，77%醫師贊成應要求醫師在發生可預防的醫療錯誤且造成病人嚴重傷害時要告訴病人，與同年大眾贊成的比率(89%)有統計顯著差異[36]；英國眼科醫師贊成如果發生併發症都應該要告訴病人的僅有60%，亦顯著低於病人贊成的比率(92%)[37]。在美國的焦點團體討論中，醫師支持所有造成傷害的錯誤都要揭露，但輕微、病人無法瞭解或病人不想知道的狀況除外，對幾近錯誤則認為不必揭露[34]。

Kaiser Family Foundation 2002年的調查發現，民眾與醫師自己或家人曾遭遇醫療錯誤的比率分別高達42%與35%，但其醫療人員有主動揭露的比率都僅有三成(民眾30%、醫師31%)，這尚不包括當事人自始至終不知道的狀況[36]，2004年的調查也發現，雖然54%民眾認為若有因可預防的醫療錯誤導致嚴重傷害，醫師有可能會告訴病人，但詢問自己或家人曾遭遇醫療錯誤的一般民眾其醫師有告知發生醫療錯誤的比率僅有28%[31]，比率並未較2002年提高。可見醫病雙方不僅在期望上有落差，實際作為與期望間的落差可能更大。

病人與家屬對醫療錯誤是否被主動揭露可能的反應及其影響因素

表二列出以假設性狀況所作的調查中，病人與家屬對主動揭露的可能反應及研究發現會影響反應的因素[26,27,29,32,33,36,38]，表三則是列出在訴訟或投訴案件的研究中病人或家屬的主要訴求以及可能影響該行動的因素[24,25,30,39-42]。

主動揭露會不會增加被告或被求償的風險？

4個以假設性狀況所作的調查發現，在大多數狀況下，有主動揭露時受訪者想要採取法律行動的比率會顯著低於沒有者[27,29,32,38]，只有一個狀況是兩者無顯著差異[27]。不過研究也發現，即使有主動揭露，視錯誤嚴重程度仍有高低不等比率(3.8-60%)的民眾或病人可能尋求法律意見或提出告訴[27,32,38]。因此在風險管理上，除了主動揭露，還需做好事前的預防與事後其他配套措施。

因醫療錯誤受害的病人為什麼要告醫師？

探討主動揭露會不會增加醫療爭訟的另一種作法是從醫療訴訟或投訴案件分析其動機或訴求，瞭解是因為錯誤或傷害本身難以原諒，或有其他當事人更關切的因素。研究發現，這些採取行動的病人幾乎都有因醫療事故而經歷多重且嚴重的傷害，除了身體，尚有疼痛、情緒或心理上的傷害與強烈反應，以及經濟上的重大損失[30,39-41]。採取行動最常見的原因或訴求是尋求矯正措施或避免再發生同樣的事[24,25,39]，其次是尋求溝通、解釋[24,25,39,40,42]或是尋求彌補[25,39]，報復或懲罰排名最後[24,25,39,42]。一項英國的調查直接詢問訴訟中的病人與家屬在醫療錯誤發生後是否有哪些行動或可避免訴訟？其回答包括：解釋與道歉(39.4%)、矯正錯誤(26.6%)、賠償(18.1%)、發生時作正確處理(16.0%)、承認疏失(14.9%)以及懲處(4.3%)等[39]。

主動揭露會不會使醫院形象受損或醫病關係惡化？

雖然許多醫師也擔心一旦病人知道，將會影響醫病關係以及自己和醫院的形象，因而試圖隱瞞真相。但和擔心挨告的情形相似，以假設性狀況所作的調查反而發現，未主動揭露除了可能有較高的法律風險，招致其他負面評價和反應的比率也顯著高於主動揭露，包括：受訪者滿意度、對醫師信任度以及情緒的反應都比較負向，比較不會向別人推薦這家醫院，傾向換醫師、舉發以及較希望給予懲罰等[26,27,32,33,38]；主動揭露較有助於維護醫院形象、病人信賴度與醫病關係。

有無介入性研究證實主動揭露的效應？

目前並無前瞻性的介入性研究報告，但有两个案例的經驗值得參考。

美國Lexington榮民醫學中心因為率先大力推動全院性主動揭露政策與相關配套流程，獲得美國國家品質論壇(National Quality Forum)與JCAHO聯合頒發的第一屆Eisenberg病人安全獎[16,43]。Lexington醫院在1987年輸掉兩宗醫療訴訟、慘賠超過150萬美金之後，成立風險管理委員會，開始主動發覺及調查高風險事故，原意是為爾後可能的訴訟及早準備；但立即遇到一個家屬本身尚不知情的案件而陷入倫理困境，結果該委員會決定主動告知，之後成為慣例，意外的促成許多有效和解並為醫院節省了為數可觀的訴訟成本。在1990到1996年間與其他35家榮民醫學中心比較，Lexington醫院的工作量中等、案件量居前10名，但賠償金額卻是第8低，並未因主動揭露而有較高的支出[16]；2002年的報告亦再次顯示其和解金與訴訟支出遠低於其他榮民醫院與私人醫院，進入審判的案件勝訴率亦較高[43]。密西根大學醫療體系在2002年建立主動揭露與積極預防的政策，其作法是：當病人因醫療錯誤受到傷害時即予以承認並迅速給予公平的補償；對於無理案件採取積極抗辯；以及研究所有不良事件以尋求改善之道。2005年的統

表二 病人與家屬對醫療錯誤是否被主動揭露的可能反應及影響因素—以假設性狀況進行的調查

資訊來源	對有無主動揭露醫療錯誤的反應 【其他】—對訴訟或糾紛之影響；【醫病】—對醫病關係之影響；【其他】—其他效應	其他與病人對醫療錯誤負面 反應正相關的因素	研究發現會影響對揭露反應 之因素(effect modifiers)
瑞士, 1,411位出院病人[26]	【其他】—與有主動揭露的案例相比, 未主動揭露的狀況比較會被評為照顧不好、照護環境不安全以及不會向別人推薦這家醫院(勝算比分別是2.0 (1.5-2.6)、1.8 (1.4-2.3)、1.9 (1.5-2.5))。	對錯誤未迅速反應處理、傷害有嚴重後果。	年輕族群(18-44歲)對未揭露的負面反應顯著比中、老年者強烈。
美國407位被保險人[27]	兩類狀況, 控制其他因素影響後, 與有完整揭露相比: 【訴】—未主動揭露者, 被保險人尋求法律意見的可能性在未先查明過敏史而引發藥物反應的案例中顯著較高(勝算比是3.12 (1.11-8.75)), 在提高藥物劑量未追蹤血中濃度而發生不良事件的案例無顯著差異(勝算比0.98 (0.49-1.96))。 【醫病】—未主動揭露者, 被保險人換醫師的可能性在兩個案例都顯著較高(勝算比3.70 (1.86-7.35)、2.29 (1.25-4.21)); 有完整揭露者病人滿意度、對醫師信任度以及情緒反應亦都顯著較未揭露佳。	傷害有嚴重後果。	—
美國499位兒科急診的父母[29]	【訴】—36%父母表示主動揭露可能使其比較不會採取法律行動, 63%表示沒影響, 1%表示會增加提告的可能。	—	中度傷害者因主動揭露而降低告訴的程度顯著比輕度或重度傷害者大。年紀較大以及男性的家長因主動揭露而降低告訴的效果亦比年紀輕及女性的家長大, 但未達統計顯著。
美國958位被保險人[32]	控制其他因素影響後, 與有完整揭露相比: 【訴】—未主動揭露者被保險人尋求法律意見的勝算比是1.57 (1.15-2.12); 【醫病】—未主動揭露者被保險人換醫師的勝算比是1.96 (1.50-2.56)。在各種案例狀況下, 有主動揭露者病人滿意度、對醫師信任度以及情緒反應亦都顯著較未揭露者佳。	傷害有嚴重後果、錯誤類型。	—
德國1071位網路問卷名單[33]	控制其他因素影響後, 與未提及是否揭露者相比: 【訴】—有主動揭露時受訪者希望通報、希望懲罰的比率都顯著較低(勝算比0.71 (0.55-0.92), 0.53 (0.43-0.64))。 【醫病】—有主動揭露時受訪者希望轉介到其他醫師的比率顯著較低(勝算比0.44 (0.35-0.52))。 【其他】—把錯誤評為嚴重的比率顯著較低(勝算比0.78 (0.66-0.93))。	傷害較嚴重、錯誤類型、未全面溝通、未道歉、本身害怕遭遇醫療錯誤、年輕、非醫療人員。	—
美國149位一般內科門診病人[38]	在輕、中、重度錯誤的情況下, 有被告知與未被告知相比: 【訴】—會告該醫師的比率是<1% vs. 4%、12% vs. 20%、60% vs. 76%; 會舉發該醫師的比率是8% vs. 26%、23% vs. 52%、69% vs. 78%; 皆具顯著差異。 【醫病】—會繼續看該醫師的比率是69% vs. 13%、41% vs. 8%、7% vs. 3%; 皆具顯著差異。	傷害較嚴重	—

註: 「—」表示該文獻無此項內容。

表三 訴訟或投訴案件中病人或家屬的訴求以及主動揭露可能的影響

資訊來源	事故的結果或影響	採取行動的主要原因或訴求	可能影響該行動的因素
荷蘭全國424位向各醫院投訴之病人[24]	—	希望防止別人發生同樣的事(98%)、希望高層知道(89%)、認為發生的事違反正義(83%)、覺得有義務投訴(83%)、防止自己再遭遇同樣的事(80%)、防止事情被隱瞞(74%)。	—
紐西蘭全國592件因醫療過失請求金錢賠償與179位訴求非金錢措施之資料[25]	—	非以金錢賠償為訴求者，50%是尋求矯正措施(改善系統、學到教訓)、39.6%尋求溝通(解釋、道歉或負責)、22.1%是為彌補經濟損失或照護上的協助、12.3%是要求懲處。	與要求金錢賠償有顯著正相關之因素：其受害者30-64歲、社經狀況中等、暫時或永久失能(與死亡相比)。
美國13位醫療糾紛病人與3位家屬組成之4個焦點團體[30]	病人皆表示有因醫療事故而受到身體與財務創傷，情緒創傷似因醫療人員溝通而異。	病人表示當感受到醫療提供者害怕訴訟或想隱瞞錯誤，溝通過程會轉而惡化，病人會更想尋求合理解釋。	道歉以及關注病人與家屬的需要有助於維持醫病關係。誠實與開放應可降低傷害。病人的憤怒似乎與事發後如何被對待比事件本身更有關。
英國227位正在採取法律行動的病人或家屬[39]	71%身體受到嚴重影響，46%在情緒或精神上，50%有嚴重的經濟影響，83.8%表示整體生命受到嚴重影響。90%對事件感到憤怒、80%感到痛苦、55%覺得被背叛、40%有強烈的屈辱感。僅21%有在幾天內就得到解釋，37%沒有得到解釋；87%對解釋不滿意。	依因素分析歸為四大類原因，包括：1.改善照護水準(91.4%希望防止別人發生同樣的事，90.4%要讓醫師知道他們做了什麼)、2.尋求解釋(90.7%要一個解釋、66.8%因感覺被忽略、42.5%因員工事後的態度)、3.要求彌補(86.7%要求承認疏忽、65.6%要求經濟補償)、4.充責(68.4%讓醫師知道我的感受、65.4%因為很生氣、54.7%要讓醫師不能置身事外、47.6%要讓醫師受處罰、45.8%因為這是唯一能處理我的感受的方式、23.2%為報復醫師)。	事後或可避免訴訟的行動：解釋與道歉(39.4%)、矯正錯誤(26.6%)、賠償(18.1%)、發生時作正確處理(16.0%)、承認疏忽(14.9%)、懲處(4.3%)。
美國45個已達成協議的醫療訴訟原告證辭[40]	26.7%死亡、35.6%結構變形、13.3%功能異常、20%情緒問題、4.4%未計載。	71%有記載醫病關係問題，其中31.6%是病人覺得被醫師遺棄，28.9%是病人或家屬的意見未受重視，26.4%是未妥善提供訊息，13.1%是未從病人或家屬的角度瞭解。	31個有被問及是否有醫療人員曾暗示有醫療損失的案例中，34%回答有，其中70%有後面的醫師暗示，23.5%有基層醫師暗示。
英國101位受到手術傷害而投訴的病人[41]	心理傷害程度近似嚴重生命事件、比車禍高，手術後一年的疼痛程度與未治療的術後疼痛相當，心理社會調適比癌症差、與開刀前的冠心病病人相近。僅40%在手術後一週內得到解釋，27%獲得道歉，21%醫療人員承認有責任，81%對術後的解釋不滿意。	—	是否得到足夠解釋與心理傷害程度以及心理社會調適狀況皆有顯著負相關。但病人是否認為事故應可避免、是否責怪醫護等則與其心理傷害程度與調適狀況無顯著相關。
美國127個週產期醫療傷害訴訟結案之家庭[42]	—	提告的原因：33%有別人建議，24%需要錢照顧，24%發現被隱瞞，23%因孩子可能沒有未來，20%為了知道真相、得到更多資訊，19%表示要為讓醫師不會再發生疏忽或要報復醫師。醫病溝通方面，48%認為醫師誤導家屬、32%說醫師不願談、13%說醫師不肯聽，70%未告知會有長期問題。34%醫療人員有告知是照護導致問題，這些家長提告的原因一半是因別人建議而非其他不滿或考量，與未被告知者有顯著不同。	—

註：「—」表示該文獻無此項內容。

計發現：未結案數從262件降至114件，平均結案時間從20.7個月降至9.5個月，每年訴訟成本從3百萬美金降至1百萬[28]。

還有哪些因素會影響病人對醫療錯誤的反應？

研究發現，除了是否有主動揭露以外，傷害的嚴重性、錯誤類型、是否迅速反應處理、有無全面溝通、道歉以及年齡等，亦與受訪者的負面反應有顯著相關[26,27,32,33,38]。再次顯示醫療錯誤的風險管理與危機處理應該要包含一套完整的規劃。

討論與建議

雖然歐美大力提倡醫師有主動揭露醫療錯誤的倫理義務[44,45]，但落實情況仍與病人及社會大眾的期望有相當落差。究其原因，可能和醫師擔心主動揭露會引起醫療糾紛、會傷害到醫病關係或礙於自尊心難以啟口等因素有關。在2002年全美國的醫院調查中，77%表示推動主動揭露的主要障礙是擔心引發醫療糾紛、其次是擔心員工反對(52%)和擔心嚇到病人(26%)[17]，最近對美國與加拿大醫師的調查也指出，74%醫師覺得向病人揭露嚴重錯誤是很難啟口的事；承認可能會因擔心被告而傾向不揭露的醫師，在態度上亦比較不會強烈支持主動揭露，反之，相信主動揭露可使病人比較不告自己的醫師則比較會強烈支持主動揭露[46]。因此，在醫學倫理的規範與道德訴求之外，如能輔以更多客觀的研究證據以幫助醫護人員及醫療管理者克服相關疑慮，應更有助於落實保護病人權益的初衷。

本研究廣泛回顧以病人、家屬或民眾為對象所作的調查或研究，並未發現有證據顯示主動揭露會增加醫療糾紛或訴訟，相反的，在大多數的假設狀況下，有主動揭露時病人想要訴諸法律的比率會比由病人或家屬自行發現者低，而且病人信賴度、情緒、醫病關係與醫院形象所受到的傷害也會比較小；採取法律行動的病人或家屬亦認為，發

生醫療錯誤後如能採取某些措施，例如：妥予解釋與道歉、矯正錯誤、賠償、作正確處理或承認疏失等，許多訴訟應是可以避免的。美國Lexington榮民醫學中心與密西根大學醫療體系的實際經驗都發現：全面推動主動揭露政策後，醫療訴訟支出大幅降低而非升高，值得借鏡。

本回顧發現，探討病人、家屬或民眾對主動揭露看法或反應的研究有兩大主要類型：一是以各種假設性狀況來詢問受訪者的看法和反應，另一是對醫療告訴或投訴案件進行分析或調查；尚缺乏有對照組的個案對照或世代追蹤研究以及實驗性或半實驗性的介入性研究，可能與是類事件具高度敏感性、在設計與執行上有其實際困難有關。此外，病人安全在近十年開始受到重視，不久先進國家即提倡主動揭露[5,11]，在隱瞞重大醫療錯誤已被視為不符倫理的情況下，自然亦無法進行有對照組(即有一組是醫師未主動揭露或故意不揭露)的前瞻式觀察性或介入性研究。至於若要進行以病人或家屬為對象的個案對照研究，也可能因醫院或醫師擔心此舉會使原本未被告知者因而知情、有引發醫療糾紛之虞，而缺乏研究意願。因此乃必須借助假設性狀況來進行調查，或者從醫療告訴或投訴案件作進一步分析。但這兩種方法皆有其研究上的限制。

以假設性狀況進行調查，其先天上的限制是會被質疑和真實狀況下的反應未必一樣；狀況的設計也難有一套客觀標準，此亦可能影響受訪者反應。此外，這類調查在比較受訪者對醫師有無主動揭露的反應時，受訪者是在知道有醫療錯誤發生的情況下回答；其研究結果比較可以推論到：對於病人或家屬會察覺的錯誤，主動揭露應會比由病人或家屬自行發現者有較低的訴訟風險與維持住較佳的醫病關係。但當臨床上面對的是病人或家屬尚不知情的狀況，主動揭露是否亦可能因造成知情反而引發額外的訴訟風險？以及整體而言，主動揭露所減少的訴訟是不是多於額外引發的訴訟風險？並無法從假設性狀況所作的研究得知。此部份需由其他管道尋求證據。

以醫療告訴或投訴案件進行的分析或調查是從經歷過醫療錯誤且採取行動的實際個案進行瞭解，可彌補部份前述假設性調查先天上的不足。但其限制是：事後的分析是提供關聯性佐證，尚非直接證明主動揭露可以減少醫療訴訟。而且，因為缺乏未提告者做為對照組，並無法比較在類似的醫療錯誤中沒有提出告訴者其醫師是不是有較高比率有主動揭露、妥善說明，或者是因為有較高比率的病人與家屬不知情才未提出告訴。與假設性研究類似的限制是，雖然可以推論主動揭露應可減少部份訴訟，但無法得知其是否亦會造成額外訴訟，以及整體的效應會是如何。

要在不違反倫理的前提下彌補前述研究之不足，可對於已導入主動揭露政策的醫院，回顧其導入前後醫療糾紛的發生狀況與訴訟花費，雖然僅是案例報告性質，仍可提供具參考價值的資料。而在尚未全面要求或普遍實施主動揭露的國家或地區(例如我國)，則可對於即將導入主動揭露政策的醫院設計半實驗性的研究(Quasi-experimental design)，審慎追蹤實施前後其醫療錯誤的處理情形與效應，可能的話再加上未導入的醫院作對照，可提高其證據說服力。此外，亦可以以醫師為對象進行調查，詢問曾發生醫療錯誤的醫師主動揭露的狀況與事件後續的發展，比較兩者間之關係。

美國JCAHO在2001年起全面要求參與評鑑的醫療機構人員主動揭露不良事件，其經驗某種程度提供了回應前述疑慮的訊息。自1987年即推動人性化風險管理的Lexington榮民醫學中心與2002年起推動全面主動揭露的密西根大學醫療體系都發現：在政策推動後，醫療訴訟支出不但未增加，反而大幅降低[16,28]；顯示從政府與醫院採取系統性的政策以追求醫病雙贏，應是值得期待的。前述美、加醫師的調查雖發現74%醫師覺得主動揭露嚴重錯誤很難啟口，但58%的醫師有向病人揭露嚴重錯誤的經驗；其中85%對於揭露的對話過程感到滿意，74%表示揭露對醫病關係的影響是正面的或是沒有影響，並有74%表示在揭露後覺得鬆了一口氣[46]，

顯示從醫師個人主動揭露的實際經驗來看，亦以正面的結果居大多數。

本研究綜合文獻回顧之發現以及英、美、澳等國主動揭露指引之內容，對於臨床上進行主動揭露提出以下建議，供醫界作為推動時之參考：

1. 醫院推動主動揭露需要有整體性的政策，並須給予醫療人員鼓勵及支持。
2. 發現有涉及病人的醫療錯誤時，應立即作妥善處理，將病人的傷害減至最低。
3. 對醫療錯誤之後續反應宜依錯誤嚴重度分級處理。有造成重度傷害的醫療錯誤(例如造成死亡，失能，需要開刀或重度照護，或導致臨床處理需作重大改變者)，宜以團隊方式處理，並要有風險管理人員或高階幕僚參與；輕度錯誤可以由直接相關的臨床人員處理；有涉及病人但沒有造成傷害的錯誤(例如發錯藥給病人但尚未使用)者，可視情況決定是否揭露；至於未涉及病人的錯誤則無須揭露。
4. 主動揭露的時機：一旦發現有因醫療錯誤造成病人傷害時，應儘可能在最短時間內向病人(及其家屬)主動揭露；及早主動承認對於維持信任非常重要。
5. 初步的說明：應秉持透明、誠實的原則，清晰地告知病人發生什麼事、對病人可能的影響、以及將如何處理等。至於發生的原因與經過等涉及可能需要查證的細節，可等釐清後再說明。
6. 要表達遺憾並誠懇的向病人道歉：對許多醫師而言，道歉是最難出口的話，但對於病人與醫師所受的心理創傷卻往往具有最大的療癒力量。道歉是因為病人受到傷害，而不表示是錯在醫師。至於法律面的問題，下面另作建議。
7. 要展現負責任而非推諉的態度，積極處理和回應，並說明未來會如何預防類似事件發生。
8. 要主動詢問以瞭解病人與家屬的感受和期

望，並持續給予精神上的支持。

9. 醫療錯誤發生後，原來的醫師宜儘可能繼續提供病人照護，並付出更多心力，維護醫病關係。
10. 提供後續聯繫窗口。
11. 必要時給予病家適當的賠償或費用補助 [10,11,47]。

對於政府與醫界，本研究建議：

1. 應正視受害病人之權益，提昇醫界對主動揭露之重視與瞭解，共同以具體行動減少猜疑對立、追求醫病雙贏。
2. 應及早針對主動揭露問題展開研究，建立本土化資料。
3. 應訂定我國之主動揭露或醫療不良事件溝通指引，並加強醫療人員教育訓練，以釐清疑慮、建立正確態度，並知道如何進行主動揭露。
4. 將主動揭露列為醫療不良事件處理機制中重要的一環，並考慮在國家政策面給予鼓勵或輔導。
5. 發展支持主動揭露的管理與法制體系：醫院對於發生醫療錯誤並誠實通報與揭露的醫療人員應給予精神面、技術面、法律面與經濟面的支持和協助；政府亦應結合醫事與法律團體，研議如何防止揭露與道歉被用為訴訟中不利於醫師的證據，以去除醫病溝通之潛在障礙。

參考文獻

1. 侯勝茂、陳欣欣：提昇病人安全的新作為。台灣醫學 2004；8：504-9。
2. 行政院衛生署：95年度新制醫院評鑑基準。台北：行政院衛生署，2006。
3. Gallagher TH, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. Arch Intern Med 2005;165:1819-24.
4. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. Qual Saf Health Care 2004;13:3-5.
5. Liang BA. A system of medical error disclosure. Qual Saf Health Care 2002;11:64-8.

6. Kalra J, Massey KL, Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice. J R Soc Med 2005;98:307-9.
7. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006;32:344-50.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Health care at the crossroads: strategies for improving the medical liability system and preventing patient injury, 2005. Available at: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/167DD821-A395-48FD-87F9-6AB12BCACB0F/0/Medical_Liability.pdf. Accessed October 9, 2006.
9. General Medical Council. Good Medical Practice. London: GMC, 1998.
10. National Patient Safety Agency. Being Open: Communicating Patient Safety Incidents with Patients and Their Carers. London: National Patient Safety Agency, 2005.
11. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care, 2003. Available at: [http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/3D5F114646CEF93DCA2571D5000BFEB7/\\$File/OpenDisclosure_web.pdf](http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/3D5F114646CEF93DCA2571D5000BFEB7/$File/OpenDisclosure_web.pdf). Accessed October 9, 2006.
12. Berlinger N, Wu AW. Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. J Med Ethics 2005;31:106-8.
13. Leape L. Understanding the power of apology: how saying "I'm sorry" helps heal patients and caregivers. Focus on Patient Saf 2005;8:1-3.
14. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. N Engl J Med 2006;354:2205-8.
15. Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. Health Aff (Millwood) 2004;23:22-32.
16. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med 1999;131:963-7.
17. Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RM, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. Health Aff (Millwood) 2003;22:73-83.
18. Weissman JS, Annas CL, Epstein AM, et al. Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. JAMA 2005;293:1359-66.
19. Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, et al.

- Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;**166**:1585-93.
20. 中華民國醫師公會全國聯合會：醫師倫理規範。 <http://www.tma.tw/ethical/index.asp>。引用2006/10/12。
 21. The Kaiser Family Foundation/ Agency for Healthcare Research and Quality. 2006 update on consumers' views of patient safety and quality information. Available at: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7560.pdf>. Accessed October 13, 2006.
 22. Itoh K, Andersen HB, Madsen MD, Ostergaard D, Ikeno M. Patient views of adverse events: comparisons of self-reported healthcare staff attitudes with disclosure of accident information. *Appl Ergon* 2006;**37**:513-23.
 23. Espin S, Levinson W, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Error or "act of God"? A study of patients' and operating room team members' perceptions of error definition, reporting, and disclosure. *Surgery* 2006;**139**:6-14.
 24. Friele RD, Sluijs EM. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Serv Res* 2006;**6**:106.
 25. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ* 2006;**175**:889-94.
 26. Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV. Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Qual Saf Health Care* 2006;**15**:136-41.
 27. Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH. Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *J Gen Intern Med* 2006;**21**:704-10.
 28. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006;**354**:2205-8.
 29. Hobgood C, Tamayo-Sarver JH, Elms A, Weiner B. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. *Pediatrics* 2005;**116**:1276-86.
 30. Dulcos CW, Eichler M, Taylor L, et al. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005;**17**:479-86.
 31. The Kaiser Family Foundation/ Agency for Healthcare Research and Quality/ Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information, 2004. Available at: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/National-Survey-on-Consumers-Experiences-With-Patient-Safety-and-Quality-Information-Survey-Summary-and-Chartpack.pdf>. Accessed October 13, 2006.
 32. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004;**140**:409-18.
 33. Schwappach DLB, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care* 2004;**16**:317-26.
 34. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;**289**:1001-7.
 35. Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K. Medical errors—what and when: what do patients want to know? *Acad Emerg Med* 2002;**9**:1156-61.
 36. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;**347**:1933-40.
 37. Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ* 1999;**318**:640-1.
 38. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med* 1996;**156**:2565-9.
 39. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do patients sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;**343**:1609-13.
 40. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;**154**:1365-70.
 41. Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patients' experience of surgical accidents. *Qual Health Care* 1993;**2**:77-82.
 42. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA* 1992;**267**:1359-63.
 43. Kraman SS, Cranfill L, Hamm G, Woodard T, John M. Eisenberg Patient Safety Awards. Advocacy: the Lexington Veterans Affairs Medical Center. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;**28**:646-50.
 44. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: Current

- Opinions with Annotations. Chicago, Ill:American Medical Association, 1997;8,12,125.
45. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians:23. Disclosure of medical error. CMAJ 2001;**164**:509-13.
 46. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med 2006;**166**:1605-11.
 47. The Full Disclosure Working Groups of Harvard Hospitals. When Things Go Wrong:Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington, MA:Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006.

Views of patients and the public regarding physician disclosure of medical errors - a review of empirical literature

SHU-TI CHIOU

Disclosure is an important issue in handling medical errors. It is proclaimed as ethical obligation of physicians in many developed countries and is included in the accreditation standards by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) in the U.S. Experts in Taiwan noticed this issue in recent years, but tremendous doubt of its necessity and effect still exists in medical society. Understanding the views of patients and the public regarding physician disclosure of medical errors and clarifying their potential impact on malpractice liability and the patient-physician relationship will provide needed information to assist with decision making in medical society and healthcare management. Data was gathered by comprehensively searching for empirical studies involving the views or response of patients, families, or the public towards disclosure of medical errors published in the English or Chinese language before 2006 July. We found and reviewed 14 surveys or qualitative studies using hypothetical scenarios, 7 studies which analyzed the causes of lawsuits or complaints, and 2 interventional case reports. It was found that patients and the public universally wanted the physicians to tell them the truth of everything as soon as possible once a medical error occurred. Under most hypothetical scenarios, patients had significantly lower intention to take legal action if the error was disclosed versus nondisclosure of the error. The severity and type of errors as well as other aspects of management after the events also affected patient response. Analysis of lawsuits and claims found that the most common reasons for action were to prevent similar events in the future or to get more information and explanation about the truth. Experiences from Lexington Veterans Affairs Medical Center and the University of Michigan Health System in the U.S. showed that implementing hospital-wide disclosure policy led to a significant reduction in their liability costs. We concluded that disclosing medical errors is not only an ethical obligation but also a way to reduce liability costs. To develop an appropriate model in Taiwan, we suggest that Taiwan should launch more investigations in this field and perform conscientious evaluations while introducing the disclosure system into hospitals. (*Taiwan J Public Health*. 2007;**26**(5):339-352)

Key Words: *disclosure, medical errors, patient safety*

Institute of Public Health & Department of Social Medicine, National Yang-Ming University, No. 155, Section 2, Linong Street, Beitou District, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Correspondence author. E-mail: stchiou@ym.edu.tw

Received: Nov 23, 2006 Accepted: Aug 22, 2007