



精進醫學 教育之道

口述 / 楊仁宏 慈濟大學醫學院院長

當今全球的醫學教育，美國居於執牛耳的地位，而美國醫學教育脫胎換骨的起點，始於一九一〇年發表的「弗雷斯納報告書（Flexner Report）」。作者亞伯拉罕·弗雷斯納（Abraham Flexner）是一位教育家，他不是醫師，而是一位高中校長。他在美國醫學會（AMA, American Medical Association）與卡內基基金會（Carnegie Foundation）的共同邀請之下，做了北美一百五十五所的醫學院評鑑；評鑑報告出來之後，十年之內美國的醫學院幾乎關了快一半！但是美國醫學界自此脫胎換骨、領導全世界的醫學教育的潮流發展。

一百年之後，卡內基基金會邀請美國加州大學舊金山分校（UCSF）的大衛·厄比教授（Prof. David Irby）等人訪問美國近二十所醫學院，在二〇一〇年發表《培育醫師（Educating Physicians）》一書。二〇一六年十一月七至八日，第六屆慈濟醫學教育日舉辦「會後工作坊」，邀請的講者陳凱莉教授（Prof. Carrie Chen）就是師承厄比教授，並曾與他在美國加州大學舊金山分校一同推動醫學教育。陳凱莉教授本身是一位小兒科醫師，她是在屏東出生的臺灣人，除了師承大衛·厄比教授，她也向荷蘭醫學教育專家歐萊·騰卡特（Olle ten Cate）教授學習「可信賴的專業表現（Entrustable Professional Activities, EPA）」，目前是喬治城（Georgetown）大學醫學院副院長。

EPA 是騰卡特教授所倡議，二〇〇六年他首先提出 EPA 這個觀念，所謂的 EPA，指的是學員「能夠被信任而獨立執行的專業醫療行為」，例如一場手術。每一個 EPA 都是日常醫療所進行的任務或工作，可以串聯與核心能力銜接。在二〇一四年時，我就曾邀請新加坡大學的馬修教授（Prof. Matthew Gwee）前來演講介紹 EPA，但在當時大家還沒準備好，沒有意識到 EPA

的重要性。現在時機成熟，客觀環境也朝著這個趨勢發展，最近我才剛代表醫策會擔任教學醫院評鑑委員的訓練講師，向評鑑委員們介紹 EPA，這是醫策會目前正要推動納入教學醫院評鑑的重要項目。我們的老師和臨床醫師必須趁此機會開始認識 EPA，否則將會來不及因應醫學教育發展的新趨勢。

十一月七日的 EPA 培訓工作坊，陳凱莉教授從為什麼需要 EPA 開始導入，到如何撰寫設計、評量 EPA 整個流程，讓參與的醫師、醫技與護理等近三十位同仁獲益良多。過去我們所談的六大核心能力，範圍較為抽象，不易落實在平日的診療工作，EPA 的目的就是要把抽象的概念融入臨床課程，藉結合平日的診療，老師也可以依此去設計課程，進而成為可以實質評量的活動。比如說病人照護，包括：病史詢問、生理檢查、實驗數據判讀等，怎麼樣跟醫師或是學生的臨床工作連結，這個連結目前是缺乏的。例如：醫病關係的建立，要懂得溝通技巧，當然更要具備醫學知識；透過 EPA，我們可以配合具體實作來評

二〇一六年十一月七日，美國喬治城大學醫學院副院長陳凱莉教授主持第六屆慈濟醫學教育日會後工作坊。攝影／麥宇婷





羅彥宇醫師向陳凱莉教授討論應用 EPA 醫學教育的方式。攝影／麥宇婷

量。EPA 可以分成五個等級，醫學生一般能夠做到第三個等級就算合格，PGY（畢業後一般醫學訓練）或住院醫師則是要求到第四或第五個等級。目前世界各國對於 EPA 的要求項目各有不同，內容也還在改變中，我們要仔細思考，哪些是適合慈濟醫學教育的，做慎重且通盤的考量。

傾力提倡師資培育 增強教師改變意願

在臺灣，成大醫學院創院院長黃崑巖教授，於二〇〇〇年第一次在醫學院與教學醫院正式倡議師資培育對於醫學教育改革的重要。黃崑巖教授是醫學教育評鑑委員會 (TMAC) 創會的第一任主任委員，黃教授覺得既然要進行課程改革，引進新的教學策略與方法，一定要做教師的培育與發展，所以各個醫學院

才開始成立師資培育中心或是教師發展中心，這個概念相較於歐美大概已落後了三、四十年以上。

十一月八日工作坊的主持人伊芳·斯坦納特教授 (Prof. Yvonne Steinert) 是麥基爾大學醫學教育中心的主任，斯坦納特教授延續其前任主任李察·克魯士教授 (Prof. Richard Cruess) 的志業，他們都是世界級的醫學專業素養權威。克魯士先生與他的夫人希爾薇亞·克魯士 (Prof. Sylvia Cruess) 都已年逾八十五歲，仍然非常活躍於世界各地的重要醫學教育會議，兩人也曾在七年前來過慈濟大學與花蓮慈院。斯坦納特教授對於醫學師資培育也投注相當多的心力，在歐洲醫學教育學會 (AMEE, Association for Medical Education in Europe)，或是美國、亞太的醫學教育研討會上，都是最受歡迎的主講人。她認為，要從動機來引發教師的興趣，讓教師主動參與教學活動，而不是以形式、評鑑要求，甚至用考績評核為手段。教師們自己願意改變，才是比較好的師資培育發展模式。

在醫學教育日課程之後，特別安排工作坊，目的就是因為要強調它的重要性，讓大家把這段時間整個空下來，真的放下其他事務，好好跟著陳凱莉與斯坦納特兩位專家來進行 EPA 與醫學專業素養的思考。就像上人講的「靜寂清澄，志玄虛漠」，需要寧靜、專注的時刻，才有辦法去更清楚地去認識。什麼是專業？上人說「用心就是專業」，在當下這個時刻，老師很用心在思考這兩個問題，專業的創意跟做法可能就會衍生出來。

導正非專業行為

至於醫療上的專業，譬如說糖尿病的發生率多少、死亡率多少，用什麼藥物來治療；會不會開刀、如何處理傷口，這些都是技術層面，很容易學得到，但是態度跟價值觀就不一樣了。日前有一則新聞，一位骨科的名醫，為了要賺取自費人工關節的差價，他跟廠商拿回扣，又詐欺健保署說他用的是健保給付的關節，等於換一次人工關節讓他轉手賺了兩次，這完全是專業素養的問題，也可以說是醫德的問題。我們怎麼去評估醫德？當然不是填寫問卷或是任何單一方法，就可以了解一個醫師的專業素養。

美國的研究顯示，經常會有醫療糾紛或是醫療法律問題的醫師，或是與病人、與廠商之間的利益糾葛不清的醫師，回頭去探尋他們過去在醫學院、在校學習時的紀錄就不好。專業素養在學生時代就可以開始處理，面對這些「非專業行為」，我們找出不符合倫理素養的學生，再給予指導、導正。在臺灣，我們常常為了面子、為了息事寧人、為了人情包袱，沒有辦法有效地處理這樣的問題醫學生。

醫病互相信任 共享醫療決策

所謂的價值觀，並不是像白紙黑字一樣一翻兩瞪眼，只有是跟非而已；從黑到白之間會有很長的灰色地帶，這裡面不是一刀兩切、黑白涇渭分明。就醫療上的現實面來說，專業素養就是會牽扯到人性的這一面，這一方面通常呈現的現象不是絕對的對、或是絕對的錯，中間的過程就是我們要教育的，來改善這些比較不好的行為。

專業素養，舉凡正直誠信、尊重病人，或是團隊合作，都是抽象的概念。譬如跟病人詢問病史，對病人做身體檢查的時候，有沒有去尊重病人的感覺？當你去按壓病人的肚子，病人一定會痛，如果先跟他講一下，「我現在要檢查您的腹部，按的時候會有點痛」，那病人至少心裡就會覺得比較舒服一點，這就是一種尊重的行為。怎麼樣把這種抽象的觀念變成可以具體觀察的行為，就是我們在努力的部分。

怎麼樣的一個人是「值得信任」的？我們常常簡單講「憑感覺」，是一個整體的感覺、綜合的判斷。那麼，為什麼一個醫生值得信任？當護理站在晚上八點呼叫實習醫學生時，「我這邊有點事情」、「喔那個不急沒有關係！」，他就是不出現，或是延遲了很久才來，沒有馬上進行處理。直到十點、十一點，病人已經睡著之後他才來，這個行為就不太恰當。如果他在每一個臨床科別表現都是這個樣子，這位醫學生就不太值得信任。

如果病人問醫師「我要不要開刀？」醫師這樣回答：「你這邊得癌症，不開的話以後就是擴散，所以你自己看著辦。」把責任推給病人，或是「你要聽我的，要不然你就另找高明。」

對病人來說，醫生這樣的態度是不太能信任的。好的溝通方式，應該是要「共享醫療決策（Shared Decision Making）」。

教學蘊含慈濟人文 改善行為反饋評量

我們對於學生的評估方法，就是如同過去國家考試只考紙筆測驗。紙筆測驗考得好，有時候很重要，因為知識面也很重要，尤其處理病人問題時，你不能光是人好而沒有足夠的、正確的、與時俱進的相關醫療知識，會造成病情的延誤。迷你臨床演練評量（mini-CEX）、三百六十度評量或是專業素養迷你評量演練（p-MEX）等評估方法，各有它的用處，但沒有一種方法是黃金標準。倘若評量的越偏向人性或是價值觀方面的問題，就越沒有辦法使用這些評量表來量化，而是必須仰賴質性的評量，例如直接的觀察，或是看病歷的紀錄，可以從頭來檢視這個學生到底學得好不好、照顧病人是否合宜等。

要改善學生的問題，就必須給予回饋，良好的回饋相當重要。舉一個例子，在電梯裡面，不應該去談論病人的隱私跟病情，或者是學生把開刀房所見與手術過程的照片公開在臉書(Facebook)上，很明顯地這是不對的。這次的工作坊很強調的是，要先聽學生講一講他的看法，他為什麼要去做這件事情，



加拿大麥基爾大學醫學教育中心主任伊芳·斯坦納特教授，向工作坊學員介紹評估的方法。攝影／麥宇婷

而不是一開始就責罵或是處罰，這樣更有機會改變他的心理或行為。我們先聽他講，接下來我們再請他想想看，如果被公開談論的是你的朋友、甚至是你的家人，你的感受是怎麼樣？會談之後你就會發現，你給他回饋了，而且不是用責備的方式，他反而會真的好好思考，就不會再做了。如果你對他施予處罰，這是我們最常見的處理方式，這樣的話他跟你就會互相敵視，下一次他再看到你便會離得遠遠的，師生之間也不容易再維持良好的關係。我們的目的其實並不是這樣，我們希望學生能夠改善行為，學生覺得老師是真的很關心他，而且也得到了幫助，師生關係因此而更加融洽。專業素養就是透過這樣的過程，讓學生的行為獲得改善。典範學習的重要性亦即在此。

我很同意斯坦納特教授的結論，她認為無論是專業素養也好、師資培育發展也好，最重要的關鍵不在於資源或是投入的金錢，而是在機構或校園文化方面的問題。她還提到「意識形態」，我們要有開放的心胸，要能夠接受新的事物與觀念，最重要的還是整個機構文化的改變，這個部分是需要長時間、慢慢地來經營。最後，她用了一個字，就是「soul（靈魂）」，也就是精神的部分，這個部分是我們慈濟最棒的地方。上人的目標與宗旨非常清楚，慈悲喜捨，「內修誠正信實」就是專業素養、人文素養，「外行慈悲喜捨」就是外顯行為，不過這些是很高的境界層面。怎麼樣把慈悲喜捨的概念化為具體行為，譬如說看看我們的志工做了哪些事情，我們覺得那是慈悲的行為，把那些行為去看、去分析，也許我們可以開發出一系列屬於我們自己的專業素養教學與評估模式，而成為具有特色也可以推廣的模式，這是我們期待未來的發展。

每次會議結束，就是另外一個挑戰的開始。到了二〇一七年十一、十二月時，我們會再問，這一年我們做了哪些東西？有沒有什麼精進之處？接下來，我們希望慈大醫學院醫學、中醫、護理、物理治療系以及花蓮慈院教學部，甚至是大林、臺北、臺中慈院，整個醫療志業能夠同步的成長。第一個部分是共同發展的領域，雖然每家醫院醫療的特色與發展的情況各有不同，但是也有一些相同的面向，譬如說標準化病人需要共同發展，

它的演出需要一定程度的訓練，醫療志業在這方面可以同步來規畫。第二個部分，EPA 是一個很重要的項目，它跟課程設計、評量都有關係，需要整體的考量。某些臨床科別例如急診、家醫科，大林慈院可能有意先行啟動。第三，是如何更有效來協調四大主要教學醫院的教學或師資培育活動，目前我們是透過醫療志業醫學教育暨研究管理委員會的形式在運作，但是比較缺少核心幕僚群；希望將來在志業體內規畫一個「醫學教育中心」，有工作人員可以專職、專責的在中心裡面協助推動慈濟醫學教育的卓越發展。二〇一七年有花蓮及大林慈院的醫院評鑑和教學醫院評鑑，許多工作和資料都需要積極準備。在推動新事務跟準備評鑑蒐集資料雙方面的考量之下，許多的想法與規劃，尤其是抽象不易理解、不易推動的部分，我們要逐步踏實，需要時間來推動與發展。（訪問／魏瑋廷 整理／羅意澐、沈健民）



慈濟大學醫學院楊仁宏院長（中）也參加工作坊課程。攝影／麥宇婷