



IOF
CAPTURE *the*
FRACTURE

最佳執業藍圖骨折聯合照護

設立標準

研究表明，骨折聯合照護(Fracture Liaison Service)模式對於預防次發性骨折最具成本效益。這種系統性方法採用骨折照護個案管師，不僅可以減少骨折的再次發生，還可以為健保系統節省成本，提高病人的生活品質。

預防次發性骨折最佳執業藍圖

「最佳執業藍圖」(Best Practice Framework, BPF)是國際上認可同行評審的預防次發性骨質疏鬆性骨折的準則。「最佳執業藍圖」推廣基於骨折照護個管師的照護模式，稱為骨折聯合照護(Fracture Liaison Service, FLS)，作為所有治療骨鬆性骨折患者的醫院和門診設施所採納的首選模式。「最佳執業藍圖」有兩個主要目的：

- 為實施骨折聯合照護的機構提供指南
- 為尋求改善現有服務的已有骨折聯合照護模式設立標竿

「最佳執業藍圖」針對對於骨折聯合照護成功所必不可少的要素，設立了一系列13項標準，也包括理想目標，從而鼓勵追求卓越。每項標準都給出標準和目標，細分為三個等級的成就：金獎、銀獎、銅獎。

表彰卓越

「攔阻骨折」透過線上互動地圖表彰所有遵守最佳執業藍圖骨折照護醫院。申請流程如下：

第1步

骨折照護醫院提交申請



第2步

骨折照護醫院被標記為綠色和已審查



第3步

被授予最佳執業藍圖等級



第4步

骨折照護醫院在地圖上被標示出來



如果想參與或者為你們的骨折照護醫院申請評級，請訪問：

www.capturethefracture.org

最佳執業藍圖

1. 病人辨識

能夠辨識出在醫療機構服務範疇內的骨折病人(住院 及/或 門診，或整個醫療體系中)，以促成執行續發性骨折的預防服務。

本標準的意涵，是在確認骨折病人被發現的途徑。本標準承認有些醫療機構將只處理住院病人，有些將只處理門診病人，有些將處理兩者。

提名平台問卷(NPQ)將尋問該醫療機構服務的範疇中，將包含那一類骨折病人。

層級1

可辨識出臨床上骨折病人，但沒有任何追蹤系統，來評估骨折病人中有多少百分比是已被辨識出，而多少百分比沒有被辨識出。

指示小記/理由

該醫療機構沒有任何系統，來追蹤每一個就醫的骨折病人個案，所以無法準確的確認上述病人中，(FLS)服務有接觸的比例。

層級2

可辨識出臨床上骨折病人，且有一個追蹤系統，來評估骨折病人中有多少百分比是已被辨識出，而多少百分比沒有被辨識出。

指示小記/理由

該醫療機構有一個系統，來追蹤每一個就醫的骨折病人個案，所以能夠準確的確認上述病人中，(FLS)服務有接觸的比例。

層級3

可辨識出臨床上骨折病人，且有一個追蹤系統，來評估骨折病人中有多少百分比是已被辨識出，而多少百分比沒有被辨識出。該系統的資料截取品質，有獨立的回顧

指示小記/理由

該醫療機構有一個系統，來追蹤每一個就醫的骨折病人個案，而且該統計資料的品質控制評估是獨立在提供骨折後照護團隊成員以外的。如一個本來就存在的全院性資料品管團隊，或臨床資料建碼團隊。這樣的團隊可以建立該醫院/體系的內部或外部

本評核了解每個醫療機構/體系將使用不同的方式來定義所謂的「骨折病人」族群，可以是診斷(如 ICD, CIM10)，病人年齡，骨折類別等等。一旦找出「骨折病人」，則能啟動續發性骨折預防。

2. 病人評估

辨識出在該醫療機構服務範疇的骨折病人，會評估其未來骨折風險。

本標準注重於接受評估日後發生骨折風險病人的數目。此標準的本意在確認該醫療機構或體系中，發生骨折病人接受評估未來骨折風險的比例。本標準承認有些醫療機構將只處理住院病人，有些將只處理門診病人，有些將處理兩者。本標準也承認在某此狀況下，最好的執業模式是省略掉骨折風險評估，直接進入治療流程(如80歲以上病人)

層級1

在已辨識出(骨折)，且不必
要進展至立刻需要治療的病
人中，接受評估之後的骨折
風險者達50%

層級2

在已辨識出(骨折)，且不必
要進展至立刻需要治療的病
人中，接受評估之後的骨折
風險者達70%

層級3

在已辨識出(骨折)，且不必
要進展至立刻需要治療的病
人中，接受評估之後的骨折
風險者達90%

評估本標準時，將考慮評估失智或認知功能障礙病人的困難性。

3. 骨折後評估時限

當(病人)發生骨折之後，能適時進行骨折後評估，以預防續發性骨折。

本標準注重於未來骨折風險評估的時限。該評估可由任何一個合格的服務提供者來進行，但必須由FLS個案管理師來追蹤，而且必須包含適切的骨折後評估要件，如骨密度檢查，風險評估，或其他與該病人相關的評估方式。這樣做是為了確保完成正式的骨折風險評估。

層級1

在臨床骨折表現後13-16週之內，進行為預防續發性骨折的骨折後評估。

指示小記/理由

本標準適用病人的比例，是由標準2中50%，70%，90%範圍來達到層級1，層級2，層級3來定義的。

層級2

在臨床骨折表現後9-12週之內，進行為預防續發性骨折的骨折後評估。

指示小記/理由

本標準適用病人的比例，是由標準2中50%，70%，90%範圍來達到層級1，層級2，層級3來定義的。

層級3

在臨床骨折表現後8週之內，進行為預防續發性骨折的骨折後評估。

指示小記/理由

本標準適用病人的比例，是由標準2中50%，70%，90%範圍來達到層級1，層級2，層級3來定義的。

(我們)鼓勵申請者在報告為續發性骨折預防進行骨折後評估期限時，是利用該醫療機構/體系的平均時限之協定為準，儘量報一個準確的期間。然而要注意的是，病人骨折後超過4個月才完成骨折後評估是太晚的。

4. 脊椎(壓迫性)骨折

該醫療機構有一個系統，在之前沒有辨識出未被發現的脊椎(壓迫性)骨折病人，並評估續發性骨折預防事項。

絕大多數的脊椎(壓迫性)骨折並未被發現或偵測到。本標準的意涵是評核該醫療機構能夠建立何種系統，來辨識出所有因各種原因就診及／或住院的病人中，發生脊椎(壓迫性)骨折的個案。除了骨密度外，對脊椎(壓迫性)骨折狀態的了解，已證實可明顯改善續發性骨折風險的預測能力。

層級1

臨床脊椎(壓迫性)骨折病人已進行評估，且／或接受治療，以達到續發性骨折預防

指示小記／理由

在FLS非脊椎骨折的病人中，如果使用脊椎骨折評估(VFA)技術來偵測，可以找出接近25%脊椎變形。本標準承認，某些骨折病人，進行脊椎骨折評估(VFA)可能對改變治療方式而言，並不實際，如髖部骨折病人。

層級2

非脊椎骨折病人，常規性接受以DXA(可能的話以脊椎X光)的側面脊椎形態檢查，來評估脊椎(壓迫性)骨折。

指示小記／理由

當病人因不是先前骨折病史被轉介至地方的骨密度中心進行DXA檢查時，確定脊椎(壓迫性)骨折狀態，可能會顯著影響部分病人的治療決策

層級3

醫療機構內放射科醫師在X光，CT及MRI上報告有脊椎(壓迫性)骨折病人(不管是不是偶然發現的)，FLS都能辨識出為治療與續發性骨折預防進行評估。

指示小記／理由

50歲以上的病人，在其他病況照護進程中，累積了大量影像資料，是一個能顯著地增加辨認過去未被發現脊椎(壓迫性)骨折病人辨識出率的機會。

本標準承認，脊椎(壓迫性)骨折病人是很難辨識的。本標準有一個遠大的企圖，但是因為脊椎(壓迫性)骨折是最常見的脆弱性骨折，在此藍圖中，沒有試著去辨識脊椎(壓迫性)骨折，將是一種懈怠。

5. 評估指引

該醫療機構之續發性骨折預防評估，以決定治療需求(流程)，是與地方／地區／國家級指引一致。

本標準的意涵是兩方面的。首先，本標準要求該醫療機構遵從經同儕回顧的地方／地區／國家級指引。再者，本標準強調，一個有效的FLS可以表現出重要的領導地位，來支持全國各地醫療組織體系的同仁。一個健全的FLS，應該在游說及草擬國家級續發性骨折預防指引時，擔任領導角色。

層級1

該醫療機構之評估與經過地方FLS執行機構同儕回顧發展出的指引相通或是延用國際上的指引。

指示小記／理由

雖然在此層級使用地方級指引或是延用國際指引是可接受的，期望一旦地區或國家級指引發展出來後，該機構將修改他們的續發性骨折預防評估。

層級2

該醫療機構之評估與地區性或洲際性的指引相通

指示小記／理由

雖然在此層級使用地區級指引或是延用國際上的指引是可接受的，期望一旦地區或國家級指引發展出來後，該機構將修改他們的續發性骨折預防評估。

層級3

該醫療機構之評估與全國性的指引一致

每個國家中不同的健康照護機構／體系中，可獲得的指引可能有其局限性，這是可理解的。

6. 次發性骨鬆原因

醫療機構能顯示在所有需接受治療以預防續發性骨折的病人中，接受進一步檢查(通常是抽血檢查)的病患比例，以評估低骨密度的潛在性原因。

辨認出病人的骨鬆原因是很重要的。評估時需建置流程，篩檢次發性(骨鬆)原因。

層級1

醫療機構能顯示，在所有需要治療的病人中，50%病患常規性地接受篩檢，來尋找次發性骨鬆原因。

層級2

醫療機構能展示在所有需要治療的病人中，70%病患常規性地接受篩檢，來尋找次發性骨鬆原因。

層級3

醫療機構能展示在所有需要治療的病人中，90%病患常規性地接受篩檢，來尋找次發性骨鬆原因。經由機構流程，如有必要，病人已被轉介與專科醫師。

指示小記/理由

在此澄清，如果該健康照護體系中，基層醫師是擔任「守門員」轉介給專科醫師的角色。FLS需要與當地基層醫師建立健全合同，來確認日後的轉介能夠進行。

本標準承認採用不同方法來查出次發性骨鬆原因。本標準的哲學是骨折後需接受治療的病人，利用該醫療機構或健康照護體系的現有方法，來評估並查出次發性骨鬆原因。

7. 跌倒預防服務

發生脆弱性骨折且被認定未來會有跌倒風險的病人，須接受評核，以判定是否需要跌倒預防介入服務。如果是的話，則轉介到已建立的跌倒預防服務體系。

本標準的分級建立於是否有跌倒預防服務。最基本的標準是有一個評估方式，來決定病人是否需要跌倒預防服務。如果已建立跌倒預防服務體系，且病人被轉介到這樣的服務，本標準的評分將會得到加分。

層級1

發生脆弱性骨折且被認定未來會有跌倒風險的病人，接受評核來決定是否需要跌倒預防介入服務的病患達50%。

指示小記／理由

所有的病人都使用一個基本的跌倒風險評估問卷，來評量跌倒風險。

層級2

發生脆弱性骨折且被認定未來會有跌倒風險的病人，接受評核來決定是否需要跌倒預防介入服務的病患達70%。

層級3

發生脆弱性骨折且被認定未來會有跌倒風險的病人，接受評核來決定是否需要跌倒預防介入服務的病患達90%，且合適的病人被轉介到一個已建立的跌倒預防服務體系，且提供具實證基礎的介入治療。

指示小記／理由

跌倒預防服務應提供具實證基礎的方案

本標準決定是否有跌倒預防服務，如果有，這樣的服務是如何被利用的。如果當地還沒有跌倒預防服務，本判標準將是種殷切的意圖，鼓勵FLS以領導者的地位，游說該醫療機構／體系成立跌倒服務。

8. 多面向健康與生活型態因子評估

發生脆弱性骨折的病人，接受一個多面向風險因子評估，當做一項預防指標，來辨識出任何健康及／或生活型態上的改變，如果實行的話，能夠減少未來骨折風險；有述需求的，之後能轉介到合適的多專業執業團隊，進行進一步的評量與治療。

除藥物治療外，尋找其他能夠減少未來骨折風險介入的需求，包含評估增加未來骨折風險的任何潛在健康或生活型態風險因子，是很重要的。找出的風險因子如抽煙，喝酒，營養不良，缺少運動，動作協調不良，平衡不佳等，並轉介病人至合適的健康照護提供者進行介入性治療，將可以幫助預防未來骨折。

層級1

50%的住院病人接受多面向風險因子評估。

層級2

70%的住院病人接受多面向風險因子評估。

層級3

90%的住院病人接受多面向風險因子評估。

此多面向風險評估，可由FLS中的一個健康照護提供者(如醫師，護理師，FLS個管師等等)來進行，而需要的介入可以轉介至合適的健康照護提供者，進一步評量與治療。舉例來說，一個年紀很老的脆弱性骨折病人經多面向風險評估後，發現動作協調及平衡非常差，之後FLS轉介該病人去做髌部護墊，以預防跌倒後之髌部骨折。

本標準承認採用各式各樣的方法，來辨識多面向風險因子。本標準的哲學是需要治療的骨折後病人，利用該醫療機構或健康照護體系的現有方法，來評估並找出生活型態風險因子。

9. 藥物啟用

所有50歲以上骨折病人，如果骨折時還沒有接受(藥物)治療，則啟用藥物；或轉介給他們的基層醫師／提供者來啟用藥物。如果必要時，該骨鬆(藥物)治療需要與地方／地區／國家級的實證指引一致

本標準不是一個測量病人治療的百分比的平常指標，而是一個測量合乎指引條件下病人接受治療的百分比的指標。本標準 承認，不是所有50歲以上骨折的病人都需要治療。

層級1

經由地方／地區／國家級的具實證基礎指引評估合乎治療條件的骨折病人中，50% 啟用骨鬆藥物。

層級2

經由地方／地區／國家級的具實證基礎指引評估合乎治療條件的骨折病人中，70% 啟用骨鬆藥物。

層級3

經由地方／地區／國家級的具實證基礎指引評估合乎治療條件的骨折病人中，90% 啟用骨鬆藥物。

本藍圖承認各健康照護體系的差異性。在某些健康照護體系，專科醫師可以啟用藥物，或是當基層醫師／提供者是「守門員」時，專科醫師需要把病人轉回到基層醫師來啟用藥物。不管那一種狀況，希望看到的證據是上述的流程愈健全愈好。

10. 藥物回顧

當病人骨折時已使用骨鬆藥物時，則提供下列藥物再評估，包含回顧藥物遵從性，考慮替代性藥物、及非藥物治療最佳化等。

本標準的意涵在於，評估FLS是否特別注意已接受骨鬆藥物的病人，還發生骨折的這些病人；並提出在這群病人中，有多少比例進行了深入的藥物回顧。

層級1

該醫療機構證明，FLS針對在骨折時就已經接受治療的病人之藥物回顧，包含回顧藥物遵從性及／或考慮替代性介入的病患 $\geq 50\%$ 。

層級2

該醫療機構證明，FLS針對在骨折時就已經接受治療的病人之藥物回顧，包含回顧藥物遵從性及／或考慮替代性介入的病患 $\geq 70\%$ 。

層級3

該醫療機構證明，FLS針對在骨折時就已經接受治療的病人之藥物回顧，包含回顧藥物遵從性及／或考慮替代性介入的病患 $\geq 90\%$ 。

11. 溝通策略

該醫療機構的FLS處置計畫，與基層及續發性照護醫師進行溝通，其內容包含當地代表需要的資訊，也要經過當地衛生機關通過。

本準則的意涵在於，要了解FLS處置計畫與相關基層及續發性照護醫師進行溝通的程度—該計畫有詢問過上述同仁的意見，如何以最適切的方式，迎合他們的需求，並能促成對FLS建議的最佳遵從性。

層級1

該醫療機構的FLS處置計畫，與基層及續發性照護醫師進行溝通。

層級2

該醫療機構的FLS處置計畫，與基層及續發性照護醫師進行溝通。這該計畫至少包含下列準則的50%*

層級3

該醫療機構的FLS處置計畫，與基層及續發性照護醫師進行溝通。這該計畫至少包含下列準則的90%*

本標準主要是當住院或門診病人到該醫療機構是與骨科無關的問題，此時在某種機會下發現骨折(如胸部X光看肺炎時發現脊椎骨折)。對於這樣的病人，有一個骨折後處置計畫可供執行，與病人及所有照顧病人的醫療提供者及支付者(如果需要轉介時)溝通

*層級2與層級3提到的準則包含: 骨折風險指數, 測DXA骨密度, 做脊椎骨折評估或脊椎X光結果(用以取代前者), 原發性骨鬆風險因子, 次發性骨鬆原因(如適用的話), 骨折/跌倒風險因子, 目前的藥物治療(如適用的話), 藥物遵從性回顧, 追蹤計畫, 生活型態風險因子評估, 距離上次骨折的時間

12. 長期處置

該醫療機構對具實證基礎的初始介入，及長期遵從性監測的流程，具有一個關於長期追蹤方案。

本標準的意涵是在確定(該醫療機構)有何種在執行的流程，可促成很可靠地提供長期骨折風險處置。在健康照護體系中已建立的基層照護結構時，地方的基層醫師一定要參與，共同發展與他們日後實行此一骨折後照護層面的過程中。若健康照護體系中沒有基層照護結構，FLS則需建立有效直接從病人或照護者回饋的流程，且設計一個策略來促成由FLS完成追蹤

層級1

對於需要藥物治療的病人的治療建議，包括一個在發生骨折後，至少12個月的長期的追蹤計畫，來指導病人未來何時應再評估骨折風險及治療需求。

指示小記/理由

醫療機構能夠呈現原本FLS評估過的病人中，有6-12月短程追蹤計畫的比例，且有適當的長達1至2年以上的處置計畫。

層級2

層級3

對於需要藥物治療的病人的治療建議，包括一個在發生骨折後<12個月的短程追蹤計畫，及>12個月的長期的追蹤計畫，來指導病人未來何時應再評估骨折風險，治療需求及明確指出何時，由那位醫師負責來監測治療的遵從性。

指示小記/理由

醫療機構能夠呈現原本FLS評估過的病人中，有6-12月短程追蹤計畫的比例，而且有適當的長達1至2年以上的處置計畫。

FLS 照護的關鍵責任是，有一個適當的協定來確保會進行長期追蹤，且有明確的指示在何時、由那位(醫師)負責監測治療的遵從性，可能是由FLS，轉介先前的基層醫師/照護提供者，或其他適用於該健康照護體系的方法。

13. 資料庫

所有被辨識出的脆弱性骨折病人，都登錄在一個資料庫中，而該資料庫會輸入中央級的國家資料庫中。

本標準的意涵是，強調在服務背後具有一個有效能資料庫的重要性。本標準也強調發展地方、地區、及國家級資料庫的遠大企圖，所以全國都可在所有FLS單位中找出標竿單位。

層級1

脆弱性骨折病人資料(指的是上述所辨識出的病人)，都登錄在地方性的資料庫中

層級2

該醫療機構呈現所有上述脆弱性骨折病人病歷資料，登錄在地區性的資料庫中，以用來做資料對比

層級3

該醫療機構呈現所有上述脆弱性骨折病人病歷資料，儲存在中央全國性的資料庫，該資料庫可提供標竿單位供所有參與單位參考

層級1是有一個地方性的資料庫，記錄脆弱性骨折病人病歷資料，這是FLS的基礎。國家級的資料庫是個遠大的企圖，也是重要的努力有述需求的向，所以設在層級3。

關於「攔阻骨折」

「攔阻骨折」(Capture the Fracture®)是國際骨質疏鬆協會的一項新舉措，透過促進落實骨折聯合照護(Fracture Liaison Service, FLS)在全球推廣預防次發性骨折。骨折聯合照護是經由骨折照護個管師進行的骨折後照護模式。如需瞭解更一步的資訊與更多資源，請訪問：www.capturethefracture.org。

「最佳執業藍圖」(Best Practice Framework)最初發表於以下國際骨質疏鬆協會論文：

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int* 24:2135-2152.

世界各地，骨折照護方面都存在巨大的缺口，數百萬骨折病人都面臨著再次發生骨折的嚴重風險。「攔阻骨折」希望彌補這個缺口，並真正實現次發性骨折的預防。

Prof Cyrus Cooper
國際骨質疏鬆協會會長



International Osteoporosis Foundation

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • T +41 22 994 01 00 • F +41 22 994 01 01
info@iofbonehealth.org • www.iofbonehealth.org

translated by Dr. Ding-Cheng Chan, MD, PhD, FACP (詹鼎正醫師) and
Prof. Rong-Sen Yang, MD, PhD (楊榮森教授)