



醫病之間、共享決策!

近年來隨著科技的迅速發展，對於疾病的治療也越發日新月異，就連手術也可以是由機器人操刀，嶄新的科技已改變醫療原貌，促使許多醫療處置的產生，提供民眾更多元化的治療選擇。但面對疾病、面對親人，我們怎麼選擇？

我得了子宮肌瘤，怎麼有這麼多治療方式？傳統手術？內視鏡手術？海扶刀是什麼？我得了癌症，醫生請我接受進一步診斷性手術治療，那是什麼？需要化療嗎？先化療再手術？先手術再化療？我是不是會掉髮，我不治療可以嗎？面對突如其來的疾病，您知道您是有選擇的嗎？現代的尖端醫療及照護讓我們反思，醫病間應該共享決策！

文/醫療品質部 黃于庭 醫品員
李愛誠 主任
廖文進 副院長
外科部 謝明諭 副主任

什麼是醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM）？這個名詞最早是1982年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。在1997年由Charles提出操作型定義，至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。



外聘專家指導，假日仍有13個科部61位醫護團隊積極參與



醫療團隊推動會議

共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。(資料來源：衛生福利部病人安全資訊網)

「醫生，你經驗比我豐富，而且你是這方面疾病的專家，你告訴我該怎麼做就好了啊!」沒錯!臨床往往有專業醫療與證據告訴您該怎麼做，但這叫知情同意，不是醫病共享決策，醫生專業再多，也不清楚病患心裡

真正的想法與偏好，醫病共享決策與知情同意不同之處，溝通的時機點更為提早，內容由單一選項告知，改為多選項比較，著重討論病人的偏好與價值觀，並透過可靠的實證資訊，保證病人知情後做出的抉擇，更尊重病人的考量和意願，實踐病人知情權、選擇權、決定權，落實以病人為中心的醫療。

民眾與醫療人員間想的很不一樣!例如50歲以下的乳癌婦女，最關心的不是醫療團隊努力的治癒率和癌症移轉，而是個人性能力影響、親密關係間改變與家庭風險的承擔。醫療團隊考量不到民眾的個人因素、家庭背景、宗教信仰與個人的價值觀及偏好，當面臨困難決定時，極少有絕對的最佳選擇，這時醫療人員引導您將內化的醫療決策成為自然的思考架構。

當然，也許您有疑問，如果已有醫學證據證實某種治療方式有利，還需要醫病共享決策嗎?一般適合醫病共享決策的情境有：不同治療方式的選項間並無明確實證哪一個比較好，也就是選項間的優缺點接近，或存在



專家與本院醫療團隊間的交流討論



內部工作坊實務培訓、外部種子培訓

就醫民眾所在意的影響、副作用、執行力及疾病狀況差異時，或當就醫民眾想參與自己的醫療決策時，此時方適合醫病共享決策。

了解什麼是醫病共享決策後，就醫做到三步驟：問問題、說考量、做決定。若您對疾病感到困惑，對您的決定猶豫不安，形成了決策衝突狀況，這時請勇敢跟醫生說您的困難點、考量點，本院創建一系列的輔助決策工具，引導民眾思考積極參與，協助民眾結合「價值」與「偏好」進行知情抉擇，過程中能讓醫療人員更了解您在意什麼事項，我們使用平白的語言讓文字或影音衛教更容易懂，將其思考過程轉為系統性的決策模型引導，使民眾擔憂能獲得紓解，感覺再也不孤單。

就連不治療也成了一種選擇，看完本篇您能想像未來的生活嗎？究竟怎麼樣的治療對醫師及病患或家屬才是最好的決定？這時醫病共享決策就顯得特別重要，我們的醫療團隊經過嚴格的訓練，就連假日仍不斷修習如何推展醫病共享決策，透過外聘專家指導、小組醫療團隊推動會議、院內在職教育訓練、內部工作坊實務培訓、外部種子培訓、與他院相互交流等，重新展開一段醫病關係，而不只是一個醫療決定，讓醫療不再只注重醫療結果，更著重病患的感受。

接下來我們用實際案例與您分享，當您面對突如其來的一個疾病，我們的醫療團隊如何運用兩次醫病共享決策以及輔助工具，循序漸進的陪伴您、尊重您，一起制定醫療選擇。開始聰明就醫Choosing Wisely(CW)，我們持續用心，病人永遠安心。



與他院相互交流