

從全人醫療的角度實踐醫病共享決策

文/醫療部 王伊萱 個管師

有別於傳統醫學，近代醫學日益專科化，甚至有『次專科』或『次次專科』的出現，對不同專科的醫師而言，另一個專科的治療、醫療處置幾乎是『隔科如隔山』，以至於各專科各自為政，頭痛醫頭、腳痛醫腳，卻忽略了病人本身是一個完整的個體。

所謂全人醫療（Integrated Care），主要宗旨是以病人為中心，提供完善的專業團隊照護，避免因各專科治療、用藥的銜接不當或重疊影響病人安全，進而加強醫病溝通、促進醫病關係，建立多贏有價值的醫療服務，而醫病共享決策亦是當中極為重要的一環。

醫學非萬能，當疾病進展到相當程度，醫療的執行常遭遇兩難的局面，沒有一個處置、用藥完全對病人有利，不同於學校考試做題，沒有標準答案可言，更多時候是立場的不同，沒有絕對的對或錯；在這種情況下，醫師無權替病人/家屬做任何決定，他們唯一能做的，就是將所有可能的選項呈現給家屬，從不同觀點解釋各個選項的利與弊，由醫病雙方共同決策。

舉例來說，林女士，76歲，罹患肺腺癌

第四期，已骨、肝轉移，因吸入性肺炎經急診入院，被轉入加護病房。數星期後，主治醫師表示林女士的狀況已相對穩定，但評估短期內成功脫離呼吸器的可能性不高，詢問家屬是否考慮讓林女士做氣切，林女士的大兒子贊成醫師的建議，並希望醫師們積極治療林女士的癌症，但三女兒認為母親年事已高，再加上已是癌症末期，不忍見她再多受無謂的折磨。家屬間有了爭執，幾乎就在加護病房外吵了起來，於是醫師召集相關醫事人員與幾位關鍵家屬，就林女士目前的狀況，詳細陳述長期插管及氣切的優缺點，並找來安寧共照師，向家屬解釋緩和醫療的概念，供家屬參考，盼家屬終能達成共識，不論最後決定為何。

或許家屬當下無法全然了解醫師的解釋、亦或許他們當下無法立即做決定，一次會議解釋不夠，那就兩次、三次…，這些看似不起眼的小會議，對醫病關係的促進卻是何等重要，藉由這些會議，醫病關係演變為共同決策的夥伴，讓民眾得以參與醫療決策的訂定，落實民眾『知』與『選擇』的權利，以達到促進病人安全的目的。



全人醫療會議照片（非文中例子）