



首先必需知道什麼時機適合採用醫病共享決策的臨床情境，依照醫策會的指示有下列情境時可考慮：

1. 醫療不確定性（medical uncertainty）比重越大，越需要複雜和多重選擇的疾病。
2. 目前尚無明確之實證醫學結論的處置或用藥。
3. 危及生命的高風險嚴重疾病。
4. 可能有重大身心功能、形象改變或併發症之手術、診斷、處置及用藥。
5. 需長期服用之藥物。

當醫學生、畢業後一般醫學醫師及住院醫師遇到上述情形時，請將病情及理由向病人說明，並記載在病歷中，確認病人同意或由病人簽署同意書，且需符合相關法令與規定。而各部科及次專科制定『病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單』，說明病人健康狀況、症狀、住院原因，治療計畫的概要及衛教（預期效果及危險性、替代方式）。經告知後由病人或醫療法規範之告知者經評估回饋簽名後留存病歷。提供病人相關照護、醫療決策討論服務並對相關措施及服務：

- （1）除疾病診療外，針對疾病之問題照會相關之衛教單位，並建立檔案以利後續追蹤；如糖尿病患者進行相關衛教後，藉由收案機制建立遠距醫療系統與病患互動；慢性腎衰竭患者經評估照會腎臟衛教護理師，並

建立病人檔案進行追蹤；門診腎臟切片患者術後亦進行電話訪查，以了解並紀錄病人情形。

- （2）病情解釋室內電腦可供病人及家屬查詢。並依病人、家屬取得治療、衛教資訊需求，提供資訊取得管道：如照會或轉介、醫療資訊網站、諮詢專線、區域設有衛教電子刊版等，提供民眾獲得多元化衛教資訊。

當病人表明欲徵詢第二意見時，能主動提供會診、轉介及適時提供病歷資料：

- （1）若患者或家屬提出徵詢院內專科醫師第二意見時，經由醫囑會診系統進行會診，並於24小時完成回覆；若為緊急照會，被照會醫師於2小時內完成評估與回覆。
- （2）若依病人問題需求須轉出時，依「轉診轉出標準作業程序」，提供便捷之轉診服務，由專人協助轉診轉出病人，主動提供轉介單及病歷摘要，使病人能夠順利就醫。
- （3）若欲至他院徵詢須病歷資料，則依據「病人申請病歷資料或報告」作業程序書提供相關資料，並簡化流程由單一窗口（轉介服務中心）服務，避免各單位耽擱時間，便利病人使申請作業順暢。

推動病人、家屬積極參與醫療決策設有查核及檢討機制：



- (1) 「病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單」列入病歷書寫品質審查，病歷書寫品質成績列入主治醫師授權評核指標，若該醫師未達成需進行PDCA檢討，以收改進之功。
- (2) 依據醫品部病人滿意度調查，「醫師決定治療方式時，會詳細說明並詢問病患（家屬）的意見」。

另外透過多元化宣導活動，全面宣導及推廣：

1. 為鼓勵同仁參與，特於全院週會禮拜由院長室長官進行公開頒獎表揚參與製作團隊。
2. 衛教宣導：門診、社區團體衛教、病友會活動、院內影片播放、跑馬燈宣導等。
3. 會議活動：院務會議、科部會議、全院性教育訓練研討會等。

4. 媒體宣導：電視、電台、報章雜誌、電子報、簡訊或網路宣導、記者會等。
5. 社群活動：Facebook粉絲專頁、官方網站宣傳等。
6. 建立醫病Q&A（SDM）網路平台：彰基網站首頁/衛教天地/醫病共享決策（SDM）。
7. 舉辦「彰基醫病共享決策響應活動」，除看影片拿贈品，現場也展出模型、醫材、圖卡、紙本決策工具，開放位民衆參與，現場更安排專業醫護人員協助解說，此外，透過各大媒體運用電子報、報章雜誌…等傳媒工具，強化民衆、病人、家屬及同工的印象。

在參與日常醫療作業的活動中，相當的學習人員可在“做中學，學而用，用至達”，日益精進，教學相長，培養學員自己也有訂定策略與執行的能力，累積分享，使“醫病並享決策”逐漸成為每日醫病行為的一部份，內化在每位醫療從業人員的心中，加上病人及家屬的教育與交流互動，增進醫病彼此的了解，共同承擔面對疾病的最佳可能性及發展，提高醫療照顧品質，減少醫病糾紛，創造雙贏格局。





彰基之醫病共享決策教育

蘇矢立 ◆ 教學部 主任

1982年起美國發展“以病人為中心照護 (patient center care)”的互動共同照顧計畫，為促進醫病之間彼此相互尊重與溝通因而提出“醫病共享決策 (shared decision making)”的構想。1997年由 Charles 提出一個基本定義：一定要有醫師和病人雙方共同參與。醫師會提出現今各種不同醫療處置的實證資料，病人則提個人喜好和價值觀，互相交換資訊，溝通討論，共同達成彼此認為最佳可行之治療選項。而我們現行所依據的1981年美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (The Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) 提出現代醫師必備的六大核心能力，分別如下為：

病人照護 (Patient Care)	照護病人是醫者的天職，而照顧病人的秘訣就在關懷病人。藉由持續的自我充實，提供具憐憫心的關切、適時而有效的病人照護。更可由跨領域團隊共同照護方式提供全方位、完整的病人照護。
醫學知識 (Medical Knowledge)	知識就是力量，將所學的基礎和臨床醫學知識及實證醫學，應用於處理病患的臨床健康照護。同時，經由晨會、期刊、案例討論會及進修研習等方式，持續不斷學習醫學新知，並將之合理適切的用于處理臨床狀況。
從工作中學習及成長 (Practice-based learning and improvement)	歸納分析整理對病人照顧是否達到預期或是理想的狀況。如仍有改善的空間可透過科內、跨部門會議即時檢討，善用已有的實證醫學 (Evidence Base Medicine, EBM) 來提升醫療照顧品質。
人際關係及溝通技巧 (Interpersonal and communication skills)	藉由同理心，善用「知識」、「技巧」與「態度」，彼此尊重，有效溝通，建立適當的醫病關係，增進病人面對疾病的正向能量，共同治療疾病。



<p>專業素養 (Professionalism)</p>	<p>具體展現利他及尊重他人，施行符合醫學倫理原則的醫療行為；同時對於他人之文化、年齡、性別及殘障等差異能有一定的敏感度。同時要具有自省與改進的能力，成為與時俱進的現代醫者。</p>
<p>制度下之臨床工作 (Systems-based practice)</p>	<p>瞭解在照護病人時，醫院所能提供的各種軟硬體設備包括各科別的能力、院內康復、出院準備、社會資源等等，也應知道醫療制度下相關規範，例如我國的健保制度、診斷關聯群 (Diagnosis Related Group, DRGs)、國際疾病傷害及死因分類標準 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) 等等醫療常規，提供病患合於體制的醫療照護。</p>

而醫病共享決策的過程，正包含了這六種能力的綜合運用，實為驗收現代醫療人員能耐的具體方式。而今衛生福利部的主導下，各醫院正如火如荼的推廣著。因此我們須將教育從業人員如何來做或進行。站在教育的角度，對尚在學習階段的醫療從人員，自然需要學習相關的過程及如何實際運用。

網路常提供一些醫病共享決策工具 (Patient Decision Aid, PDA)，從業人員人員可依科別、診斷或醫療處置等不同主題之實證文獻，設計決策單張、互動式表格或影音多媒體決策工具；團隊運用工具與病人進行病情討論、處置方案和可能的選擇性，鼓勵病人表達需求、協助釐清病人問題並進行決策。美國醫療照護研究及品質機構 (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) 提出了運作的五步驟：

<p>Seek your patient participation</p>	<p>尋找邀請病人參與決策：鼓勵病人參與決定治療其疾病之過程方法，給予充分溝通與說明。</p>
<p>Help your patient explore and compare treatment options</p>	<p>幫助您的病人理解和比較治療之選項：與病人充分討論每個治療選項之優缺點，包含可能潛在的傷害和補救措施。</p>
<p>Assess your patient's values & preferences</p>	<p>評估病人的價值觀及偏好：需確實將病人自覺最要緊的事納入治療決策的重要考量依據。</p>



Reach a decision with your patient	達成治療共識後，與病人一起選擇對其最有利的治療選項，並為其安排後續追蹤計畫。
Evaluate your patient's decision	選定後依據治療成效再次評估治療決策，是否仍有改進空間，持續監測治療情況。

這五個步驟的字頭 Seek Help Assess Reach Evaluate 剛好是“SHARE”有助於學習與記憶。

彰化基督教醫院為此設立專責的醫病共享決策執行小組，寫有相關之准標準作業規範P&P (Policy (規章辦法) & procedures (作業流程) 並定期每3年更新。並設訂臨床推行模式(如下圖)供各科部參考，讓科部有所本來順利進行。內責成教學部須1) 建置醫學生醫病共享決策學習課程。2) 協助院內醫病共享決策推展及教育。3) 建置指導員 (Coach) 訓練計畫。

醫病共享決策輔助工具臨床推行模式

