

醫病共享決策簡介與推行現況

吳碧娟¹、張靜怡²、莊舒閔²、李于嘉³、游育苓⁴、廖熏香⁵
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會¹專案管理師²專員³組員⁴副主任⁵副執行長

醫病共享決策（Shared decision making, SDM）是1982年美國提出以病人為中心照護，為促進醫病相互尊重與溝通而提出之概念^[1]。1997年由Charles提出其操作型定義：1.至少有醫師和病人雙方共同參與；2.醫師提出各種不同處置之實證資料，病人提出個人喜好和價值觀，彼此交換資訊討論；3.醫病溝通討論，共同達成最佳可行之治療選項^[2]。在與病人共享決策的過程，透過「決策輔助工具(patient decision aids, PDAs)」及結

構化的引導（coaching）」更有助於了解及思考與自身決策相關的議題^[3]。

英國The King’s Fund「MAKING SHARED DECISION-MAKING A REALITY」提到有關適用時機為「有多個不同選項，會導致不同結果」、「沒有明確的對錯答案（決定）」以及「“正確”的“決定”必須取決於病人自己的特定需求和設定的目標」^[4]，進一步探討文獻後，綜整醫病共享決策適合與不適合的情境如表—^[5~10]：

表一、適用SDM與否之情境

情境	說明
適用之情境	1.目前無明確實證醫學結論，或臨床診療指引建議需要共享決策的時機。
	2.病人價值觀及偏好差異性大（選擇不一）
	3.好處及風險的平衡，取決於病人的行動
	4.嚴重疾病
不適用之情境	1.證據品質及結論能提供強烈建議選項，且利大於弊，病人價值及偏好一致性高。
	2. 當證據品質中度到高度呈現選項「壞處大於好處」，或證據「不足以評估利弊是否平衡」（缺乏證據、證據品質不佳，或各研究間的結論有衝突）

國外對於共享決策的主題非常廣且多樣化，使用的PDAs除了平面以外，有些會針對特定的病人（如閱讀能力有限者）提供影音說明。自2003年起，由國際研究學者、臨床實務者與相關人員成立國際病人決策輔助工具標準協作（International Patient Decision Aid Standards Collaboration,以下簡稱IPDAS Collaboration），除制定醫病共享決策方針、發展決策輔助工具，同時系統性研究，提升決策輔助工具之品質^[11,12]。

IPDAS Collaboration指出，PDAs的存在，是因為複雜的決策需要有更詳細的資訊和考慮，而複雜決策的特點為具有多個選項，但每個人的價值考量不同，或是與選項有關的科學證據有限，因此，最佳的選擇取決於對病人的好處、壞處和科學不確定性對個人的重要性^[12]。PDAs與衛教工具的區別，在於PDAs不會建議、誘導或鼓勵病人選擇、同意或遵從某個

特定選項，也不是用來取代醫療人員的說明，而是幫助病人跟醫療人員一起做出基於知情和價值觀的明智決定^[12,13]。

決策輔助工具類型之區分方式之一為資訊呈現完整度及使用時機，可分為「病人決策輔助（Patient Decision Aids）」、「簡明決策輔助（Brief Decision Aids）」及「選項表格（Option grids）」等三類（說明如表二）^[14]。

此三種決策輔助工具相同之處為皆需以實證為基礎並以病人能理解的方式呈現資訊，差異之處是完整的PDAs涵蓋面向包括疾病及選項簡介、選項優缺點比較、病人價值觀的表達、確認病人理解程度及是否能做決定，BDAs則會簡化疾病及選項的說明，但完整保留選項優缺點比較圖表，並省略後續確認知識理解及決策等步驟（由醫療人員口頭溝通），而Option grids則更為簡化，僅保留選項的優缺點比較表。

表二、PDAs類型^[14]

類別	資訊呈現方式及使用時機
病人決策輔助工具 (Patient Decision Aids, PDAs)	內容相當詳細廣泛。通常病人在就醫前或就醫後獲得這些資訊，並在使用及參考有關治療選項的資訊後有所反思。
簡明決策輔助工具 (Brief Decision Aids, BDAs)	• 簡短，不超過2-3頁。 • 適合醫病雙方都準備好開始對話的過程中使用，也可以作為就醫過程以外的其他閱讀資訊。 • 使用高證據品質的資訊，以最多人可接受的方式、實數、絕對風險數據及淺白語言，進行最新風險數據溝通。
選項表格 (Option grids)	• 用於就醫期間幫助人們比較合理的治療或篩檢選項。 • 以表格形式，直行呈現病人最常問的問題，橫列呈現每個醫療選項的相關答案，讓病人可以輕鬆比較對他們而言的重要議題，以及不同醫療選項在這些議題的影響。 • 除了用於醫療專業人員引導病人跟他們共享決策的對話外，病人也可以把表格帶走以作為促進他們進一步思考有關自身醫療選項的問題。 • 有些選項表格會連接到更廣泛的決策支援素材，例如DVD或其他線上工具。

國際收錄最多PDAs之平台－渥太華醫院研究組織（Ottawa Hospital Research Institute, OHRI）Patient Decision Aids網站共收錄644件之PDAs，情境類型分為「治療（Treatment）」及「篩檢（Screening）」兩大類，其中治療型共550件（佔82.8%），篩檢型共110件（佔16.6%），其他僅有4件（佔0.6%），為了解國際PDAs設計之選項數量，經查詢及統計OHRI網站中可線上觀看的390件PDAs，提供兩種選項之PDAs佔57.4%，三種選項者佔23.6%，而選項數量最多者達13項，但僅佔全部數量的0.3%。在製作形式方面，多數有兩種以上的形式供民眾使用，並且以平面（如：印刷品或PDF檔）或網路工具（如：線上表單、互動式網頁或圖形），僅少部分為影音之工具^[16]。

國內推行現況

為推動民眾參與及提升醫病溝通，鼓勵醫療人員運用決策輔助工具讓病人瞭解疾病資訊和治療方案，以實證為基礎，提供病人所有可考量的選擇，並支持病人做出符合其偏好的醫療決策，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱「醫策會」）於2015年陸續受衛生福利部及國民健康署委託辦理醫病共享決策相關計畫，進行決策輔助工具研發、建置醫療決策平台、提供概念及方法的教育訓練、及辦理相關推廣活動，2016年為響應活動、2017

年為實踐運動，鼓勵醫療機構做醫病共享決策的臨床運用。

決策輔助工具開發

決策輔助工具結構方面，參考OHRI之病人決策輔助工具開發方法（Development Methods for Ottawa Patient Decision Aids）及評估國內推展時程，將國內的決策輔助工具類型依決策情境分類分為「治療」、「診斷與篩檢」及「其他」等三種類型，決策輔助工具結構則以表單為主要呈現方式，包含(1)主題及背景說明、(2)決策分析過程：比較各選項優缺點及利弊得失、評估病人的考量、檢視病人是否已具備做決策應瞭解的知識、詢問病人是否已經能夠進行決策或是其他需要評估後再決定的考量（詳細說明如表三）。國內醫療人員回饋此結構性的架構有助於PDA的發展。

建立醫病共享決策平台

為達到資源共享目的及推廣醫病共享決策觀念，醫策會受衛福部委託建置「醫病共享決策平台」，為方便使用者以行動裝置（包含手機、平板電腦）瀏覽本平台，採用前台RWD設計技術開發網頁。醫療人員可於平台開立「決策輔助工處方箋」，處方箋內有決策輔助工具連結網址及QR code，方便民眾直接連結瀏覽（不需申請帳號密碼）。此外，本平台除決策輔助工具外，也設有醫病共享決策介

表三、國內決策輔助表架構及書寫重點

項目		書寫重點
主題及背景說明	決策題目	1.是以病人的角度提出關於決策選擇的疑問，同時也是實證醫學第一步驟「提出一個可以回答的臨床問題」(asking answerable clinical questions)之問題句型。 2.題目需包含「主詞」、「臨床問題」及「選擇」。如：我有○○疾病，需不需要接受○○檢查/篩檢/治療？
	前言	幫助病人認知現在面臨什麼問題、為什麼需要做決策、此份表格可以提供他們哪些協助。
	適用對象／適用狀況	1.此決策輔助表的目標族群，即實證醫學「提出一個可以回答的臨床問題」之前景問題結構「PICO」中的「P」(patient or population)。請儘可能定義明確範圍，例如：年齡、疾病嚴重程度...等。 2.如果有排除對象，亦請在此欄位說明。
	疾病或健康議題簡介	簡要介紹疾病，包括不接受任何醫療措施之自然發展過程(病程或對健康的影響)。
	醫療選項簡介	1.為實證醫學第一步驟「提出一個可以回答的臨床問題」之前景問題結構「PICO」中的「I」(intervention)。 2.簡要介紹各種醫療選項，包括在各個選項的前、後或進行中需要做什麼，可視情境需要，列出自我健康管理或不採取任何醫療措施之選項。若是診斷篩檢類之決策題目，請說明是否進行此項檢查的疾病發現機率、檢查結果與後續步驟，以及做此項檢查可能伴隨的後果。
	您目前比較想要選擇的方式是？	1.此步驟目的為經過簡單介紹後，初步探詢病人對選項的偏好。請列舉適合的醫療選項供病人勾選(選項不宜過多，需與「醫療選項介紹」呼應)。 2.可視情境需要，列出自我健康管理或不採取任何醫療措施之選項。
決策分析過程	步驟一、比較每個選項的優點、缺點、風險、副作用(併發症)、可能的費用	1.請儘可能依據實證醫學列出各選項優缺點及效果，以相同的分母、期間、尺度比較相關機率，並採取圖形化資訊表格，幫助病人理解各種優缺點。 2.要做的事及優缺點比較，能呈現病人在接受選項可能會經歷的重要影響(與步驟二互相呼應)。 3.可視情境需要，列出生活型態改變(自我健康管理)或不採取任何醫療措施之選項。
	步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？	1.依據文獻探討、專業經驗或透過收集病人意見，列舉病人在意的項目或跟決策相關的考量。 2.列舉的考量項目儘可能幫助病人想像會經歷哪些生理、社會或精神上的重要影響。 3.需跟步驟一有連貫。
	步驟三、您對醫療選項的認知有多少？	設定一些病人常有迷思或與決策相關重要認知的測驗題，幫助病人自我檢測對上述醫療選項的瞭解程度。請以是非題設計題目。
	步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？	讓病人經過以上步驟後，再次詢問病人的選擇。如果無法做決定，詢問無法做決定的原因。
瞭解更多資訊及資源		提供可幫助病人做出合適決定的參考網站或資源。

紹、相關資源、相關網站及常見問題供使用者學習，並提供「聯絡我們」以及時回饋使用者之問題諮詢。網址：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>。由本會與國內專業團體發展製作及通過競賽之決策輔助工具，皆上架至平台，供全國醫療院所之醫療人員與民眾共享決策時使用。

鼓勵醫療機構推行醫病共享決策

2016年，透過提供數位學習課程、拍攝民眾SDM宣導片及宣導海報、辦理醫療共享決策相關推廣課程，並號召醫療機構響應推行SDM（共165家機構參與），鼓勵醫療機構挑選國內重點推動之22項主題，或符合SDM之情境，規劃及導入臨床SDM模式、辦理多元化宣導活動，並安排醫院進行到院輔導，實際了解醫院之SDM模式，給予發展決策輔導工具之建議，並實地收集各院對推行SDM的

問題及意見。2017年則持續舉辦各項活動，例如：SDM核心概念課程、SDM標竿課程、PDAs實作工作坊、SDM實踐與引導工作坊、國際交流工作坊、SDM成果發表會，並辦理2017年醫療機構SDM實踐運動及到院輔導、持續設計民眾宣導素材，期望今年之SDM推廣，能兼具深度、廣度及落實。

成效評估

2016年為醫病共享決策元年，為了解多元推廣的成效，我們分別對醫療機構、醫療人員及民眾以問卷方式探討，以下為初步結果

1.醫療機構問卷：

以問卷調查全國484家醫院推行SDM的誘因及未參與SDM推行的原因，共回收243份（回收率50.2%），問卷結果重點摘要如表四。

表四、2016年醫病共享決策醫療機構問卷調查結果摘要

	全部(N=243)	參與響應(N=97)	未參與響應(N=146)
推動SDM阻礙因子	1.未找到適合之醫病共享決策輔助工具(129, 53.1%) 2.醫療人員缺乏相關之訓練(112, 46.1%) 3.醫療人員不了解醫病共享決策(93, 38.3%)	1.未找到適合之醫病共享決策輔助工具(58, 59.8%) 2.人力不足(41, 42.3%) 3.醫療人員缺乏相關之訓練(35, 36.1%) 4.醫療人員不了解醫病共享決策(35, 36.1%)	1.醫療人員缺乏相關之訓練(77, 52.7%) 2.未找到適合之醫病共享決策輔助工具(71, 48.6%) 3.醫療人員不了解醫病共享決策(58, 39.7%) 4.無機構推行指引(流程、制度)可以參考(58, 39.7%)
推動SDM成功主要誘因	1.醫療人員認同醫病共享決策有助於提升醫病溝通(131, 53.9%) 2.醫療人員認同醫病共享決策有助於改善照護結果(89, 36.6%) 3.醫療人員了解醫病共享決策(88, 36.2%)	1.醫療人員認同醫病共享決策有助於提升醫病溝通(62, 63.9%) 2.醫療人員認同醫病共享決策有助於改善照護結果(36, 37.1%) 3.找到適合之醫病共享決策輔助工具(35, 36.1%)	1.醫療人員認同醫病共享決策有助於提升醫病溝通(69, 47.3%) 2.醫療人員了解醫病共享決策(58, 39.7%) 3.醫療人員認同醫病共享決策有助於改善照護結果(53, 36.3%)

2.醫療人員問卷：

本問卷採「立意抽樣」(purposively sampling)，調查對象為參與響應推行SDM之165家醫療機構，實際臨床執行SDM流程之醫療人員，共回收678份問卷，有效問卷共669份，填表人以護理人員居多(375, 56.1%)，醫師次之(170、25.4%)。問卷題目共10題，所有題目之正向回答比例介於82.2%至86.2%，比例最高之2題如下（此兩題比例皆為86.2%）：

- (1)醫療人員認為此輔助工具能對於病人目前的疾病問題提供足夠的醫療選項（治療或篩檢方案）。
- (2)整體而言，醫療人員認為此輔助工具可以促進醫病溝通。

3.民眾問卷：

本問卷採「立意抽樣」(purposively sampling)，調查對象為參與響應推行SDM之165家醫療機構接受醫療人員採用決策輔助工具共同討論決策的民眾，共回收3033份問卷，半數以上問卷由病人本身回答(1757, 57.9%)。重要題項表現依正向回答比例排序如下：

- (1)使用各決策輔助工具能協助做出最適合的醫療選擇(2409, 79.4%)。
- (2)使用各決策輔助工具有助於更瞭解前面對的各種醫療選項優、缺點(2343,77.2%)。

(3)使用各決策輔助工具能充分提供目前面對各醫療問題的相關知識(2299,75.8%)。

(4)使用各決策輔助工具有助於更瞭解目前面對醫療選項時，他/她最在意的事（2282,75.3%）。

此外，有1649位(54.4%)表示「使用輔助工具後焦慮程度改善」，1233位(40.7%)民眾在使用決策輔助工具才做好決定或改變決定（使用後仍無法做決定之比例為26.1%），整體感受（複選）前三項依序為：獲得重要的醫療知識(1756, 57.9%)、更放心接受治療(1382, 45.6%)、受到尊重(1224, 40.4%)。

結語

2016年度為台灣醫病共享決策元年，在各醫療機構的大力推動下，我們達成重要效益包括形成醫病共享決策輔助工具基礎結構、快速擴散醫病共享決策輔助工具概念、大量收集醫院提供之決策輔助工具及建置醫病共享決策平台，並且透過推行醫病共享決策及導入決策輔助工具，提升醫療人員與民眾溝通效益、民眾健康識能、降低病人焦慮及提升醫病關係。2017年我們定義為醫病共享決策實踐年，我們需要在決策輔助工具研發推廣過程更加兼顧專業與民眾需求，強化實證依據及淺白語言，並搭配發展引導教材或使用說明手冊、規劃主題式推廣及評估機制，以發揮決策輔助工具之臨床實際效益。 

【參考文獻】

1. President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Making health care decisions. The ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. 1982.
2. Charles, C., et al. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997 ; 44(5): 681-692.
3. O' Connor AM, Stacey D, Légaré F. Coaching to support patients in making decisions. BMJ. 2008;336(7638):228-9.
4. Angela Coulter, Alf Collins. MAKING SHARED DECISION-MAKING A REALITY. Retrieved : https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf 引用 2011/7
5. Muller-Engelmann M, Donner-Banzhoff N, Keller H, et al. When decisions should be shared: A study of social norms in medical decision making using a factorial survey approach. Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making. 2013 ; 33(1):37-47.
6. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The Connection between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. JAMA . 2014; 312(13):1295-1296. doi : 10.1001 / jama.2014.10186
7. SHAREIT. : https://docs.google.com/presentation/d/1VheMzhdZb35XnohqWOPQ_N9K0Rs-uV0K_ICPXyD4P8sKs/present?ueb=true#slide=id.p4
8. 侯文萱：以病人為中心的實證健康照護共同決定模式：醫療品質雜誌 2015；9(5)：4-9。
9. Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., & Hanson, L. C. Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. JAMA Internal Medicine. 2015 ; 175(7) : 1213–1221. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1679>
10. The US Preventive Services Task Force (USPSTF). Grade Definitions. Retrieved from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>
11. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. "Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process." BMJ 2006 ; 333 : 417.
12. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration. Retrieved from <http://ipdas.ohri.ca/index.html>.
13. Edwards, A., & Elwyn, G. Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice. Oxford University Press. 2016
14. The Health Foundation. Retrieved from <http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care/shared-decision-making/implementing-shared-decision-making/using-decision#typesdsm>
15. Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Development Methods for Ottawa Patient Decision Aids. Retrieved from <https://decisionaid.ohri.ca/methods.html>
16. Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Decision Aid Library Inventory (DALI). Retrieved from <https://decisionaid.ohri.ca/cochinvent.php>