## 醫學倫理暨病人安全論壇

## 尊重、互信、溝通-醫病共舞,從醫病共享談起

## 郭書宏1、2、梁興禮1、黃偉春1、2、3、4

高雄榮民總醫院 重症醫學部<sup>1</sup>、高雄醫學大學 臨床醫學研究所<sup>2</sup>、 輔英科技大學 物理治療系<sup>3</sup>、國立陽明大學 醫學系<sup>4</sup>

「張媽媽,張伯伯這次因為中風的狀況很嚴重,合併嗆食造成的吸入性肺炎,呼吸衰竭插管到現在已經三個多禮拜了,後續生活自理的能力,甚至是咳嗽的能力都會受到很大的影響。如果依照我們的臨床評估和建議,應該要考慮氣切手術,能幫張伯伯有機會脫離呼吸器,也能增加他的舒適,減少後來因為嗆食造成反覆肺炎的可能性。」

「郭醫師,你說的好像真的一樣,不要想要再騙我讓我老爺去開刀了。我聽別人說,氣切手術真的做不得阿。大部分的人做完氣切手術以後,都會臥床,需要別人照顧一輩子。先不要說這個,一直到死的時候,都沒有全屍呢,那麼慘又什麼幫忙都沒有,我真的不想幫我家老爺做這種決定…。」

同樣的場景,同在這醫療戰場中的你,經歷過 幾次呢?你是不是也跟我一樣,面對這樣的情境, 有著混雜著些許因不被信任而生的悲傷,些許因被 質疑而生的憤恨,還帶有些許因被你預期,且即將 發生的病人預後難過呢…。

依據 2014 年台灣病安通報統計資料顯示,近 三分之一的病人安全事件背後都能直接或間接歸因 於醫病溝通發生的問題 [1],不管是重要的訊息未被 傳達、未被完整的傳達、甚至是接收端因為種種因 素的接收誤差,都會造成醫病雙方關係的破局,引 發後續的影響和傷害。而當中對醫療訊息可近性的 差異以及雙方與日俱增的緊張關係所造成的猜忌, 常被視為最重要的兩大原因。而種種衍生的嘗試,

通訊作者:黃偉春

通訊地址:高雄市左營區大中一路386號 E-mail:wchuanglulu@gmail.com 都是希望能進一步減少醫病間的訊息差距,進而由 了解產生信賴而增加雙方於治療的投入,改善醫療 行為的種種成果。

醫病共享決策這個概念的興起,相較於先前醫 療父權主導的想法,首見於 1972 年由 Robert Veatch 在其論述的醫學倫理學報告中使用的"共同決策" 一詞[2]。此後相關醫學研究及照護領域裡對以病 人角度出發為中心的關注日益增長,並越來越重視 在病人在健康方面的身體自主決策權 [3]。從 70 年 代後,醫病關係的模式轉變,讓病人比以往更積極 且多面向地參與自己相關的醫療決策,取代先前一 呼百諾的醫病間指導般的主從性。而同時期相關的 研究回顧亦發現,病人願意在2000年之前參與自 己的醫療決策約佔50%佔比,但2000年後對相關 自身醫療決策的參與意願則上升至71%佔比[4]。 同時期的 Jack Wennberg 則被認為是推動醫病共享 決策精神發展的另一個重要推手。他發現左右醫療 决策的產出,無法完全決定於人口需求或是病人偏 好,反而是根源於醫師個人實踐風格的變化。而這 種近乎父權的醫療結果,卻往往與病人真實的需求 相異。為減少這種不必要的因醫師相應不同風格而 產生的變化,當中關鍵方法是整合病人偏好及可能 種種醫學介入的結果,而後作出結論[5]。透過這 個過程而產生的共同決策,能讓病人的偏好和價值 觀正確的主導當前相關醫療保健資源分配。

所謂醫病共享決策,大略意指病人和醫師雙方都參與醫療決策達成的過程。衛生保健提供者提供 共享的資訊,向病人解釋治療方法和替代方法,並 幫助他們依據其最佳利益以及好惡道德價值觀,選 擇最符合其偏好以及獨特的文化和個人信念的治療 方案 [6]。

醫病共享決策相關領域開枝發芽迄今,醫病 共享決策於特殊領域的關懷諸如於癌症、復健、肥 胖等特殊病人族群的應用與發展,以及如何邀請 病人參與、貼近病人需求、並進一步發展符合病 人的決策輔助工具,甚至是人工智能的應用等, 都有相應的蓬勃發展及卓越成果。今年 2019 年於 7月8日於加拿大魁北克市舉辦的醫病共享決策國 際研討會中,由加拿大薩斯喀徹溫大學(Saskatoon, Saskatchewan) 任教的 Carrie Bourassa 博士開場, 闡述了關於 Shared Decision Making with Indigenous Communities: Seeking Noojimo Mikana (A Healing Path)的相關議題。Claire Bourassa 博士是 CIHR 原 住民健康研究所 (IIPH) 的主任,以本身的專業為 出發點,主題以原住民此一少數族群相應而生的照 護特異性為標題,進一步衍伸,大意內含意指性的 論述了醫病共享決策對於特殊及特定病人族群的 應用,希望能以工具健全在每一個領域中病人照護 以及病人與醫療團隊關係。而渥太華大學健康科學 學院護理學系的 Claire Ludwig 博士,亦以 Engaging Frail and Seriously Ill Patients as Partners in Research 與 我們分享他的經驗。藉由邀請病人參與研究,特別 是將體弱或重病病人作為病人端代表知識使用者, 他在病人和護士如何協商癌症症狀管理中的分類和 自我管理過程的過程研究中提出了重要的發現。此 外因為他目前也是目前接受免疫治療的癌症病人。 作為健康護理管理員和疾病急性期治療階段的病人 顧問,她曾擔任研究項目的病人端代表知識使用 者。由他的角度切入,我們了解到作為一個生病的 人,是多麼的無助,而當前的醫療訊息,卻無法真 的給生病的人充足的、想要知道了解的訊息。藉由 將病人端帶入研究領域來,討論發展研究的方向, 我們能更有機會去了解,甚至更進一步去貼近真實 的需求和好處。

而當前輔助工具發展的方向,是希望能再進一步個人化或族群化(Culture Adapted or Culture Optimized),因應所面對的不同族群項應提供適合的訊息呈現方式和不同的訊息內容(因應不同階層的族群間選項在意點不同的差異),以及如何尋找並作出合適的不同選項處置間的差異呈現(Intervention Difference),和新的引導員的介入

模式(New COACHING Model),以利在不同的對象面前,用最短的方式抓到適合的醫病溝通方式,達成訊息分享的最大可能性。

那麼最初的夢想-病人參與,我們走到哪裡 了呢?這個先前絕對對使用者病人端保密的黑盒 子,也在 Antoine Boivin 醫學博士和他的病人夥伴 Alexandre Grégoire 攜手下得以解密。來自加拿大的 Antoine Boivin 是一名醫生,他擔任加拿大病人和 公共合作研究主席。他與病人代表 Vincent Dumez 合作,且進一步開放給病友及公眾,一同合作創創 建了卓越中心以及魁北克 SPOR 支持部門。在他們 的奔走及努力之下,產出了加拿大第一項關於病人 參與優先事項的國際隨機試驗。自2016年以來, 他一直關心病人合作夥伴病人,並且致力於將病人 的聲音和需求完全融入他的社區初級保健實踐。而 他的夥伴 Alexandre Grégoire 擁有蒙特利爾魁北克 大學的工商管理(會計專業)學士學位。他是一個 受苦於囊性纖維化和第1型糖尿病的病人,且因病 於 2012 年 10 月接受了雙肺和肝臟移植手術。因為 童年和多次重病住院時的被護理照護的背景觀點來 看,他在衛生系統的各種方面積累了豐富的經驗。 他目前是病人和公眾夥伴關係卓越中心(CEPPP) 的項目經理,以及魁北克 SPOR 支持部門病人和 公共夥伴關係的協調員。他兩人藉由分享訊息和 相關主題,二人合作積極參與蒙特利爾大學中 心(CHUM)、國家醫學研究所(INESSS)和各種 病人主導並當作研究合作夥伴參與的研究計畫,並 在過程中將研究方向推向符合病人需求的發展及討 論,希望能更貼近醫療的"買方"那一端的需求, 而這一直是醫療產業和研究所一直匱乏的 - 缺乏病 人的需求和聲音。

病人的聲音,是不是真的被注意且被聽進去了呢?有或沒有,對於醫療這個行為真的會有影響嗎?這個問題的答案,可以在 Maman Joyce Dogba 博士在拉瓦爾大學一席演講中,與會醫病代表雙方的反應中看到答案。擁有衛生經濟學碩士學位和公共衛生博士學位,也是加拿大魁北克拉瓦爾大學家庭與急診醫學系的助理教授的 Maman Joyce Dogba 博士,他的研究包括評估病人、研究用戶和衛生專業人員教育的相互配合實踐。此外他也致力於推動

CHENG CHING MEDICAL JOURNAL

利益相關者(如病人)參與科學,並且如何有意義 地讓資源不足的人進行以病人為中心導向的研究。 在他演講所分享的經驗中,我們看到了他觸及多數 但經濟及知識力低下的族群,如何因為不在市場主 要的目標內,而承受不等的醫療訊息以及知識暴 力的影響,經常蒙受其害不得翻身。Maman Joyce Dogba 博士在席間為力量單薄的病人族群說的話引 起大家熱烈的迴響和全場的掌聲。他說在我們給的 醫療處置過程中,如果病人的結果滿意度是0,那 不論我們醫療端對於自己的評價是多滿意,這個 治療的成果就是0。簡單數學,0乘上任何數字都 只會是0,這是原理,無法動搖。(非原文,但 大意引用為 If the patient's satisfactory was zero, the clinical outcome ultimately end-up zero, no matter what physician's satisfactory is. Simply Mathematics: zero times whatever you put equals zero.) 這句話不僅鮮活 的呈現醫病共享決策所追求的根本精神,更是將 病人的參與和滿意度的重要刻進了在場每一個人 的心底。

國內的相關醫病共享決策推動及發展,雖起步較慢,但在相關權責單位醫策會以及各有識前輩之

奔走努力下,逐年成長,相信在持續努力及推動下, 醫病共享,醫病共好的願景,必能指日可實現。

## 參考文獻

- 1. 衛生福利部台灣病人安全資訊網:TPR統計報。 2019。Retrieved from http://bit.ly/2PErCdP
- 2. Veatch RM: Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. What physician-patient roles foster the most ethical realtionship? The Hastings Center Report 1972; 2(3): 5-7.
- 3. Barry MJ, Edgman-Levitan S: Shared decision makingthe pinnacle of patient-centered care. New England Journal of Medicine 2012; 366(9): 780-781.
- 4. Chewning B, Bylund CL, Shah B, et al.: Patient preferences for shared decisions: a systematic review. Patient Education and Counseling 2012; 86(1): 9-18.
- 5. Eddy DM: Variations in physician practice: the role of uncertainty. Health Affairs 1984; 3(2): 74-89.
- 6. Charles C, Gafni A, Whelan T: 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.