



天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
Camillian Saint Mary's Hospital Luodong



短期內無法脫離呼吸器的病人 要不要接受氣管造口術 成效分享

呼吸治療師 張佳琪



「共享決策」 (Shared Decision Making , SDM)

- ◆ 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。
- ◆ 1997年由Charles提出操作型定義：
 - 至少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，病人提出個人喜好和價值觀，彼此交換資訊討論。
 - 醫病溝通討論，共同達成最佳可行之治療選項。
- ◆ 兼具知識、溝通和尊重此3元素。



計畫緣起:

- 2014年台灣病人安全通報系統TPR年報資料顯示可能原因與「溝通因素」相關之 7,236 件案例中「團隊與病人或家屬間溝通不良」佔 31.6 件/百件
- 2019年台灣病人安全通報系統TPR年報資料顯示可能原因與「溝通因素」相關之12,423 件案例中「團隊與病人或家屬間溝通不良」佔 43.8 件/百件
- 由衛福部公告委託醫事鑑定:
詳細告知,不滿醫療程序,醫病
- 而2020年最新地方法院民事
為最高

2. 民事判賠原因·仍以未盡告知說明義務最常見

民事糾紛判賠原因-違反告知說明義務

統計區間: 2016.5-2020.10





一 醫界面臨的挑戰：

- ✓ 病人多重疾病（疾病複雜度增加）
- ✓ 醫師要照顧的病人太多，溝通時間有限
- ✓ 醫療專業與民眾之間的知識落差大（有聽沒有懂）
- ✓ 醫病關係緊張

名醫看診!

- 國際間已有研究主張醫病共享決策是進行醫療決策理想模式

- 醫病共享決策優點:

降低人為疏失

避免不當的使用藥物

提升病人滿意度

增加病人對醫療的順從度

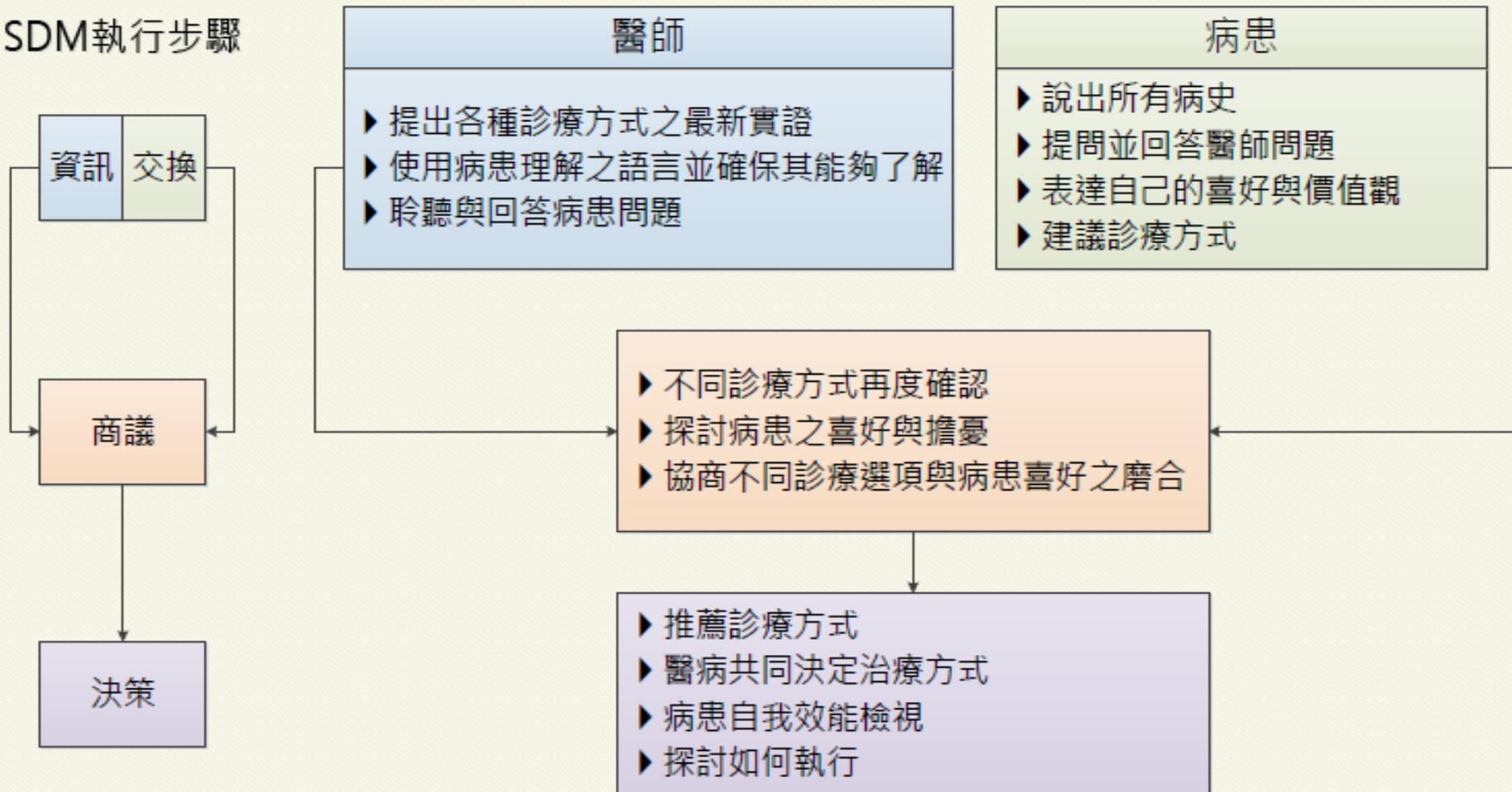
節省醫療費用

提升醫療品質



❖ 實證醫學提出的醫病共享決策模式

SDM執行步驟





愛生命 擁抱希望
人人都想珍愛生命守門人
守門人 1.2.3 守門

- 1 問
詢問
瞭解
- 2 問
諮詢
轉介
- 3 介
轉介
轉介

95-788-995
（24小時 大家來轉介）

Action



醫病共享決策與知情同意或衛教之不同處

SDM包含知情同意及衛教的精神。

SDM相較於其他兩者：

- 溝通**時間點**不同
- 內容由單一選項變為**多選項**
- **更尊重**病人的考量和意願。

所以「**什麼都不做**」也是一種選項

※國際病人輔助決策標準（International Patient Decision Aids Standards, IPDAS）：
「4.The decision aid describes what happens in the natural course of the condition (health or other) if no action is taken.）」





醫病共享的輔助

- ❖ 除醫師以外的臨床工作人員如:護理師,社工師,呼吸治療師
- ❖ 協助病人一步一步進行共享決策

臨床決定引導員

- ❖ 協助病人能了解疾病,臨床進程,治療選擇的意義
- ❖ 利用資訊軟體工具幫助病人思考臨床選擇

臨床決定工具

醫療團隊則必須具備的條件

- 專業的知識-具實證、最適切。
- 溝通的技能-病人聽得懂、說得出、能了解。
- 輔助的工具-適用病人需求、有人引導





天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
Camillian Saint Mary's Hospital Luodong

主題

**短期內無法脫離呼吸器的病人
要不要接受氣管造口術**





團隊成員介紹及任務分工

團長：加護病房主任



單位	職務	負責職務
加護病房	醫師	臨床執行與規劃及教育訓練
醫安部	副主任	統籌品管活動之規劃與教育訓練
加護病房	主治醫師	臨床執行與規劃
加護病房	護理師	引導員、臨床照護推動、成效追蹤
加護病房	護理師	引導員、臨床照護推動
加護病房	護理師	引導員、臨床照護推動
加護病房	專科護理師	引導員、資料彙整、臨床照護推動
加護病房	專科護理師	引導員、臨床照護推動
呼吸治療	呼吸治療師	引導員、臨床照護推動



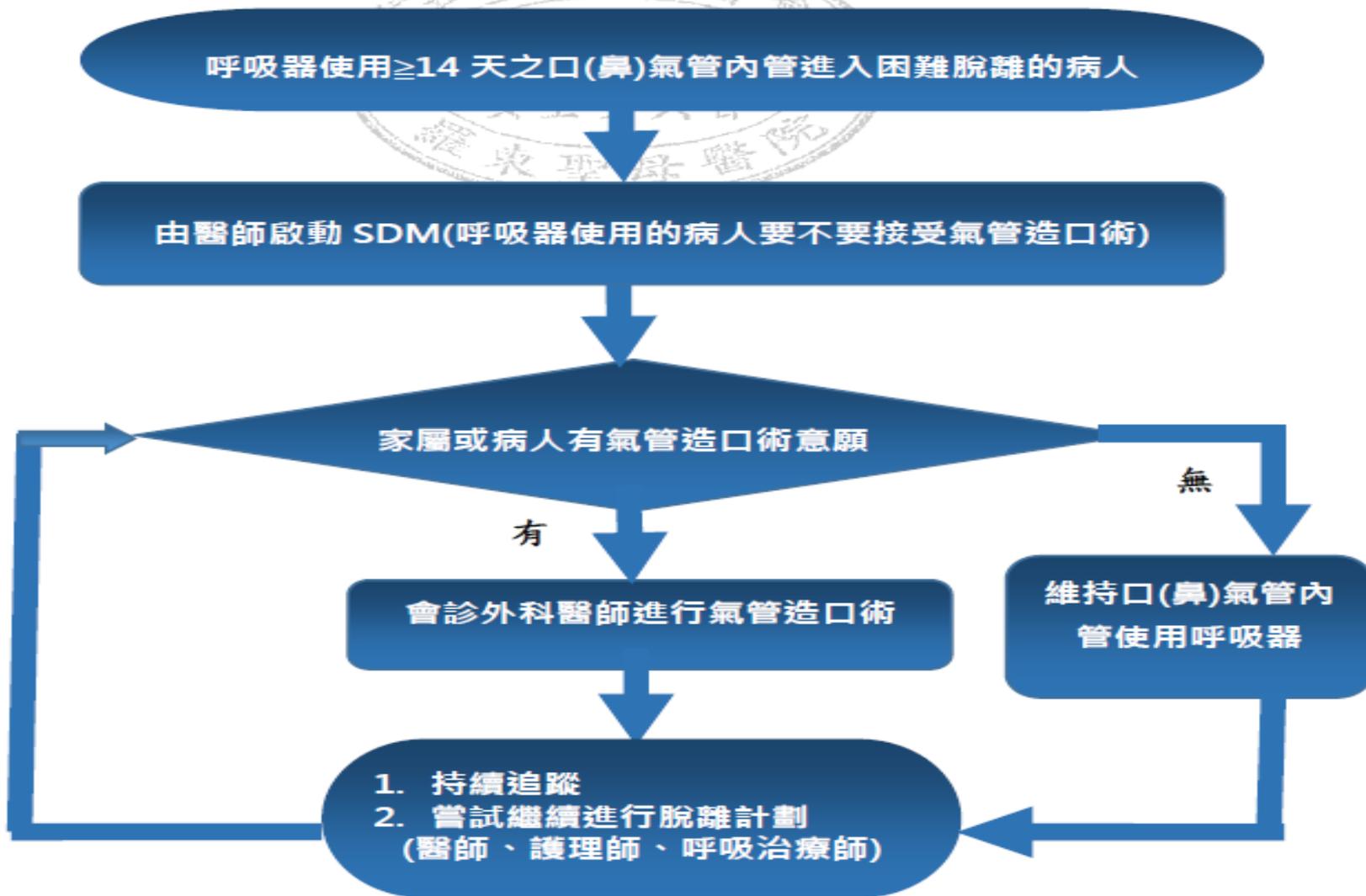
團隊運作共識-主題適用範圍

1. 呼吸器病人積極治療2週後，經治療團隊評估仍未適合進入呼吸器脫離程序者
2. 使用呼吸器雖不滿2週，但經治療團隊評估需長久呼吸器依賴使用者
3. 呼吸器病人呼吸器使用大於3週者





臨床導入流程





制定標準程序書並於網頁公告

108/06/12 完成 『短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之共享決策』標準程序書

羅東聖母醫院標準作業程序書

標準類別: 作業標準 組織標準 技術標準 文件編號: R02-013 頁碼、頁數: 1 of 3

標準名稱: 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業 制定日期: 108/06/12

主辦部門/會議或委員會: 加護病房/加護病房會議 修訂日期:

執行負責人: 加護病房醫師/加護病房護理師 稽核負責人: 加護病房主任

一、目的: 醫療人員遵照醫療專業原則, 對短期內無法脫離呼吸器之病人, 應以病人之最佳利益為原則, 協助病人及家屬共同進行「短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術」之選擇, 每位醫師應與家屬、護理師共同與病人及家屬共同進行醫療決策, 達成共識後再執行。

二、適用範圍: 呼吸器使用滿 14 天之(屬)短期內無法脫離呼吸器的病人。

三、定義與縮寫:

3.1 共享決策 (Shared Decision Making, SDM): 1997 年美國臨床指南聯合發表, 至今成為醫療與病人雙方共同參與, 醫師與病人共同進行決策的重要原則。病人與醫師個人的最佳醫療決策, 彼此共同參與與討論, 每位患者最佳可行之治療選擇。

3.2 醫療專業共識: 多位醫師對同一類病人, 在相同臨床情境下, 共同達成共識, 並以此共識作為醫療決策之參考, 以協助病人及家屬共同進行治療決策, 以達到最佳醫療決策之目的。

四、作業程序與成效評量

4.1 作業程序如左:

步驟	說明	負責人/單位
評估患者病情介入	1. 醫師向病人(家屬)討論短期內無法脫離呼吸器之病人, 家屬應與醫師共同進行討論, 進行評估及標準作業。	醫師
啟動 SDM	1. 醫師與家屬共同進行 SDM。	醫師
引導家屬共同參與	1. 由家屬向病人(家屬)說明短期內無法脫離呼吸器的病人(家屬)病情。 2. 確認病人(家屬)對病情、醫療地點及(屬)內至治療和護理環境之瞭解程度。 3. 協助病人(家屬)共同進行醫療決策。 4. 醫師應與家屬共同進行醫療決策, 並以此共識作為醫療決策之參考, 以協助病人及家屬共同進行治療決策, 以達到最佳醫療決策之目的。	引導員 (護理師、物理治療師)

羅東聖母醫院標準作業程序書

標準類別: 作業標準 組織標準 技術標準 文件編號: R02-013 頁碼、頁數: 2 of 3

標準名稱: 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業 制定日期: 108/06/12

主辦部門/會議或委員會: 加護病房/加護病房會議 修訂日期:

執行負責人: 加護病房醫師/加護病房護理師 稽核負責人: 加護病房主任

說明	說明	負責人/單位
1. 醫師與病人(家屬)討論病人病情及短期內無法脫離呼吸器之病人(家屬)病情。	4. 治療師	
2. 醫師應與家屬共同進行 SDM。	護理師	
3. 醫師應與家屬共同進行 SDM。	引導員	
4. 醫師應與家屬共同進行 SDM。		
5. 醫師應與家屬共同進行 SDM。		

4.2 成效量測:

短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業成效量測

羅東聖母醫院標準作業程序書

標準類別: 作業標準 組織標準 技術標準 文件編號: R02-013 頁碼、頁數: 3 of 3

標準名稱: 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業 制定日期: 108/06/12

主辦部門/會議或委員會: 加護病房/加護病房會議 修訂日期:

執行負責人: 加護病房醫師/加護病房護理師 稽核負責人: 加護病房主任

五、附則:

5.1 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業(醫師與家屬共同進行治療決策)。

5.2 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之標準作業(醫師與家屬共同進行治療決策)。

六、參考文獻:

6.1 醫師與家屬共同進行 SDM 參考文獻:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1111111/>

6.2 醫師與家屬共同進行 SDM 參考文獻:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1111111/>

七、審核與修訂:

八、本標準作業程序書:

修訂日期	修訂內容說明	編撰者	審核者	核准者
108/06/12	新增發行	楊錦山/楊錦山	楊錦山	曾文彬



在職教育

網路課程：109年辦四場E-Learning/110年辦一場E-Learning

實體上課：109.08.12 加護病房會議

109.08.14病房會議

110.09.15 加護病房會議

110.10.05病房會議各舉辦1場課程，讓團隊成員
更加了解執行的方法。





決策輔助工具成品的介紹

短期內無法脫離呼吸器的病人 要不要接受氣管造口術

前言

您的家人短期內無法脫離呼吸器，但病情相對穩定，除了維持口(鼻)插管治療之外，也可以選擇用氣管造口術(俗稱的氣切)治療，對病人生活品質、照護方式及外觀上會有所改善，請您想想什麼是病人以及家人所期待的治療方式，並做出最適合的選擇。

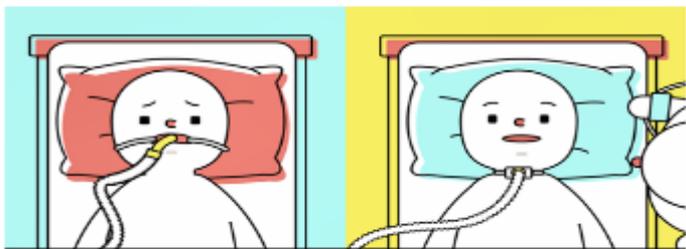
決策輔助表



實體輔助說明

宣導影片

合頁上頁



影片處方籤

2016/4/25 - 1.86
現在編號：_____ (編號001處 - 002 - 003 依序編列)
醫病共享決策計畫 成效評估調查問卷 (病人及家屬)

您好：

衛生福利部「醫病共享決策推廣計畫」，藉由**決策輔助工具**(如：單張、影片…)，協助您(病人及家屬)了解「有哪些醫療選項(治療、手術方式)以及其優缺點」，藉此作出適合您期待的醫療決策。

敬請您在**使用決策輔助工具與醫療人員討論醫療決策後**，針對本次過程回覆您的看法和建議。本問卷填寫預計花費10分鐘，可能達成您時間的耗費及心理負擔，您可自由決定是否回覆本問卷，不須任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後之醫療照顧。本問卷採不記名調查，不收集可辨識個人之資料，整體分析結果將作為醫病共享決策推動模式之參考。

羅東聖母醫院 敬上

第一部份：針對這份醫療人員與您使用的**決策輔助工具**，請您圈出下列問題中您認同的數字。

成效評估表



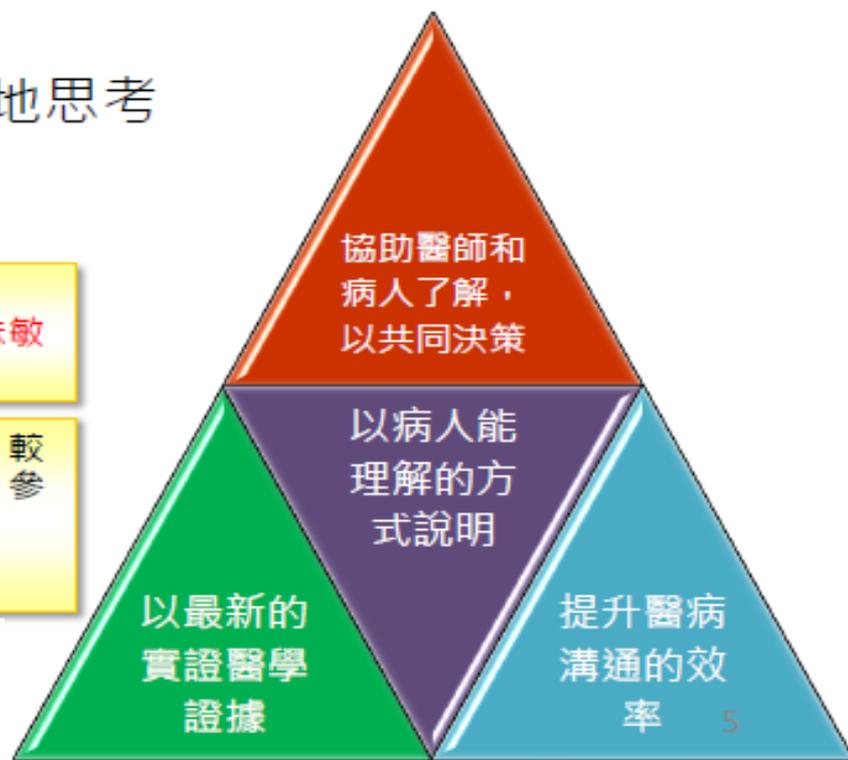
醫病共享決策輔助工具

- ✓ 協助病人了解疾病、臨床進程、治療選擇的意義
- ✓ 確認病人已瞭解做決定前應該具備的疾病或治療知識（有聽也有懂）
- ✓ 幫助病人表達重要的好惡與價值觀
- ✓ 減輕醫療人員準備溝通資訊的負擔
- ✓ 利用資訊軟體工具，幫助病人隨時隨地思考臨床選擇。

- 病人可能弄不清楚自己的喜惡，或是害怕做出錯誤的決策。
- 華人的民族性，不善於表達自己的意見，尤其針對某些特殊敏感的議題，更是羞於啟齒。

- 研究顯示，使用以實證醫學為基礎之決策輔助工具的病人，較接受一般常規照護的病人，更了解治療方案的優點與風險，參與醫療決策的認知程度比較高。

（縮短醫病資訊之差距→減少糾紛）





決策輔助海報展示



正常人呼吸是由呼吸道將空氣吸入肺部。

管 將空氣吸入肺部。

那哪些病人適合氣切呢???

- ① 意識不清
- ② 呼吸困難
- ③ 病人無法咳嗽
- ④ 喉嚨受傷

氣切 ≠ 呼吸器依賴，當病人病情改善，甚至可以提早脫離呼吸器。氣切是照護呼吸道的最好方法，可以讓病人感到更舒適，病情好轉時可以訓練說話及吞嚥，用於適當的病人上，甚至可以維持日常生活活動，增加其生活品質。

『氣切 ≠ 瀕死』

為什麼要做氣切

正常人呼吸是由呼吸道將空氣吸入肺部。則是從氣切管將空氣吸入肺部。



(1) 確保呼吸道暢通
因疾病或創傷導致上呼吸道阻塞。

(2) 減少呼吸器相關肺炎
長期插管會影響口腔及喉嚨等處，導致分泌物堆積、發炎或創傷，甚至引起肺炎。

氣切 V.S. 氣管內插管

	氣切	插管
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 更換氣切管較容易 2. 可說話和吞嚥 3. 較易清除痰液 4. 病人較舒適 5. 有機會提早脫離呼吸器 6. 可在居家照護 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不適 2. 無效
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 氣囊或氣管潰瘍、狹窄等併發症 2. 造口出血、癒合不良或感染 3. 剛完成氣切造口時，若氣切管滑脫，會有無法放回去之危險 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人痛苦 2. 氣管炎 3. 聲音嘶啞 4. 更難脫離呼吸器 5. 口腔感染 6. 多痰 7. 較難脫離呼吸器 8. 喉嚨受傷 9. 病人痛苦



打破迷思

MYTHBUSTERS

氣切 ≠ 呼吸器依賴，當病人病情改善，甚至可以提早脫離呼吸器。氣切是照護呼吸道的最好方法，可以讓病人感到更舒適，病情好轉時可以訓練說話及吞嚥，用於適當的病人上，甚至可以維持日常生活活動，增加其生活品質。



『氣切 ≠ 瀕死』



天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
Camillian Saint Mary's Hospital Luodong

SDM臨床導入過程





團隊運作共識-推動目的及重要性

- 醫療共享決策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。
- 討論的內容包括各選項的好處、傷害，並且考慮病人的價值觀及偏好和情況
- 交集了以病人為『中心的溝通技巧』和『實證醫學』，達成最佳病人照護模式的終極目標
- 提升病人的生活品質
- 改善病人的照護方式
如:使用氣管造口可以降低呼吸器帶來的相關肺炎風險……。
- 穩定執行呼吸訓練
如:在長期照護下，病人呼吸較不費力，更換管路較容易，並可減少長期使用口(鼻)插管之併發症……。



臨床導入實施範圍及執行情形

呼吸器使用 ≥ 14 天之口(鼻)氣管內管進入困難脫離的病人，照護的醫療團隊介入本院加護病房” 短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術”之共享決策

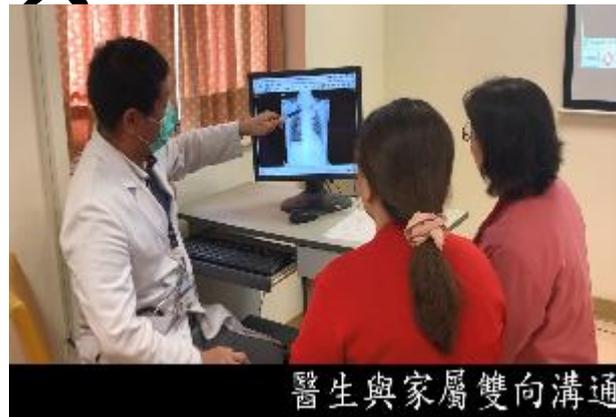
1. 本院短期內無法脫離呼吸器的病人要不要接受氣管造口術之共享決策之標準化作業程序
2. 確定個案並開始收案
3. 醫療團隊提供SDM醫療決策輔助平台QR code並協助家屬如何執行，並完成決策輔助表填寫
4. 醫療團隊給予家屬決策前問卷並解說及書寫，了解家屬或病人的價值觀意願及想法
5. 醫療團隊召開醫病共享會議，邀請家屬參加提出心中想法
6. 醫療團隊於會議時，給予實體輔助說明（包括氣管內管與氣切管的差異說明），期待家屬做出適當的決策
7. 醫療團隊會議結束後，給予成效評估表並協助填寫，了解家屬對於病情的理解度，對於疑問的地方，給予再次說明，會議結束後，主治醫師書寫成『家庭會議記錄』並存檔於病歷中



相關團隊成員

評估啟動SDM，向
家屬解釋說明

醫師



引導員介入，
使用輔助工具



介入，
助工具





成效評估調查結果

填答人基本資料

變項	人數	百分比(%)
身份		
病人本身	1	9.1
病人家屬	10	90.9
性別		
女性	3	27.2
男性	8	72.8
年齡		
20到29歲	1	8.30%
30到39歲	2	16.70%
40到49歲	3	25.00%
50到59歲	2	16.70%
60到64歲	1	8.30%
65歲以上	3	25.00%
教育程度		
小學肄業	2	16.70%
小學	1	8.30%
國/初中	1	8.30%
高中/職	3	25.00%
大專/學	5	41.70%



成效評估調查結果



填答人基本資料

變項	人數	百分比(%)
病患一起看決策輔助工具，參與醫療決策的是		
自己一人	6	50.00%
配偶	2	16.70%
子女或其配偶	1	8.30%
其他家人	3	25.00%
進行決策輔助表四個步驟前，比較想要的選擇方式是		
接受氣管造口術	1	8.30%
目前繼續維持口(鼻)氣管內管治療	9	75.00%
再與主治醫師討論我(們)的決定	2	16.70%
進行決策輔助表四個步驟後，比較想要的選擇方式是		
接受氣管造口術	5	41.70%
目前繼續維持口(鼻)氣管內管治療	3	25.00%
再與主治醫師討論我(們)的決定	4	33.30%





成效評估調查結果

變項	平均數	標準差
醫護人員與您使用此決策輔助工具，您認同的程度？	3.98	
幫助您認清到您必須做出決定？	4.08	0.67
讓您準備好做出一個更好的決定？	4.00	0.74
幫助您思考每個選項的優點及缺點？	4.08	0.67
幫助您思考哪些優點及缺點是最重要的？	4.25	0.45
幫助您知道這個決定取決於哪些事情對您最重要？	3.92	0.67
<p>『幫助您思考每個選項的優點及缺點？』達4.08分最高，其中『幫助您思考哪些優點及缺點是最重要的？』達4.25分最高。顯示出病人(家屬)對醫病共享決策的認同</p>		
進行共享決策前，在面對目前的醫療問題，您的焦慮程度？	4.17	0.58
進行共享決策後，在面對目前的醫療問題，您的焦慮程度？	3.58	0.51
看診過程中		
在幫助您了解您的健康問題上，醫療人員做了多少努力？	4.08	0.29
在聆聽您的健康問題中您最在意的事，醫療人員做了多少努力？	4.17	0.39
在選擇下一步該做甚麼時，醫療人員有多努力在把您最在意的事納入考量？	4.08	0.29



成效評估調查結果

變項	平均數	標準差
您的病人使用此決策輔助工具後達到哪個程度？	4.00	
幫助病人充分了解決策選項的風險與好處？	4.05	0.51
幫助病人了解自己對這些風險與好處的重視程度？	4.00	0.56
幫助病人為決策會談做好準備？	4.10	0.45
幫助病人按照自己的想法參與決策過程？	4.05	0.51
幫助病人在更充分瞭解下做決定？	4.05	0.51
<p>調查結果發現：病人(家屬)對決策輔具工具認同程度平均都達4.00 分(最高5分)。</p>		
改善醫病關係	3.80	0.77
改善決策會談時的時間運用	3.95	0.69
提升決策會談的品質？	3.85	0.67



成效評估調查結果

變項	總數	百分比%
SDM實施的障礙因子：系統相關困難		
與病人討論的時間不夠	7	35.00%
為病人提供治療選項時，我面臨困難	2	10.00%
病人在考慮治療方式過程中以家庭因素為優先考量	12	60.00%
病人希望接受治療而不是諮詢	5	25.00%
在第一次諮詢時，我沒有足夠的訊息協助病人做出治療決定	3	15.00%

SDM實施的障礙因子中調查中發現：
病人或家屬在考慮治療方式過程中以**家庭因素**為優先考量達**60%**。





成效評估調查結果

變項	總數	百分比%
SDM實施的障礙因子：系統相關困難		
病人不理解我提供的訊息	9	45.00%
病人對疾病或治療有誤解	10	50.00%
病人難以接受他的疾病	7	35.00%
病人太擔心而無法聽進醫療人員說的話	7	35.00%
病人不想參與SDM	5	25.00%
病人猶豫不決	5	25.00%
病人希望參與更多他的治療決定	3	15.00%
病人帶來太多訊息無法討論	6	30.00%
不知道病人要求進行的治療是否對他有益	7	35.00%
病人拒絕我/醫生建議的治療	4	20.00%

SDM實施的障礙因子中發現：“病人對疾病或治療有誤解” 達50%

你們每次都誤會我





成效評估調查結果

變項	總數	百分比%
SDM實施的促進因子		
提供病人紙本訊息	6	30.00%
病人了解疾病及治療方式，準備好進行諮詢	9	45.00%
病人在諮詢時有人陪伴他們	1	5.00%
病人信任我	4	20.00%
促進良好醫病關係	12	60.00%
提升醫病溝通效率	15	75.00%
國家政策要求	0	0.00%
SDM實施的促進因子中，提升醫病溝通效率達75%。		
期望改善臨床照護結果	5	25.00%
期望降低醫療照護成本	3	15.00%
落實以病人為中心的照護	9	45.00%



臨床運用效益評估

- 此SDM主題自107年由亞急性呼吸照護病房開始著手推動，經每年成果發表檢討，108年超前部署提前在加護病房啟動SDM介入，108年榮獲院內醫病共享臨床推動成果發表競賽第二名、最佳人氣獎及創新獎。
- 108年推動完成11位個案，109年推動完成20位個案，使家屬在充分理解及考量下可以做出不後悔的決策，也可以認知到每一個決策沒有對與錯，只有最合適的決策。
- 滿意度由80.1%提升為82.3%
- 109年參加醫策會【醫病共享決策醫療機構實踐運動】獲得優秀團隊獎。
- 109年榮獲院內醫病共享臨床推動成果發表競賽第一名及創新獎。



天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
Camillian Saint Mary's Hospital Luodong





臨床導入之持續落實情形

- 護理站電腦桌面連結醫病共享決策課程講義、網路課程及影片，方便醫療人員查詢。
- 將醫病共享決策模式標準化，制定標準作業程序書，由醫安部進行文件管理，放置在院內標準作業程序書網頁。
- 同時將醫病共享決策進行模式拍攝成影片，方便醫療人員觀看複習，及新進人員教育訓練使用
- 護理長每季抽樣稽核臨床團隊成員熟悉及確實執行狀況。
- 每月加護病房品質會議列入討論及檢討執行個案的狀況，鼓勵人員進行分享。
- 每年九月醫院舉辦臨床運用成果發表會，給予實質獎勵及表揚，以鼓勵醫療人員堅持做對的事及對病人家屬有幫助的事。



醫病共享決策進行模式拍攝成影片





預期效益

1. 對於病人(家屬)，獲得更充足的醫學知識與了解。
2. 降低病人(家屬)做選擇時的衝突與不安。
3. 讓病人在做醫療決策時，能有更多的自主權，積極的參與醫療決策。
4. 病人(家屬)在充分理解及考量下可以做出不後悔的決策，也可以認知到每一個決策沒有對與錯，只有最合適的決策。
5. 提升醫療照護品質





天主教靈醫會醫療財團法人
羅東聖母醫院
Camillian Saint Mary's Hospital Luodong

謝謝您的聆聽

