

## 共享決策

### 前言

最近幾年由於醫策會的鼓吹以及醫院評鑑的要求，台灣醫界開始注意到醫病共享決策（shared decision making，SDM）。其實SDM並不是一個突然出現的名詞，也不是那位先覺的創見，而是隨著社會變遷及科技進步自然發展出來的產物。在二十世紀80年代即開始有人提出SDM的理念，就是因為時機成熟所致。

SDM是在下面幾個條件中應運而生：

1. 醫療科技進步，難治或不治之症漸露生機，病人可有不同的選擇。
2. 同時關注身、心、靈、社會的全人醫療成為醫療照護的主流。
3. 安寧緩和醫療的發展，病人享有選擇治療與不治療的當然權利。
4. 資訊科技讓病人有更多的機會和能力獲得和了解醫療資訊。
5. 醫病關係從父權主義轉變成夥伴關係。
6. 醫療決策日益考量生活品質和成本效益。
7. 生命倫理四原則普及—尊重自主成為倫理的基本要求。

雖然SDM是時代的產物，在三十年前就被認為應該普遍實施，但時至今日，由於醫學教育在醫病互動與病人權益等領域發展甚緩，故仍有許多醫療人員不了解SDM，本文特將其中的重要理念作一詳細介紹。

## SDM 的迷思

大家不履行 SDM 有另一個原因，就是自以為知道而沒有用心去了解。本文在作較深入的說明之前先將 SDM 常見的誤解釐清。對於 SDM 的誤解，Legare F 等人在 2014 年發表在 *Patient Education and Counseling* 的一篇文章“Twelve myths about shared decision making”提出一般醫療人員對 SDM 常見的 12 項迷思。作者企圖引用許多研究報告來反駁這些錯誤的觀念，但這些研究大多採用意見調查，證據力較弱，並不能提供強有力的支持。然而，真理不必全然依靠研究證據來證明，其實文中提及的每一項誤解只須一般推理即不攻自破。分別說明如下：

誤解 1：SDM 是一種時尚——它會成為過去。

SDM 是隨著社會變遷及科技進步發展出來的產物，除非社會氛圍及科技發展到了另一境界，否則 SDM 仍會持續被定位為某些疾病狀況的診療必要程序。

誤解 2：在 SDM 中，病人被放著單獨做出決定。

這是對 SDM 完全的誤解，SDM 的基本精神就是醫病共同決策，在過程中病人在醫療人員陪同和支持下一起做出決定。

誤解 3：不是每個人都想 SDM。

不是每項醫療決策都需要 SDM，但當病人的狀況有兩個以上的選

擇，而這些選項會因病人自身的價值觀和社會及心理因素而有不同的利害關係，這些就是 SDM 的時機。故 SDM 是病人的當然權益，不是可有可無的選項，在任何情況下均不應被剝奪。

誤解 4：並非每個人都因 SDM 獲益。

如上所述，當病人的狀況有兩個以上的選擇，而這些選項會因病人自身的價值觀和社會及心理因素而有不同的利害關係時，執行 SDM 通常對病人都是有利的。

誤解 5：SDM 是不可能的，因為病人總是問我我會做什麼。

病人的確會問這樣的問題，在 SDM 的過程中本應鼓勵病人發問，這不但不會影響 SDM，反而有助醫病之間的互相了解。

誤解 6：SDM 花費太多時間。

SDM 花費的時間本來就是應該的。而在充分的 SDM 之後病人對診療的滿意度及醫囑的遵循度會大為提升，SDM 是附合投資回報的醫療程序。

誤解 7：我們已經在做 SDM。

由於醫療人員常對 SDM 有所誤解，要做 SDM 除了醫院建立相關制度及備妥軟硬體設施之外，相關人員還需要接受訓練。在我國目



前的醫療體制下合宜的 SDM 是不會自然就發生的。

誤解 8：SDM 很容易！有工具就可以。

有人以為醫院花費龐大資源製作了一些病人決策輔助工具 ( patient decision aids , PDAs ) SDM 便可大功告成，這是頗為常見的誤解。

PDA 顧名思義就是決策的輔助工具，是 SDM 流程的催化劑，單靠 PDAs 對 SDM 並不能有任何效果。

誤解 9：SDM 不符合臨床醫療指引。

這樣的想法是來自較陳舊的實證觀念。實證醫學 ( evidence-based medicine , EBM ) 發展初期曾有些觀念偏差的學者強調證據為決策的唯一依據，否定臨床經驗與人性。在實證執業 ( evidence-based practice , EBP ) 逐漸成熟之後，現在的共識是決策乃依據研究證據、專業經驗和病人價值三者。臨床醫療指引的執行也必須考量病人的價值觀和意願。

誤解 10：SDM 只是關於醫生和他們的病人。

SDM 至少有醫生和他們的病人參與，但在較複雜的情況需要跨專業的醫療團隊照護時便有可能需要更多不同醫療職類的人員加入 SDM 的過程。

誤解 11：SDM 策會耗費金錢。

如前所述，在充分的 SDM 之後病人對診療的滿意度及醫囑的遵循度會大為提升，SDM 是附合投資回報的醫療程序。

誤解 12：SDM 並不會考量情緒問題。

這是對 SDM 的程序毫不了解才會出現的誤解。SDM 過程中一個很重要的程序就是探索病人對各個選項的觀感，其中當然包括病人的情緒以及其潛在背後的影響因素。

## 理解 SDM

全球醫界對 SDM 有許多不同的論述，其中以英國國民保健署 ( National Health Service , NHS ) 對 SDM 的定義較為完整：「醫師與病人一起選擇檢查、治療、處置或支持配套的程序，其乃基於臨床證據和病人被告知後的優先選項。此程序涉及對選項、結果及不確定性提供有證據基礎的資訊，連同支持決策的諮詢和記錄及執行病人被告知後的優先選項的系統。」

加拿大 McMaster University 的 Charles C 等人早在 1997 年於 *Soc Sci Med* 發表的文章“*Shared Decision-making in the medical encounter: what does it mean?*”提出 SDM 有四個特色：(1) 至少兩個參與者—醫師與病人；(2) 雙方分享資訊；(3) 雙方採取行動對較為想要的治療建立共識；(4) 對要執行的治療達成協議。但這

樣的陳述並未比「共享決策」一詞的字面多說明些什麼，對 SDM 的認知毫無幫助。直至 2012 年 Elwyn 等人在 *Journal of General Internal Medicine* 發表“Shared decision making: a model for clinical practice”創立 Choice Talk、Option Talk 及 Decision Talk 三個步驟模式，才將 SDM 的程序明確又簡要地陳述出來。簡單地說，這三個 Talks 的內容為：Choice Talk 說明目前狀況需要進行 SDM 的理由，Option Talk 討論各選項的主觀（病人價值和意願）和客觀（研究產生的實證）的優缺點，Decision Talk 共同作出決策。以下藉由這個模式說明 SDM 的程序。

Elwyn 等人在文中首先舉出兩個因沒有做好 SDM 而造成遺憾的故事：

#### 故事一 凱瑟琳：早期乳癌

凱瑟琳（67 歲）最近被診斷出患有乳癌。她喪偶，在鄉村獨居和沒有開車。她被提供兩個選項，乳房腫瘤切除術加上放療（保乳手術）或乳房切除術，被告知兩個程序的存活率相同，要在兩者之間進行選擇。她因須作出選擇而感到驚訝和焦慮。她聽取了意見，雖然給了她很好的資料，但覺得一直被指引接受侵入性較低的乳房腫瘤切除術和放療。她在放療期間變得非常疲憊，她的乳房變得有壓痛和較小，這是她沒有預料到的效果。兩年後，乳癌的同側局部復發，必須手術切除。此時她才知道，乳房腫瘤切除術之後局部復發率較高（雙倍）。她感到遺憾，並認為如果她當初被賦予更多的信息，並有機會表達自己對於不想有復發的強烈願望，也許她的決定會有所不同。

#### 故事二 愛德華：前列腺肥大引起的症狀

愛德華（75 歲）最近被診斷為前列腺肥大造成他麻煩的泌尿系統症狀。他被告知手術是最有效的治療，並接受了建議。手術前，他享受著活躍的性生活，這對他和他的妻子都是重要的。但手術卻對他的性生活有嚴重的影響。他曾被告知一些男性在手術後性生活會有問題，但他並不覺得他曾有機會考慮這種風險的程度或有機會針對個人的狀況作出考量。回想當時，如果他被賦予了更多的機會來討論他的意願，他可能寧願「觀察等待」而延後手術。

在述說故事之後，Elwyn 認為經由下列 SDM 三步驟，便可以避免憾事發生：

## 1. Choice Talk 選擇談話

「選擇談話」是要讓病人知道他/她的情況在診療的方式中有兩個以上的選項，且各有其優缺點，需要他/她的參與來作出選擇。

「選擇談話」是一個有計畫的步驟，可能包括下列五步：

- (1) 說明到了要做決定的一刻。

例句：「我們現在已經確定是什麼問題，該想想下一步怎麼辦。」

- (2) 提出有兩個以上的選項 ( 因病人在此階段常對「選擇」有誤解，誤認為醫師是能力不佳或缺自信，用語須小心 )。

例句：「有一些信息能說明各種治療方式有哪些差異，我想和你討論。」

- (3) 說明為何邀請病人參與決策的兩個理由：1 ) 尊重個人意願的重要性，2 ) 醫療存在不確定性。

例句 1：「不同治療有不同的後果...有些後果你會比其他人更在意...」

例句 2：「各項治療並不一定有效，而發生副作用的機會也會不同...」

- (4) 檢查病人的反應，若病人能接受便進入下一個“Talk”，若發現病人有不安的情緒便須予以安撫。

例句：「我們要繼續嗎？」或「要我跟您說明那些選擇嗎？」

- (5) 若病人的反應是問醫師「告訴我該做什麼...」。便須延遲作結，要向病人



保證您願意支持該過程。

例句：「我很高興能夠分享我的觀點，並幫助您做出一個好的決定。但在  
我這樣做之前，我可以更詳細地描述選項，以便你了解危險在什麼地方，  
好嗎？」

## 2. Option Talk 選項談話

在完成「選擇談話」並確認病人了解及認同參與決策之後，下一步「選項談話」是要向病人介紹各選項的優缺點以及了解病人的意願。可能包括下列  
五步：

- (1) 檢查病人對自己病情的了解程度。

例句：「你對前列腺癌的治療有什麼看法？」

- (2) 表列出各個選項，並邀請病人注意。

例句：「在我們進入更詳細的討論前，讓我列出各個選項。」

- (3) 說明選項的優缺點（傷害和利益），並探索病人的意願。

例句：「兩種選擇都是類似的，包括定期用藥。」

例句：「這些選項對您和別人會有不同的意義，所以我想描述...」

- (4) 提供病人決策支持。這些工具就是所謂的 PDAs，可以是衛教單張、電腦  
互動軟體、卡通片或影片等。SDM 可能需要多次面談，可讓病人回去之



後先行參考 PDA，下次看診時繼續討論。

例句：「這些工具目的是要幫助您更詳細地了解選項。你試試使用這些工具，以便下次返診時我可以回答你的問題」。

- (5) 摘要。再次列出選項，並請由病人用自己的話述說一遍，趁此檢查病人是否了解。這就是「回覆示教」，是檢查錯誤觀念的良好方法。

### 3. Decision Talk 決策談話

當確認病人已了解各選項的優缺點之後，便進入最後一步「**決策談話**」。可包括下列四步：

- (1) 專注病人的感受和價值觀並引導病人思考以為自己選出優先選項。

例句：「從您的觀點，什麼是對您最重要的？」

- (2) 選出優先選項，過程中如果病人表明希望多知道一些，便依他們所願來指導他們。

- (3) 進行決策，但在決策之前須檢查病患是否需要延後決定或已做出決定

例句：「你準備好了嗎？」、「你想要更多的時間嗎？你還有其他問題嗎？」

「我們應該討論更多的事情嗎？」

- (4) 在結束前回顧一下決策的過程與結果，讓病人再次思考和確認自己的選項。

Elwyn 並繪出三個談話與 PDA 的相關性 (圖 1)，明確顯示出 SDM 的主軸是經由三個談話的醫病溝通，PDA 僅是輔助工具。

共享決策：臨床執業的模式

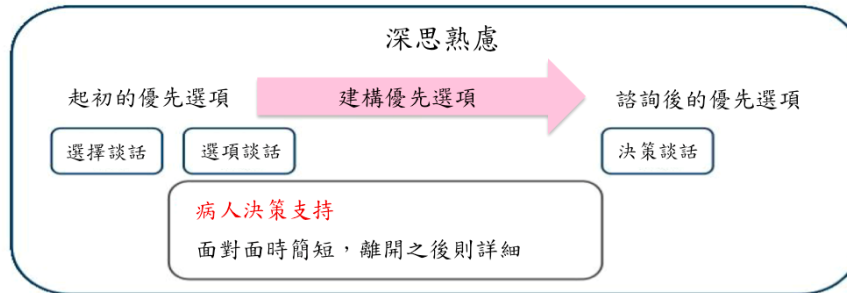


圖 1. Elwyn 等人建立之共享決策模式。

## 病人決策輔助工具

### 1. 「內容導向」的 PDAs

「選項談話」的過程有兩個主要目的，首先是要讓病人明白各個選項的優缺點，跟著是醫病雙方共同探索病人的優先選項，要達成這兩個目的常需要使用 PDAs。協助達成第一個目的所採用的 PDAs 有如衛教工具，病人可以採用閱讀、視聽或電腦互動等方式來進行了解決策中各個選項的優缺點。這些教材儘量以量化和目視化方式呈現，這是「內容導向」的 PDAs，而其中內容是依據臨床研究所得的數據經 EBM 的方法學整理出來的臨床指引或綜合分析而來，因此 EBM 在 SDM 佔有一席之地。以著名的 Mayo Clinic SDM 全國資源中心為例（圖 2），該中心所提供的 PDAs 包括心肌梗塞預防、胸痛檢查、憂鬱症用藥、糖尿病用藥、甲狀腺功能亢進治療、頭部電腦斷層檢查、骨質疏鬆症用藥、經皮冠狀動脈介入治療、手術前後戒菸、抗凝血藥物及類風濕性關節炎等。而各 PDA 呈現方式不盡相同，除了閱讀資料之外，令參閱者最感興趣的應是計算程式均由研究數據所導出的風險計算機（risk calculator），參閱者只須鍵入個人健康數據即可看到用藥與不用藥罹病風險的圖示，使參閱者對相對的風險留下深刻印象。

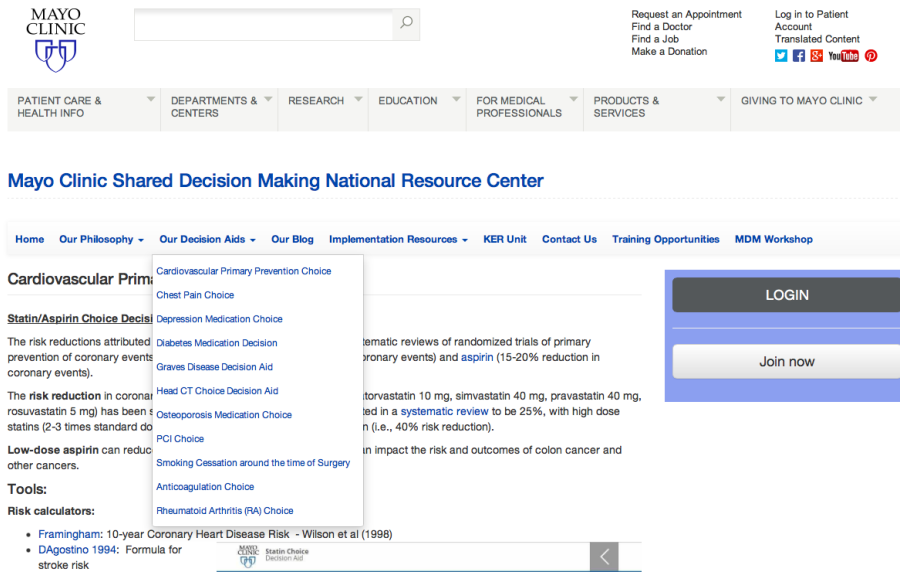


圖 2. Mayo Clinic SDM 全國資源中心網頁頁面。

## 2. 「程序導向」的PDAs

PDAs的第二個功能是協助醫病雙方共同探索病人的優先選項，這是以「程序導向」的PDAs這方面的工具最有名的是渥太華個人決策指引 ( Ottawa Personal Decision Guide , OPDG ) 。 OPDG是由渥太華大學附設醫院的渥太華醫院研究所 ( Ottawa Hospital Research Institute , OHRI ) 發展出來的PDA , 除英文外另翻譯為另外八國語文 ( 法、西、瑞、德、荷、日、丹、中 ; 中文版是由北醫考科藍台灣研究中心及醫策會協助翻譯 無償供需要者使用。 OPDG分為單人與雙人版本 , 將決策分為四個步驟 : (1) 釐清您的決策 ; (2) 探索您的決策 ; (3) 確認您的決策需求 ; (4) 根據您的需求規劃下一步驟。這四個步驟是SDM的精華內容 , 值得我們仔細了解。

OPDG如同其他的PDAs一樣，是在完成「選擇談話」進入「選項談話」階段時開始使用，步驟一「釐清您的決策」是要釐清四個問題：您面臨的醫療決策是什麼？您需要做這個決策的原因？您什麼時候必須做選擇？您現在準備做好選擇了嗎？（圖3）

**渥太華個人決策指引：**

給進行健康或社會決策的人  
步驟1. 釐清您的決策：

您面臨的醫療決策是什麼？	
您需要做這個決策的原因？	
您什麼時候必須做選擇？	
您現在準備好做選擇了嗎？	<input type="checkbox"/> 還沒想過 <input type="checkbox"/> 差不多可以做選擇了 <input type="checkbox"/> 正在思考中 <input type="checkbox"/> 已經做出選擇

圖3. 渥太華個人決策指引—步驟一。

在確認病人了解自己為什麼要參與決策之後，便進入步驟二「探索您的決策」，目的是要比較各個選項的優缺點。（圖4a）在此步驟中，首先是比較各個選項的「利益/好處/優點」及「風險/壞處/缺點」，以及對病人本人的重要性。在填寫表格之後再於表格下方勾選哪一選項為優先選項，抑或還不確定定。

步驟 2. 探索您的決策：



知識



價值觀



確定性

列出決策選項及您所  
知的好處和風險

針對以下的好處和風險，請以★評分來  
表示每個選項對您重要的程度

選擇您最在意的好處之選項，避免  
您最在意的風險之選項

	選擇此選項的理由 利益/好處/優點	此選項對您有多 重要 0個★為一點也不重要 5個★為非常重要	避免選擇此選項的 理由 風險/壞處/缺點	此選項對您有多 重要 0個★為一點也不重要 5個★為非常重要
選項 1		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
選項 2		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
選項 3		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆
		☆☆☆☆☆		☆☆☆☆☆

您偏好哪個選項？  選項 1    選項 2    選項 3    不確定

圖4a. 渥太華個人決策指引—步驟二：比較各個選項的優缺點。

此外，步驟二還探索病人在做決策的過程中是否有得到家人的支持或壓力

(圖4b)。



支持

還有誰和決策相關?			
他們偏好選擇哪個選項?	<input type="checkbox"/> 選項 1 <input type="checkbox"/> 選項 2 <input type="checkbox"/> 選項 3	<input type="checkbox"/> 選項 1 <input type="checkbox"/> 選項 2 <input type="checkbox"/> 選項 3	<input type="checkbox"/> 選項 1 <input type="checkbox"/> 選項 2 <input type="checkbox"/> 選項 3
這個人會對您造成壓力嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
他們可以如何幫助與支持您?			
在做選擇時，您想要讓自己扮演什麼角色?	<input type="checkbox"/> 和 _____ 一起做決定 <input type="checkbox"/> 聽完 _____ 的意見後自己做決定 <input type="checkbox"/> 由 _____ 做決定		

圖4b. 渥太華個人決策指引—步驟二：是否有得到家人的支持或壓力。





執行步驟二之前或同時，病人有時需要更多的資訊來源來了解各個選項的

「利益/好處/優點」及「風險/壞處/缺點」，通常是以另一份「內容導向」的PDA

來搭配。目前亦有趨勢設計整合「內容導向」及「程序導向」的PDA，但需避免過於複雜而造成混淆。對於較複雜的情況，仍是建議將「內容導向」及「程序導向」的PDAs分開，病人可獨自參閱「內容導向」的PDA，而決策程序則應由醫療人員陪同進行。

步驟三「確認您的決策需求」是對前兩步所作的事再作一次確認，若四個問題中有任何一項為「否」時，便須針對問題予以釐清，包括回顧步驟二的程序以及進入步驟四作進一步的分析，直至得到全部肯定的答案，再進入決策階段(圖5)。

步驟3. 確認您的決策需求：

 知識	您是否知道每個選項的好處與風險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 價值觀	您是否清楚哪些好處與風險對您是最重要的？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 支持	您是否有得到足夠的幫助、意見和支持去做選擇？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 確定性	您是否對您的最佳選擇感到確定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

當上述任何問題回答「否」時，可以再次進行步驟2和步驟4，並且聚焦在您的需求，因為任何問題回答「否」的人表示還未確定您的決策需求，後來比較會難下決定、三心兩意，感到後悔或責備其他人。

圖5. 渥太華個人決策指引—步驟三：決策前的確認。

步驟四「根據您的需求規劃下一步驟」是在需要時才執行，當在步驟三針對知識、價值觀、支持及確定性有任何一項的答案仍然否定時，進入步驟四來處理仍未解決的部分(圖6)。在起理完相關問題後再回顧步驟三的四個問題，若

此時所有答案均為肯定才進入決策階段，否則再次重複步驟二及步驟四來處理尚未解決的問題。

步驟 4. 根據您的需求規劃下個步驟

決策需求	您可嘗試的事項
 <p><b>知識</b> 若您覺得您尚未得到足夠的訊息</p>	<input type="checkbox"/> 找出更多關於選項的訊息，以及好處與風險 <input type="checkbox"/> 列出您的疑問 <input type="checkbox"/> 列出可尋求答案之處(如：網路、圖書館、醫療專業人員、諮商者) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; background-color: #e0f0ff;"></div>
 <p><b>價值觀</b> 若您不能確定哪些好處和風險對您最重要</p>	<input type="checkbox"/> 檢視步驟 2，哪一項對您最重要 <input type="checkbox"/> 找經歷過這些好處與風險的人了解情形 <input type="checkbox"/> 和已做出決策的人談談 <input type="checkbox"/> 透過閱讀病友故事了解什麼對他們最重要 <input type="checkbox"/> 和別人討論什麼對您最重要
 <p><b>支持</b> 若您覺得沒有得到足夠的支持</p>	<input type="checkbox"/> 和您信任的人談談您的決策選項(如：醫療專業人員、諮商者、家人、朋友) <input type="checkbox"/> 找到可以支持您決策的支援(如：財源、交通、兒童托育)
<p>若您做某個選擇時感受到他人的壓力</p>	<input type="checkbox"/> 聚焦在您最在意的人的觀點 <input type="checkbox"/> 和別人分享本決策指引 <input type="checkbox"/> 請別人也填寫本決策指引(找出您同意的地方，如果您們對於訊息意見不同，就去找更多的訊息。如果您們對於最重要的事情意見不同，可以參考他人的觀點，並聆聽彼此覺得最重要的事。) <input type="checkbox"/> 找人協助您們
 <p><b>確定性</b> 若您不確認哪個選項對您是最好的</p>	<input type="checkbox"/> 再次進行步驟 2 和步驟 4，以聚焦在您的需求
<p>其他造成您決策困難的因素：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; background-color: #e0f0ff;"></div>	<p>列出任何其他您可嘗試的事：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; background-color: #e0f0ff;"></div>

圖6. 渥太華個人決策指引—步驟四：根據病人需求規劃下一步驟。

### 3. PDA 的迷思

在 SDM 的熱潮中大家非常努力地參與，尤其是投入 PDAs 的製作。由於許多 PDAs 製作精良，在一些競賽活動中得到肯定，使 PDAs 的位階大為提升。這是令人興奮的情況，但卻可能導致一些迷思，必要在此提出建言。PDA 最常見



的迷思有下列幾項：

- (1) 以為愈多項愈好：有部分醫院為了在評鑑時獲得評鑑委員的肯定（此為筆者擔任評鑑委員的個人經驗，這僅是本議題的部分原因），鼓勵甚至強迫院內各部門均須提出 SDM 項目及製作 PDAs，導致某些原本不需 SDM 的狀況也弄出一些 PDAs，除了徒勞無功，還引起醫療人員對 SDM 的誤解和反感。醫院要推展 SDM 及製作 PDAs 必須有所規劃而不是隨意執行，每一項 SDM 議題及每一個 PDA 都應該經由審慎的流程來完成，而院內自行製作的 PDAs 不是愈多愈好。
- (2) 以為愈詳細愈好：有些 PDAs 的內容十分周詳，把各個選項描述得圖文並茂，這原本是值得鼓勵與肯定。但過猶不及，PDAs 不見得是愈詳細愈好，過於冗長的內容會使重點失焦，過於艱澀的文字會讓病人產生疑慮。有關 PDA 正確的觀念是在提供充分資訊的前提下愈簡要愈好。
- (3) 有 PDA 就足夠：雖前已陳述，但在此再次強調，目前仍有不少醫療人員以為提供病人 PDAs 就是 SDM。也因為如此才會把 PDAs 的內容弄得鉅細靡遺，甚至過於冗長。然而，PPDA 顧名思義就是決策的輔助工具，是 SDM 流程的催化劑，單靠 PDAs 對 SDM 並不能有任何效果。

### **SDM 的推動—教育訓練**

SDM 的推動必須配合人員訓練，美國醫療照護研究與品質事務局 ( Agency for Healthcare Research and Quality , AHRQ ) 設計了一套名為 SHARE Approach 的 SDM 課程，教導醫療從業人員學習以 SHARE Approach 的五個步驟進行 SDM ( 圖 7 )，值得我們參考使用 ( 詳見 *AHRQ SHARE Approach* )。



圖 7. AHRQ 的 SHARE Approach。

## 結語

由於醫學科技日益進步使複雜難癒的疾病有愈來愈多的選項，SDM 已成為當今醫療的必要程序。醫院推動 SDM 須有充分規劃及人員訓練，並依需求製作或取得 PDAs 供醫療人員使用。SDM 的重點在醫病溝通，包括「選擇談話」、「選項談話」和「決策談話」。PDAs 是 SDM 的催化劑，有助於病人明白各個選項的

優缺點，以及醫病雙方共同探索病人的優先選項。