

病人自主與醫療倫理的對話

讀書心得：護理部蔡玉梅

宣導中的「病人自主權利法」已於 108 年 1 月 6 日正式上路，配套法規則有衛生福利部於 107 年 10 月 3 日發布的「病人自主權利法施行細則」及「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」等，可釐清相關疑義與執行細節，其中包括末期病人、不可逆轉昏迷、永久植物人狀態或極重度失智等四類得實施預立醫療決定之臨床診斷標準，以及得提供預立醫療照護諮商之醫療機構條件與人員資格，衛福部亦同時發布「預立醫療決定書」格式，具完全行為能力者，可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面的預立醫療決定，選擇接受或拒絕維生醫療或人工營養。

「病人自主權利法」目的為「尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係」，但是否對現今醫療決策及倫理造成衝擊，經提出醫學倫理四原則的教授認為，原則上並無優先順序，必須等到具體案例出現時再做判斷。但也有學者認為尊重自主原則是四個原則中最重要，而當自主與正義原則衝突時，正義原則應具有優先性。從醫療實務來看，尊重自主已成為醫學界最普遍的價值，但要注意的是並不表示一定有優先性。

故需參考「病人自主權利法施行細則」包括 1.臨床醫療決定之同意應以「病人同意為優先，關係人同意為輔助」。2.意願人得同時指定多位醫療委任代理人及其順位、權限。3.預立醫療決定書掃描電子檔之法律效力等同正本。4.意願人之臨床書面決定與預立醫療決定不同時，應依其書面明示之意思，但如選擇拒絕維生醫療或人工營養者，於其撤回或變更預立醫療決定前，仍應依其原預立醫療決定內容執行。5.明定末期病人、不可逆轉昏迷狀況、永久植物人狀態及極重度失智等五種臨床狀況之判定基準。6.醫療機構或醫師不施行病人預立醫療決定時，須協助轉診，以保障意願人善終之權利。新聞媒體常見照顧者因長期照顧家人而產生疲憊後的家人傷害事件，若我們能在自己有意識時決定自己未來的處置，想必也能解決家人的困難。實務上的狀況很多，或許不盡然能涵括，臨床上還是需要更多的溝通再溝通，例如聯合新聞網曾報導一名 80 多歲晚期癌症婆婆對於往生只提出唯一要求，那就是時間一定要在半夜 12 點之後。醫療團隊追問原因，婆婆才解釋她擔心自己在晚上 12 時之前病逝，會影響後代子孫的運勢，也就是俗話「吃子孫」，為了後代著想，沒有其他要求，只希望死亡時間拖過凌晨 12 點。當親友、子女、子孫們得知婆婆的想法時，全家族哭成一團，經過家人的勸導，婆婆最後並未堅持己意，也讓醫療團隊鬆了一口氣，因為死亡時間並不在「預立醫療決定」項目中。另一問題是目前的病人自主權利法諮商採自費，費用自 2000 元到 4000 元不等，民眾接受度仍有限，未來應該再評估是否有更好的制度方法，才能更有普及性。

司法上的醫療爭議不斷，引人深思的是當醫療行為不符合病人的最佳利益時，難道病人就無醫療的自主性嗎？例如輸精管手術，某些情況下雖然不能要求醫師有義務進行手術，但若有一位醫師願意願意執行手術，就一定違反醫學倫理嗎，是否完全沒有討論空間呢？各醫師間其實也有不同的看法，對於病人要求不適當處置的爭議越來越多，遇到時需要更多精確的判斷才能做出決定。作者強調醫療

的適用性須具備「醫療適應性」、「醫術正當性」及「病人同意」三要件，綜合醫療倫理與刑法上對業務正當行為的觀點，病人自主是業務正當行為的基礎，但僅看自主卻未必能使醫療行為合理化與合法化，否則就失去醫療專業的意義了，變成醫師是醫匠、醫療非專業，而病人自主也可能無限上綱，因此病人自主必須搭配業務正當性，也就是「醫病協力的病人自主性」。醫療行為面對的不只是疾病，而更重要的是病人，因有人的因素也就意味著感受問題，醫療行為與病人自主性相關的特性有：高度專業性與資訊不對等；高度不確定性與醫師的裁量性；危險性與侵襲性，故非三言兩語可以解釋清楚，因此需仰賴全人照護精神及倫理原則的提醒。

現今臨床上非常強調「告知」的義務，也列入醫院評鑑的要點中，提醒醫療機構的重視，無論是病情告知的「告知」或告知後同意的「告知」，其內容多寡相關因素包括醫師專業、疾病特性與嚴重度、醫療行為侵襲性與危險性、病人價值觀與病人得否選擇等，客觀上取決於疾病特性與嚴重度和醫療行為侵襲性與危險性。學說上對告知的見解為即便是風險極低仍應該告知，也就是雖不常發生仍應知道其機率如何，例如心導管手術可能導致死亡結果，風險雖低仍須告知。本作者認為醫師告知義務系本於病人在醫療上的自主性(自我決定權)，既然是「自我」決定權、不是「你我」決定權，但病人的內心世界醫療人員無法窺知，需病人能主動參與，提出個人的問題與考量，雙方才有討論的機會，因此，醫療爭議時應考量告知內容與義務標準才能判斷是否善盡告知義務，這也是臨床上最困難的地方。

參考資料

王志嘉·(2014)·醫師、病人誰說得算？病人自主之刑法基礎理論·台北：元照。