

# 九十七年度「臨床倫理諮商本土化 模式之運用與評估

臨床諮商制度及其運作  
報告人：王心運助理教授

# 臨床倫理諮詢的模式

- 以個人的形式進行諮詢：臨床倫理師(clinical ethicist)、家庭倫理顧問(Hausethiker)。
- 以小團體的形式進行倫理諮詢：倫理討論會(Ethik-Forum)、倫理個案會談(Ethische Fallbesprechung)。
- 倫理委員會(ethics committees)：倫理諮詢委員會、研究倫理委員會…。

# 生命倫理的工具

- 倫理原則主義(principialism; the principle-based approach)：如尊重自主、不傷害、行善及正義原則
- 決疑論(casuistry; case-based approach)
- 德行主義(virtue-based ethics)
- 敘事倫理學(narrative ethics)
- 現象學(phenomenology)
- 女性主義倫理學(feminist ethics)
  - From American Society for Bioethics and Humanities Clinical Ethics Task Force

# 臨床倫理諮詢的程序

- 程序於不同的諮詢模式中具有差異性：
  - 什麼是當前的倫理問題；
  - 決定誰能啟動倫理諮詢；
  - 決定誰是重要的，誰必須參與諮詢；
  - 決定諮詢的模式為何；
  - 諮詢以何種形式紀錄下來；
  - 如何評價這過程

# 不同臨床倫理諮商模式的優劣

- 道德取向的模式1：家庭倫理顧問
  - 在美國、德國、荷蘭與瑞士的許多醫院均設置有倫理師。他們牽扯入困難抉擇的處境中，為的是能夠即時地於尋找抉擇的過程中，提供主治醫師與主治團隊必要的建議。
  - 對於家庭倫理顧問的角色，以及人們對他們不同的期待，家庭倫理顧問這個概念有可能會帶來一些危險：因為團隊將困難抉擇的這項任務委任給倫理師了，好像醫療團隊就沒有處置與抉擇上的責任了。

# 不同臨床倫理諮商模式的優劣

- 道德取向的模式1：家庭倫理顧問
  - 還有第二項潛在的問題：倫理師好像是醫院院方**利益的代理人**。他有可能策略性地執行對醫院有利的決定，並為它們提供倫理的理由。
  - 倫理師可能會在諸多可能倫理法則裡面，挑選幾項最適當與合用的，為特定的情況合法化。如此一來，他將不會注意到整個複雜情況的多樣性，**不能持平**看待倫理爭議內不同的論爭，如此將會違背倫理公正性的要求。

# 不同臨床倫理諮商模式的優劣

- 道德取向的模式2：臨床倫理委員會
  - 臨床倫理委員會的成員是處於各部門外部、並由各不同學科出身的人們所共同組合而成的工作團隊。現今他們的工作絕大部分是爲了處理緊急出現的兩難處境，好提供倫理上的建議。倫理委員會突出的優點就是他們能有機會，**整合最大的倫理權能與各種不同的觀點**。

# 不同臨床倫理諮商模式的優劣

- 道德取向的模式2：臨床倫理委員會
  - 像家庭倫理師那一樣，倫理委員會這兒也有相同的危險。他們也會造成醫療處置與做抉擇責任間的分離，同時這兒的醫療或照護人員似乎也缺乏相關的養成教育。
  - 臨床倫理委員會也面臨著一項特別的**時間問題**：緊急的情況下，必須當下立做判斷。因此，要在這麼短促的時間內，聚集諸多不同學科、或領域外的團隊進行討論，是有實際上的困難。



# 德國Malteser醫院之多學科模式的臨床倫理諮商制度

- 「倫理個案會談」 (Ethische Fallbesprechung)



# 倫理個案會談的促因

- 道德直覺與推動

- 任何當事人，不管是病患、親屬或是醫療團隊所有成員，也不管他們的職業背景或是在此事件所處的地位為何，都有可能在整個醫療過程中感受到有所不足。雖然是不自覺的，但這時親屬推動了倫理個案會談的促因，而他們面對醫療過程的停滯或是看待醫療行為只是延長病人死亡時，常常會有如此類似的表達：  
「這肯定不是我的親人所要的！」

- 發生了某些固定意義的醫療處境

- 在加護病房進行人工呼吸，且超過了十四天
- 中止維持生命的措施，而且它能直接導至病人的死亡

# 有強制力的要求

- 爲了倫理個案會談不至因爲濫用而被貶抑，必須保證，會談的召開必須具備特定的**門檻**。
- 依不同專業權責而具備**不同位置的人員**的參與進行(如主治醫師、護理人員、治療師、神職人員與臨床倫理委員會的成員等)一場有強制力的倫理個案會談。
- 同時進行調節整理，是否成員目前是必須的，或是否還有其它成員是必要的。同時強制性的會談成立後，就必須立即地對此次任務實施的**期限**做出決定(例如在兩個工作天之內)。

# 尋找主持人

- 從許多倫理個案會談的經驗裏得知，會談的**成敗取決於**是否能找到一位合適稱職的主持人。合適的主持人必須滿足以下的條件：
  - 為主持的任務受過訓練的
  - 熟悉倫理個案會談的機制
  - 瞭解一般醫院的治療與組織運作
  - 大約熟悉醫療倫理與醫療權利問題
  - 同時能為其它參與的成員所接受的人

# 病患與家屬的角色

- 尊重病人自主原則讓我們有第一印象，病人或者是他的代理人是被強制性地參與會談的。
- 但我們必須考慮到，倫理個案會談召開的目的是爲了在困難決定的情況下，幫助醫療團隊尋求不同學門間的諮商。因此病人或代表的參與便顯的不那麼理所當然，有時甚至是會造成阻礙的：
- 對於不同醫療概念所引發的公開與可能的相互爭執，將會強烈危害到未來病患與醫療團隊間必要的信賴關係。

# 病患與家屬的角色

- 但這不表示，病患或家屬完全不具參與權。可能的條件為：
  - 倫理個案會談以取得病患或其代理人的資訊為目的時；
  - 探明病患可能意願是會談重要目的時；
  - 病患或代理人的部分參與權是爲了進一步的事實查明。

# 病患與家屬的角色

- 由後續報告得知，家屬**非直接的參與**對於會談是有幫助的，如果直接參與則要擔心家屬們過度的**情緒反應**。成功的倫理個案會談會讓家屬們有更進一步保障病人福祉的印象。

# 主持人保障會談的成果

- 主持人再一次提醒問題的出發點，針對討論看看是否仍被保持在主題，上或是我們的主題已有所變更。
- 再次提醒之前在會談中被認為仍未知的事實，並劃分相應的工作任務。
- 主持人表明，是否在此團隊裏，為將來可能的醫療處置形成了共同意見，清楚地表達共識，或甚至是分歧點。



# 主持人保障會談的成果

- 主持人表明團隊所認為最可能的病患意願，說明這意願是否與醫療建議相一致。
- 主持人確認，有那些措施是可行的－在有分歧的情況(例如將再視病情未來發展而定，或是將來再委任一次)，或是在具共識的情況下(例如說將與病患或是委託人說明決定、說明是誰要到何時注意照顧的撤除或是繼續供給)。

# 技能的迷思

- 以四主題法為例：醫療適應症、病患之喜好、生活品質、脈絡特徵
- 技能(skill)與技術(technique)間：操作手冊的迷思
- 技術是技能得以合法化的實質條件
  - 並非從前沒有技術的問題，或許醫師的權威即是一種技能，但這種技能在目前並非能夠合理化的技能
- 會談主持人的重要性
- 文化差異對技術是重要的

謝謝各位！