

病人自主權利法上路 — 重症醫師的挑戰



亞東醫院重症醫學部
張厚台主任

2019-4-28

知道要來講”病人自主權利法”，大家反應是...

- 身為重症醫師，救人是天職...
- 這樣病人就可為所欲為，不做治療最後告醫師...
- 簽這個AD 一半以上的人，日後會後悔吧？
- 如果隨便放棄病人，會有很多病人枉死吧？
- 重症的狀況這麼複雜，若無好好的教育，應該會造成年輕醫師的誤解，也沒辦法跟病人好好的解釋，很難用一個法定清楚吧...

大綱

- 病人自主權利法-介紹
- Ethical concerns between critical care and patient autonomy
- 對重症醫師的衝擊?
- How to solve ? -End of life communication

病人善終與自主權－立修法脈絡

2000.06.07立法
《安寧緩和醫療條例》

第一部保障「末期病人」
接受安寧緩和醫療、
尊嚴善終與拒絕醫療之權利。

2016.01.06立法
《病人自主權利法》

- 拒絕醫療權由「末期病人」擴大至「五大類特定臨床條件」之病人。
- 明定病人可予拒絕「維持生命治療」之權利，但須經過「預立醫療照護諮商」之醫病溝通過程，充分了解其個人自主意願，並經家屬之參與。

2002.12.11
第一次修法

「簽署意願書的末期病人既得阻止心肺復甦術的施行 (withhold)，也能「終止或撤除」(withdraw) 已施行的心肺復甦術」。

2019/4/25

2011.01.26
第二次修法

「最近親屬一致同意並經醫學倫理委員會審查通過後便得撤除病人心肺復甦術」之規定。

2013.01.09
第三次修法

最近親屬一人代表簽署同意書，即可終止或撤除「維生醫療」之選擇。

2019.01.06
正式施行

病人自主權利法-簡介

- 簡稱: 病主法
- 2015年12月18日由立法院三讀通過，經總統於2016年1月6日公布，於2019年1月6日施行。
- 與現行法律不同:
 - ACP 諮商; 預立醫療決定: AD
 - 強調”病人拒絕治療權”、“知情權”
 - 特定狀況，非僅針對末期病患
 - 明示”醫療委任代理人”的正式權利

2016.1.6
亞洲第一部
病人自主
權利法



深度的學習：尊嚴、尊重、專業！

病人自主權利法 立法目的



- 尊重病人醫療自主
- 保障病人善終權益
- 促進醫病關係和諧

透過 法律設計 解決問題



法律定位問題

病人面對的法律困境

醫師、醫療機構面對的法律困境



為何需要獨立立法？



《醫療法》

§1 促進醫療事業發展，
合理分布醫療資源
§2-7 醫療機構 & 法人定義



《醫師法》

第一章 規範醫師資格
第二章 醫師執業條件
第三章 醫師義務
第四章 懲處
第五章 公會



《安寧緩和 醫療條例》

§1 立法目的
保障末期病人



為何需要獨立立法？



《醫療法》



《醫師法》



《安寧緩和
醫療條例》

《病人自主權利法》

尊重病人醫療自主
保障病人善終權益
促進醫病關係和諧

知情、選擇、決定

需要

1. 以病人為主體的一部法律
2. 統籌規範及保障病人之權利與義務
3. 法律設計具未來擴展性

透過 法律設計 解決問題



法律定位問題

病人面對的法律困境

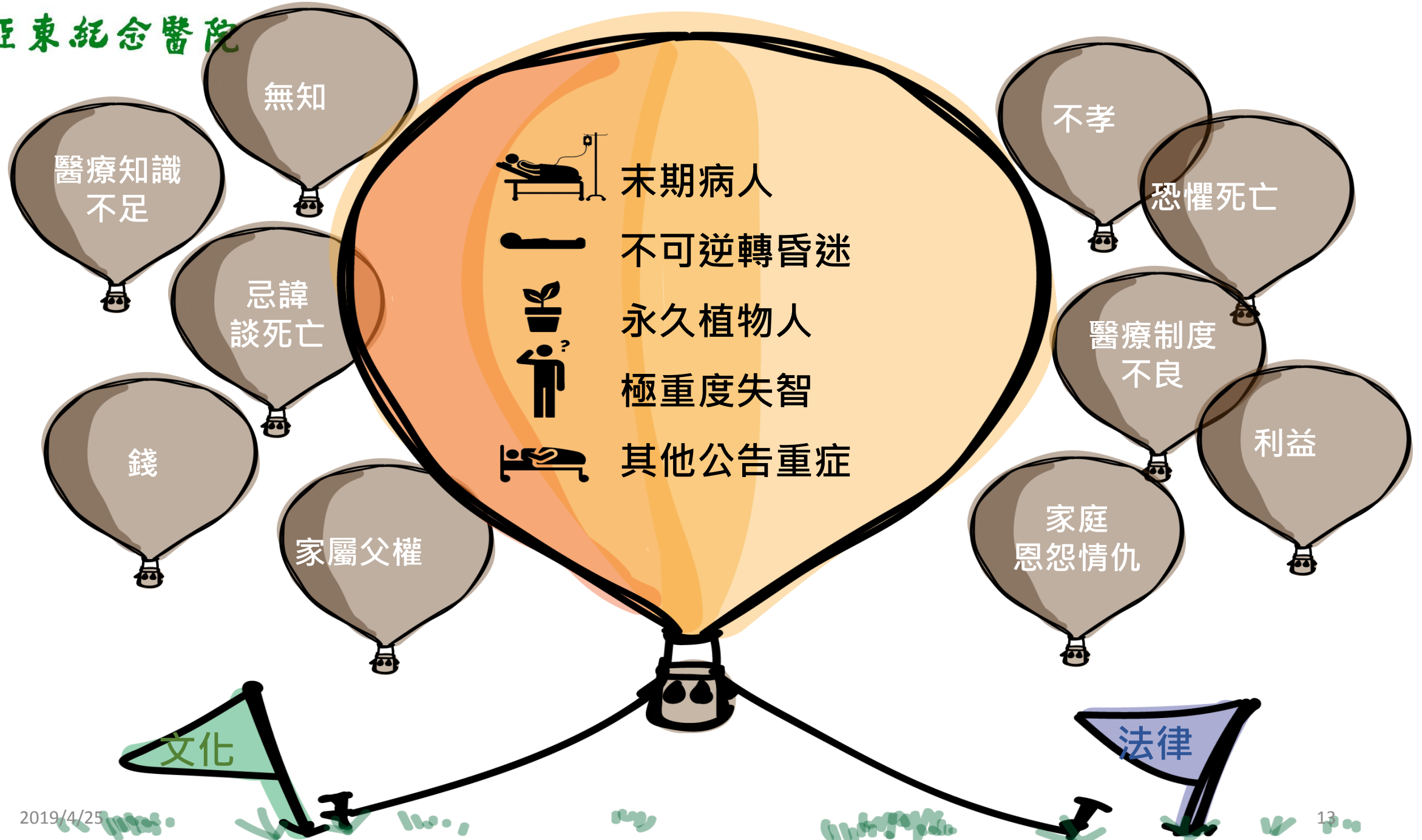
醫師、醫療機構面對的法律困境

安寧緩和醫療條例

- NO YES 末期病人
- NO 不可逆轉昏迷
- NO 永久植物人
- NO 極重度失智
- NO 其他公告重症

法律障礙
法律不允許病人
撤除或不施予維持生命治療





文化障礙

病人求生不得求死不能

醫療知識不足

無知

忌諱談死亡

錢

家屬父權



末期病人



不可逆轉昏迷



永久植物人



極重度失智



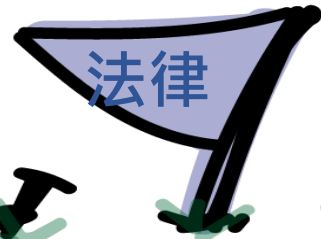
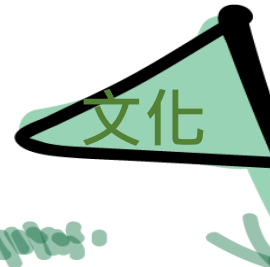
其他公告重症

不孝

恐懼死

醫療制度不良

家庭恩怨情仇



病人自主權利法

-  末期病人
-  不可逆轉昏迷
-  永久植物人
-  極重度失智
-  其他公告重症

知情

選擇

決定

保障所有病人

自主

善終

醫病
和諧

文化

透過 法律設計 解決問題



法律定位問題

病人面對的法律困境

醫師、醫療機構面對的法律困境

非末期病人，醫師
可否接受病人不急
救之請求？



病人自主權利法
立法前

2019/4/25

● 衛福部

(衛部醫字第 1041663576 函)
若非安寧緩和醫療條例第 3 條第 2 款所稱之末期病人並符合第 4 條及第 7 條要件，醫療機構或醫師均**應**依醫療法第 60 條第 1 項及醫師法第 21 條規定，對該病人予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

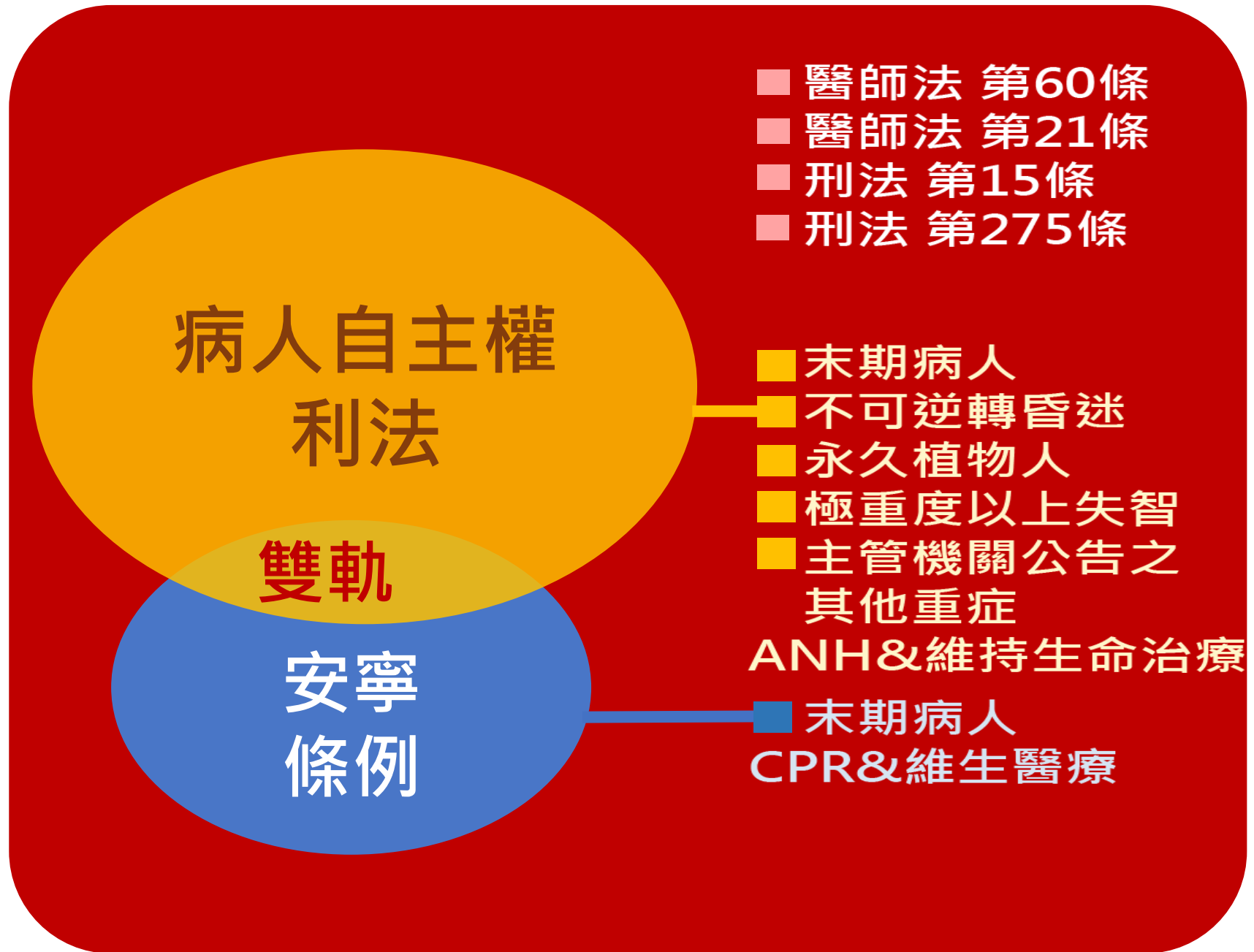
● 法務部

(法檢字第 10404502880 函)
依據刑法第 275 條及第 15 條，醫師不得以病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，更不得依家屬之同意而不作為，否則於現行法律規定下，**恐**涉及刑事責任。

解決 急救義務 的法律問題

急救義務
及其例外

2019/4/25



施行細則？

- 告知順位: 病人，若病人無明示反對時，亦得告知其關係人
- 有關第十四條:
 - 末期: 依”安寧緩和條例” 第三條第二款規定。確診，應由二位與該疾病診斷或治療相關之專科醫師為之
 - 不可逆轉之昏迷狀況: 外傷6個月，非外傷3個月無恢復；應由二位神經醫學相關之專科醫師確診
 - 極重度失智: 一、臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating) 達三分以上。二、功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test) 達七分以上。確診，應由二位神經或精神醫學相關之專科醫師為之。
 - 緩和醫療團隊至少二次照會確認

病主法之實務挑戰

-蔡甫昌. 台灣醫學 *Formosan J Med* 2017;21:62-72

預立醫療決定-各國制度

- 美國
 - ✓ 1976-”Natural Death Act”, 1991-”Patient Self-determination Act”, 病人可預立醫療指示的權利, 醫院有義務告知, 並記錄於病歷其指示
 - ✓ 針對無法參與醫療決策, 末期, 維生醫療
- 英國
 - ✓ 2005- Mental Capacity Act, 醫療代理人及預立指示, 爭議由”保護法庭”裁示
- 德國
 - ✓ 2009年修正民法典, 臨床條件發生時,”按順序”落實病人意願

拒絕醫療權的國際趨勢



美國

USA



領先臺灣
26年

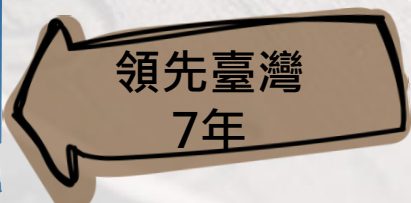
1990年《病人自決法》
(Patient Self-Determination Act)

確保病人的拒絕醫療權，建立預立醫囑(AD)法律地位。



澳洲

Australia



領先臺灣
7年

2009年，Rossiter案
最高法院判決：「神智清楚
病人知情下擁有拒絕醫療
權。」



德國

Germany



領先臺灣
7年

2009年《病人自主法》
(Patientenverfügungsgesetz)

任何有同意能力的成人得以書面方式立定預立醫囑，決定自己在失去同意能力時，是否接受特定醫療(包括醫生認為有價值的維生醫療)；病人自主權的效力與疾病的種類、期程無關。



英國

UK



領先臺灣
11年

2005年 Mental Capacity Act
2005確立預立醫療決定法律地位
任何18歲以上具做決定心智能力者得事先表達拒絕治療的意願，即使這會危及他的生命。



香港

Hong Kong



承襲英國

2014年《Guidance for HA Clinicians on Advance Directives in Adults》(香港醫院管理局)

拒絕醫療權無臨床條件限制(23)，醫院管理局提供之AD範例僅供參考。

Rights!



Ethics review: 'Living wills' and intensive care – an overview of the American experience

- Advance decisions- 'living wills', have been proposed as a way of facilitating the maintenance of an individual's autonomy when they become incapacitated
- 2005, Mental Capacity Act
 - AD: no format
 - LPA: lasting power of attorney , make decision for patients if they are incapacitated , registered
 - AD override LAP
 - Criminal offence if ignore LPA,AD

Tillyard. Critical Care 2007, 11:219



Defining Features of Advance Directives in Law and Clinical Practice

1. First advance-directive law: California , “Natural Death Act,” in 1976
2. 1990, Patient Self-Determination Law
3. AD
 - ✓ Living wills
 - ✓ Designation of health-care proxy to make decisions
 - ✓ Rate: 5-11% in 2007 , 20% in 2012, 32% in patients with hematologic malignancy in 2007

Tillyard. Critical Care 2007, 11:219
Olick. CHEST 2012; 141(1):232–238
Sauler et al. Chest 2012

病主法的立論重點

- Beauchamp 和 Childress. 積極權利、消極權利
- 病主法要點
 - 預立照護諮商(ACP), 達成預立醫療決定(AD), 需二等親屬, 及醫療委任代理人
 - 擴大適用範圍: 對象改變, 非僅末期病患
 - 善終內容更加廣泛: 代理人具有相當權限, 如聽取病人本人病情、簽具手術或治療同意書、按預立醫療決定表達病人意願等
 - 委任代理人更明文化: 決定權不僅為病人及家屬

爭議...

- 安樂死：
 - ✓ 「終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部」乃屬於消極安樂死之一部分
- 避談死亡的家族文化
 - ✓ 家屬決定凌駕病人自主權
 - ✓ 忌諱談論死亡及生命末期照護
- 救治到底的醫界文化
 - ✓ 醫師法規範急救義務
 - ✓ 「生命權不可被放棄」、「生命權優先於自主權」？

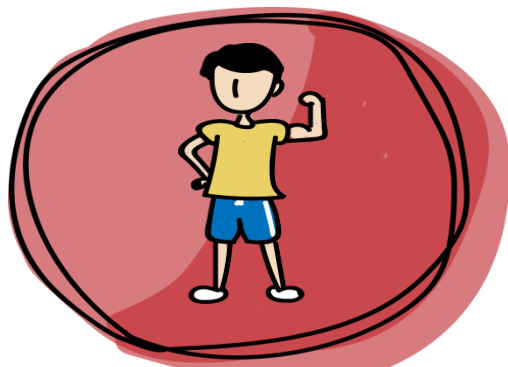


病人自主權利法SOP



病人自主權利法SOP

醫療機構：意願人、二親等家屬、
醫療委任代理人（若有）



具完全行為
能力者



預立醫療照護
諮商(ACP)



簽署預立醫療
決定(AD)

具心智/
意識能力者

特定臨床條件

見證人/公證

接受/拒絕
何種治療

核章

註記

臨床條件

末期病人

不可逆轉昏迷

永久植物人

極重度失智

其他公告重症



預立醫療 決定(AD) 生效



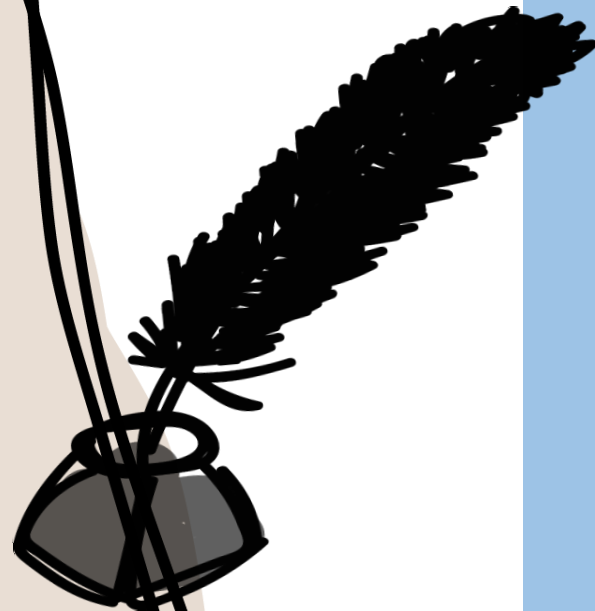
尊重病人
醫療自主



保障病人
善終權益



促進醫病
關係和諧



2位專科
醫師確診

2次緩和
醫療照會

 末期病人

 不可逆轉昏迷

 永久植物人

 極重度失智

 其他公告重症

第14條 第1項 第5款

A : intolerable
疾病狀況或痛苦難以忍受
(病人+ 相關專科醫師)

A+ B+ C
+ 經由
中央主管
機關公告

B : incurable
疾病無法治癒
(相關專科醫師2人確診)

C : no options
依當時醫療水準
無其他合適解決方法
(緩和醫療團隊2次照會確認)



架構解決 四方問題的法律架構



病人

有知情、選擇、決定權，可以事先獲得預立醫療照護諮商、可以預立醫療決定、可以指定醫療委任代理人、可以拒絕維持生命治療的措施，讓生命回歸自然善終。病人的尊嚴和自主意願可以獲得法律保障。

親屬

參與ACP尊重病人意願；共融決策。

醫護

落實行善原則。醫護獲得法律保障。

資源

珍惜醫療資源，用於更有效益之處。

架構解決 四方問題的 法律架構



社會多贏

有知情、選擇、決定權，可以事先獲得預立醫療照護諮商、可以預立醫療決定、可以預立醫療委任代理人、可以拒絕維持生命治療的措施，讓生命回歸自然善終和自主意願可以獲得法律保障。

參與AC 尊重病人意願；共融決策。

醫護

落實行善原則。醫護獲得法律保障。




資源

珍惜醫療資源，用於更有效益之處。



為什麼

《病人自主權利法》不是安樂死？

類 型	說 明	施行國家
 安樂死	由 他人 為病患施以足以致命之藥劑。 = 加工縮短生命！	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大
 協助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，由 病人自己服用 。	瑞士、加拿大、荷蘭、盧森堡、德國、美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州、科羅拉多州）
 拒絕醫療權	醫師尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。 = 不加工延長生命 ！	歐美各國普遍承認的普世人權

《安寧緩和醫療條例》與 《病人自主權利法》的差異？

三大不同	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
理論基礎不同	<ol style="list-style-type: none"> 1.保障末期病人的善終權益。 2.病人簽具意願書，亦可由最近親屬簽具同意書為之(但實務上多由親屬為之)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.保障每個人的人格尊嚴、自主與善終權利，僅心智能力健全者可自己簽署預立醫療決定。 2.以病人為核心，保障其知情、選擇與決定權。 3.搭配各種程序保障機制：預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫療決定(AD)、醫療委任代理人。
適用對象不同	<ol style="list-style-type: none"> 1.末期病人only 	<ol style="list-style-type: none"> 1.末期病人 2.不可逆轉昏迷 3.永久植物人 4.極重度失智 5.其他經主管機關公告的重症
適用範圍不同	<ol style="list-style-type: none"> 1.心肺復甦術 2.只能延長瀕死過程的【維生醫療】 	<ol style="list-style-type: none"> 1.任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等。 2.人工營養及流體餵養

對重症的衝擊...

末期的認定...

- 安寧緩和條例:

- ✓1. 前提要件：罹患嚴重傷病

- ✓2. 主觀要件：醫師診斷不可治癒

- ✓3. 客觀要件：有醫學上證據，近期內病程進行至死亡不可避免

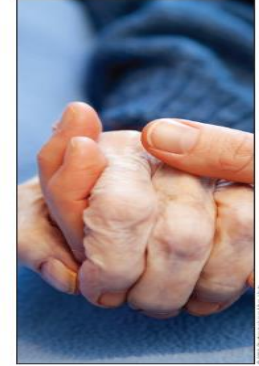
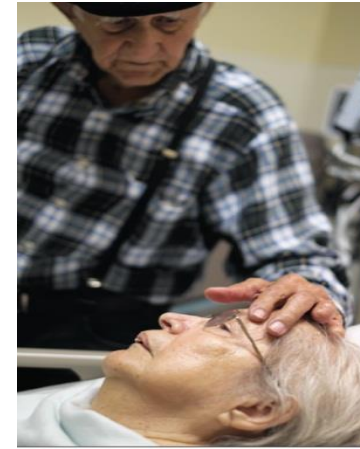
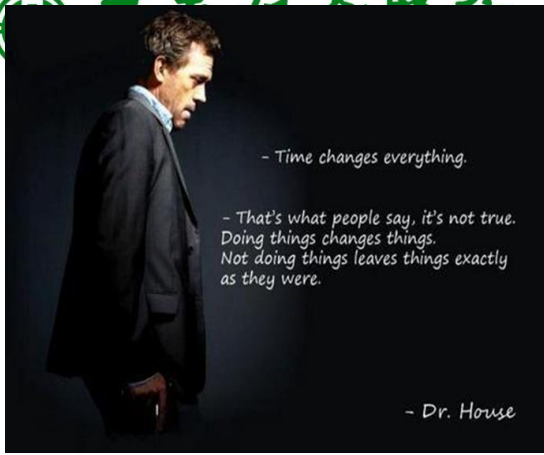
- 末期-1) 用盡一切醫療手段，死亡於近期內仍不可避免

- 末期-2-1) 如果不用延死措施，死亡於近期內不可避免(argue; 洗腎病人), 靠高科技的「延死措施」才能維繫生命的基本功能時

- 末期-2-2) 如果不用延生措施，死亡於近期內不可避免(ex: 漸凍人)

孫效智. 政治與社會哲學評論2012年6月

研究對象



專職加護病房主治醫師

- ✓ 執行生命末期家庭諮詢會議三例以上
- ✓ 協助家屬生命末期決策

家屬：參與生命末期家庭諮詢會議

- ✓ 受訪醫師推薦
- ✓ 研究者加護病房病人家屬，決策撤除維生治療經驗

立意取樣

2016-6~2016-10

2016-7~2017-12

半結構式深度訪談

資料整理：文字雲分析、MAXQDA12



Factors associated with satisfaction EOL care – Taiwan data¹ -ICU 醫師認定的末期



關鍵字句(相似詞)	次數* (相似詞次數)**
器官衰竭 (器官、衰竭、organ failure)	162 (43,41,38)
治療	69
問題	55
呼吸器 (Ventilator)	50 (5)
非癌	50
洗腎 (腎)	49 (18)
撤除 (撤管、withdraw)	46 (8,7)
判定 (判斷)	45 (19)
八大非癌 (八大)	41 (17)
癌症 (Cancer)	32 (16)



定義	受訪醫師	引述
----	------	----

器官衰竭
 限時醫療,治療反應很差

7,10,12,13,19,20,23

我覺得末期，最大問題就是還是要分癌末跟非癌末...我就講那些非癌末，那是最大的挑戰，...現在就是**限時醫療**。...有一個嘗試的**治療階段**，反應都很差，又**多重性器官衰竭**，那這衰竭的多嚴重，我想就是量化本身比如血壓，兩種、三種升壓藥，那個都要洗腎的，然後呼吸衰竭掉，或心臟什麼的。器官越多就是你的，這是一個certainty，就是你越比較confident去確認，那這個我本來就有點不確定性，不過也沒關係，反正**器官衰竭越多，反映治療越不好**(受訪醫師7)

那我個人會從另外一個角度就是說，**不可逆或不可治癒**，...就呼吸的部份，舉個例子，肺炎，肺炎插管衰竭，可是治療後肺炎會改善，可是如果今天是間質性肺炎，我會跟家屬講這個就是末期，就我對**疾病的認知的專科的專業的知識**來說，可能會去define一些，我個人認知上他是一個末期的疾病。(受訪醫師10)

Case 7. 40 y/o male,

- Underline ALS, daily activity independent
 - Dyspnea on exertion progressed in recent 3 months
 - Suicidal attempt with CO intoxication and hanging in garage
- ⇒ OHCA s/p CPR , ROSC >30 minutes , no consciousness
improvement in 2 weeks with poor brainstem reflex (no cough ,
pupils dilatation , poor respiratory drive while hypoxemic challenge)
- ⇒ End of life ?
- ⇒ Withhold? Withdrawal ?

Large concerns...

- Critical care specialist concern

⇒ Large socio-specialist knowledge gap

⇒ Outcome prediction : Poor !!

⇒ QOL ?

⇒ Patient had right to refuse , Doctors had the right to refuse ?

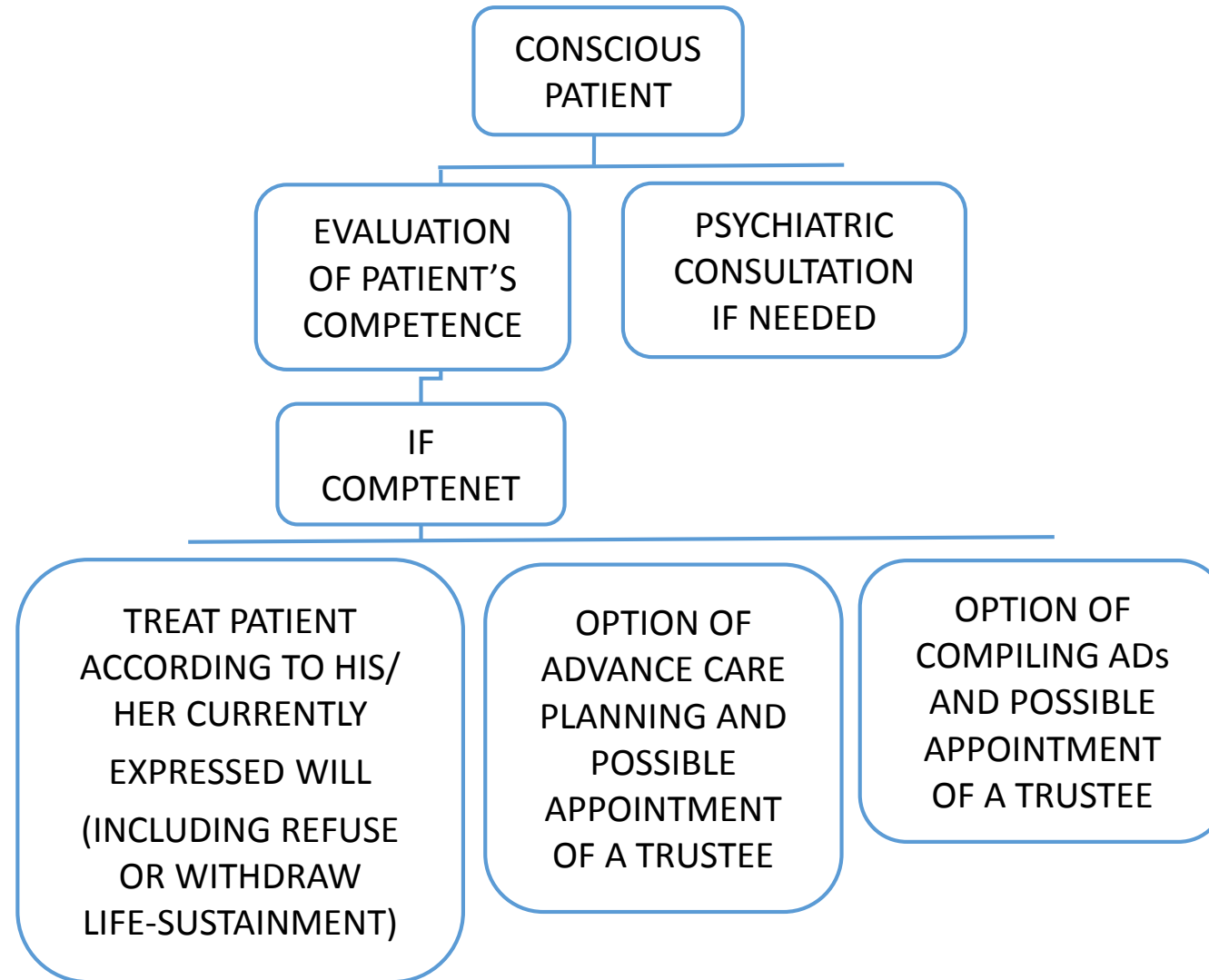


Fig. 1. Recommendations and practical suggestions for the delivery of medical treatments and management on the end life situations.

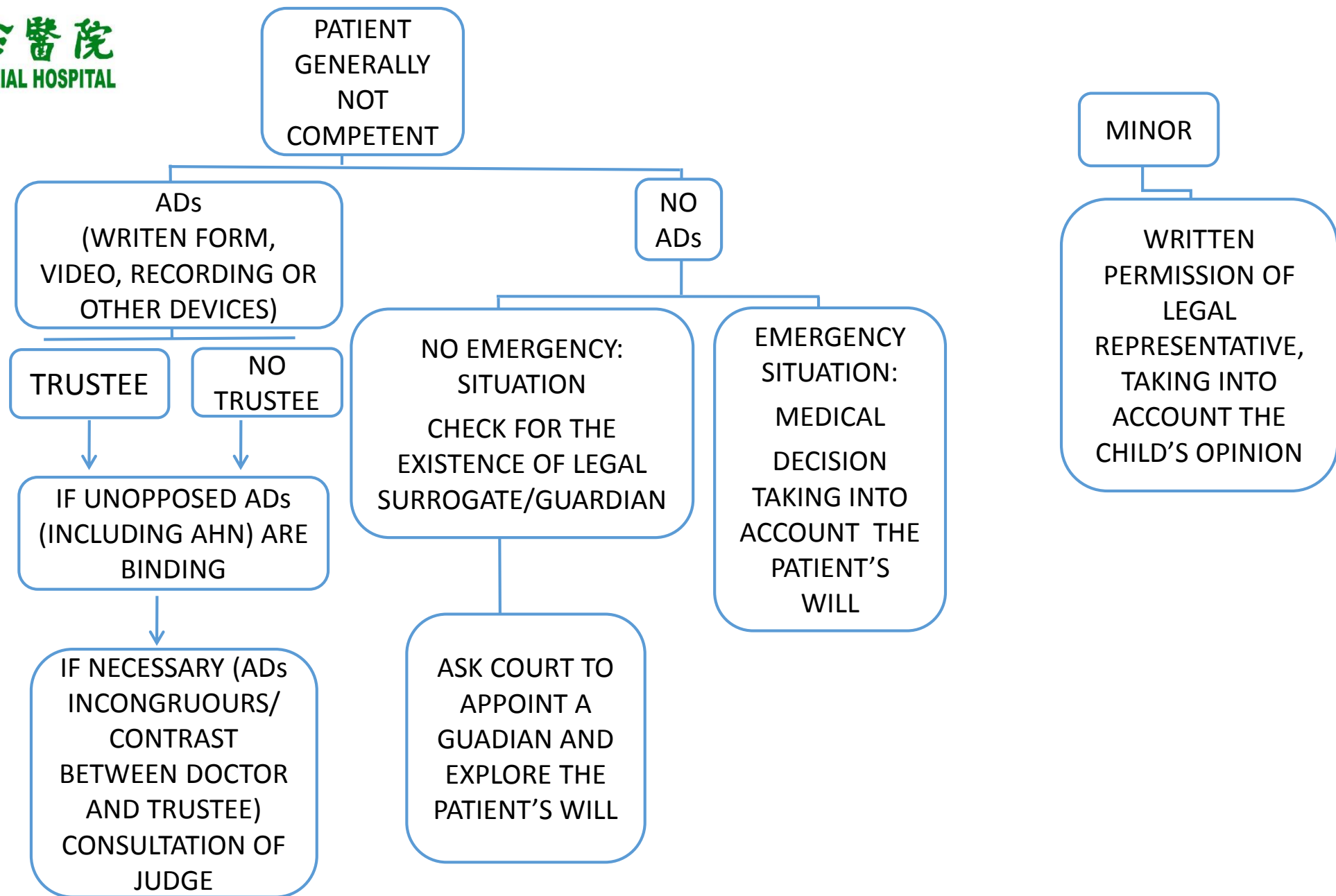


Fig. 1. Recommendations and practical suggestions for the delivery of medical treatments and management on the end life situations.