

## 挑戰與回應

# 為何「安寧緩和醫療條例」要修正??

趙可式<sup>1,2,3,4</sup>

歷經醫療專業團體及社會輿論多年討論，終於2011年1月10日立法院三讀通過的安寧緩和醫療條例修正案，明訂末期病人經最親近親屬一致簽署「撤除心肺復甦術同意書」，再由醫學倫理委員會通過後，醫師可撤除維生醫療設備，讓臨終病人免受無意義的痛苦。雖然有了法源依據，如：醫師對末期疾病的認定；清楚簽字；醫學倫理委員會的認可等，但仍有許多人質疑該如何規範明確才能符合「生命醫學倫理」？有些醫療工作者，少數醫師誤認為這條法律是要他們當劊子手，以為和救命的天職有衝突，因而大力反對。事實上，這些醫療人員是將四組不同的觀念混淆糾纏在一起了，此四組觀念為：

一、「允許死亡」不同於「殺害」：

「殺害」是剝奪一個不會死的人之生命；而「允許死亡」卻是不拖延一定會死的人之死期。他們將這兩個觀念糾纏在一起：劊子手是「殺害」；但這條法律的適用對象卻是：不無所不用其極地使用醫療科技去拖延一定會死亡的病人之死期。醫療工作者若混淆則需要再接受教育，因為可能他

---

<sup>1</sup>天主教康泰醫療教育基金會董事

<sup>2</sup>台灣安寧療護推手

<sup>3</sup>台灣安寧緩和護理學會理事長

<sup>4</sup>成功大學護理學系教授

為何「安寧緩和醫療條例」要修正??

們過去對生命醫學倫理並未通盤瞭解，日後也對倫理議題不感興趣，所以他們一直停留在混淆的概念裡。所以希望衛生署強制性地要求醫療人員接受再教育，這條法律雖然通過了，醫學教育卻要再加強，才能把觀念調整過來。報紙上刊登的，認為要當劊子手的醫師非常少，我在醫學院教生命醫學倫理的學生反應說：怎麼有一些醫界前輩的觀念如此錯誤？

「安寧緩和醫療條例」適用的對象是罹患不可治癒疾病的末期病人，近期內可能會死亡者，所以生命跡象穩定的植物人是不適用的。這在臨床醫療上不難認定，因為醫學有三項技能：**1.診斷**：將正確病名與病因找出來。**2.治療**：對症下藥，診斷對了就要擬定治療方針。**3.預後**：就是對病人健康狀況的預測。診斷、治療和預後的能力，是評估一個醫療人員能力品質的要素。現代醫療發達，我們可以預測各種疾病的軌線圖。再加上現在檢驗很進步，有各種影像的檢驗、血液的檢驗。譬如說：一個病人的肝腎心肺都衰竭了，就只有一個方法治療，就是肝腎心肺都換一套新的，若器官不可能換成新的，他的死亡是絕對不可避免的。評估一個主治醫師他的技能、醫術是否符合時代需要的能力，「預後判斷」的能力是一項指標。這和診斷的技能一樣，若診斷錯誤，病人就治不好。醫療上這三項技能，應該是一起精進的，如果一個醫師，他的預後判斷常常是錯誤的，那表示這個醫師需要再教育、再學習。

「殺害」不符合生命醫學倫理；「允許死亡」卻符合生命醫學倫理！

二、「延長生命」不同於「延長瀕死期」：

「延長生命」是只要給予生命之基本需要就可以生存者，例如植物人王曉明女士，只需照護就存活了五十多年，當然不能將她殺害。

但「延長瀕死期」卻不同，即使給予所有的高科技治療，若病人一定會死亡，就不需要去拖延死期了。

**「延長瀕死期」不符合生命醫學倫理；「延長生命」卻符合生命醫學倫理！**

### 三、「最大的治療」不同於「最理想的照護」：

「最大的治療」是：有管子就插、有洞就開、有肉就割、有機器就上、有藥就給……。若只是增加病人痛苦，卻無法挽救病人生命，則不符合生命醫學倫理。

「最理想的照護」是以人性化的照護，答覆病人身、心、靈的需要，提升病人的生活品質，維護病人的人性尊嚴，永遠是符合生命醫學倫理的醫療！

### 四、「不予」和「撤除」：

「不予心肺復甦術」在2000年就立法通過了，每一個成人都可以在健康的時候「未雨綢繆」簽署意願書。當意願人在兩位醫師診斷是末期疾病，就可以合法地不予急救：如插管、開洞、電擊等。這條法律在世界先進國家，都稱為「自然死法案」(Natural Death Act)。但在台灣，因有些立法委員不喜歡這個「死」字，我們就改為「善終條例」，但他們仍不喜歡「終」字，我們又改成「末期病人選擇條例」。他們還是不喜歡「末」字，最後我們只得改成「安寧緩和醫療條例」，但是它和「安寧緩和醫療」是完全不相關的，「安寧緩和醫療」是一種醫療的專科，不需要立法。這條法律的精神是：在兩位醫師診斷病人的預後為死亡不可避免時，就可以不插管、不開洞，讓病人免除臨終時的痛苦。到現在全台灣約有6萬人簽了意願書。

而「撤除」卻是給了藥、插了管之後可以撤除，這是進可攻退可守，

為何「安寧緩和醫療條例」要修正??

全世界的「自然死法案」都將「不予」和「撤除」視為配套措施。因為在緊急狀況下，若沒有證據，不知道病人是否末期病人，則該救的通通要救，不然就是草菅人命，因為人命關天，生命是最珍貴的。但是當所有的醫療武器都使用上去，如：管子、藥物、機器等，後來明顯的證據，他已多重器官衰竭，他的死亡已指日可待，這時管子、藥物、機器等要用到什麼時候？不能「撤除」嗎？一些立法委員或醫師說：「不予」他們同意；「撤除」他們不同意，卻不知在生命醫學倫理中，「不予」和「撤除」是配套措施，二者必須要配套，才可放膽地去救病人。但在救了以後，卻發現醫療無效了，則再撤除，這樣對人的生命才有最大保障。可是2000年時「撤除條款」被立委否決，我們當時只得妥協。但2002年我們修法將「撤除條款」加入，但是有些立委又認為：家屬會與醫師聯合起來謀財害命！只有當病人自己有意願書時可以「撤除」，家人寫同意書只可以「不予」，但不能「撤除」，我們只好再妥協！等了8年，我們去找立委說：全世界的自然死法案，都是進可攻退可守，它本身是配套措施，家屬可以簽同意不予急救，為什麼不可以簽同意撤除呢？有些立委還是認為家屬會與醫師聯合起來謀財害命，所以這條法律訂得非常嚴格，就是要前三順位的最親近家屬，即：配偶、子女、父母都要簽署同意，且經過該醫院的「醫學倫理委員會」通過，才可以撤除。因為「不予」在緊急狀況之下，要救不救，來不及有這麼多的過程，而「撤除」是可以有一段時間考慮的。

因為許多民眾及有些醫事人員將以上四組不同的觀念混淆糾纏在一起，造成很大的誤解，因此為文詳述，以導正觀念！