

主辦單位：台灣癌症全人醫療基金會

安寧療護研習會

「預立醫療自主計畫」倫理與法律議題
VS.
台灣安寧緩和醫療條例之現況

馬偕紀念醫院:張詩吟

ACP的發展

- **1930年Louis Kutner**首倡醫療意願概念，提出生前預囑(living wills)一詞，將個人自主權延伸至喪失決策能力之後。
- **美國加州1976及1983年**開始重視生命自主權，並積極立法推動醫療預立指示(advance directives, ADs)
- **美國聯邦政府1991年**通過病人自決法案(Patient Self-Determination Act, PSDA)，主要精神是尊重個人醫療自主權，明定個人自由決定選擇或拒絕各式醫療維生設備及醫療照護方針。
- **台灣2000年**立法通過「安寧緩和醫療條例」含括預立醫療醫囑概念，為推展生命末期照護及尊重。個人「生命自主權」的重要里程碑。

ACP的發展

- **ACP**於不同國家有不同名稱，但其定義與精神一致，其主要目的皆是維護病人的醫療自主權，惟在做法上有些差異。
 - ✓ 預立醫囑(advance directives, ADs)
 - ✓ 醫療照護事前指示(Advance Health Care Directive)
 - ✓ 維持生命治療醫囑(Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)
- **ADs**與**ACP**的概念是非常相近，**ADs**最終的目的為產出一份紀錄文件，而**ACP**強調的是一個完整的溝通過程，幫助病人由價值觀、信念對醫療決策進行思考，並預立醫療代理人及記錄自己的相關願望等。
- **ADs**可說是**ACP**的其中一個部分。

什麼是 ACP (Advance Care Planning)

■ 預立醫療自主計畫以病人為中心的照護過程，病人依自己的價值觀、目標及需要，擬定未來在生命末期或失去自我決定能力時對醫療照顧的期望，使臨床醫師能依照其決定提供照顧 (Kass-Bartelmes, Hughes, Rutherford & 2003 ; Teno, 2000)。

■ 讓個人在其有行為能力時，預先表達個人的期望與意願，為自身的醫療照護預做規劃，或利用指定醫療代理人，在病人失去行為能力時，代理病人做決定。

■ 目的在尊重個人自主與顧及醫療決策倫理下，讓病人有機會能參與末期臨床決策，以達到尊嚴死亡與「善終」的目標。

什麼是 ACP (Advance Care Planning)

- 針對病人的醫療照顧意向進行討論。
- 根據病人的信念、價值觀、宗教信仰及對生命的看法來表達病人的選擇。
- 是一個具計劃性、自願討論的過程。
- 以病人為中心，由醫療團隊-病人-家屬，在三方溝通討論達成共識下，建構而成的計劃內容。
- 所有討論內容均需被紀錄成預立醫療指示，可隨個人需求定期回顧或修訂。

在疾病過程面對醫療決策與生死的想法~~

- 你的態度是什麼呢??
- 不聽~多聽
- 不說~多說
- 不看~多看

英國末期照護的六個步驟



圖一：英國末期照護的六個步驟[6]

ACP的重要性

- 病人可以自己決定醫療照顧意向，提升末期照顧品質。
- 幫助病人思考他的健康狀況。
- 幫助病人的家屬/親友減輕為病人做決定時的痛苦、疑惑與焦慮。
- 減少無效醫療的使用，可降低醫療成本。
- 讓醫療人員-病人-家屬了解彼此的意願及想法，甚者可拉近病人與家屬之間的關係。

ACP內涵重點

- “溝通” 是製訂Advance Care Planning最重要的要素。
- Advance Care Planning內涵醫療倫理的議題：
 - ✓ 病人自主。
 - ✓ 尊重。
 - ✓ 知情同意。

什麼時候要預立醫療照顧計劃

- 預立醫療照顧計劃是自願性訂定，並非只在病危時計劃，任何人士皆可以考慮訂定有關計劃，並定期回顧以作出適當修訂。
- 特別建議在以下情況發生時考慮訂定：
 - ✓ 生命出現重要轉變時，如喪偶、或有親友去逝
 - ✓ 診斷發現患上癌症或其他長期疾病，如腎、肝或心臟衰竭，並進入末期階段
 - ✓ 病情出現重要改變多次住院

ACP 包含:

A. 釐清治療與照顧意向:

當生命走向盡頭時，可以選擇要不被急救(施以氣管插管、體外心臟按摩/電擊、急救藥物注射或其他急救醫療行為)

B. 預立醫療委任代理人:

當疾病嚴重而當事人無法表達之際，可以選擇一位醫療代理人，由他代表當事人表達醫療意願。

ACP 包含:

C.預立醫囑:

在健康或意識清楚之時，與醫師共同討論後，由當事人與醫師共同簽署的文件，說明當疾病無法治癒或臨終前無表表達意見想法時，醫師根據當時簽署的內容提供醫療照護。

D.定期回顧

A. 釐清治療與照顧意向

- 了解個人健康狀況，衡量相關治療對病人的好處。
- 瞭解各種維生治療方式(Life-sustaining Treatment)，如：人工輔助呼吸、透析、以導管餵食營養、以人工方法提供水份或其他方式。
- 如果疾病復原機會高，病人是否願意忍受治療所帶來的痛苦。
- 當疾病已進展至不可逆的狀況時，病人可以決定要做什麼或不做什麼治療。

B、選擇醫療委任代理人

- 當我們無法為自己做決定時，我們該如何決定自己的醫療方式？由誰來決定？
- 我們可以選定醫療委任代理人，而代理人之相關規定可參照安寧緩和醫療條例內容。
- 評估醫療委任代理人的合適性。
- 醫療委任代理人須清楚了解其責任為何。

B.協助病人選擇代理人

- 協助病人選擇代理人，他/她是可以：
 - ✓願意且可信賴
 - ✓瞭解病人的價值與目標
 - ✓在壓力下仍可作出決定
 - ✓願意瞭解作為代理人的角色與病人的關係
 - ✓並非一定要是家人親屬

C、預立醫囑

- ✓ 將前述討論內容的結果，撰寫成預立醫療指示（Advance Directive）。
- ✓ 當病人的病情到末期且無意識、昏迷狀態時，這份預立醫療指示即可幫助家屬/醫療委任代理人去釐清病人的治療意向。
- ✓ 預立醫療指示的內容包括：
 - ✓ 病人基本資料。
 - ✓ 病人的醫療處置意向。
 - ✓ 醫療委任代理人及見證人簽署。
 - ✓ 擬訂身後事 vs. 訂立遺囑。

D、定期回顧與更新

- ACP可隨病人病況發展及需要，定期回顧與更新。

✘ 為使預立醫療指示能有效獲得醫療團隊之重視與落實，國外會將預立醫療指示內容有系統的製作成*Medical Orders for Life-Sustaining Treatment*（簡稱MOLST）或*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*（簡稱POLST）。

ACP討論的重點

- 當事人對自己的健康狀況與病情發展的瞭解。
- 依當事人的信念、價值觀、宗教信仰擬訂治療及照顧意向，訂定「預立醫療指示」。
- 確定選擇安寧緩和醫療及器官捐贈的意願、身後事的安排。
- 當事人的心願與牽掛。

執行ACP基本原則

- 第一步為瞭解，讓病人說出他的故事
- 讓病人知道醫療團隊隨時都在
- 重點在討論，不在作出決定
- 鼓勵病人自我反思
- 傾聽再傾聽

ACP製訂的步驟/內容



ACP進行的五個步驟

- 第一步驟: 引發討論

- ① 在健康時或健康出現狀況時都可提出討論，開始討論從不會太早
- ② 瞭解病人對預立醫療照顧計劃的知道多少
- ③ 若有資料可讓病人先閱讀，再於下次討論
- ④ 大部分病人願意討論預立醫療照顧計劃，但應注意病人的感受程度
- ⑤ 建議與家中其他的重要人共同討論，於下次就診時請他們一同到門診討論
- ⑥ 整合在病人照護的提升計畫
- ⑦ 我們對所有的病人都會討論相關的問題

ACP進行的五個步驟

- 第二步驟: 開始參與有計畫的討論
 - ① 說明醫護團隊的角色: 願意積極完成病人的心願
 - ② 說明醫療決策代言人的角色: 代表病人的表達，而不是用他個人的意願作決定
 - ③ 病人與代言人的增能賦權(**Education and Empowerment**):
 - ④ 使用不同的情境，以及不同處理的好處與限制，讓病人較能具體瞭解未來的狀況
 - ⑤ 探討病人的目標與價值，詢問有關過去的經驗、在不同情境下病人的想法...
 - ⑥ 使用手冊或表格、影片、有時在填寫時即可把病人的想法呈現，手冊中應包括各種常見的情境，若病人曾經歷危及生命的重大事件，可針對該事件作深入的討論

ACP進行的五個步驟

- 第三步驟:討論並記錄

- ① 醫師與病人及代理人共同檢視填寫的內容，可用正式的表格，再置於病歷內，若沒有正式的表格，也可記錄在病歷上，請病人同意後簽名。
- ② 最好能同時簽署有法律效應的意願書(如接受緩和安寧條例意願書...)，置於病歷內，或交由相關機構保管(如安寧照顧協會)
- ③ 影印相關記錄給病人、代理人、家屬、健康照顧者、家庭醫師...
- ④ 可設計放在皮革中的小卡片，隨時可得知病人的意願當病人作出的決定後，醫護團隊必須依循病人的意願調整照護的計畫

ACP進行的五個步驟

- 第四步驟: 定期重新檢視病人的意願及更新預立醫療照顧計劃
- 第五步驟: 落實病人的願望於實際發生的情境
 - ① 病人實際發生重大事件時，應瞭解病人的決定能力是否足以判斷，無法作出判斷時才適用預立醫療照顧計劃
 - ② 由於各種狀況無法一一預知，應不斷與代理人討論病人的意願各種處置應附合邏輯及合理的程

從法律與倫理談ACP之議題

安寧緩和醫療條例

- 2000年5月23日三讀通過
- 2002年12月11日第一次修法
- 2011年1月3日第二次修法
- 2013年1月9日第三次修法

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第一條 新法	第一條 舊法
<p>為尊重<u>末期病人</u>之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。</p>	<p>為尊重<u>不可治癒</u>末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第三條 新法

本條例專用名詞定義如下：

- 一. 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

第三條 舊法

本條例專用名詞定義如下：

- 一. 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人痛苦，施予緩解性支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第三條 新法	第三條 舊法
<p>三. 心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸<u>等標準急救</u>程序或其他緊急救治行為。</p>	<p>三. 心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他緊急救治行為。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第三條 新法	第三條 舊法
<p>四. <u>維生醫療</u>：用以維持末期病人生命象徵，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。</p> <p>五. <u>維生醫療抉擇</u>：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。</p> <p>六. 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或<u>做維生醫療抉擇之</u></p>	<p>四. 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部分之人。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第四條 新法	第四條 舊法
<p>1) 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療<u>或作維生醫療抉擇</u>。</p> <p>2) 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：</p> <p>一. 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。</p> <p>二. 意願人接受安寧緩和醫療或<u>維生醫療抉擇</u>之意願及其內容。</p>	<p>1) 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。</p> <p>2) 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：</p> <p>一. 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。</p> <p>二. 意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第四條 新法	第四條 舊法
<p>三. 立意願書之日期。 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療<u>及執行意願人維生醫療抉擇</u>之醫療機構所屬人員不得為見證人。</p>	<p>三. 立意願書之日期。 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第七條 新法	第七條 舊法
<p>1) 不施行心肺復甦術或<u>維生醫療</u>應符合下列規定：</p> <p>一. 應由二位醫師診斷確為末期病人。</p> <p>二. 應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。<u>未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。</u></p> <p>2) 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。</p>	<p>1) 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：</p> <p>一. 應由二位醫師診斷確為末期病人。</p> <p>二. 應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。</p> <p>2) 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第七條 新法	第七條 舊法
<p>3) <u>末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時</u>，由其最近親屬出具同意書代替之。<u>無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。</u><u>同意書或醫囑均</u>不得於末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。</p>	<p>3) <u>末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書</u>，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得於末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。</p>

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第七條 新法

- 4) 前項最近親屬之範圍如下：
- 一. 配偶
 - 二. 成年子女、孫子女
 - 三. 父母
 - 四. 兄弟姊妹
 - 五. 祖父母
 - 六. 曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
 - 七. 一親等旁直系姻親。
- 5) 末期病人符合第一項至第四項規定不實行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第七條 舊法

- 4) 前項最近親屬之範圍如下：
- 一. 配偶
 - 二. 成年子女、孫子女
 - 三. 父母
 - 四. 兄弟姊妹
 - 五. 祖父母
 - 六. 曾祖父母或三親等旁系血親。
 - 七. 一親等旁直系姻親。

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第七條 新法

- 6) 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

第七條 舊法

- 5) 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。
- 6) 末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。




安寧緩和醫療條例新、舊法對照表




第七條 新法

第七條 舊法

- 7) 最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第三項至第五項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術。
- 8) 前項得簽署同意書之親屬，有已死亡、失蹤或不能為意思表示時，由其餘親屬共同簽署之。
- 9) 第七項之醫學倫理委員會應由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士之比例，不得少於三分之二。

【安寧緩和醫療條例】三度修法

□ 末期病人無簽署  第一項第二款之意願書 且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具  同意書 代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，  依末期病人最大利益出具醫囑 代替之。同意書或醫囑均不得與末病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

□ 法律效力:  1 >  2 >  3

安寧緩和醫療條例新、舊法對照表

第八條 新法

醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示病情及各種醫療選項時，應予告知。

第八條 舊法

醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。

【安寧緩和醫療條例】三度修法

- 末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，**原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。**
- 第三項最近親屬出具同意書，**得以一人行之**；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面
- 最近親屬範圍與替代意願之先後順序(下圖)

【安寧緩和醫療條例】三度修法

- 重新定義「安寧緩和醫療」與「心肺復甦術」，使兩者脫鉤。
- 增加「維生醫療」與「維生醫療抉擇」定義，使得撤除內容明確。
- 釐清「選擇」與「預立」為相同的意願書，未成年人之父母簽署的，亦為「意願書」。
- 最近親屬出具同意書時機為無意願書且無法表達。
- 增加無最近親屬者且無法表達者，經安寧會診、依最大利益出具醫囑，可不予或撤除。
- 將維生醫療的「不予」與「撤除」視為相同的規定。
- 刪除撤除程序須經過「四代同堂、倫理審查」的程序。

末期病人撤除/終止醫療維生系統

當病人

- 1.未預立醫療委任代理人
- 2.未簽屬選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇意願書

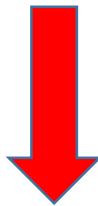
當病人病況惡化並已失去心智能力無法表達自身的意願時，

但已經執行心肺復甦等維生醫療措施時，若要撤除維生系統時…



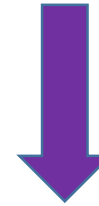
末期病人撤除/終止醫療維生系統

請兩位相關專科醫師評估診斷病人是否為為末期病人



是

A醫療團隊主動邀請家屬討論撤除/終止醫療措施
B家屬主動提出撤除/終止醫療措施之要求



否

若病人判斷非為末期病人，依據法律及醫學倫理，都不應該給予撤除/終止醫療措施

末期病人撤除/終止醫療維生系統

撤除/終止醫療維生處置前

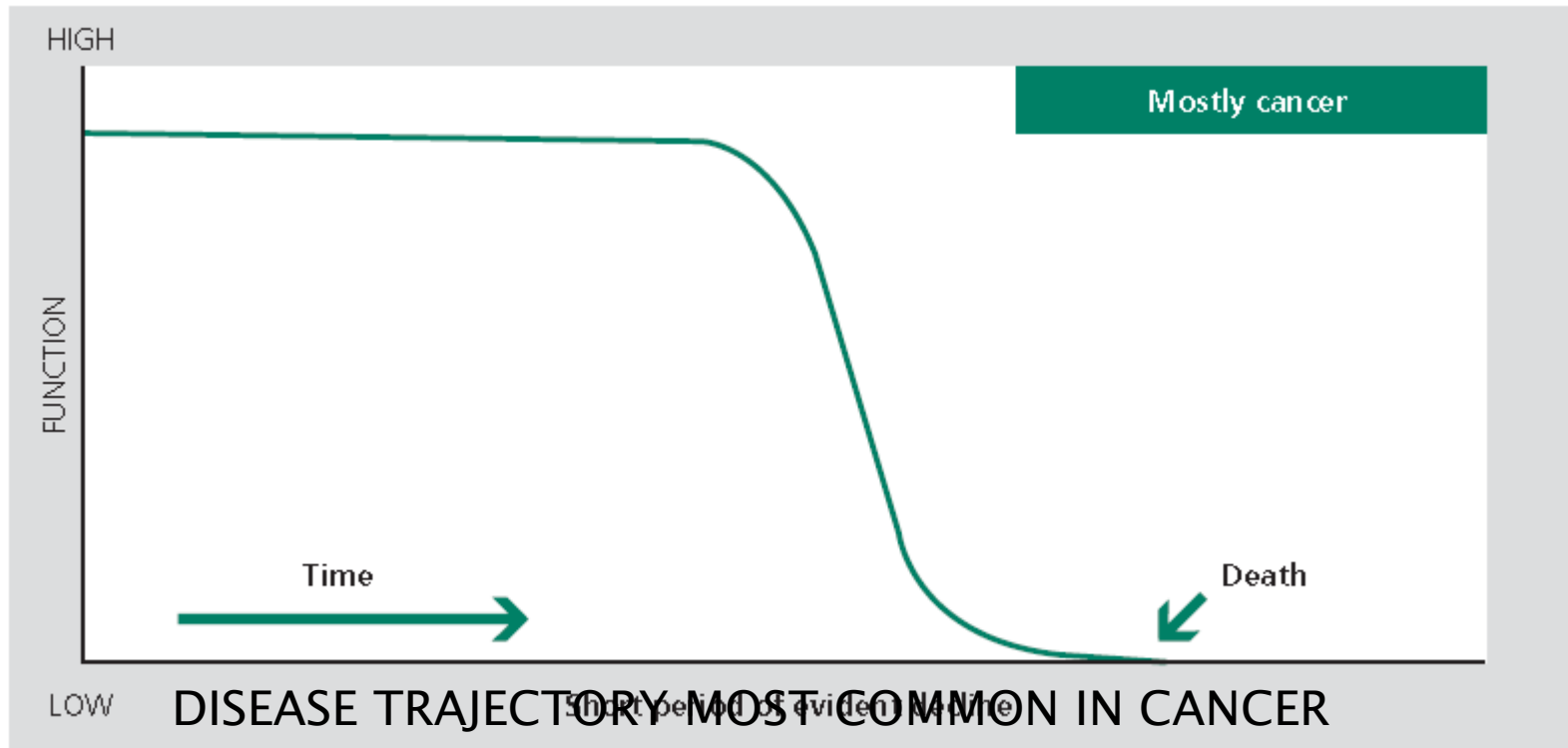


- 1.召開家庭會議:解釋病情、溝通以達到醫療共識，確認由一位最近親屬代表簽署『不施行心肺復甦術或維生醫療措施同意書』
- 2.撤除/終止維生醫療前、中、後醫療團隊都需要提供持續性照護:緩解病人症狀、善終準備、哀傷陪伴…等

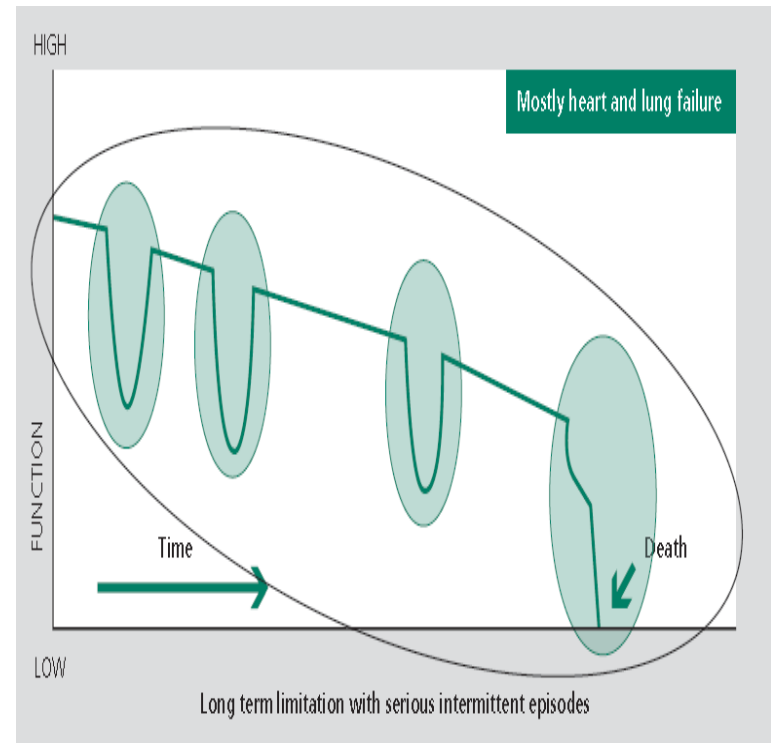
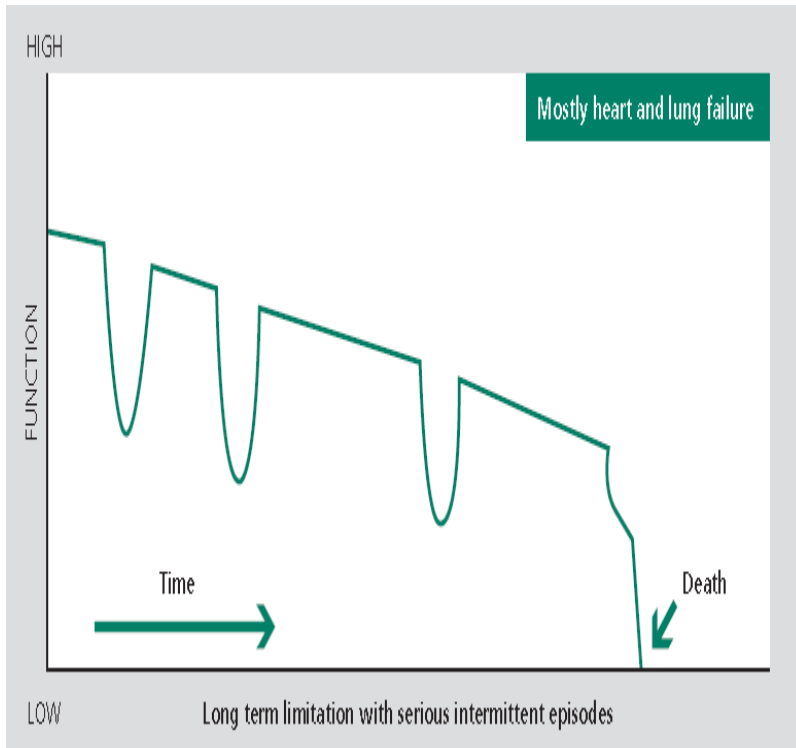
ACP推展階段

- 第一階段:對所有健康的成年人。
- 第二階段:長期慢性病，病情在退化中或經常性住院之病人，讓病人了解疾病進展及治療的效果，其中亦包括維生醫療的選擇。
- 第三階段:ACP可以提升末期生命品質，針對老年人或一年內會死亡之病人。

- 短病程，在生命的最後2個月急速變壞，如癌症病人



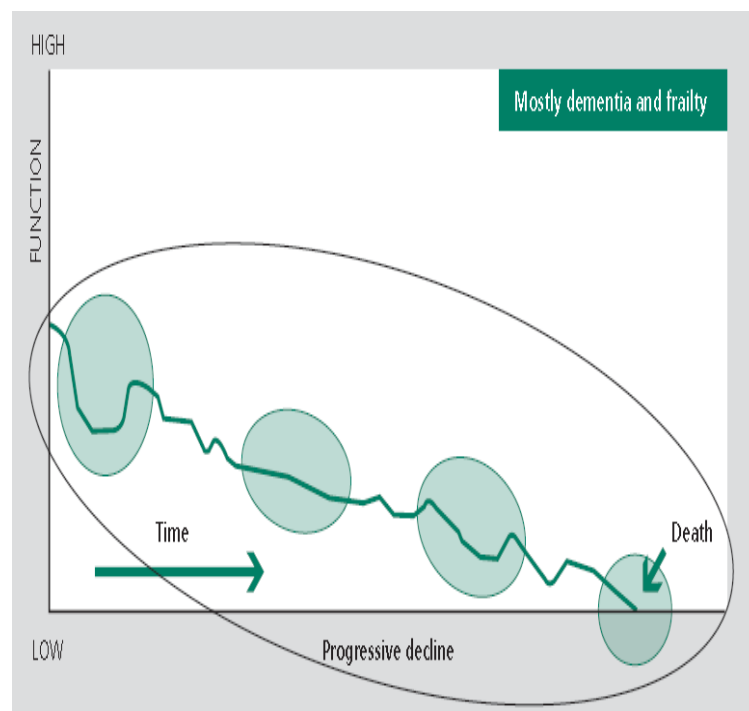
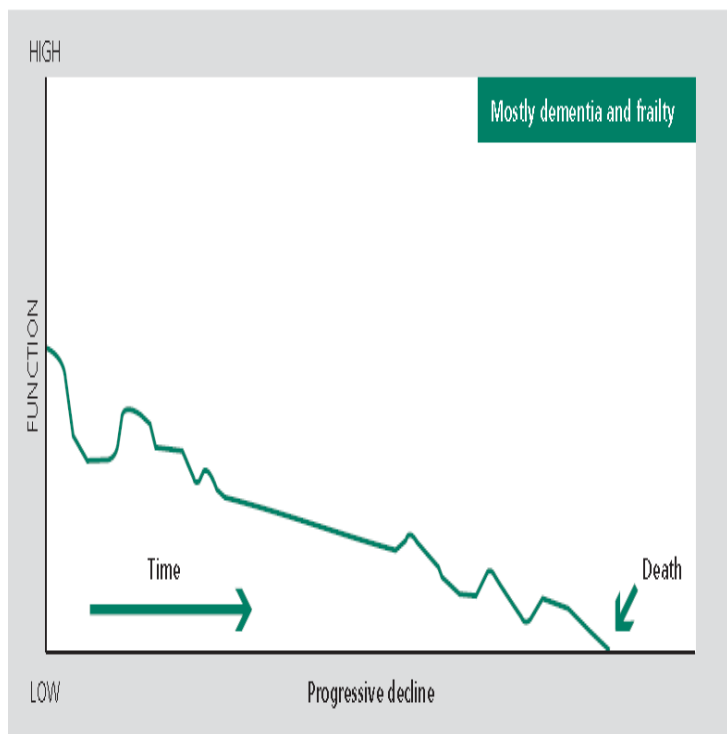
■ 長病程，隨著間歇性威脅生命的急性惡化及生活功能緩慢的下降，最後是突然死亡 (e.g. COPD or CHF)



Large oval indicates timing for non-specialist palliative care

Green ovals indicate potential timing for SPC

非常長的病程，很緩慢的自我照護能力的下降 (e.g. dementia or frailty)



Large oval indicates timing for non-specialist palliative care



Green ovals indicate potential timing for SPC

- 當病人為疾病末期時，一連串的治療…

不斷的給予治療或是
提供安寧照護？

安寧療護倫理原則之兩難~~ 隨著疾病的進展，有不同的角色？如何抉擇？



臨床常見的困境

- 生命末期難以判定？
- 無效醫療
- 擔心醫療糾紛
- 溝通問題：團隊間、家庭間的糾葛
- 到底是誰放不下？
- 個人的價值觀：認為病人死亡就是醫療的失敗

理

醫理
學理
倫理

情

親情
愛情
放不下

法

依法
合法
適法



無效醫療(medical futility)

- 因病人的生理狀況，為救治所必需的醫療措施已無法執行。
- 所執行之醫療措施已無法產生所期待之生理效果或合理之利益。
- 因醫療措施所加諸於病人的負擔、傷害與代價，遠超過所預期之利益。

無效醫療(medical futility)

- 美國醫療協會對無效醫療定義為：治療嚴重病人時，可能只是延長末期的死亡過程，爾後的處置也是無效的。
- **Schneiderman**學者提出，當治療能達目標的可能性少於**1%**時，則可認為是無效的。
- 病人在醫療之下缺乏一個合理的希望能回到獨立狀態或能和環境互動時。

無效醫療在醫學倫理的標準

- 病人的生理情況，為治療所必須的醫療措施已無法執行
- 醫療措施無法產生所希冀的生理效果
- 醫療措施無法產生對病人合理的利益
- 因醫療措施所加諸於病人的負擔、傷害及代價，超過所預期的利益

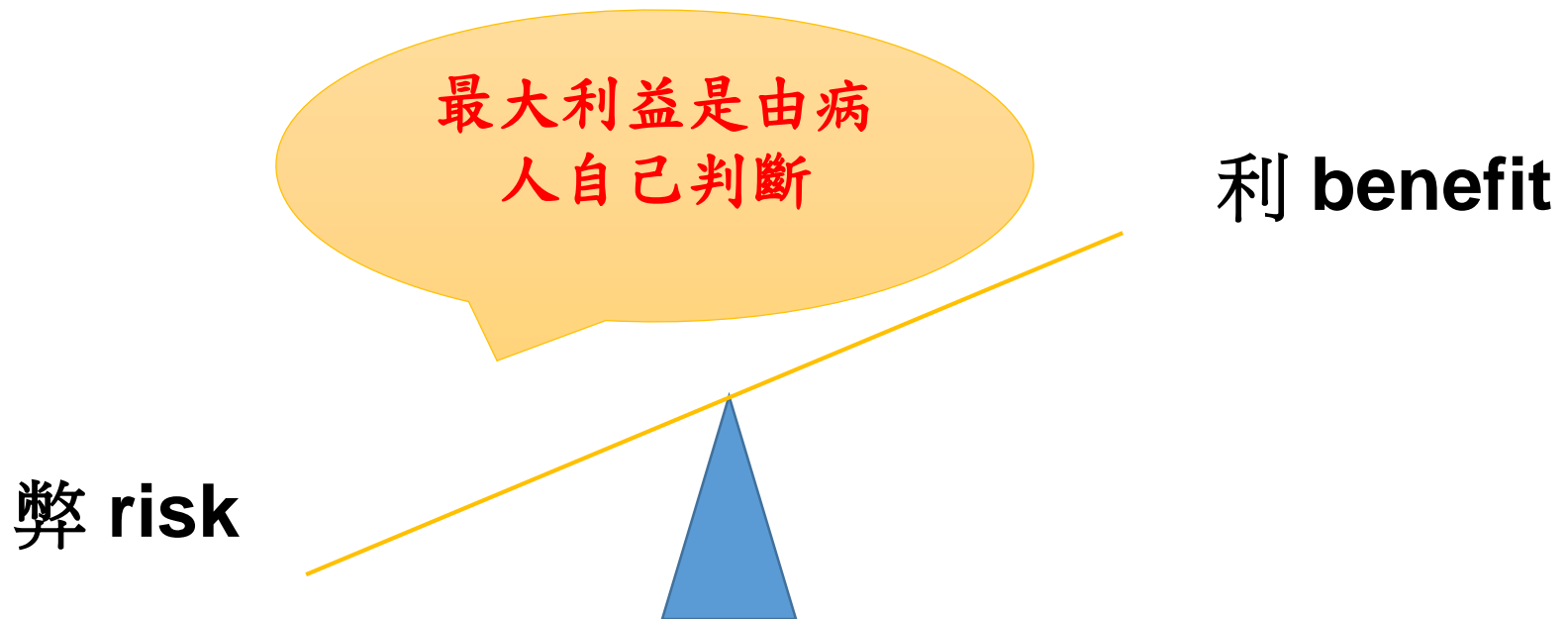
倫理困境的產生

- 專業的職責與個人的價值觀衝突。
- 所採取的醫療措施各有利弊存在。
- 所執行的醫療措施都不太理想。
- 專業倫理與專業角色要求有衝突。
- 當病人要求接受某一醫療措施，但無明確規定依循。

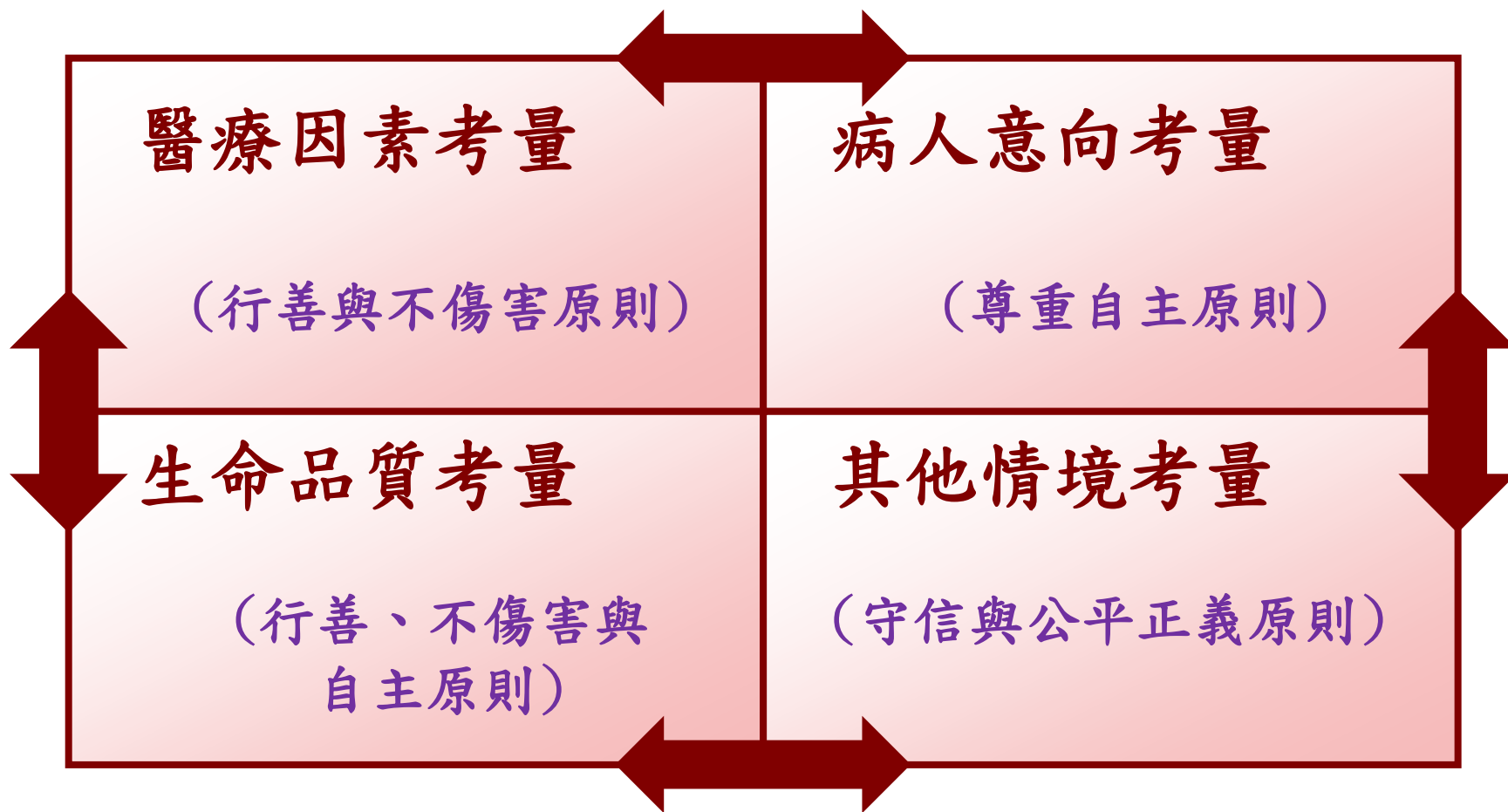
如何面對倫理困境

- 平衡利與弊，以爭取病人的最佳利益
- 兩害相權取其輕
- 尊重自主原則，並須讓病人/家屬充分獲得訊息與了解其中意義

病人最大利益 Best Interest



臨床倫理諮詢_倫理思辯四象限評估



醫療因素考量：五問

- 1. 病人主要醫療問題？病史？診斷？預後？
- 2. 問題急迫程度？嚴重度？可逆性？
- 3. 治療的目標為何？
- 4. 成功治療的機會？
- 5. 萬一治療失敗的備案計畫？
- ★簡言之，病人能否受惠於醫療護理照護，
- 傷害要如何避免？

<行善，不傷害>

病人意向考量(1)

- 1.病人心智狀態是否合乎法律上有行為能力之人的狀態？有無證據顯示病人失能？
- 2. 心智正常病人表示其對治療的意見偏好為何？
- 3. 是否被告知醫療風險與好處？知情同意？
- 4. 一旦失能，誰是最適當親屬醫療決策代理人，該親屬是否能用適當標準下決定？是否有利益衝突存在？

<病人自主>

病人意向考量(2)

- 5. 病人之前是否表達過其個人意願？
- 6. 病人是否不願意或沒能力配合治療？原因為何？
- 簡言之，病人權利是否受到倫理、法律最高的尊重？
- <病人自主>

生命品質考量

- 1. 接受治療與否，病人回到正常生活的願景如何？
- 2. 一旦治療成功，病人在身體、心理及社交功能可能有哪些缺陷？
- 3. 醫療人員對於生活品質的評估是否存有偏見？
- 4. 病人現況或未來的情況是否可能被判定是負面的？
- 5. 是否有計畫或合理性放棄治療？
- 6. 是否適用安寧緩和醫療？

<行善、不傷害、病人自主>

其他脈絡情境考量

- 1. 家庭因素是否影響治療決定？
- 2. 醫護人員因素是否影響治療決定？
- 3. 經濟、財務因素？
- 4. 宗教、文化因素？
- 5. 守密是否有限制？
- 6. 資源分配問題？
- 7. 法律如何影響治療決定？
- 8. 醫療研究、臨床教學是否牽涉在內？
- 9. 有無利益衝突的問題（醫師或醫院）

<守信、公正>

開啟ACP的對話

- 價值觀、信念與信仰-
 - ✓對您而言，所謂”生命品質”的意義為何?
 - ✓什麼樣的生命是值得您生存下去?
 - ✓您是否有宗教信仰或靈性方面的信念，是影響您對健康照顧的期待?
- 對疾病的瞭解-
 - ✓您對於您的健康狀況瞭解多少?
 - ✓您是否知道您的疾病未來的變化是會怎樣?
 - ✓關於您的病況，您害怕/擔心的是什麼?
 - ✓在何種情況下您會改變您的照顧/或治療方向?

開啟ACP的對話

- 對醫療處置的期待-

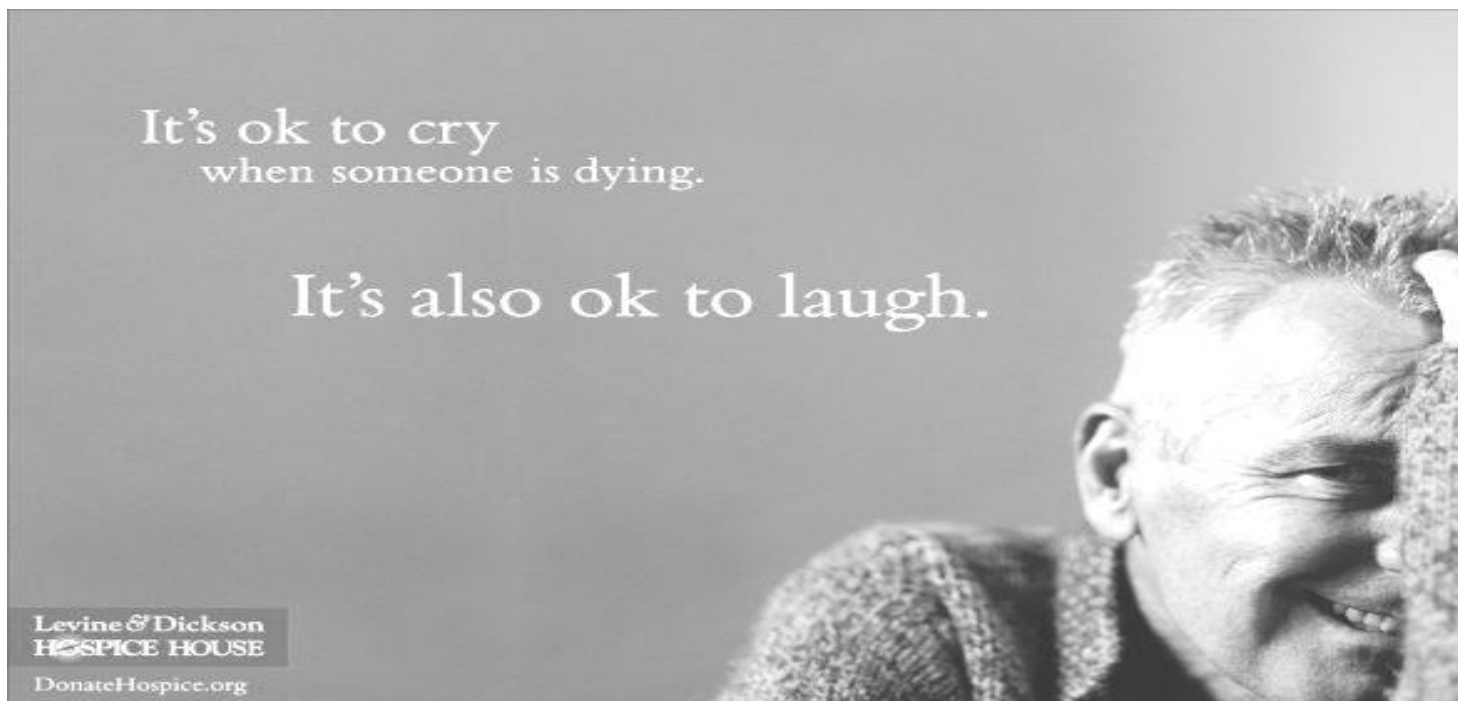
- ✓ 您對於現在正進行的醫療處置瞭解多少?

- ✓ 您是否瞭解到治療所產生的結果?

- ✓ 您是否知道當您的病情變化時可能要作的治療或處置?

尊重選擇 選擇尊重

當病重時會希望受到什麼樣的對待~



醫療狀況A 一當我腦部退化嚴重失智或處於植物狀態時，經過兩位專科醫師的判斷，不管作任何的處置，康復的機會非常的渺茫，亦無法再回到清醒的狀態，此時對於醫療的處理，我的期望為：

- 用所有的方法延長生命
- 嚐試治療，但經常評估，若無效則停止
- 只願接受較沒有侵入性的治療
- 只希望接受舒適的治療
- 其他(請說明)



醫療狀況B:當我患有末期疾病，生命很可能只剩下數週，有時會有感覺，但已沒有辦法自行判斷，此時對於醫療的處理，我的期望為:

- 用所有的方法延長生命
- 嚐試治療，但經常評估，若無效則停止
- 只願接受較沒有侵入性的治療
- 只希望接受舒適的治療
- 其他(請說明)

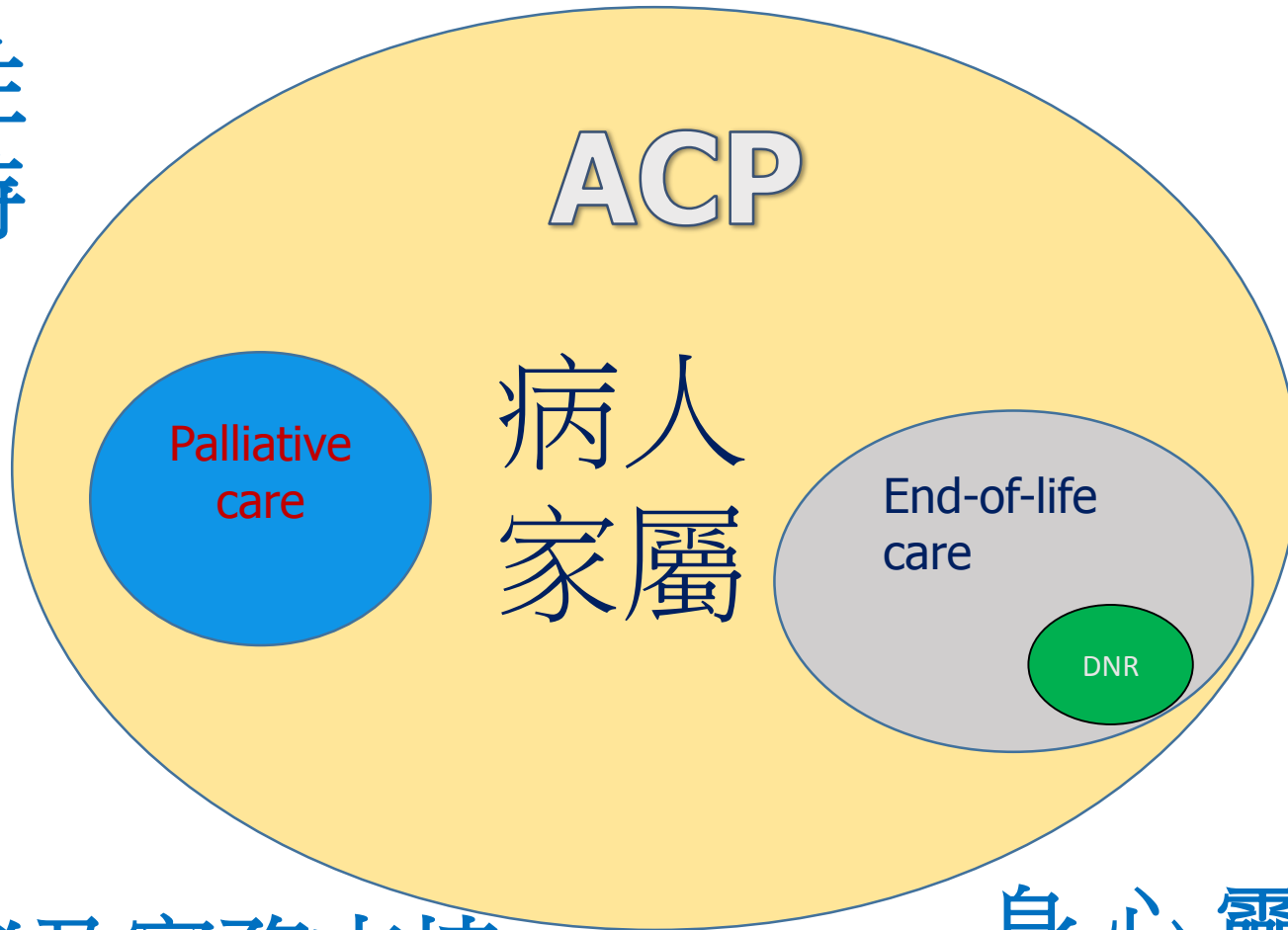


對於下面的處置，您是否願意接受：	需要	還沒有決定	不要
心肺復甦術 (包括胸部按壓、電擊、藥物插管、用於面臨死亡的狀況)			
使用人工呼吸機器、插管...			
血液/腹膜透析 (洗腎)			
人工營養/水分 (使用鼻餵管或靜脈點滴)			
抗生素 (只能治療併發症如肺炎，可能會暫時延長生命，但無法改變臨終結果)			
止痛藥 (有時可能會讓人昏睡，或很小機會間接縮短生命)			

預防受苦

靈性
支持

溝通
決策



情緒及實務支持

身心靈社會

謝謝聆聽^^

