

# 醫院裡倫理教育的最佳方案-跨領域倫理案例討論會

陶宏洋

高雄榮民總醫院 醫學倫理委員會、倫理教育組

## 前言

### 倫理的重要性

#### 一、臨床的日常

臨床醫療工作者每日的工作就是做決策。這些決策多數是單純又制式的，依臨床常規診斷與治療指引執行，如抗生素的選擇與使用期間，選用的手術術式項目，復健療程等，但最困擾醫療工作者的還是臨床的日常，那些每天都會遇到的大小不一的倫理問題最難處理及下決策。比如說，病人無檢查適應症卻堅持要求作電腦斷層掃描，危急病患家屬對於治療的意見不一致，是否符合無效醫療？是否該揭露醫療錯誤？等等不一而足。

倫理問題就是兩難問題，或許有大與小，但從來沒有簡單的答案。倫理問題不僅困擾醫師與護理師，或許問題性質的呈現比重不同、其他職類的醫事人員如社工師、復健治療師、心理師、營養師、檢驗師、放射師、呼吸治療師等也都會遭逢相當的倫理問題衝擊。比如說、心理師下班返家、驚訝地發現坐在自己住家大樓櫃檯的管理員居然是昨日才剛出院且有偷窺及傷害行為的思覺失調症病患！哇！那保護病患隱私重要，還是應知會大樓管委會主委呢？（醫療與住戶角色互換的兩難）執行治療的復健治療師與制定醫療決策的復健科專科醫師對於診斷與治療看法始終無法達成一致時該如何？（同儕倫理）。

#### 二、困難的抉擇

倫理是價值判斷，依此我們能分別出行為的好

壞，對錯，及善惡。倫理不單只是遵循道德規範與行為準則，如誠實不說謊、視病猶親、愛人如己，不單只是一種知識或主張，更重要的、也更困難及豐富的、倫理的精髓是一種實踐的智慧，在複雜糾結的醫療場域裡處理臨床工作中的兩難問題。實際上、倫理並不能以帶入公式的模式來執行，如引用規範倫理的代表作「倫理四原則」的尊重自主、不傷害、行善、及正義原則。單獨以四原則就做出倫理決策是不完整的，也無法緩解倫理衝突。因為任何臨床倫理問題皆是兩難、模式下的四原則也必然彼此衝突，符合其一二、必定也違逆其一二，然後呢？如何作、還是不作？或許我們只是想用「倫理四原則」找個說法希望能迅速作個決策跳出臨床困境，但殊不知反而陷入泥淖，越陷越深。這樣的決策真的是對的嗎？真的對病人好嗎？對病患的行善是否破壞了醫療資源分配的正義原則？我尊重病患自主決定不予治療、家屬卻投訴並要脅我業務過失致人於死？究竟我們應該如何做呢？

#### 三、倫理的困擾（moral distress）

倫理困擾是醫療工作者因執行了自覺並不適當的倫理作為以至於情緒及身心受創的後果。言而總之，像是良心不安的感受。如未設法減輕其發生的機會及嚴重的程度，未有適宜的排解，長而久之，將澆息工作熱情，導致沮喪，士氣低落，醫療初心不再，敏感度及醫病關係惡化並衝擊醫療照護品質及病人安全。

微小的倫理困擾或許只是讓心頭偶起漣漪，三不五時想起，不至於影響你的工作與生活，若層次漸升、或屢被同儕或病患投訴，些許煩惱與挫折或使你行醫的初心不再，夜裡輾轉難眠，較大的倫理困擾引發過勞與身心俱疲職業倦怠（burnout），影響情緒管理與醫病關係，這種壓力亦構成醫療與病安

通訊作者：陶宏洋

通訊地址：高雄市左營區大中一路386號

E-mail：tao.hungyang@gmail.com

問題。反覆發生的倫理困擾如未經妥適的處理，長時間的過勞與身心俱疲職業倦怠引發憂鬱症的症狀或導致憂鬱症，少數醫療工作者甚至有自殺的行為 [1]。

## 臨床倫理支持 (clinical ethics support)

醫療是固有的倫理職業。倫理像是一種根深蒂固的糾結與拉扯纏繞著醫病之間。因此無論是隱晦地或明確地，醫療行為總是涉及選擇一個適當的倫理立場。每個不同病患都有不同的情境脈絡，當要作選擇的時候，決策者不能簡單地使用外部的、或現成的倫理標準輕易又無負擔的作出決定。對於醫療工作者遇有倫理問題而自已或單位同仁無法協助解決時，醫學倫理委員會應建立相關機制輔助其作出決定，此機制總稱為臨床倫理支持 (clinical ethics support)。

### 一、醫學倫理委員會

醫學倫理委員會設立的臨床倫理支持機制可分為由上而下 (top-down) 或由下而上 (bottom-up) 的輔助方式。由上而下的輔助決策方式計有醫學倫理委員會代為制定臨床決策，或委由倫理諮詢 (ethics consultation)。由下而上的輔助方式計有倫理巡房 (ethics rounds)、倫理討論群組 (ethics discussion groups)、倫理反思群組 (ethics reflection groups)，前三項之形式類似，以及跨領域倫理案例討論會 (moral case deliberation) [2]。

由下而上的輔助方式因是由照護團隊共同討論以做決定，比起由上而下的方式較有益於照護者的臨床思維及反思，也賦予更多的倫理責任。

### 二、倫理諮詢 (ethics consultation)

依醫學倫理委員會設定之諮詢要件，醫療人員經院內之會診流程委請相關人員對於個案之倫理爭議執行會診的過程，被會診者或為醫學倫理委員會委員，或有相當倫理素養之院內人員或倫理學者。會診的目的是找出解決方案或建議，使得臨床工作者得以遵循，減緩爭議。其優點為對於實際案例具有時效性，但較乏倫理教育的實際效益。

### 三、倫理巡房 (ethics rounds)

倫理巡房是照護團隊於病房巡房中針對實際案例之倫理問題的對話討論。為了確認倫理問題的本質及決策的適當性，團隊成員需有基本的倫理素養，尤其是作為巡房帶領者的主治醫師最好接受過相當的倫理知能訓練才會有好的成果。倫理巡房可處理個

案的問題，如何時撤回治療是較正確的？何時以及如何為該病患實施撤除維生醫療？病患與其家屬對於治療意見不一致時，我們應該如何協調？倫理巡房或可解決即時的倫理問題，也有助於團隊信任合作，但對於整體倫理素養及氛圍的改變有限。

### 四、倫理討論群組 (ethics discussion groups)

由對於倫理議題有興趣者組成，針對個案或期刊報導的故事進行會議討論。參與者的背景較多元，不限於實際臨床案例，一般而言並不普及。

### 五、倫理反思群組 (ethics reflection groups)

倫理反思群組一般也不普及，多見於精神病院及社區醫療單位。雖群組無固定成員，但於病房內定期舉行，提出日常倫理問題的反思及挑戰。成功的群組須有病房領導者與群組帶領人 (facilitator) 的配合。與前述相同，參與成員需有基本的倫理素養，尤其是作為帶領人應接受過相當的倫理知能訓練。

### 六、跨領域倫理案例討論會 (moral case deliberation)

跨領域倫理案例討論會與倫理諮詢是臨床倫理支持系統最常利用的工具。前者為由下而上，後者為由上而下的倫理決策輔助。跨領域倫理案例討論會與倫理諮詢的不同處在於倫理諮詢的目的比較著重於結果，被諮詢者給予照護團隊建議，應如何做以解決個案的倫理爭議；跨領域倫理案例討論會的目的比較著重於過程，經由跨領域的實際討論在獲取較佳的倫理決策的答案前團隊的折衝與掙扎的經歷，不只是達到解決個案倫理爭議，又有提升整體醫療照護品質、病安文化及教育的實質功能，因而作為醫療團隊的倫理教育效果最值得重視。研究發現跨領域倫理案例討論會對於醫療人員的倫理反思技巧與倫理素養提升功效顯著，有助於解決未來出現的困難倫理爭議問題 [2]。

## 跨領域倫理案例討論會 (moral case deliberation) 簡介

Moral case deliberation 不易有實用易懂的中文譯名，多年來我們使用「跨領域倫理案例討論會」的名稱。它不是一般意義的「討論」，正確地說是深思熟慮的審議，從不同專業領域，不同視角，利用開放空間會議的技術讓與會者主動參與討論提出不同見解，

及充分交流的會議過程。

跨領域倫理案例討論會一般認知須符合是由臨床醫療人員提出之臨床實際照護案例進行討論，過程中須平衡、清楚、精準地陳述案例重要事實與相關的倫理爭點，藉由正反面意見以釐清倫理問題，並充份考量情境脈絡而獲致的共識或可執行的較佳的倫理決策。通過案例討論會可增進：一、個別臨床案例的照護品質。二、健康照護相關人員的團隊合作，專業素養，與倫理知能。三、機構與系統階層的醫療政策制訂，單位文化，病人安全與組織倫理建構。

對於一般人文素養的養成來說，參與者會看到或聽到許多自己沒有想過的角度與看法、獲得相關的知識及溝通技巧、體會出事物的真相往往不是單一的、思考變得更有創意、並可因此提出改善問題的契機，且藉團體的影響，督促廣泛的閱讀，生活因而更豐富。對於醫療生涯來說，參與者將提升倫理素養，找回醫療的溫度，臨床工作的情緒及壓力因此得到紓解，這些對話與互動又可改善醫療人員的孤獨感，回歸初衷及本心，工作的因而更快樂 [3]。

## 本院執行情形

高雄榮民總醫院為因應醫療環境及倫理教育的需要，於 2004 年 6 月起成立了倫理種子教師小組。2008 年起開辦了跨領域倫理案例討論會，每月舉行一次，利用中午時段 1200-1330 舉行並提供午餐便當以減低討論會耗用時間對於臨床工作的影響。一個半小時的時間也符合文獻上的建議 [4]。每屆討論會持續達一年半，核心成員約十八位種子教師並負責提出其臨床照顧的實際案例。討論會初期的種子教師皆由醫院各部科指派或輪派，數年後種子教師全是志願參與的。所以想要參與是因為真實的體驗到醫學倫理對於醫療同仁的重要性，這是必須真實經歷過自己或分享他人醫療工作中切身的挫折與掙扎才會有的認知，也因著分享了彼此遭逢的倫理困境及走出困境的心路歷程實質上也療癒了我們這些療癒他人的療癒者。

討論會由醫療或教學副院長擔任主席，由教研部承辦討論會行政業務，我因擔任醫學倫理委員會教學組組長而接下帶領人 (facilitator) 的工作。討論會成員除醫師、護理師、社工師外，陸續加入了各醫療職類的同仁，包括營養、放射、藥劑、復健、心理師、職能治療、檢驗及呼吸治療等，並邀請院外各領域的

學者專家加入，包括律師、檢察官、醫學院老師 (哲學與倫理學)、醫學倫理委員會委員、及他院醫師等。他院醫師的參與事實上也提供了不同醫院文化與醫療生態下的殊異看法，提供兩院互為學習者的機會。近年以來，討論的主題更多元，許多新主題陸續出現，內容也更加豐富，深度廣度也迅速擴增，參與的同仁人數也漸增加。遇有特殊的主題及案例，院內的行政 (如醫務企管室、病歷組) 及檢驗部同仁、器捐個管師等也會被邀請參與討論，各級實習學生，PGY 醫師及住院醫師也均例行輪派參加。

醫療日常工作中不易有此機會針對個別臨床案例進行跨領域的深度討論，會中有倫理學與哲學老師能針對倫理推理，對話及哲學意涵提出見解，讓人大開眼界，有檢察官及律師參與並分享法理、法意及判例說明讓人鬆一口氣、沒事不違法啦！更不可忽視的，也更難忘的是，其他同仁偶或提出的意見分享，有時竟完全顛覆了我原先的看法。這也許是個人原生家庭，教育背景，宗教信仰，或專業領域的不同，但這個顛覆與不同對我太重要了，它使我更多元，更寬廣，也更包容。作為一位第三十年的主治醫師，在醫療場域裡執行醫療工作，且擔任醫療團隊的帶領者 (leader)，如果我欠缺反思能力就很難再進步了，最糟的是，不會有人再指導我了。成員中也因有醫院決策制定者 (如副院長) 參與，醫院上下層級的不同見解也得到適當的溝通與理解，部分的討論會結論也能經正常行政程序修正醫院的政策或作法，這些也不著痕跡地改變醫院的組織文化。

討論會的進行須由有醫學倫理背景的帶領人負責。討論會進行是否成功、參與者是否能覺得有收穫，關鍵因素就是維持開放的討論氛圍。因此允許並鼓勵加入不同意見十分重要，須使同仁能在輕鬆的心情下分享個人心裡毫不保留的看法，尤其是非主流的意見、甚至於反對的意見在讀書會中皆十分受歡迎。這會使參與者勇於發言表達，其他參與者也跟進提出反對或贊成的意見，討論因此就熱烈了。醫院決策制定者雖然擔任主席，但不是擔任主持人也不能引導討論方向，藉以避開階級與從屬關係對於開放性空間討論會的影響。帶領人有責任於討論中充份淡化這干擾，如利用座位的安插、發言權分配、及適時的打斷等。因為只有真實不受干擾的討論才

能有血有肉、深入人心。也很感謝各級主管的支持與體諒，會中常會因討論主題的需要或爭點的衝撞，部屬與長官、律師與檢察官、老師與學生、醫師與護理師及各職類醫事人員、媒體與閱聽大眾、彼此或有不同的看法，然而所有成員皆能保持開放的心胸聆聽他人不同意見的陳述與分享。討論進行中，參與者可以因此知道不同人對同一件事的不同看法，感受到多元價值和多元的關懷，讓自己不再受侷限，更能開拓眼界與胸襟。

帶領人於會前須要備妥問題爭點、會中適時拋出引發衝撞、會後總結整理並轉化拉回。開玩笑的說、需要有惟恐天下不亂的情懷、見縫插針的勇氣（有時會刺痛參與者，甚至是刺到貴賓或長官）並製造出衝突、找出見解的矛盾，發球給對手、接回傳回的球、再作球或傳球給適合的另一方。掌握住倫理問題的爭點，穿針引線的功夫須拿捏得宜，不時就會出現有意想不到的新看法及驚豔的案例湧現造成一座絕倒。有時也會接不到對方的球，這時就要審時度勢自己再發新球或者是撿起原先掉在地上未傳出的球（爭點），依各方見解的破綻及長短參差、再作球或傳球給適合的另一方。成功的討論會恰恰依賴這樣的錯綜並陳。討論會進行中，一來一往的爭辯，適時能呈現出高潮及彼此之間的矛盾，正反兩面甚至於沉默中的第三者會從中體認出事實的真相原來不是單一視角所見的，對錯好壞與善惡的抉擇並非自己原先的理解所能處理的，自我的看法與信仰一次次的受到直接或間接的挑戰，較接近真實的部分因此逐漸湧現，討論會的興味也隨之升騰。

## 結語

### 醫院裡倫理教育的最佳方案

醫學倫理教育從來不是醫學教育的重心，於醫學教育中的佔比也從來不高。近年來，因著醫策會的

醫院評鑑要求及醫師執業的學分規定，醫院裡相關的醫學倫理教育課程也持續推出。然而、進行醫學倫理教育與醫學科學教育是完全不同的想像。醫學倫理要教的不是知識內容，不是規範與準則，而是實踐的智慧，因此課堂授課完全無益，徒增學習者反感。

我們認為臨床醫療工作繁重，時間緊迫，應利用有限的時間取得最大的倫理教育效果。跨領域倫理案例討論會能同步緩解實際病患的倫理爭議問題、提升醫療照護品質及病人安全，增進參與者的專業與倫理素養，建立團隊合作及最終醫院與組織文化的改變，因此是醫院裡倫理教育選項的最佳方案。荷蘭的研究也表明截至 2014 年，多數的醫療機構均已定期實施 [4,5]。

## 參考文獻

1. CNN International Edition: 'Pillow angel' parents answer CNN's questions. 2008. Retrieved from <http://edition.cnn.com/2008/HEALTH/conditions/03/12/pillow.QA/index.html>
2. Rasool D, Skovdahl K, Gifford MC, et al.: Clinical ethics support for healthcare personnel: an integrative literature review. *HEC Forum* 2017; 29(4): 313-346.
3. Haan MM, van Gurp JLP, Naber SM, et al.: Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Medical Ethics* 2018; 19(1): 85.
4. van der Dam S, Abma TA, Kardol MJ, et al.: "Here's my Dilemma". Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Anal* 2012; 20(3): 250-267.
5. Dauwse L, Weidema F, Abma T, et al.: Implicit and explicit clinical ethics support in the Netherlands: a mixed methods overview study. *HEC Forum* 2014; 26(2): 95-109.