



心得分享

參加安寧緩和醫療培訓課程－醫師工作坊

課程：安寧緩和醫療培訓課程－醫師工作坊
主辦：台灣安寧緩和醫學學會、國民健康局
合辦：成大醫院
日期：2011.08.06（六）
時間：13:30~17:10
地點：門診大樓四樓：400，401 會議室
撰寫人：賴吾為醫師

前言：

1. 安寧緩和醫療條例於民國 89 年通過，91 年第一次修訂。行政院衛生署於民國 99 年二月公告：醫院應主動提供所有住院病患「預立選擇安寧緩和醫療意願書、醫療委任代理人委任書、及器官捐贈同意書」等三種表單，以確保病人權益。
2. 同年（民國 99 年）八月，衛生署又修訂了上述表格和選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書及不施行心肺復甦術同意書。
3. 國民健康局於民國 100~101 年醫院癌症醫療品質提升計劃說明中要求各醫院癌症委員會負有全院性癌症教育責任，並要求以工作坊實作形式，對主治醫師提供安寧療護訓練三小時以上，重點為癌症病情告知技巧、病情溝通、醫療倫理與安寧緩和條例等；受訓人數至少應達主治醫師的 10%。
4. 每年至少推派一位照護癌症之醫療相關人員，接受國民健康局辦理、委辦或認可之病情溝通技巧種子人員培訓，並於培訓後共同規畫院內病情溝通培訓計畫。



因此今年(100年)成大醫院癌症醫療品質委員會要求：全院各癌症團隊要推出1~2人參加安寧緩和醫療培訓課程-醫師工作坊，且不得與去年重覆。因食道癌團隊成員少，所以不得不自己參加這次半天的工作坊。有滿心的不願意，主要是：一、先入為主認定此課程必定無聊；二、是自我感覺良好，認為這種與癌症病患溝通技巧，每天都在做，又有什麼新學問呢？

■ 上課內容一：安寧療護的新領域。

民國100年，安寧緩和醫療條例第二次修訂通過。主要是允許終止或撤除嚴重不可治癒末期病人的維生設施。但相關規範蠻多的，如必需先有兩位專科醫師簽名(含病患原主治醫師)；病患的配偶、成人子女、孫子女、父母一致共同簽章；備妥相關文件後，再向醫院醫學倫理委員會提出申請，待委員會通過後，方得實施維生設施的撤除。整個過程繁複，讓人有望文興嘆的感慨。至於要怎麼撤除氣管內管又

是一大堆細節。

因此課後提問時，就引發熱烈討論，尤其是關於傳統病危自動出院(AAD)的定位問題：有人認為此修正條例已通過，當AAD的病患回到家或廟寺時，幫忙拔除病患氣管內管的人(不論是救護車司機或病患家屬)都有潛在的法律問題。有人認為，為什麼要搬石頭砸自己的腳！那壺不開提那壺！為什麼不保持現行AAD的灰色模糊空間，讓醫、病雙方都好辦事；也有人認為應等修正條例的實行細則公佈後再論，搞不好是一個化灰色為明的進步象徵，是台灣立法上的典範。

原本衛生署就是鼓勵國人應預立選擇安寧緩和醫療意願書，並填寫醫療委任代理人委任書。在成大醫院給予病患的住院須知中也明載了這些事項。事實上，在加護病房中常見到陷入昏迷且多重器官衰竭的高齡患者，因病患家屬人多口雜，每個人對生命的哲學觀不一樣，演變成床位滯

留，醫療資源無法有效使用，家屬受盡煎熬的情況。這就是我們常在爭辯的到底是有效醫療呢？還是無效醫療？還是醫療從業人員的自我保護呢？因此，深感衛生署鼓勵的這兩項意願書和委任書應值得醫療健康照護同仁們的重視。我們大家應在意識清楚、自主的情況下，儘早簽署並載入健保卡中。以減輕日後兒孫輩的困擾。這也是功德一件。

至於已簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書的人被送到急診室，且電腦螢幕或健保卡也顯示出該病患已簽署安寧緩和醫療意願書時，急診室的醫師該持何種態度呢？解答是：急診室醫師應憑專業分辨出該病患此次來院急診是屬於可逆或不可逆的疾病。若是可逆的疾病，當全力救治。若屬嚴重不可治癒末期病，當尊重病患意願，不施行心肺復甦術。

小結：不論病患簽署了何種意願書，醫師專業的判斷最重要。

■ 上課內容二：末期病情溝通技巧與醫病溝通中的同理心的運用。

剛開始時，主持人告訴大家，要把握時間盡量發言，因根據主持人過去的經驗，最後會演變成欲罷不能，久久無法下課的情況。個人乍聽之下，嗤之以鼻，直覺上認為怎麼可能會發生這樣的事呢！

這次活動冠上工作坊的名稱，就是要大家實作。因此剛開始時，會場有一些莫名的矜持，就好像突然之間要大家不要講中文，一律以英文來溝通般，會有莫名的尷尬期。但幸虧主持人經驗豐富、教材編寫得當，且教具也準備妥當。所以整個氣氛很快就被帶上來了。到工作坊尾聲時，

真的出現欲罷不能的情形。

雖然大部份的學問和實務都是已知的，但整個系統性的上完課後，會有從”知其然”到”知其所以然”的感觸。也再次確認了一些小技巧都是大家常用的，如適時短暫的沉默或善用”您覺得呢？”，靜候病患接答；或輔以一些拍肩膀、遞上衛生紙等肢體小動作。另外，因為在門診期間無法將整個時間都給某位病患，所以過去在做壞消息病情告知時，都會和個案管理師配合。這次上完課後才知道這種手法還有個名詞，叫做「團隊告知」。做病情告知時，家中主要關鍵人物有無在場是一件很重要的事。若病患單獨前來，返家後往往無法陳述全貌。因此在做完切片步驟後，要叮嚀病患在下一次回診看切片報告時，關鍵家屬一定要同行。還有，累積過去的經驗，當病情告知後，病患會陷入低潮，但接著從醫師口中得知成大醫院有個堅強的癌症團隊與他站在同一陣線共同面對疾病時，每個病患眼中都會再燃起一股希望和信賴的眼神，覺得自己不再是孤軍奮鬥。這叫幽谷伴行。以生養子女為例，生相對簡單；如何教養子女卻是需要學習的。臨床醫師要學習的項目很多，如開刀、胃鏡、腸鏡、超音波、氣管鏡和一些侵犯性的處置等；而壞消息告知的溝通技巧也應是臨床醫師學習的項目之一。

結語：

子曰：勿意、勿必、勿固、勿我。不要有先入為主的觀念，天有多寬，心胸就有多大。聞道有先後，術業有專攻。到處都是學問。終生學習是一個不錯的人生態度。

野人獻曝，與大家共勉。