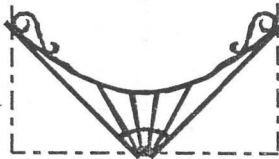




出院準備服務的倫理兩難議題

田麗珠



一、前言

「出院準備服務」與「出院計畫」(discharge planning)係同一名詞的不同譯法。在民國八十六年，行政院衛生署將傳統使用的「出院計畫」更名為「出院準備服務」，希望強調準備出院的過程與醫療團隊工作者服務的性質，避免給病人「被趕出院」的負面感受，以增加病人及家屬對此服務的了解與接受。此項正名的舉措也反映衛生署推動出院準備服務的期許。

出院準備服務是非常複雜的工作過程，需要協調眾多相關的人與機構，諸如病人、家屬、醫療照護提供者、醫療機構、醫療保險償付系統與轉介資源等，折衝他們之間不

同的需要、規定及利益衝突，以規劃出合於這些參與者的需求的出院計畫(Caputi, 1982; Dubler, 1988; Abramson, 1990)。協調與折衝的過程又需在緊迫的時間壓力、有限的選擇與資源困境下完成，對於工作者確實是很大的挑戰。有些人會質疑，出院準備服務只要將案主轉介給社區資源就可以了，何難之有？理想的出院準備服務包括詳細的評估、計畫、處遇與追蹤評估，是一套完整的社會工作過程，例如如何評估案主的優勢(strength)與弱勢(weakness)、他(她)的需求，可運用之正式與非正式資源有那些，協助案主動員本身能力與外在資源以解決問題的過程等，故有學者稱之為「社會健康照護管理」(Blumenfeld & Rosenberg, 1988)、個案管理(Shulman & Tuzman, 1980; 莫藜藜, 民八十七)。由於出院準備服務的複雜性與時間的限制，社會工作者需要經常省察工作過程中的倫理議題，避免雖完成工作(病人順利出院)卻偏離社會工作倫理守則而不察覺，影響社會工作專業對案主、對機構及對專業本身的職責。

二、出院準備服務的 發展現況

出院準備服務是社會工作者在醫院中的傳統角色功能，早在一九〇五年坎伯醫師(Dr. Cabot)引入社會工作者加入醫療團隊工作開始，就賦予社會工作者協助病人做出院準備的職責，讓病人在適當的時候出院回

家。由於太早出院有再入院之危險，可以出

到重視。

院卻滯留在醫院，容易讓病人過度依賴醫院，因此適時的出院對病人醫院都是很重要的（Canon, 1913）。隨著社會工作專業化的追求，社會工作者致力於個人的內在治療，因為從事個人內在治療被認為有更多的專業自主性與專業知識，出院準備服務被視為非專業的工作而刻意忽略之（Davidson, 1978）。

然而，真正促使醫院積極從事出院準備服務的因素是健康保險的支付方式改變。傳統上，支付醫療照護費用的方式是「論量計酬」（fee for service），亦即每一項醫令都可得到相對的醫療支付，醫療處置做得越多，醫院收入就越多，但保險單位的醫療費用支出就節節上升。為了要抑制醫療支出

性的照顧、縮短住院日、節省醫療資源的目標，以因應老年化社會、疾病慢性化以及全民健保實施可能產生之影響。截至民國八十八年度，已有七十家醫學中心、區域級醫院與地區醫院加入推動出院準備服務的計畫，顯示出院準備服務已受到醫院的重視。隨著我國全民健康保險擴大以診斷為基礎之「按病例計酬」支付方式（case payment）的發展，健保局預計在民國八十八年底將有五十項疾病列為按病例計酬支付，而到民國九十年，預計住院醫療費用中有百分之七十是以論病例計酬方式支付（林宮美、曾聰明，民八十八），這種支付方式的特性將影響醫院的平均住院日數、後續照護的安排等，出院準備服務受到重視將是可預期的。

出院準備服務再度受到重視與醫療、社會變遷有密切關係，人口結構的高齡化、疾病的慢性化、病人權利意識的抬頭使得醫療照護型態逐漸改變，慢性病人需持續使用醫療設施以控制疾病的發展，在慢性病的急性發作時，可能就需住院，待病情控制後再出院，也可能因為疾病造成日常生活功能障礙，出院後需要長期照護系統之支援。醫院與社區、醫院與病人生活環境、醫院與各種層級的照護系統之間，形成持續性且互相支援的關係，因此「透過醫療專業人員、病患及家屬共同合作，以確保所有病患在出院後均能獲得持續性照護」的出院準備服務（AHA, 1983）就在這樣的醫療與社會環境中再度受

的上升，美國率先改變醫療支付方式，在八九三年，針對老年及殘障保險（Medicare）使用「按病例計酬」（case payment）的支付方式，這是一種預測式付費（prospective payment），依據病人的診斷及相關資料即可確定保險支付金額，因是定額支付，醫院必須提高治療的效率、縮短住院日、節約醫療開支，才能在新的醫療環境中生存、發展，因此，「出院準備服務」就在這樣的環境中受到醫院重視。

我國在八十三年由行政院衛生署保健處推展出院準備服務，係以政策方案方式，提供各參與醫院三年補助經費推動之，希望達到建立急性醫療與長期照護系統結合成連續

關係，因此「透過醫療專業人員、病患及家屬共同合作，以確保所有病患在出院後均能獲得持續性照護」的出院準備服務（AHA, 1983）就在這樣的醫療與社會環境中再度受

到建立急性醫療與長期照護系統結合成連續

社會工作者展現專業效能的機會。為了要兼顧對案主、對機構與對社工專業的職責，社會工作者在協助病人即時出院準備上，將可能面對一些倫理上的兩難情況，包括，如何

敏察醫院的運作是否影響社會弱勢族群（社會工作者關注的群體）的就醫品質與權益？在出院後的後續照顧安排是否邀請案主參與（client participation）？是否尊重案主自我決定（self-determination）、自主權（autonomy）？面對「對案主的忠誠」與「對機構的忠誠」衝突時，誰是社會工作者的首要關注？案主？抑或機構？這些問題值得工作者常去思考。

三、出院準備服務的

倫理兩難議題

社會工作者協助案主處理各種難題時，具體地介入了案主的生活、關係與內在，對案主的影響不可謂不大。社會工作者憑藉著什麼確信自己幫助了案主呢？當然，案主的進步或問題減輕是具體指標，但在實施處遇之前，工作者選擇介入的方法受到三種層面的因素影響（Reamer, 1990）：

1. 技術層面的因素：工作者因為所受的專業教育訓練、自己本身的工作經驗、或是借取同僚的工作經驗，讓工作者歸納出針對

某種案主特質或某些問題性質使用何種處遇方式最為有效，這是所謂的「經驗智慧」。2. 實證層次的因素：工作者經由一些實證研究報告，證實處遇方式的效果，作為採取某種處遇方式之科學依據。

3. 倫理層次的因素：工作者從倫理的層面去思考「對與錯」、「好與壞」的問題。倫理的思考建基於社會工作的基本價值觀，「價值偏重於理論和抽象層次認知行為的評價標準，倫理和道德偏重於實際與運用在行為上的判斷標準」（巫明哲，民八十二），工作者依據社會工作的基本價值觀去反省所做的處遇是否是合理、正當的。

在這三種因素中，技術層次是工作者最習慣追求的，希望增進處遇技術與能力提升工作效果。倫理層次的思考較容易被忽視，其實，倫理的重要性是超越其他因素，如果一種處遇技術在實證上或經驗上是有效的，但倫理上是錯的，就不適合用。

社會工作是相當實務取向的專業，需要實用的倫理分析架構協助工作者整合服務技術、實證知識與倫理價值，這個分析架構必

須建構在倫理理論之上。在西方的倫理理論中，以義務論（deontology）與功利論（utilitarianism）最受重視。（Beauchamp & Childress, 1979）義務論又稱原形式論或絕對論，意指有一些固定的責任是必須履行的，不論履行後的結果，如果基本的責任之間有了衝突，則視何者為最重大的責任優先；功利論則重視行為的結果，原則是追求最大多數的最大幸福，但困難是行為結果的價值是很難量化的，而且不同人之間很難比較相同結果帶給他們的意義是否相同。

在資源的分配公平性方面，洛瓦士（John Rawls）強調應該將資源分配給社會上處於最不利地位的人，避免因傳統的功利主義原則為了更大群體的好處而犧牲最弱勢者的福利。洛瓦士的差別的公平原則可說是社會工作價值的基石。

雖然，倫理的理論並不能解決社會工作者面對倫理兩難議題的困境，但是能更熟練地掌握倫理概念與原則，以及概念與原則間的關係，有助於分析、澄清這些價值的衝突與兩難，進而做適當的選擇。

以下僅就出院準備服務工作中常見的倫理兩難議題：案主參與、案主自決、善意的專制及分歧的忠誠衝突等，做一探討。

(一)案主參與(Client participation)

案主自決(self-determination)

「案主自決」是社會工作最基本的價值觀(Abramson, 1990)，我國的社會工作倫理守則第四條亦明訂：應尊重並培養案主自我決定的能力，以維護案主權益。

「自我決定」(self-determination)與「自主」(autonomy)的意義是相通的，主要是強調病人(案主)對於自己的事務有掌控決策的權力(Abramson, 1990)。社會工作者肯定案主做決策的權利，也致力於增強其自主的能力。

案主的參與是非常重要的，由一些研究中我們可以發現，個人對其環境可以掌握的程度影響其健康狀況、活動程度、對醫療照護的利用以及死亡率(Coulton, Dukle, Chow, Huang & Vielhaber, 1998)。在出院準備服務過程中，老年病人參與出院後安置與照顧的決定有助於出院後的適應(Abramson,

1990)因此，應該鼓勵案主參與出院準備的過程。但是在醫療環境中，疾病的衝擊讓病人及家屬筋疲力竭，加上病人角色的弱勢地位，以及社會對老年的一些不利看法，常在不知不覺中限制了病人的參與，我們常重視未來照顧者的意見，容易忽視病人的意願，當然，也有一些情況是老年病人不願意做決定，將做決定的權力與責任交給子女。從一些研究結果(Dubler, 1988; Abramson,

1988; Clemens, 1990)也可看出，社會工作者與家屬常未邀請病人參與決策過程，即使病人的身心狀況可以參與做決定。這與我們一直重視的「案主參與」、「案主自決」是不一致的。

協助病人及家屬做出院的準備時，最重要的是避免將出院準備服務變成專業人員為他們做的計畫，病人及家屬只被告知計畫的結果，這樣做只會為病人帶來更多的無力感、無助感、甚至憤怒、悔恨等負面情緒。把出院準備服務過程當作是病人及家屬共同參與的決策過程，雖然可供選擇的方案有限，或未盡理想，但是這個過程就像打預防針一樣，

讓病人及家屬有機會詳細瞭解各種選擇的利弊得失，讓他們就自己的想法、價值等選擇比較接近的方案，這個過程將有助於出院後的適應(Coulton, Dukle, Goode & Mackintosh, 1982)。

既然案主參與和案主自決是如此重要，亞伯拉森(Abramson, J. S., 1990)提出下列幾種策略可以增加案主掌控出院後去處的參與感與決定權：

1. 與病人家屬會談時，邀請病人一起參加。
2. 如果家人經常要求與社工人員的會談不要讓病人參與，或會談常僵持在一些瑣碎的事件上而無法突破時，顯示有需要探討家人間潛在的衝突，唯有面對潛在衝突才能更有效面對問題，找到較理想的解決方式。
3. 雖然現有的長期照護體系的資源網絡殘破且不足，但是社工人可以與病人及家屬討論他們期待的照顧方式、需要的支援為何、以及可尋求得到的協助又有哪此，從有限的資源中規劃較為滿意的安排。

4. 協助病人調適出院後可能的生活狀況，

讓案主多瞭解未來的去處，可利用照片、單張或實地參觀，讓病人在情緒上準備好面對出院的變動。這個準備過程也將增加病人的自決與掌握環境的感覺。

5. 教育其他專業人員、家屬或志工，重視增強病人掌握環境的感覺，提升病人的參與和自決。

(二) 仁慈的專制 (paternalism)

為案主好 (do good)

在醫療照護環境中，專業的主導性是非常明顯的，醫療人員裝備著醫療專業知識與「善意原則」(beneficence)的醫學倫理，應該會為病人的最大利益做最好的處置，因此病人被期待做一個服從的、合作的病人，這種仁慈的專制 (paternalism) 在醫院中容易出現。仁慈的專制與案主的自主之間是否衝突呢？首先我們對「仁慈的專制」作一定義，倫理哲學家德沃欽 (Gerald Dworkin) 在他討論「仁慈的專制」一文中有如下之定義，仁慈的專制指「干預一個人行為的自

Reamer, 1990)；[茜南 (Allen Buchanan) 特別形容醫療上仁慈的專制為「干預一個人行動自由、獲得資訊的自由、或是蓄意給予錯誤的消息是為當事人的利益」(引述自 Reamer, 1990)。綜合而言，案主的利益是判斷「仁慈的專制」是否具正當性的依據。

在出院的準備服務中，常見的情況是功能部分受損的病人希望出院後回家，但工作者評估認為病人無法照料自己，也許需要有一個照顧者與其同住，又需安排許多支持性的協助才能回家，但病人沒有家屬，也沒有充裕的經濟能力僱請照顧者，基於保護病人的安全，社會工作者聯絡長期照護機構予以安置，而不論病人的期望或自我決定權。雖然有一些人認為只有在病人心智上重殘，或有強迫性行為、或其決定將造成個人很大的傷害，否則無法合理化仁慈的專制舉措，但是病人的情況與決策結果的評估係由專業人員來做，病人的自主權或自決權常受專業人員裁量的影響。如果假「仁慈的專制」之名而行機構或個人的自利，就違背專業的倫理。我們協助案主時需常敏察行為或決策背後的

動機，最理想的方式是邀請案主參與整個過程。

(三) 忠誠的衝突

(the conflict of loyalty)

社會工作者面對的另一倫理上的兩難是忠誠的衝突。布魯門佛爾德與羅伊 (Blumenfeld & Lowe, 1987) 曾說過，倫理上的兩難常發生在面對不同的人或團體之間、分歧的忠誠要求、分歧的利益與需求衝突。在出院準備服務過程中，社會工作者常面對醫院要求病人儘速出院，以便讓新病人住進來，但是現任病人的後續照顧還未安排妥貼，醫師或醫院管理人員卻不時地催促，社會工作者如何處理自己對案主的職責與對機構的職責的衝突？

雖然，病人在醫療上已經穩定，可以看出院，但是醫療只是病人照顧上的一個層面而已，情緒上與社會性上的準備也是病人照顧的一部分，如果未準備好的出院 (Premature discharge) 可能危害病人的安全與福利時，社工者對病人的權益維護的職責將超越社工者對醫院忠誠的職責。此外，考慮到未充分

準備的出院影響病人對醫院的滿意度，而可能造成再次入院的危險性，這些將是醫院催促未準備好的病人出院時醫院需承擔的風險與成本，這也是社工者需為機構考慮與分析的狀況。為減輕因住院日縮短，造成時間的壓力與忠誠度的衝突，社工者如何早期篩選出需要協助的個案，及早介入，以便有較多的時間協助病人做出院準備服務，這也是醫院社會工作部門訂有高危險因子篩選工具的主要原因。

四、結語

社會工作者面對的倫理兩難問題常不能以簡單的答案就得到解決的，當然，難解決的問題也不一定就是倫理問題。一些難解決的問題透過更仔細的分析與探討、技術上或方法上的突破，可能就解決問題了。倫理兩難問題常需回到社會工作的基本價值信念與倫理原則，如何在其中找到合於正當性的做法，以解決倫理的兩難狀況。例如，當社工者的信守義務論（絕對觀）的倫理原則，面對倫理衝突時就依照信守的倫理去做；如果

社會工作者接受的是洛瓦士 (Rawls) 的公平原則，那麼就去評估誰是最弱勢者，工作者做其代表為之爭取福利；如果工作者信守的是功利主義，就以行為的結果與大多數人的最大的幸福與最少的痛苦為原則，但是以成本一效益的分析作為解決倫理兩難的依據時，就需特別謹慎，因為少數人的權利，可能在大多數人的前提下被犧牲。工作者要清楚所依據的倫理原則為何，以及這些原則可能有的限制為何。

倫理兩難的處理並不是簡單的事，但是卻是好的社會工作不可缺少的，社會工作者除了充實在專業的經驗智慧、實證研究的科學經驗外，更重要的是常省察在專業倫理上的選擇與判斷，以善盡專業工作者的職責。

(本文作者為台北市立陽明醫院社會服務室主任暨美國賓州大學社會福利研究所博士研究生)

參考資料：

中文部分

輔仁大學社會工作學系 社會工作倫理研討會大會手冊 民八十三年五月十九、二

十日

輔仁大學社會工作學系 社會工作倫理本土化

徐震、林萬億著 社會工作概論

曾華源 醫病關係與專業倫理 中華醫務社會工作實務 第一期 民七十八年 頁

一六—一三〇

莫藜藜 醫務社會工作 桂冠圖書公司 民

八十七年 頁一八七—二〇五

林宮美、曾聰明 綜談健保論病例計酬制度

擴大實施 北市衛生 第四十四期 民

八十八年 頁二十一—二十二

巫明哲 社會工作專業倫理教育之價值論

社區發展季刊 第六十一期 民八十二年 頁二四—二八

英文部分

Abramson, J. S. (1990). Enhancing Patient

Participation: Clinical Strategies

in the Discharge Planning Process. Social Work in Health Care. Vol. 1

4, no.4, pp.53-71.

Abramson, J. S. (1988). Participation of

- Elderly Patients in Discharge Cannon, I. M. (1913), *Social Work in and Social Work*, pp.253-261.
- Planning: Is Self-Determination a Reality? *Social Work*, September-October.
- Abramson, M. (1981), *Ethical Dilemmas for Social Workers in Discharge Planning, Health and Social Work*, Vol. 6, no. 4, pp.33-42.
- Beauchamp T., & Childress, J. F. (1979), *Principle of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Blumenfield, S. & Lowe, J. I (1987), *A Template for Analyzing Ethical Dilemmas in Discharge Planning. Health and Social Work / Winter*, pp. 47-56.
- Blumenfield, S. & Rosenberg, G. (1988), *Toward a Network of Social Health Services : Redefining Discharge Planning and Expanding the Social Work Domain. Social Work in Health Care*, 13(4), 31-48
- Hospitals. New York : Russel Sage Foundation.
- Caputi, M. (1982), *A Quality of Life Model for Social Work Practice in Health Care. Health and Social Work*, Vol. 7, no. 2, pp. 103-110.
- Clemens, E. L. (1991), *Decision-Making for Hospital Discharge Planning: A Study of one Urban Hospital. Doctoral Dissertation , University of Pennsylvania*, School of Social Work.
- Coulton, C. J., Dunkle, R., Chow, J., Huang, M. & Vielhaber, D. (1988), *Dimensions of Post-Hospital Care Decision Making: a Factor Analytic Study. The Gerontologist*, Vol. 28, pp.218-223.
- Coulton, C. J., Dunkle, R.E., Goode, R. A. & Machintosh, J., (1982), *Discharge Planning and Decision Making, Health and Social Work*, pp.253-261.
- Davidson, K. W. (1978), *Evolving Social Work Roles in Health Care: the case of discharge planning. Social Work in Health Care*. Vol. 4, PP.43-54.
- Dubler, N. N. (1988), *Improving The Discharge Planning Process : Distinguishing Between Coercion and Choice. The Gerontologist*, Vol.28.
- Rals, J. A. (1971), *Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Process.
- Reamer, F. G. (1990), *Ethical Dilemmas in Social Service*. New York : Columbia University Press.
- Shulman, L. & Tuzman, L., (1980), *Discharge Planning: A Social Work Perspective. QRB*, Vol. 6, no. 10, pp.3-8.
- Spicker, P. (1990), *Social Work and Self-Determination. British Journal of Social Work*, 20, pp.221-236.