



醫院管理局

# 醫院管理局 對維持末期病人生命 治療的指引

2002 年 4 月第一版

醫院管理局總辦事處醫療倫理工作小組

## 目 錄

摘要.....	第 i-iv 頁
1. 引言.....	第 1 頁
2. 對末期病人的治理 .....	第 3 頁
3. 對安樂死的立場 .....	第 4 頁
4. 不提供或撤去維持生命的治療.....	第 4 頁
5. 與成年病人有關的決定 .....	第 6 頁
6. 與未成年病人有關的決定 .....	第 9 頁
7. 溝通及意見不一致的處理 .....	第 11 頁
8. 人工營養及流體餵養.....	第 13 頁
9. 紀錄和檢討臨床決定.....	第 14 頁
10. 提供照顧及支持.....	第 14 頁
參考文獻 .....	第 15 頁
附錄：	
1. 香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則第 26 條 （對末期病人的治理）（2000 年 11 月修訂）.....	第 17 頁
2. 不應使用“被動安樂死”一詞的原因.....	第 18 頁
3. 英國醫學會 1999 年就不提供及撤去延長生命治療 的指引第 10 條（有關事先拒絕延長生命的治療）.....	第 19 頁
工作小組成員名單 .....	第 21 頁

(此指引的內容以英文本為準)

## 摘要

### 指引的目的：

香港醫務委員會的註冊醫生專業守則第 26 條載有“對末期病人的治理”，本文件就該條文而釐定倫理原則及溝通渠道，以便作出不提供或撤去維持生命治療的決定，並強調妥善尋求共識的重要性，以及建議一些取決方向以處理意見不一的情況。文件所述有關維持生命治療的原則和取決方向，亦適用於其他未符合「末期病人」定義的重病患者。

### 末期病人的定義：

末期病人指患有嚴重、持續惡化及不可逆疾病的病人。這些病人對針對病源的治療無反應，預期壽命短，僅得數日、數星期或幾個月的生命。

### 照顧末期病人的目的：

照顧末期病人，旨在提供恰當的紓緩治療，及給予病人家人支援。即使已不提供或撤去不適當的維持生命治療，仍應繼續提供照顧及支持。

### 對安樂死的立場：

註冊醫生專業守則對安樂死的定義是“直接並有意地使一個人死去，作為提供醫療護理的一部分。”醫管局謹再申明其反對安樂死的立場。這種做法有乖倫理及違法。

### 維持生命治療的定義：

“維持生命治療”是指所有能夠延遲病人死亡的治療。

### 何時適宜不提供或撤去維持生命的治療？

醫管局認為在以下情況不提供或撤去維持生命的治療，是合乎倫理和法律上可接受的：

- (a) 一名精神上有能力作出決定及妥為知情的病人拒絕接受維持生命治療，及  
／或
- (b) 該項治療已無效用。

### 無效用治療的決定：

1. 狹義來說，無效治療是指生理上無效用的治療。當臨床理據及經驗顯示一項維持生命的治療極不可能生效，這項治療即屬無效用。有關決定通常由醫護小組作出。

2. 對於大多數臨床情況審視治療是否無效用，實際是衡量治療對病人的負擔及好處；治療雖可延長生命，但要考慮該治療是否符合病人最佳利益的問題。由於評估對病人的負擔及好處時須考慮病人生活質素並涉及價值觀的問題，故此，就此廣義而言，作出決定的過程是醫護小組、病人及病人家人謀求共識的過程。

### **不提供和撤去（無效用治療）並無倫理上的分別：**

醫管局同意不提供及撤去治療兩者之間並無法律或倫理上必然的差別。為病人開始提供維持生命治療的醫生，應可於該治療無效用時，撤去該項治療。容許醫生這樣做，在療效不能肯定的情況下，醫生仍可開始提供治療，並可於證明病人明顯無得益時考慮撤去治療。對一些在接受維持生命治療初期療效並不肯定或顯著的病人而言，容許醫生這樣做事實上對病人更有保障。

### **與成年病人有關的決定**

除了治療根本屬生理上無效的情況，作出決定的程序基本上是醫護小組、病人及病人家人建立共識的過程。

1. 若成年病人精神上有能力作出決定而且已獲恰當的解釋，則其不接受或撤去維持生命治療的決定必須加以尊重。

2. 當病人一旦喪失作出決定的能力，病人事先作出拒絕接受維持生命治療的有效指示仍會受到尊重。

3. 精神上無能力作出決定的成年病人的監護人（並獲授權同意接受治療）在治療被視為符合病人的最佳利益下，在法律上有權同意接受治療，因此若治療被視為對病人無效，監護人亦理應有權不同意治療。醫護小組須向監護人提供準確資料，協助監護人作出決定及謀求共識。

4. 當病人精神上無能力作出決定，又無法定監護人及有效事先指示時，決定不提供或撤去維持生命治療，最終須是根據病人最佳利益而作出的醫學決定。但醫護小組須致力與病人家人謀求共識，除非病人家人的觀點明顯違反病人的最佳利益。

決定病人的最佳利益時須考慮的因素，包括治療的功效、病人會否遭到痛楚或困苦、病人會否出現不可逆喪失知覺、治療能否改善病人情況及改善程度、以及治療的入侵性。

此外，應盡可能確定病人事先表達的意願及價值觀。應將上述因素告知病人家人，徵求他們對病人可能認為是有利事項的意見，謀求共識。若可能的話，有關決定應循序進行。

有些時候，某項延長生命的治療被醫護小組視為必要及符合病人最佳利益，但病

人家人未必贊同。就法律而言，醫護小組可繼續進行必要及符合病人最佳利益的維持生命治療。但如非緊急，應盡可能透過溝通與病人家人謀求共識。

5. 在生理上治療明顯無效用的情況下，醫護小組沒有義務應病人或病人家人要求提供無效用治療。若然病人或病人家人對廣義解釋的無效用治療未能理解，則醫護小組有需要與病人及病人家人作進一步溝通，謀求共識。

當被要求繼續進行所有技術上可行的治療，而病人實際上並無復元希望時，醫生並無義務答允一些對有限資源的不公平的索求。

6. 當維持生命治療很有可能已經再無效用，但仍未能予以確定時，醫護小組可與病人及病人家人協議明確的治療目的及終結點後，考慮為病人試行有時限的維持生命治療。若在嘗試期結束後仍未能達到先前議定的治療目的，則可確立治療無效用，亦即可共同決定撤去維持生命的治療。

### **與未成年病人有關的決定：**

未成年病人參與決定的程度應與其成長程度相符，無論在作出決定的任何階段，他們的意見都應予以重視。

醫生、病人及知情的父母應共同作出決定，臨床因素由醫生主導，而在最佳利益上，則由父母主導。

應接納父母的決定，除非該決定在未成年病人最佳利益方面與醫護小組的理解有嚴重衝突。

### **溝通及意見不一致的處理：**

良好的溝通技巧及感同身受的態度，至為重要。

1. 若醫護小組與病人及病人家人意見分歧嚴重，一直未能透過溝通解決，可要求有關的醫院／聯網醫療倫理委員會協助，提供指引。

一名精神上無行為能力的成年病人若沒有法定監護人，在個別情況下，醫護小組可考慮向監護委員會申請委任監護人。

若未能解決分歧，可徵詢醫院行政總監／醫管局總辦事處的意見，研究是否申請由法庭解決。

2. 若然醫護小組成員間意見不一致，應徵求另一名醫生的意見。此外，亦可向醫院／聯網醫療倫理委員會尋求指引。若經深入討論後醫護小組仍有成員良知上(非醫療理由)認為不應不提供或撤去維持生命治療，則應盡可能准許該成員將照顧病人的工作移交其他同事。

### **人工營養及流體餵養：**

人工營養及流體餵養是治療方法的一種。人工營養及流體餵養有別於口腔餵食及給水，後者乃基本照顧的一部份，故不應不提供或撤去。不過，除了以下情況：

- (a) 病人垂危而死亡無可避免；或
- (b) 一名精神上有能力作出決定的病人已明確表達意願。

在決定不提供或撤去人工供給營養及水份前，應要遵守其他保障規範。

### **紀錄和檢討臨床決定**

在病人的醫療紀錄內，應詳細記載決定的理據。在適當情況，決定應於執行之前及之後加以檢討，以兼顧任何情況的改變。

必須記錄有關決定是不提供／撤去所有維持生命治療，抑或只是不提供／撤去某些維持生命治療。決定不提供／撤去某項維持生命治療不必表示亦不提供／撤去其他維持生命治療。

### **提供照顧及支持**

醫護人員應一直為病人控制症狀、給予關懷照顧及情緒支援。同時亦應向病人家人提供情緒支援。

參與不提供或撤去維持生命治療的醫護人員亦會受到情緒和心理壓力，故應為他們設立妥善的支援機制。

# 醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引

## 1. 引言

### 1.1 背景：

隨著醫療科技發展，維持生命治療的方法亦日益繁多，因此，我們有必要在生命末期的關懷照顧和積極醫療介入兩者之間求取平衡。維持生命的治療既以「維持生命」為目的，故此往往被視為理所當然的做法。但在考慮開始及繼續任何維持生命的治療時，必須同時評估治療為病人帶來的負擔和風險、其功效的局限性，以及對比之下的淨利益(net benefit)。有些時候，維持生命的治療對病人並無淨利益，而只會令病人承受治療帶來的痛苦和負擔。因此，我們必須思考，在甚麼情況和基於什麼理由，醫生不應開始，或不應繼續維持生命的治療。

決定應否不提供或撤去維持生命的治療是臨床醫學最困難的決定之一。這種決定不但涉及在認知上接納維持生命治療並無效用、更要在情感上明白病人已步向生命盡頭。對治療之利弊，人們可能意見不一，病人是否已屆生命盡頭，也可發生爭議。因此，不提供或撤去維持生命治療的決定，必須兼顧倫理、法律及醫療機構的標準。香港醫務委員會註冊醫生專業守則（2000年11月）有關「對末期病人的治理」（附錄1）為這個複雜的課題提供了一個概念架構。為了加深醫管局醫護人員對此課題的理解，以及協助他們作出決定，醫管局謹就此課題作出指引。

### 1.2 指引的目的：

- 肯定不提供及撤去維持生命治療，於適當的臨床情況下，是倫理及法律上可予接受的做法。
- 制定不提供及撤去維持生命治療的醫管局內部準則，從而保障病人福祉及醫護小組的專業工作。
- 釐定倫理原則及溝通渠道，以便作出不提供或撤去維持生命治療的決定。應尊重病人拒絕維持生命治療的自決權。醫護小組可不提供／撤去無效用治療。在大多數臨床情況下，決定治療是否無效用必須考慮生活質素的因素，而且須建基於由醫護小組、病人及病人家人一起尋求共識的過程（請參閱第 1.2 段尾的附註）。
- 建議一些取決方向，以便於醫護小組、病人及病人家人對是否不提供／撤去維持生命治療意見不一時，能夠作出決定。

雖然醫務委員會的註冊醫生專業守則第 26 條只言及對末期病人的治理，但本文件所述有關維持生命治療的倫理原則和取決方向，亦適用於其他未符合「末期病人」定義的重病患者。

*附註：就本指引而言，參與的「病人及病人家人」是指精神上有能力作出決定的病人及病人家人（不論病人的精神狀況如何），除非精神上有能力作出決定的病人拒絕其家人參與。「病人家人」包括精神上無能力作出決定的成年人的監護人，或未成年病人的監護人。*

### 1.3 倫理原則：

1.3.1 倫理原則指可就所作決定或行動提供合理分析及理論基礎的基本價值觀。由於它們僅是指導原則，故須充份考慮臨床情況及評估風險和利益，很多時候並需衡量對立的倫理原則。

1.3.2 作出臨床決定時，通常需要考慮的倫理原則有以下各項（Beauchamp T & Childress J，2001 年）：

- 有益(beneficence)：照顧病人及充分尊重病人福祉及利益（保存生命、紓解痛楚、減少傷殘）的責任。這方面的專業名詞及概念包括“病人的最佳利益”及“對病人的好處”。
- 無害(non-maleficence)：“不加傷害”。在本指引下，指避免使用醫學上無效的介入而延長病人的痛苦，以及充分考慮醫療介入的風險及傷害。
- 自決(autonomy)：尊重一名精神上有能力作出決定的人的權利，由他決定接受或拒絕臨床顯示需進行的醫療治理（包括維持生命的治療）。病人在作出選擇時應獲足夠資料，並須對其選擇負責。尊重病人自決有時亦包括尊重病人身體整全。舉例來說，雖則精神上無能力作出決定的人無法表達其意願及無法作出選擇，任何有關維持生命治療的決定必須顧及其身體整全。
- 公平(justice)：為病人提供治療時，應本乎公平合理的原則。一個常被考慮的相關原則就是“衡平”(equity)。任何人都不應因殘疾、年齡或社會地位等因素而遭受不公平的對待（歧視）；另一方面，沒有人可以妄顧對其他人的影響或資源短絀，而要求享有永無止境的權利（例如要求不顧一切地治理）。



應用上述原則時，也必須考慮本地文化。中國人對「一己」的觀念異於西方，而會兼顧與親人的關係（Ho DYF，1995 年）。中國人家庭較西方家庭亦扮演更重要的決策角色（Fan RP，1997 年）。本文件確認家人參與決定的重要性，雖則家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。

## 2. 對末期病人的治理

### 2.1 末期病人的定義：

末期病人指患有嚴重、持續惡化及不可逆疾病的病人。這些病人對針對病源的治療無反應，預期壽命短，僅得數日、數星期或幾個月生命（Calman KC，1978 年、McCusker J，1984 年）。

### 2.2 照顧末期病人的目的：

照顧末期病人，旨在提供恰當的紓緩治療，以改善病人的生活質素及給予病人家人支援。對末期病人而言，紓緩治療是對生命的尊重，但病人同時亦接受死亡將無可避免。紓緩治療不是要加快生命的結束，其目的是為病人消除痛楚及其他困苦病徵。醫生不應假定治療／藥物的不良副作用會縮短壽命，而不提供這些可有效紓緩垂死病人痛苦的治療／藥物（Royal College of Physicians，2001 年）。病人何時死亡，往往是取決於疾病的進程，而非所使用的藥物（Brody H，1997 年）。紓緩治療亦為病人提供心理及靈性上的幫助，並協助紓解病人家人在病人患病及逝世時的哀傷。即使已不提供或撤去不適當的維持生命治療，仍應繼續提供照顧及支持（WHO，1990 年）。

### 2.3 有尊嚴地逝世：

對末期病人而言，最重要的是讓他們有尊嚴地逝世。這包括：(1)保障病人的身體和心靈尊嚴；(2)消除痛楚及困苦；(3)尊重病人的選擇；及(4)珍惜生命的最後階段。

尊嚴是指一個人內在或習得的，對本身作為“人”的價值感覺。因此，“價值”的定義可能會因人而異，受個人的價值觀、人生經歷、以及文化、社會及宗教背景所影響。因此，前段所列的各點並非包攬無遺，必須由個別人士自己衡量。要讓末期病人有尊嚴地逝世，有賴病人、病人家人、醫護小組及社會的共同努力。

### 3. 對安樂死的立場

- 3.1 註冊醫生專業守則對安樂死的定義是“直接並有意地使一個人死去，作為提供醫療護理的一部分。”醫管局謹再申明其反對安樂死的立場。這種做法有乖倫理及違法。病人要求安樂死，往往是因為症狀不受控制，或備受社會、心理或靈性問題困擾，而尋求幫助。我們固然不會依從病人安樂死的要求，但必須妥善處理病人所面對的種種問題。這方面需要與病人及其家人仔細溝通。醫管局亦基於同樣理由而反對醫生協助病人自殺。

### 4. 不提供或撤去維持生命的治療

#### 4.1 維持生命治療的定義：

“維持生命治療”是指所有能夠延遲病人死亡的治療，包括心肺復甦術、人工呼吸、血液製品、起搏器、血管加壓藥、針對特別病況的專門治療（例如化療或透析）、對致命感染提供抗生素、以及人工營養及流體餵養（BMA 1999 年，第 3.2 條）。我們會在第 8 條特別探討人工營養及流體餵養的情況。

#### 4.2 何時適宜不提供或撤去維持生命的治療？

不提供或撤去維持生命治療是一項重大決定。若處理失當，可能違背倫理，而法律上亦難被接受。醫管局認為在以下情況不提供或撤去維持生命的治療，是合乎倫理和法律上可接受的：

- (a) 一名精神上有能力作出決定及妥為知情的病人拒絕接受維持生命治療。
- (b) 該項治療已無效。

對於精神上無能力作出決定的病人或兒童病人個案，病人的家人或監護人的角色要作特別考慮。詳見以下第 5 及第 6 條。

*不應使用「被動安樂死」一詞的原因請參看附錄 2。*

#### 4.3 無效用治療的界定：

4.3.1 狹義來說，無效用治療是指生理上無效的治療。當臨床理據及經

驗顯示一項維持生命的治療極不可能生效，這項治療即屬無效用（Schneiderman LJ，1990 年），例如為即使是輔以最大的血管加壓藥而仍不能逆轉的毒性休克病人進行心肺復甦，（American Medical Association，1992 年）。在生理上明顯無效的情況下，醫生沒有倫理上的責任去提供無效治療（American Thoracic Society，1991 年）。有關決定通常由醫護小組作出。

4.3.2 對於大多數臨床情況審視治療是否無效用，實際是衡量治療對病人的負擔及好處，治療雖可延長生命，但要考慮該治療是否符合病人最佳利益（BMA 1999 年，第 11.1(a)條）。就此廣義而言，由於評估對病人的負擔及好處時須考慮生活質素並涉及價值觀的問題，故此醫護小組、病人及病人家人的觀點也會影響無效治療的決定（Truog RD，1992 年）。醫療的目的，不應是不顧一切地維持生命，而不理會生活質素及治療對病人的負擔。（BMA 1999 年，第 1.2 條）。

4.3.3 於衡量對病人的負擔及好處時，作出決定的過程應該是醫護人員、病人及病人家人謀求共識的過程（Helft PR，2000 年；Nasraway SA，2001 年）。醫護小組應向病人及病人家人講述病人預後的實際評估，例如有關該急症的可逆性、疾病的嚴重性及預期的生活質素（Pochard F，2001 年）。在考慮過程當中，醫護小組必須顧及病人的價值觀及意願，和病人家人為病人利益而作的觀點，有時並需在限定時間內試行一些治療。此持平的考慮過程，是決定是否不提供或撤去無效治療的基礎（American Medical Association，1999 年）。

#### 4.4 停止和撤去（無效用治療）並無倫理上的分別：

4.4.1 醫管局同意英國和美國當局的意見，即不提供及撤去治療兩者之間並無法律或倫理上必然的差別（BMA 1999 年，第 6.1 條；ACCP/SCCM，1990 年）。繼續提供治療與開始提供治療的理據並無兩樣。當一項治療被視為無效用時，將之撤去的決定，與不提供該項治療的決定，都是基於相同的倫理原則。

4.4.2 為病人開始提供維持生命治療的醫生，應可於該治療無效用時，撤去該項治療。對一些在接受維持生命治療初期療效並不肯定或顯著的病人而言，容許醫生這樣做事實上對病人更有保障，否則醫生為了避免永無止境地對毫無起色的病人提供治療，可能索性選擇不提供該項治療。合理的做法是，在療效不能肯定的情況下，醫生仍可開始提供治療，並可於證明病人明顯無得益時考慮撤去治療。（BMA 1999 年，第 6.1 條）。

- 4.4.3 雖則不提供治療與撤去治療原則上並無倫理層次分別，但在實際生活中，撤去維持生命治療於感情或程序上對醫護小組、病人及病人家人來說，都較不提供維持生命治療更為困難（BMA 1999年，第 6.1 條；Luce JM，1997 年）。當醫護小組隨後發覺為病人提供的維持生命治療並無效益而需要撤去治療時，這個治療路向的改變可能會被病人及病人家人視作放棄病人。因此在開始提供治療前，有技巧地講解治療目的和終結點，並於提供治療後細心溝通，將有助日後於需要時撤去該項治療（Faber-Langendoen K，1994 年）。

## 5. 與成年病人有關的決定

除了在治療根本屬生理上無效，以致別無選擇外，作出決定的程序基本上是醫護小組、病人及病人家人建立共識的過程。

### 5.1 有能力作出決定的成年病人拒絕接受維持生命治療：

- 5.1.1 若成年病人精神上有能力作出決定而且已獲恰當的解釋，則其不接受或撤去維持生命治療的決定必須加以尊重。

#### 5.1.2 醫療小組的角色：

就此，醫療小組的職責有三：

- (a) 確保病人明白治療的風險及好處；

- (b) 恰當地評估病人精神上的行為能力。**要證明有拒絕接受治療的能力**，病人必須能夠（BMA 1995 年，第 66 頁；BMA 1999 年，第 13.2 條）：

- 透過淺白語言明白治療的作用及性質，以及建議治療的原因；
- 明白治療的主要好處、風險及其他替代方案；
- 大致明白不接受建議治療的後果；
- 記憶上述資料一段時間，從而作出有效決定；
- 於決定時使用上述資料互相衡量比較；
- 作出自由的選擇（即無壓力的選擇）

醫生必須信納病人作出決定的能力並沒有受到疾病或藥物影響，或受錯誤的假設或消息誤導，而病人的意志亦沒有被他人影響，然後該病人拒絕治療的決定方為有效。請注意：即使輕度精神病患者亦可能有能力作出決定，只要該患者符合上述的精神能力條件。

若病人拒絕一項大部分人都會選擇的方案，或其決定看來與他過去表達的態度相反，醫護人員有理由更深入地向病人提問，以確保病人沒有因抑鬱病或妄想狀況而無能力作出有效的拒絕決定（BMA 1995 年，第 68 頁）。評估病人決定能力的程序應予記錄。若對病人的精神能力有懷疑，應由精神科醫生診斷。

- (c) 若病人拒絕治療並不符合其利益，醫護小組應有同情心地作進一步解釋。

若醫護小組對病人是否有能力作出決定，或對以上(a)至(c)三項程序是否足夠方面未能達致共識，則應徵求第三者的意見。通常這第三者應是一位與病人臨床治理並無直接關係的資深醫生。

- 5.1.3 除非病人反對，否則讓病人家人參與討論及謀求達致共識，是良好的做法。不過，家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。

## 5.2 事先指示：

在很多醫學先進國家中，若病人喪失作出決定的能力，病人事先作出拒絕接受維持生命治療的有效指示仍會受到尊重。在英國、美國、澳洲、加拿大及新加坡等國家，都以普通法原則或專門立法來規定這個做法。由於香港尚無有關事先指示的成文法，故此醫管局將依循普通法行事。這方面可參照附錄 3 所載英國的做法。該附錄載有英國醫學會就決定不提供或撤去延長生命治療的有關指引條文。

## 5.3 精神上無能力作出決定的成年病人於有法定監護人時的決定：

在本指引內，“法定監護人”或“監護人”的定義是“根據《香港精神健康條例》（法例第 136 章）由香港監護委員會委任並獲授權同意接受治療的監護人。”若治療被視為符合病人的最佳利益，監護人在法律上有權同意接受治療，因此若治療被視為對病人無效，監護人亦理應有權不同意治療。醫護小組須向監護人提供準確資料，協助監護人作出決定及謀求共識。

5.4 當病人精神上無能力作出決定，但無法定監護人及有效事先指示時，決定不提供或撤去維持生命治療：

5.4.1 最終決定須是根據病人最佳利益而作出的醫學決定。但醫護小組須致力與病人家人謀求共識，除非病人家人的觀點明顯違反病人的最佳利益。

5.4.2 決定病人的最佳利益時，須考慮下述因素，以衡量對病人的負擔及好處（BMA 1999 年，第 18.1 條）：

- (a) 對建議治療的功効的臨床判斷；
- (b) 病人會否遭到嚴重難以治理的痛楚或困苦；
- (c) 病人會否出現不可逆喪失知覺（ATS，1991 年）；
- (d) 若提供治療，能否改善病人情況及改善程度；
- (e) 在當時環境下，治療的入侵性是否有理據支持；

此外，應盡可能確定病人事先表達的意願及價值觀。應切實將上述因素告知病人家人，向他們了解病人會認為是有利的事項，並協助達致共識。若可能的話，有關決定應循序進行，讓參與各方有時間討論、解釋及思索。

5.4.3 有些時候，某項延長生命的治療被醫護小組視為必要及符合病人最佳利益，但病人家人未必贊同。就法律而言，醫護小組可繼續進行必要及符合病人最佳利益的維持生命治療。但如非緊急，應盡可能透過溝通與病人家人達致共識。

5.4.4 當病人精神上無能力作出決定，並且沒有家人可提供有關病人價值觀及意願的資料，醫護小組在決定病人的最佳利益時，應要格外審慎，並應有兩名醫生參與討論，然後才決定不提供或撤去維持生命治療。如遇疑難，可徵詢醫院 / 聯網醫療倫理委員會的意見。

5.5 病人或病人家人要求提供無效用的治療：

5.5.1 在生理上治療明顯無效用的情況下，醫護小組沒有義務提供無效用治療，並應向病人及 / 或病人家人細心解釋。

5.5.2 在一些情況下，病人 / 家人會要求醫護人員提供一些並非生理上無效用的治療，但醫護小組認為治療不能對病人提供淨利益。這種情況會在以下時間出現：

- 當醫護小組未充分有效地向病人／家人講述對病人狀況的實際評估（Gilligan T & Raffin T，1997 年）；
- 當病人／家人無視維持生命治療缺乏效用，在此「效用」是指有意義的預期壽命及生活質素；
- 當病人／家人雖經醫護小組解釋後，繼續懷有不切實際的期望。

對於以上情況，有需要作進一步溝通以澄清錯誤的資料或不切實際的期望，令醫護小組、病人及病人家人可達致共識。若對治療是否無效仍未清楚，則可考慮試行有時限的治療（參看第 5.6 條）。

- 5.5.3 當被要求繼續進行所有技術上可行的治療，而病人實際上並無復元希望時，醫護人員在倫理上有責任把可動用的資源作最佳的運用。他們有時必須作出困難的決定。雖然這是一個範圍甚廣的問題，本文件難以充分加以討論，但很明顯醫生並無義務答允一些對有限資源的不公平的索求（BMA 1999 年，第 11.1(d)條）。

## 5.6 試行有時限的維持生命治療：

在一些臨床情況下，維持生命治療雖然很有可能已經再無效用，但未能完全確定，而病人及其家人仍未認為治療不具效用。在這種情況下，醫護小組應：

- 確保已向病人及病人家人說明疾病不可逆的可能性，而後者亦已明白。醫生應坦誠解釋治療很可能無效用及其潛在風險和傷害。
- 經與病人及病人家人協議明確的治療目的及終點後，考慮為病人試行有時限的維持生命治療。醫生為病人提供一項訂明時間的治療，通常為期若干日，以評估病人對治療的反應。若在嘗試期結束後仍未能達到先前議定的治療目的，則可確立治療無效用，亦即可共同決定撤去維持生命的治療（Singer PA，2001 年；Nasraway SA，2001 年）。

## 6. 與未成年病人有關的決定

（註 1：根據 1995 年醫管局醫務法律指引第 D1:2.1 條，未成年病人指 18 歲以下的病人。

註 2：未成年病人監護人的角色就如同是其父母）

### 6.1 倫理考慮：

6.1.1 對未成年和成年人應使用相同的基本倫理原則。未成年病人一如成年病人，考慮應否為他們提供或撤去治療的主要因素，包括病人的最佳利益，以及評估治療的好處及負擔（BMA 1999 年，第 14 條）。

6.1.2 病人的最佳利益是指就某項治療而言，病人可得的利益跟可遭的傷害、困擾及痛苦之間而作出的衡量（CPS, 1986 年）。決定最佳利益的準則包括有關未成年人士能否發展知覺、互動溝通及有意識的行為，以及會否遭到嚴重又無可避免的痛楚及困苦（BMA 1999 年，第 14 條）。

## 6.2 決定程序：

6.2.1 未成年病人參與決定的程度應與其成長程度相符（AAP, 1994 年）。醫護人員應鼓勵和協助他們瞭解所接受的治療及照顧。他們的意見和願望對評估最佳利益極為重要，無論在作出決定的任何階段，都應予以重視（BMA 1999 年，第 14 條）。

6.2.2 讓病人參與討論其醫護需要，有助促進病人、其父母及醫護人員之間的信任及關係。若某年幼病人拒絕接受治療，醫護人員應耐心和努力探討原因，並糾正任何對治療的誤解。醫生和父母對未成年病人就應否不提供或撤去維持生命治療的明確意願，應加以重視。未成年病人的年齡愈近 18 歲，其意願應更獲重視。

## 6.3 不提供及撤去維持生命治療：

不提供及撤去未成年病人的維持生命治療應遵照無效用醫療的原則（見第 4 條），包括狹義的生理上無效用或廣義的涉及生活質素的無效用治療。在以下情況，醫生可考慮不提供或撤去維持生命治療（RCPCH, 1997 年）：

- 持續植物人狀況。這種狀況的定義是病人在頭部創傷後 12 個月或其他腦部受損後 6 個月，對本身及周圍環境並無知覺、能自發性地呼吸、循環系統穩定、出現彷彿睡眠及清醒的閉眼及開眼循環期。病人須完全倚賴他人照顧，對外邊世界無反應溝通。
- “沒有機會”的情況。未成年病人的病情十分嚴重，而提供維持生命治療僅能延遲死亡，而不能明顯地紓緩痛苦，亦不能改善生活質素或潛能。醫生並無法律責任為他提供任何不符合病人最佳利益的治療。
- “毫無意義”的情況。雖然病人經治療後可能會生存，但其身體或



精神殘障的嚴重性，已達該名病人不能承受的地步。在這種情況下，該未成年病人將無法參與是否繼續或停止治療的決定。

- “無法忍受”的情況。未成年病人及／或其家人認為，鑑於疾病的持續惡化和不可逆，繼續治療是難以承受的。無論醫生對治療可達致的功效有任何意見，他們仍希望撤去某項治療，或拒絕繼續接受治療。

#### 6.4. 作出決定時，父母和醫護小組的角色：

- 6.4.1 對一名未成年人負有父母責任的人士，只要是基於該未成年人的最佳利益及有準確資料為依據，則在法律和倫理上都有權同意或拒絕進行治療。通常他們的決定應被接納，除非該決定在未成年人的最佳利益方面與醫護人員的理解有嚴重衝突（BMA 1999年，第 15.1 條）。
- 6.4.2 當醫生在臨床上未能肯定應否提供具體治療（因為未能肯定有關治療的好處是否足以抵銷負擔）時，應坦誠通知未成年病人的父母。醫生有責任向病人、病人父母或其他恰當的決定者提供各治療方案的充分資料，包括治療的風險、不適、副作用、好處、以及成功的機會（如果知悉）（AAP, 1994 年）。醫生、病人及知情的父母應共同作出決定，臨床因素由醫生主導，而在廣泛的最佳利益上，則由父母主導（BMA 1999 年，第 14 條）。

#### 6.5 實際考慮：

- 6.5.1 當未能肯定治療是否符合未成年病人的最佳利益時，可試行有時間的治療，隨後加以檢討。這可提供時間以評估治療成效及進一步審核臨床情況，以及與未成年病人的父母討論（BMA 1999 年，第 15.1 條）。
- 6.5.2 於決定不提供或撤去維持生命治療前，應盡量容許有足夠時間供有關人士討論、解釋及考慮。父母應在作出決定前與親友商量，而徵求其他臨床專家的意見及支援家庭的人士，例如宗教人士的意見，亦可能有幫助（BMA 1999 年，第 15.2 條）。如有需要，可轉介未成年病人及其父母接受臨床心理學家及社會工作者的評估、輔導及支持。

## 7. 溝通及意見不一致的處理

### 7.1 與病人及病人家人的溝通：（Faulkner A，1998 年；Lo B，1999 年）：

- 良好的溝通技巧及感同身受的態度，是與病人、病人家人及監護人溝通的要素。
- 決定過程往往因病人及病人家人情緒困擾而受影響。因此，於討論具體的臨床決定前，可先行瞭解病人及病人家人的關注、目標及價值觀。
- 醫護小組應體諒病人及病人家人可能有否認、憤怒、內咎、責備及憂傷等心理反應。當病人面對死亡掙扎時，積極聆聽和感同身受的態度本身已具治療價值。若了解病人及病人家人的社會、文化及宗教背景，將有助於溝通。
- 倘認為維持生命治療並不適合，必須讓病人及病人家人明白醫學上無效及紓緩性治療的意義。
- 必須讓病人及病人家人明白，醫護小組會一直為病人控制症狀、給予關懷照顧及情緒支援。

## 7.2 與病人及病人家人意見不一致：

- 7.2.1 當與病人及病人家人意見不一致時，應進一步溝通以糾正不正確的資料或不切實際的期望。這方面可尋求善於處理溝通問題的醫療人員協助。
- 7.2.2 若分歧嚴重，未能透過溝通解決，可要求有關醫院／聯網醫療倫理委員會協助，提供指引，委員會亦可從中調解。
- 7.2.3 一名精神上無行為能力的成年病人若沒有法定監護人，則醫護小組可考慮在以下情況向監護委員會申請委任監護人（Guardianship Board of Hong Kong，2000年）：
- 家庭成員之間就不提供／撤去無效治療意見相持不下。
  - 有證據顯示家人有不當的動機。

監護委員會可適當委任一名病人親人或其他人為監護人。

- 7.2.4 如未能解決分歧，可向醫院行政總監／醫管局總辦事處徵詢意見，以考慮應否申請由法庭解決。

## 7.3 醫護小組成員間意見不一致：

- 7.3.1 醫護小組的成員應力求共識。若未能取得共識，應徵求另一名沒有直接參與照顧病人的資深醫生的意見。

- 7.3.2 若醫護小組成員的意見嚴重分歧，可向醫院／聯網醫療倫理委員會尋求指引。
- 7.3.3 若經深入討論後醫護小組仍有成員良知上（非醫療理由）認為不應不提供停止或撤去維持生命治療，則應盡可能准許該成員將照顧病人的工作移交其他同事（BMA 1999 年，第 24.1 條）。

## 8. 人工營養及流體餵養

- 8.1 人工營養及流體餵養特指不經吞嚥過程而為病人提供營養及水份的技術。這包括使用鼻胃喉、經皮內鏡胃造口、靜脈或皮下滴注、以及腸胃外供給營養（BMA 1999 年，第 3.4 條）。人工營養及流體餵養有別於口腔餵食及給水，後者乃基本照顧的一部份，故不應不提供或撤去（BMA 1999 年，第 3.5 條）。
- 8.2 在一些司法轄區內，包括英國，人工營養及流體餵養在普通法中被列為治療方法的一種，在一些情況下可不提供或撤去（BMA 1999 年，第 3.4 條）。不過，很多人認為這些技術與其他維持生命治療有重要分別（BMA 1999 年，第 20.1 條）。因此，醫院管理局認為除了第 8.3 條所述的情況外，在決定不提供或撤去人工營養及流體餵養前，應要遵守其他保障規範，在一些情況下甚至包括司法覆核（參閱第 8.4 條）。
- 8.3 如病人垂危而死亡無可避免（BMA 1999 年，第 21.3 條），又或那是一名精神上有能力作出決定的病人明確表達的意願，則可一如其他維持生命治療的情況，不提供或撤去人工營養及流體餵養。
- 8.4 但如病人並非垂危而死亡並非無可避免，則於考慮不提供或撤去一名精神上無能力作出決定病人的人工營養及流體餵養時，若無有效用的事先指示，則需執行額外的保障程序（BMA 1999 年，第 22 條）：
- 8.4.1 即使那是病人家人提出／支持的要求，而醫護小組亦已達成共識，不提供或撤去人工營養及流體餵養的建議，亦需由一名對有關病況有豐富經驗、又非該醫護小組成員的資深醫生，進行正式的臨床覆核。
- 8.4.2 醫院或醫管局總辦事處可檢討所有此類不提供或撤去人工營養及流體餵養的個案，以確保有關人員已遵守適當的程序和指引。
- 8.4.3 若對決定有疑問，可徵詢醫院行政總監／醫管局總辦事處的意

見，以考慮應否申請由法庭解決。

8.4.4. 對於持續處於植物人狀態或類似狀態的病人，必須尋求原訟法庭聲明。

## 9. 紀錄和檢討臨床決定（BMA 1999 年，第 25 條）

- 9.1 在病人的醫療紀錄內，應詳細記載決定不提供或撤去維持生命治療的理據。
- 9.2 不提供或撤去維持生命治療的決定，在適當情況，應於執行之前及之後加以檢討，以兼顧任何情況的改變。
- 9.3 必須於紀錄寫明，有關決定是不提供／撤去所有維持生命治療，抑或只是不提供／撤去某些維持生命治療。決定不提供／撤去某項維持生命治療不必表示亦不提供／撤去其他維持生命治療。例如，「不要施行復甦術」只是說「不要施行心肺復甦術」，並非表示不要施行所有其他維持生命治療。

## 10. 提供照顧及支持

- 10.1 即使決定不提供或撤去維持生命治療，醫護人員仍應一直為病人控制症狀、給予關懷照顧及情緒支援。
- 10.2 在決定不提供或撤去治療後，病人的至親很多時除了感到哀傷外，並會感到內咎和焦慮。因此，在決定不提供或撤去維持生命治療之前或之後，都應給予病人家人支援（BMA 1999 年，第 26.1 條）。
- 10.3 必須明白，參與不提供或撤去維持生命治療的醫護人員亦會受到情緒和心理壓力，故應設立妥善機制，讓有關人員於作出決定之前、決定期間及決定之後，均可得到適切的支援（BMA 1999 年，第 26.2 條）。

## 參考文獻

- ACCP/SCCM Consensus Panel (1990). Ethical and Moral Guidelines for the Initiation, Continuation, and Withdrawal of Intensive Care. *Chest*, 97:949-58.
- American Academy of Pediatrics (1994). Guidelines on Forgoing Life-sustaining Medical Treatment: Policy Statement, RE 9406. *Pediatrics*, 93(3):532-536.
- American Medical Association (1992). Ethical Considerations in Resuscitation, *JAMA*, 268:2282-8.
- American Medical Association (1999). Medical Futility in End-of-life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*, 281:937-941.
- American Thoracic Society (1991). Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy. *Am Rev Respir Dis*, 144:726-31.
- Beauchamp TL & Childress JF (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5<sup>th</sup> ed). Oxford University Press.
- British Medical Association (1995). *Assessment of Mental Capacity: Guidance for Doctors and Lawyers*. London: BMA.
- British Medical Association (1999). *Whitholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision making*. London: BMJ Books.
- Brody H et al (1997). Withdrawing Intensive Life-sustaining Treatment – Recommendations for Compassionate Clinical Management. *New Engl J Med*, 336:652-7.
- Calman KC (1978). Physical Aspects. In: Saunders C (Ed), *The Management of Terminal Disease*. London: Arnold.
- Canadian Paediatrics Society (1986). Treatment Decisions for Infants and Children: Position Statement of the Bioethics Committee of CPS, ref no. B86-01. CPS.
- Faber-Langendoen K (1994). The Clinical Management of Dying Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Chest*, 106:880-8.
- Fan RP (1997). Self-determination vs Family-determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy. *Bioethics*, 11:309-322.
- Faulkner A (1998). ABC of Palliative Care: Communication with Patients, Families and Other Professiona. *BMJ*, 316:130-132.
- Gilligan T & Raffin T (1997). Physician Virtues and Communicating with Patients. *New Horizons*, 5:6-14.
- Guardianship Board of Hong Kong (2000, Nov 22). *Guardianship & the Law on the End of Life*. Guardianship Board of Hong Kong.
- Helft PR et al (2000). The Rise and Fall of the Futility Movement. *NEJM*, 343:293-296.
- Ho DYF (1995). Selfhood and Identity in Confucianism, Taoism, Buddhism, and Hinduism: Contrasts with the West. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25(2):115-138.
- Lo B (1999). Discussing Palliative Care with Patient: ACP End of Life Care Consensus Panel. *Annual of Int Med*, 130:744-9.

Luce JM (1997). Withholding and Withdrawal of Life Support: Ethical, Legal, and Clinical Aspects. *New Horizons*, 5:30-7.

McCusker J (1984). The Terminal Period of Cancer: Definition and Description Epidemiology. *Journal of Chronic Disease*, 37:377-85.

Nasraway SA (2001). Unilateral Withdrawal of Life-sustaining Therapy: Is it Time? Are We Ready? *Crit Care Med*, 29:215-217.

Pochard F et al (2001). French Intensivists Do Not Apply American Recommendations Regarding Decisions to Forego Life-sustaining Therapy. *Crit Care Med*, 29:1887-92.

Royal College of Paediatrics and Child Health (1997). *Withholding or Withdrawing Life Saving Treatment in Children: A Framework for Practice*. London: RCPCH.

Royal College of Physicians (2001). *Medical Treatment at the End of Life: A Position Paper*. *Clin Med JRCPL*, 1:115-7.

Schneiderman LJ et al (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Ann Intern Med*, 112:949-954.

Singer PA et al (2001). Hospital Policy on Appropriate Use of Life-sustaining Treatment. *Crit Care Med*, 29:187-191.

Truog RD et al (1992). The Problem with Futility. *NEJM*, 326:1560-4.

World Health Organization (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. WHO.

香港醫務委員會  
香港註冊醫生專業守則  
第 26 條（對末期病人的治理）  
（2000 年 11 月修訂）

- 26.1 當病人垂危時，醫生的責任是小心照顧病人，盡可能令病人在少受痛苦的情況下有尊嚴地去世。醫生要尊重病人對控制其症狀措施的自主權，包括身體、情緒、社會及精神等各方面的問題。
- 26.2 安樂死的定義是「直接並有意地使一個人死去，作為提供的醫療護理的一部分」。醫務委員會認為這是違法和不道德的做法，不予認可。
- 26.3 停止給垂死病人提供依靠機械的維持生命程序或撤去有關程序並非安樂死。認定給末期病人進行治療已屬無效之後，再考慮病人的根本利益、病人及病人家人的意願，停止或撤去勉強維持生命的治療，在法律上屬於可接受或適當的做法。
- 26.4 尊重末期病人的權利非常重要。如無法確定病人的意向，則應徵詢其親屬的意見。在可行情況下，決定停止或撤去維持生命程序應得到病人本人或其直系親屬的充分參與，向他們提供有關情況及醫生建議的詳盡資料。遇上意見分歧時，病人的自決權應凌駕於其親屬的意願之上。醫生的決定永遠以病人的最佳利益為依歸。
- 26.5 醫生應作出慎重的臨床判斷，如醫生與病人間或醫生與親屬間意見不一致時，應把有關事宜轉介到有關醫院的倫理事務委員會或有關當局徵詢意見。若仍有疑問，可按需要請法庭給予指示。
- 26.6 醫生可向醫院管理局、香港醫學會及香港醫學專科學院的相關學院索取更多有關參考資料。

### 不應使用“被動安樂死”一詞的原因

雖然“被動安樂死”一詞被一些人用以表示“不提供或撤去維持生命治療”，但在醫學先進國家的正式討論中，並無使用這個名詞。比較有名的例子包括：1983年調查美國醫學及生物醫學倫理問題及行為研究總統特任委員會公布的“決定中止維持生命治療”（治療決定的倫理、醫學及法律問題報告書），以及1994年英國上議院專責委員會英國醫學倫理報告書。各醫學先進國家的有關專業指引亦沒有使用這個詞。醫管局亦不贊成使用“被動安樂死”一詞，以免產生誤解：

- (a) 在恰當情況下決定“不提供或撤去維持生命治療”，在倫理和法律上是可以接納的。這跟醫務委員會守則定義為“直接並有意地使一個人死去，作為提供的醫療護理的一部分”的“安樂死”在倫理上和法律上都截然不同。後者被一些人稱為“主動安樂死”，除了荷蘭外，在全球都屬違法。使用“被動安樂死”一詞去形容恰當地不提供或撤去維持生命治療，可能令人誤以為這項決定在倫理上和法律上與“主動安樂死”相同。
- (b) “不提供或撤去維持生命治療”包括很多不同的情況，由停止為末期惡性腫瘤病人進行心肺復甦術，以至停止為一名持續在植物人狀態的病人提供人工供給營養都屬本詞涵蓋範圍。但前者並無爭議性，而後者卻極具爭議性。如果使用“被動安樂死”一詞，人們可能會把所有“不提供或撤去維持生命治療”的情況，都當作是一如後者般極具爭議性的情況。
- (c) “被動安樂死”一詞可能含有“有意殺害”的意思。我們支持不提供或撤去僅能延長死亡過程的無效用治療，但我們並不支持有意的殺害。

因此，避免使用令人誤解的“被動安樂死”，而改用較中性的“不提供或撤去維持生命治療”，會有助這個課題的公開討論。同時，在個別情況下如有需要與病人及病人家人討論，使用後者亦會達致更積極的後果。



**英國醫學會 1999 年就  
不提供及撤去延長生命治療的指引  
第 10 條（有關事先拒絕延長生命的治療）**

**10.1 當病人已失去作出決定的能力，但事先已作出有效指示，拒絕接受維持生命治療，則必須尊重這項指示。**

病人越來越對本身的健康採取主動的態度，對希望或不希望得到的治療亦抱有明確的意見。很多人恐怕一旦無能力作出決定時，醫護人員會繼續無止境為他們提供延長生命的治療，而該項治療已無法把痊癒機會、壽命或生活質素，帶至病人滿意的程度。有些人會選擇以事先聲明的形式表達意見。他們在有能力決定時作出聲明，而該項聲明只在病人失去決定能力時，才告“生效”。事先聲明可在不同情況下作出，但其中一類常見的事先聲明，即事先指示，特別是指事先拒絕治療，包括延長生命的治療。通常事先指示會是一份正式書面文件，但有效力的事先指示並不一定需要以書面形式作出。很多時候病人會和醫生或其他醫療人員討論他的意願，而討論內容可能會記錄於病人的紀錄內。若討論足以清楚反映病人的意願，而病人亦有意以之作為事先指示，則討論紀錄與書面的事先指示具相同地位。

若病人考慮作出事先指示，應明白當中的利弊。若病人選擇作出事先指示，而又符合有效條件（見第 10.2 條），則其決定應受尊重。在一些事先指示內，病人會指定一名人士，讓醫護人員在作出治療決定前向他諮詢。雖然該人的意見並無法律效力，對醫護小組亦無約束力，但病人與該人以往的討論，對理解病人的指示提供有用的資料。若不肯定或未能一致同意病人的指示是否適用於已出現的情況，或自指示擬訂後出現了新的療法，該人的意見特別有用。

人工營養及流體餵養也會是事先指示拒絕的一種治療。當出現一如病人所預見的情況，則不應給予人工營養及流體餵養，以免違反病人事先明確作出的拒絕。但英國醫學會認為病人事先拒絕基本照顧的指示，包括提供口腔進食及給水，以及紓緩痛楚治療，不應對醫護人員有約束力。

- 10.2 要作出有效的事先拒絕治療指示，病人必須在作出指示時有能力作出決定、不受任何壓力，並已獲提供足夠的準確資料以作出知情決定。病人亦必須能預見隨後出現的處境及引用其事先指示的情況。

可作事先拒絕治療的有效行為能力水平，與於當其時作出決定的水平相若。到底該項拒絕治療指示是否與大部分其他人士的意見相反、或該病人是否對其生命的其他方面缺乏洞察力，並無關係。例如，法庭確認一名布羅德穆爾（Broadmoor）的精神病人有權拒絕接受切除壞疽下肢手術，雖然他對其他事情的觀點明顯錯誤。

為了令指示有效，該指示必須已預見當其時的情況。醫護人員必須從專業角度評估該拒絕指示是否適用於當前情況。在評估時，他們應諮詢病人於其事先指示中所指定的人士。若該拒絕指示不適用於當其時的情況，則在法律上並無約束力，但仍可提供病人以往意願和價值觀的寶貴資料，有助參考及作出決定。

面對一名已作出事先指示的無行為能力成年病人，若時間許可，應作進一步查詢，以確立該文件的有效性及澄清病人的意願，例如與病人親友談話及連絡病人的普通科醫生。如果並無明顯跡象顯示病人有事先指示，則不應為尋找文件而延遲治療。若有充分理由懷疑事先拒絕治療指示的有效性，應以拯救生命為假設，向病人提供緊急治療。若其後證明事先指示存在或指示有效性，屆時便可撤去治療。

- 10.3 有效的事先拒絕治療指示與當其時作出的拒絕指示有同等法律效力。醫生如在有效的拒絕下仍然提供治療，則可能會被起訴。

雖然目前並無有關事先指示的法律規定，但一些法律案例已明確建立了它們的法律地位。醫護人員如明知病人事先已作出有效的拒絕而仍然提供治療，有可能被控以侵害人身或襲擊罪。由於病人的親友可能會誤以為有權推翻事先指示，故此依照有效事先指示行事的醫護人員應向病人親友解釋原因。

- 10.4 欲取得更詳盡的事先拒絕資料，請參閱英國醫學會的專業守則：***對醫學治療的事先聲明***。

工作小組成員：

1. 醫管局總辦事處專業及公共事務總監高永文醫生 (聯合主席)
2. 九龍東醫院聯網總監／基督教聯合醫院醫院行政總監謝俊仁醫生 (聯合主席)
3. 醫管局總辦事處醫務規劃發展副總監張大成醫生 (前任主席)
4. 靈實醫院胸肺及紓緩治療科部門主管陳健生醫生
5. 香港中文大學內科學系及藥物治療學系胡令芳教授
6. 瑪麗醫院深切治療部主任陳真光醫生
7. 九龍醫院康復科部門主管區結成醫生
8. 伊利沙伯醫院內科顧問醫生李俊生醫生
9. 東區尤德夫人那打素醫院臨床腫瘤科高級醫生楊美雲醫生
10. 聖母醫院外科部部門主管歐耀佳醫生
11. 廣華醫院兒科顧問醫生阮嘉毅醫生
12. 雅麗氏何妙齡那打素醫院麻醉科顧問醫生曾煥彬醫生
13. 香港大學法律系副教授廖雅慈博士
14. 香港大學精神醫學系助理教授王穎珊醫生
15. 香港浸會大學宗教及哲學系主任及副教授羅秉祥博士
16. 醫管局總辦事處高級行政經理(特別事務)劉浩醫生
17. 醫管局總辦事處經理(整體行政支援)潘梁儉蓮女士 (前任秘書)
18. 醫管局總辦事處經理(特別事務)區蘊儀女士 (秘書)