

Að taka ákvörðun um líknarmeðferð

Björn Einarsson

öldrunarlæknir og
heimspekingur

beinarss@landspitali.is



Í grein Örnur Guðmundsdóttur í *Lækna-bláinu* á þessu ári, „Hvernig deyja lækna?“, þar sem hún leggur út af grein Kens Murray, „How Doctors Die“, kom fram að lækna velja sjálfum sér öðruvísi dauðdaga en sjúklingum sínum. Þeir bjóða sjúklingum sínum upp á læknisfræðilega meðferð sem þeir hafna fyrir sjálfa sig. Þeir vita að sú meðferð sem til boða stendur er vonlítill eða jafnvel gagnslauss og hefur þar að auki í för með sér þjáningar og framlengingu á dauðastríðinu. Á fundi Siðmenntar um líknardauða í febrúar síðastliðinn var boðað að á haustdögum yrði hafin umræða um lögleiðingu líknardráps. Í þeirri umræðu þurfa lækna að vera vel að sér um muninn á líknarmeðferð og líknardrápi. Því er ástæða til að skoða hvernig tekin er ákvörðun um læknisfræðilega meðferð, þar með talið líknarmeðferð, og á hverju krafan um líknardráp byggist.

Læknisfræðileg meðferð

Að taka ákvörðun um læknisfræðilega meðferð er samvinnuverkefni læknis og sjúklings. Faglegt mat læknisins á því hvaða meðferð er í boði er grundvöllur ákvörðunarinnar. Faglegt forræði lækna felur í sér að lækna beri ábyrgð á allri læknisfræðilegri meðferð, hvort sem er endurlífing, gjörgæslumeðferð, skurðaðgerð, lyfjameðferð eða líknarmeðferð. Lækni er skylt að veita sjúklingum sínum bestu hugsanlega meðferð (verknaðarskylda). Grundvöllur ákvörðunarinnar er klínískt mat á því hvaða meðferð er við hæfi fyrir sjúklinginn, þegar tekið er tillit til gagnsemi hennar, hverjar eru hugsanlegar aukaverkanir og hverjar eru horfurnar með og án meðferðar. Lækni er engan veginn skylt að veita það sem hann telur gagnslausa eða vonlausa með-

ferð og á ekki að bjóða sjúklingnum hana sem valkost. Hún bætir ekki ástand hans, eykur ekki batahorfur eða dregur úr þjáningum hans, endurhæfir hann ekki, né eykur lífsgæði hans. Auk þess er hún óþarfa kostnaður fyrir samfélagið og lengir aðeins dauðastríðið. Sé meðferð gagnslauss er það lækniinn sem tekur ákvörðun um líknarmeðferð á faglegum forsendum. Hann hefur faglega skyldu til að hlífa sjúklingnum við meðferð sem er líklegri til að gera meira ógagn en gagn (aðhaldsskylda). Sé meðferð óviss, vonlítill en þó ekki vonlaus, er hægt að láta á hana reyna, en hætta henni reynist hún gagnslauss. Mörgum læknum þykir erfitt að hefja vonlitlega meðferð því það sé svo erfitt að hætta henni. Frá sjónarhóli síðfræðinnar er þessu þveröfugt farið, því það er enginn munur á því að hefja meðferð og hætta henni, hvort tveggja er ákvörðun um læknisfræðilega meðferð. Sjálfraði sjúklingsins er mikilvægast í ákvörðuninni. Það er grundvallarréttur hans sem persónu, enda ber hann sjálfur ábyrgð á lífi sínu og heilsu. Sjúklingur á rétt á sem bestri læknisfræðilegri meðferð (gæðaréttur), en hann á einnig rétt á að hafna hvaða meðferð sem honum stendur til boða eða hluta hennar (griðaréttur). Lífslengjandi læknisfræðileg meðferð er ekki endilega sú sem sjúklingurinn vill þiggja. Vilji sjúklingsins er mikilvægastur í ákvörðuninni því enginn getur sagt öðrum hvað gefur lífi hans merkingu eða tilgang, hvað gerir líf hans þess virði að lifa því. Í samvinnu læknis og sjúklings er gerð áætlun um hvaða meðferð er við hæfi út frá gagnsemi, aukaverkunum og horfum og hugmyndum sjúklings um eigið líf. Raunhæft getur verið að veita hluta meðferðar þar sem til dæmis er veitt lífslengjandi meðferð að öðru leyti en að reyna endurlífingun í langt gengnum sjúkdómum. Þær samræður taka aldrei enda, taka verður sér góðan tíma í hvert samtal og nýjar spurningar krefjast nýrra samræðna. Þær verða að vera upplýsandi, hreinskilnar og heiðarlegar til að byggja upp gagnkvæmt traust. Þær verða að vera með því tungutaki sem sjúklingurinn skilur og meðtekur. Sjúklingurinn getur einnig valið að láta lækni sinn bera

meginþunga af ákvörðuninni fyrir sig. Lækniinn verður þá að gera heilðrænt mat þar sem hann vegur faglegt mat á móti umhyggju fyrir velferð sjúklingsins, að meta hvað honum er fyrir bestu og hvað gefur honum bestu lífsgæðin.

Vitrænt skertir sjúklingar og aðstandendur

Það ræðst af faglegu mati læknis hvenær sjúklingur er orðinn það vitrænt skertur að hann er ófær um að taka þátt í ákvörðuninni um meðferð. Við það færast meginþungi ábyrgðarinnar á ákvörðuninni yfir á lækniinn. Það er einnig fagleg ákvörðun læknisins að veita líknarmeðferð sé meðferðin gagnslauss. Ekki er boðið upp á meðferð sem gerir meira ógagn en gagnsemi hennar getur orðið, meðferð sem framlengir vanlíðan, þjáningar eða dauðastríðið. Sé lífslengjandi meðferð möguleg eða óviss, leitar lækniinn eftir því hvort þekktur sé fyrri vilji sjúklingsins til að takmarka meðferð, meðan hann hafði vitræna skynsemi. Sé vilji sjúklingsins til að takmarka lífslengjandi meðferð ekki þekktur, liggja ekki fyrir formleg „lífskrá“, verður lækniinn að reyna að ráða í fyrri vilja hans. Það er gert í góðri sátt við aðstandendur. Lækniinn verður þó að meta trúverðugleika frásagna aðstandenda, að ekki liggja fjárhagsleg eða annarleg sjónarmið bak við þær. Liggja fyrir fyrri vilji sjúklings til að takmarka meðferð þegar hann verði orðinn vitrænt skertur eða meðvitundarlaus, skal virða þann vilja. Sé fyrri vilji sjúklings ekki þekktur, gerir lækniinn, eins og áður, heilðrænt mat þar sem hann vegur faglegt mat á móti umhyggju fyrir velferð sjúklingsins. Í samráði við aðstandendur metur lækniinn velferð sjúklingsins, hvað honum sé fyrir bestu, að hve miklu leyti hann njóti lífsins í samneyti við aðstandendur sína og umhverfi sitt. Alltaf verður að hafa velferð sjúklingsins að leiðarljósi. Á þeim forsendum setur lækniinn meðferðartakmarkanir, að hve miklu leyti er veitt lífslengjandi meðferð eða líknarmeðferð. Samræðum við aðstandendur lýkur aldrei og krefjast þolinmæði og skilnings læknisins. Aðstandendur þarf að vernda og ekki á að leggja á

þá óraunhæfa ábyrgð. Þeir eru syrgjendur, það er fyrst og fremst þolendur. Óskir þeirra um óraunhæfa meðferð sem lækni telur gagnslausa eða samrýmast ekki velferð sjúklingsins markast oft af tilfinningum og umhyggju fyrir sjúklingnum og vanmætti þeirra að geta ekkert gert fyrir hann. Þá þarf að upplýsa um forsendur ákvörðunar læknisins, bæði faglegar og hvað samrýmist best velferð sjúklingsins. Það þarf að gera með tungutaki sem þeir skilja. Það þarf að koma þeim í skilning um að þeir beri enga ábyrgð á henni né taki yfir ábyrgð sjúklingsins. Oftast er þeim það léttir. Það er ótækt að láta aðstandendur standa í þeirri trú að þeir beri ábyrgð á dauða ástvinar síns. Við höfum dæmi um að aðstandendur burðist með samviskubiti í áratugi ef ekki ævilangt. Að spyrja aðstandendur um samþykki þeirra fyrir því að ástvinur þeirra fari á líknarmeðferð er því ófaglegt. Séu aðstandendur ósáttir við mat og ákvörðun læknisins er sjálfsagt að fá álit annars læknis og er sá réttur víða bundinn í lög. Þá skal kalla til annan lækni með sambærilega fræðilega þekkingu eða yfirlækni. Einnig er hægt að leita til siðanefndar viðkomandi sjúkrahúss eða Embættis landlæknis. Siðanefndir geta gefið álit, en aldrei tekið yfir meðferð sjúklingsins.

Fullnægjandi líknarmeðferð

Útskýra þarf fyrir sjúklingnum og aðstandendum hvað líknarmeðferð felur í sér. Líknarmeðferð er markviss læknisfræðileg meðferð með þau markmið að líkna, að lina þjáningar sjúklingsins og auka lífsgæði meðan hann er að deyja úr sjúkdómi sínum, þegar lífslengjandi meðferð er gagnslaus, sjúkdómurinn ólæknandi og líknin er eina meðferðin sem hægt er að veita. Grundvöllur þess að veitt sé góð og fullnægjandi líknarmeðferð er að gera sér grein fyrir því að ásetningurinn með meðferðinni er aldrei að stytta líf sjúklingsins heldur að lina þjáningar hans. Ákvörðun um læknisfræðilega meðferð hefur alltaf að einhverju leyti ófyrirsjáanlegar afleiðingar. Því verður að líta til þess hver ásetningurinn var með ákvörðuninni, að hverju var stefnt. Ásetningurinn er megininntak lögmálsins um tvennar afleiðingar. Það var sett fram af Thomasi frá Aquino (1225-1274), sem var heimspekingur kaþólsku kirkjunnar, og staðfest af Píusi

páfa XII árið 1958. „Við sérstakar aðstæður er réttmætt að framkvæma verknað sem hefur, auk þeirra góðu afleiðinga sem stefnt er að, í för með sér aðrar afleiðingar sem aldrei er réttlætanlegt að stefna beinlínis að af ráðnum hug.“ Samkvæmt lögmálinu um tvennar afleiðingar skiptir ásetningurinn öllu máli og er alltaf hægt að veita góða og fullnægjandi líknarmeðferð. Verki er alltaf hægt að meðhöndla með því að gefa stærri skammta af morfíni, þó svo maður sé meðvitaður um að morfín er öndunardempandi í stórum skömmtum. Það skiptir ekki lengur máli þó líf sjúklingsins styttest, því það er ekki ásetningurinn. Sé ekki hægt að lina þjáningar sjúklingsins er það á sama hátt réttlætanlegt að svæfa sjúklinginn líknarsvefni (*palliative sedation*) meðan hann er að deyja úr sjúkdómi sínum.

Líknardráp er óþarfa valkostur

Líknardráp (*euthanasia*) er sá verknaður að binda enda á líf af ásetningi, að beiðni sjúklings, þar sem hann er að deyja úr

banvænum sjúkdómi, í líknandi skyni vegna óbærilegra ómeðhöndlanlegra þjáninga. Það samrýmist ekki inntaki læknisstarfsins, að lækna eða líkna, að lækni taki að sér að stytta líf sjúklings af ásetningi. Samkvæmt lögmálinu um tvennar afleiðingar er alltaf hægt að veita góða og fullnægjandi líknarmeðferð. Frá sjónarhóli læknisins er líknardráp því óþarfur valkostur. Krafa í þjóðfélaginu um að lögleiða líknardráp byggir á því að við lækna höfum ekki veitt nægilega góða og fullnægjandi líknarmeðferð meðan sjúklingurinn er að deyja úr sjúkdómi sínum. Það stendur því upp á okkur lækna að veita fullnægjandi líknarmeðferð.

Heimildir

Guðmundsdóttir A. Hvernig deyrja lækna? Læknablaðið 2015; 101: 43.
Murray K. How doctors die. J Miss State Med Assoc 2013; 54: 67-9.
Árnason V. Siðfræði lífs og dauða, 2. útg. Háskóli Íslands, Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan, Reykjavík 2003.



General Practitioners to the southeastern Sweden

Kalmar County Council are looking for specialists in general medicine. We offer you a good work environment and understand the value of balance in life between work and leisure.

Interested? Please contact Rebecca Denckert, e-mail rebecca.denckert@ltkalmars.se • ltkalmars.se

