

Siðfræðitilfelli og hugleiðingar

Siðfræði í blaðinu

Siðfræðipistlar hafa birst í Lækna- blaðinu síðastliðin fjögur ár. Stefán Hjörleifsson og Ástríður Stefáns- dóttir hafa stýrt pistlunum frá upphafi og skrifað hugleiðingar um tilfelli af siðfræðilegum toga, í fyrstu í samvinnu við Bryndísi Benediktsdóttur sem sat í rit- stjórn blaðsins árin 2006-2011, en nú hefur Sigurbergur Kárason tekið við sem tengiliður Stefáns og Ástríðar við ritstjórn.

Þeir sem hafa hugmyndir og til- felli til að útfæra, eða þanka og vangaveltur um siðfræðileg efni til að birta hér í blaðinu snúi sér til Stefáns,

stefan.hjorleifsson@isf.uib.no

Tilfelli

Eldri kona situr á rúmi og gjóar augunum annað veifið að dyrum sjúkrastofunnar. „Sig- ríður Pétursdóttir, ert það þú?“ spyr læk'nirinn brosandí. Hann kynnir sig sem svæfingalækni og nær sér í stól. Sjúklingurinn spyr hvort hann muni sjá um svæfinguna eða aðgerðina en læk'nirinn neitar hvoru tveggja. Læk'nirinn spyr vinsamlega stuttra spurninga um sjúkra- sögu og fyllir út svæfingablað. Sjúklingurinn svarar samviskusamlega. Hún segist hafa verið í öngum sínum yfir því að dóttir hennar hafi þurft að annast hana vegna þess að ekki var tekið mark á verkjunum í fótleggnum. Læk'nirinn lítur niður og segir „já, ég skil“. Sími konunnar hringir og hann bíður eftir því að hún ljúki símtalinu.

Konan verður áhyggjufull þegar læk'nirinn fer að útskýra fyrir henni mænudeygingu. Hún spyr endurtekið út í lyfjagjöf og hvort ekki sé hægt að framkvæma aðgerðina í svæfingu. Vinsamlega en ákveðið útskýrir hann í flýti kosti mænudeyfingar og býður henni að fá einnig róandi lyf. Sjúklingurinn segist eiga þínulitlar bláar sykurtöflur heima sem hafi

engin áhrif á sig og þau hlæja bæði hjartan- lega. Að lokum spyr læk'nirinn hvort hún hafi einhverjar spurningar. Konan verður alvarleg og segist hafa áhyggjur af mörgu. Læk'nirinn: „Já, en varðandi deyfinguna, meinti ég.“ Sjúklingurinn: „Nú, en ekki skurðaðgerðina?“ Læk'nirinn: „Nei. Bara um deyfinguna.“

Gamla konan virðist kvíðin, spyr um verki og hvort hún verði vakandi í aðgerðinni. Læk'nirinn fullvissar hana vinsamlega í fáum orðum um að allt verði í góðu lagi. Hann er orðinn óþolinmóður, lítur í pappírana og segir „allt í góðu?“ Hún hikar: „Í góðu ...? Ég er kvíðin, alveg hræðilega kvíðin.“ Hann lofar að hún fái róandi lyf í aðgerðinni og endurtekur: „Allt í góðu?“ Hún segist ekkert vita hvort hún geti treyst skurðlæk'ninum og finnst að svæfingalæk'nirinn eigi að vera við- staddur. „Já, ég ætti kannski að vera það en ég er því miður að sinna öðru á morgun,“ segir hann hlæjandi og stendur upp. Hann kveður með handabandi, óskar henni góðs gengis og fer. Gamla konan lítur út um gluggann og andvarpar.

Hugleiðingar

Rún Halldórsdóttir

svæfingalæk'nir

Hér er lýst heimsókn svæfingalæk'nis til sjúklings vegna fyrirhugaðrar aðgerðar daginn eftir. Því verður ekki alltaf við komið að sami læk'nirinn sjái svo um svæfinguna eða deyfinguna þegar til að- gerðar kemur þótt það væri æskilegt, bæði frá sjónarhóli læk'nis og sjúklings. Í erli dagsins þarf oft að afgreiða þessar heim- sóknir á sem stystum tíma, oft mörg viðtöl í lok dags eða inn á milli annarra starfa.

Gamla konan situr ein í sjúkrastofunni án fylgdar ættingja eða vinar. Ekki kemur fram hvaða aðgerð hún er að fara í. Hvorki sjúklingurinn né læk'nirinn nefnir það. Mögulega sneiða þau bæði hjá því vegna alvarleika aðgerðarinnar. Hægt er að geta sér til um að framkvæma eigi aflimun

vegna blóðrásarþurrðar eða dreps því konan segir frá því að hún hafi verið upp á dóttur sína komin vegna mikilla verkja í fótleggnum og hún er óánægð með að ekki hafi verið tekið mark á henni fyrr.

Með stuttaralegu svári má segja að svæfingalæk'nirinn gefi til kynna að honum komi þetta ekki við. Hann útskýrir kosti deyfingarinnar umfram svæfingu en aldrei virðist inni í myndinni að sjúkling- urinn hafi sjálfur rétt til að velja svæfingu umfram deyfingu. Sú rökræða virðist ekki fara fram milli læk'nisins og sjúklingsins og á hún rétt á sér? Líklegt er að hverjum sýnist sitt, en vissulega er oft hægt að gefa sjúklingi möguleika á að taka þátt í ákvörðunum varðandi eigin læk'nismeð- ferð. Þá verður að tryggja sjúklingum góða fræðslu. Oft afla sjúklingar sér upplýsinga

sjálfir, sérstaklega eftir tilkomu netsins, og það verða læk'nar að setta sig við og virða.

Margir, sérstaklega yngra fólk, ótt- ast svæfingu, sérstaklega að vakna upp í miðri aðgerð eða að vakna aldrei aftur, að fá verki eða að svæfingin hafi slæmar afleiðingar.¹ Mín reynsla er sú að sjúklingar segjast oft ekki hafa áhyggjur af aðgerðinni sjálfri en óttast hins vegar svæfinguna eða deyfinguna. Með því að spyrja sjúklinginn hreint út hvað hann óttist gefst tækifæri til upplýsingar og fræðslu og jafnvel að leiðrétta ranghug- myndir um svæfingar og deyfingar til dæmis. Slíkar samræður skapa traust milli læk'nis og sjúklings.

Þegar læk'nirinn gefur gömlu konunni kost á að spyrja segist hún hafa áhyggjur af mörgu. Í stað þess að leyfa henni að létta á hjarta sínu með því að spyrja af

hverju hún hafi áhyggjur, vill lækningin einungis ræða tæknilegu hliðina sem snýr að hans sérgrein. Þannig kemur hann sér hjá að ræða tilfinningar sjúklings, áhyggjur og mögulega erfiðari spurningar varðandi veikindin og batahorfur. Vissulega er svæfingalækningin einungis einn margra lækna sem koma að meðferð sjúklingsins í tilfelli sem þessu. Á hinn bóginn er ekki endilega rétt af honum að vísa öllu frá sér nema því sem snertir beinlínis hans sérgrein.

Gamla konan segist í lok viðtalsins vera mjög kvíðin og óörugg. Hún biður aftur um svæfingu og reynir að ná til læknisins með því að óska eftir því að hann verði viðstaddur. Hann fullyrðir að allt verði í lagi og skilur við hana án þess hún að hafi komið því að sem henni liggur á hjarta. Andvarp hennar í lokin gefur líklega til kynna að hennar sálarangist sé sú sama og fyrir viðtalið. Líklegt er að hún hafi orðið fyrir djúpstæðum vonbrigðum með svæfingalækningu.

Þetta tilfelli er úr norskri rannsókn sem gerð var á 500 rúma kennslusjúkrahúsi til þess að skoða hvernig læknafræðilega og sem meðbræður. Skoðað var með 101 myndbandsupptöku hvernig sjúkrahúslæknar hegðuðu sér í vitjunum sínum til sjúklinga. Rannsóknin sýndi að læknunum var umhugað um heilsufar sjúklinga sinna og vildu að læknisfræðileg þekking þeirra kæmi að sem mestu gagni. Jafnframt voru lækarnir kurteisir og vingjarnlegir. Engu að síður leiddu þeir

áhyggjur sjúklinganna og persónuleg vandamál vísitandi hjá sér.²

Þessi niðurstaða er umhugsunarverð. Spurningar vakna um hvort framkoma lækna í starfi sé á einhvern hátt „lærð“. Temja lækna sér „yfirborðslega læknaframkomu“ í læknanámi eða í upphafi ferils með því að taka kennara sína, eldri lækna, sér til fyrirmyndar? Er þetta aðferð til að kikna ekki undan byrðum læknisstarfsins? Ráð til að taka ekki raunir sjúklinga sinna of mikið inn á sig? Sjálf man ég vel eftir vonbrigðum mínum sem læknanemi vegna vandræðagangs reyndra lækna sem þurftu að færa sjúklingum sínum slæm tíðindi, en dáðist að öðrum sem gátu komið orðum að hlutum á réttan hátt og svarað sjúklingum sínum sínum í einlægni.

Líklega er ekki öllum jafn eðlislægt að eiga góð samskipti við aðra. Auk upplags einstaklings, geta meðal annars uppeldi, menntun, reynsla í lífi og starfi skipt máli. Siðfræðikennsla í læknanámi, jafnvel meiri áhersla á sögu læknisfræðinnar og listir í tengslum við læknisfræði geta aukið vegmennskunnar í læknisstarfinu. Einnig þurfa lækna að stuðla að siðfræðilegri umræðu innan stéttarinnar, innan heilbrigðisstofnana og úti í samfélaginu. Þetta er þegar gert á marga vegu með námskeiðum og fræðslufundum. Hér á Norðurlöndum hafa læknafélögin öll eigin siðfræðiráð sem taka til umfjöllunar mál-efni bæði að eigin frumkvæði og einnig að beiðni utanaðkomandi aðila, til dæmis við lagasetningar um heilbrigðismál. Hver og

einn getur svo lagt sitt af mörkum til að stuðla að góðum starfsanda á vinnustað, sýnt tillitssemi og samstarfsvilja.

Takmark læknanáms má aldrei verða að útskrifa ópersónulega vísindamenn sem umgangast sjúklinga á vélrænan hátt. Fyrir því eru ýmsar ástæður. Nefna má að samkvæmt rannsóknum minnkar það kvíða og verkjavandamál og styttr sjúkrahúslegu ef sjúklingar fá góðar upplýsingar og fræðslu fyrir aðgerðir. Vitað er að sjúklingar leggja síður fram kærur vegna læknamistaka ef þeim finnst þeir vera í góðu sambandi við lækning sinn og eru ánægðir með framkomu hans.^{3,4} Einnig er vitað að einlægni og samviskusemi eru meðal þess sem sjúklingar taka tillit til þegar þeir gefa læknum einkunn.⁵ Starfsánægja lækna hlýtur líka að miklu leyti að byggjast á góðum samskiptum við sjúklinga sína, þótt allir kannist við að auðvelt sé að falla í þá gryfju að afgreiða sjúklinga eins og hluti á færifandi í erli dagsins.

Heimildir

1. Shevde K, Pangopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
2. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Förde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics* 2011; 37: 650-4.
3. Klafka JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthetic. *Anesth Analg* 1996; 83: 1314-21.
4. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002; 183: 630-41.
5. Duberstein P, Meldrum S, Fiscella K, Shields CG, Epstein RM. Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Educ Couns* 2007; 65: 270-4.

Þankar eftir lestur siðfræðipistils

Sigurbergur Kárasón

Ég vil þakka Rún Halldórsdóttur fyrir góðan pistil. Í tilefni af honum hefur ritstjórn blaðsins rætt hlutverk siðfræðipistla í blaðinu og er sammála um að megingilgangur þeirra sé að vekja hjá lesendum spurningar og hugrenningar um ýmis álitamál fremur en að veita endanleg svör. Við höfum velt því fyrir okkur hvort fá ætti lesendur til að skrifa um hugleiðingar sem lestur pistlanna vekur. Undirrituðum

rann blóðið til skyldunnar sem svæfingalækni – ekki síst þar sem hann kannaðist við sjálfan sig í hlutverki ópersónulega svæfingalæknisins sem ræðir við sjúkling fyrir aðgerð.

Í hugleiðingum Rúnar kemur fram að æskilegt sé að lækna gefi sér tíma með sjúklingum, geri þá að þátttakendum í ákvörðunum um meðferð og myndi við þá persónuleg tengsl. Hún bendir á að nám þeirra ætti að stuðla að þessu. Öll getum við tekið undir þetta.

Í umhverfi þar sem jafnan skortir fé og oft tíma, aðstöðu og mannskap verður þó að einhverju leyti að forgangsraða markmiðunum sem á að ná í stuttu viðtali við sjúkling. Viðtalið mótast ávallt af alvarleika, umfangi og bráðleika sjúkdómsins sem um ræðir, áhættu svæfingarinnar og aðgerðarinnar og hlutverki þess sem tekur viðtalið. Ef tíminn er knappur þarf að skýra tilgang viðtalsins fyrir sjúklingnum svo að væntingar hans séu í réttu samræmi við það. Óraunhæft er

að ætla hægt sé að leysa öll vandamál og svara hvers kyns spurningum í stuttu viðtali. Ef vel tekst til má þó ná býsna langt. Að auki sinna fleiri starfsstéttir en læknar upplýsingagjöf til sjúklinga fyrir aðgerð, meðal annars hjúkrunarfræðingar og sjúkraþjálfarar. Svæfingalæknir sem aðeins sinnir einum sértækum þætti í meðferð sjúklingsins hefur ekki endilega innsýn inn í alla meðferðarþætti eftir aðgerð.

Í öllum viðtölum svæfingalækna er forgangsráði að fá upplýsingar til að tryggja öryggi sjúklingsins þannig að undirbúningur sé sem bestur fyrir fyrirhugaða svæfingu og aðgerð. Þannig er reynt að draga úr líkum á fylgikvillum. Gefnar eru upplýsingar um hvað sé í vændum svo sjúklingurinn viti við hverju megi búast hvað varðar svæfinguna og líðan strax eftir aðgerð. Þannig er reynt að draga úr kvíða og svara spurningum sem brenna á sjúklingnum. Ef hann hefur sérstakar óskir er reynt að verða við þeim en forsendur sjúklinga til að velja milli meðferða eru oftast takmarkaðar og þeir háðir ráðleggingum læknis.

Í tilfellinu sem Rún lýsti útskýrði svæfingalæknirinn hvorki tilgang viðtalsins né vinnutilhögun deildarinnar þannig að sjúklingurinn hafði hugsanlega ekki réttar væntingar. Þegar sjúklingurinn óskar eftir svæfingu svarar læknirinn því til að deyfing sé besta aðferðin. Hann hefði jafnframt átt að upplýsa sjúklinginn um

að hægt sé að gefa slævandi lyf í dreypi meðan á aðgerð stendur og þá viti sjúklingurinn lítið af sér. Læknirinn fullyrðir að „allt verði í lagi“. Slíkt ber að forðast en útskýra heldur að öllum aðgerðum fylgi einhver áhætta. Viðtalinu sé einmitt ætlað að undirbúa aðgerðina sem best og reyna að koma í veg fyrir að eitthvað óvænt komi upp á. Oftast tek ég líka fram að á deildinni starfi úrvalsfólk sem ég treysti vel. Það muni sinna sjúklingnum af kostgæfni og vaka yfir honum allan tímann. Stöðugt verði fylgst með lífsmörkum og því hægt að bregðast hratt við ef með þarf. Yfirleitt forðast svæfingalæknar að ræða náði um sjálfa aðgerðina eða útkomu hennar enda gæti það stangast á við upplýsingar skurðlæknisins. Verði svæfingalæknir var við að sjúklingur sé ekki nægilega vel upplýstur um aðgerðina og hugsanlegar afleiðingar hennar ber honum að vekja athygli skurðlæknis á því.

Til að bæta þjónustu við sjúklinga sem gangast undir valaðgerðir hafa sums staðar verið settar upp innritunarstöðvar. Þangað mæta sjúklingar eftir að dagsetning aðgerðar hefur verið ákveðin, fara í viðtöl og gangast undir skoðanir og rannsóknir sem nauðsynlegar eru til undirbúnings. Slíkt skipulag stuðlar að betri upplýsingasöfnun og upplýsingagjöf og sparar tíma fyrir sjúklinginn. Hann er þá undirbúinn fyrir aðgerðina en þarf ekki að leggjast inn fyrir en að morgni aðgerðar-

dags. Á innritunarstöðinni eru gjarnan veittar itarlegar upplýsingar á skömmum tíma. Erfitt getur verið að meðtaka allt og skilja. Til að bæta úr því eru sjúklingum þá stundum afhentir bæklingar, þeim vísað á vefsíður og kynningar myndbönd eða upplýsingagjöfinni fylgt eftir með símtali.

Við bráðaaðgerðir hefur einn þeirra svæfingalækna sem er á vaktinni oft það hlutverk að ræða við og undirbúa slíka sjúklinga fyrir aðgerð. Þannig er betur tryggt að því sé vel sinnt og um leið dregið úr fjölda hlutverka sem hver og einn svæfingalæknir hefur á sinni könnu.

Með því að skipta með sér verkum næst sérhæfing, betra verkskipulag og hagkvæmni. Sjúklingar þurfa þá sjaldnar að bíða lengi eftir lækni sem hefur í of mörg horn að líta. Helsti ókosturinn er að óvíst er að svæfingalæknirinn sem hittir sjúkling fyrir aðgerð muni sjá um að svæfa hann. Á móti kemur að sá sem svæfir hefur betra næði til að sinna því verkefni.

Til að tryggja sem best öryggi sjúklinga og nýtingu skurðstofa er rekstur þeirra því óhjákvæmilega með vélrænt yfirbragð. Að minnsta kosti getur upplifunin af vandlega skipulagðri starfsemi orðið sú, þótt okkur sem þar störfum finnst það ekki. Markmiðið er að sem flestir sjúklingar komist í aðgerðir og í gegnum þær áfallalaust. Það er bæði hagkvæmast fyrir sjúklinginn og þjóðfélagið en ekki síður mikilvægt fyrir alla þá sem eru á biðlista eftir aðgerðum. Til að tryggja öryggi sjúklinga eru meðal annars notaðir gátlistar, líkt og gert er í flugi fyrir flugtak og landingu. Þetta getur virst ópersónulegt. Starfsfólki á skurðstofu er þó öllu umhugað um mannlegu hliðina á starfsemi og kappkostar að sinna henni af kostgæfni.

Eins og ég lýsi hér að ofan ráða kringumstæður því oft að læknar geta virst ópersónulegir í samskiptum sínum við sjúkling. Hið sama getur átt við um sérhæfingu sem þó er nauðsynleg til að geta veitt sjúklingum betri og öruggari þjónustu. Mikilvægt er að læknar séu meðvitaðir um þetta og hugi að viðmóti sínu í samskiptum við sjúklinga. Nám lækna hefur löngum snúist um fræðilega þekkingu og tæknilega færni en nú er ekki síður lögð áhersla á góð samskipti og hæfni til samvinnu til að tryggja hag sjúklinga.



Umeå universitet satsar på kreativa miljöer för studier och arbete. Hos oss finns attraktiva utbildningar, världsledande forskning och utmärkta innovations- och samverkansmöjligheter. Fler än 4 000 medarbetare och 36 000 studenter har redan valt Umeå universitet. Välkommen med din ansökan!

Biträdande universitetslektor

vid medicinska fakulteten i kombination med specialiseringstjänstgöring (ST) för läkare eller tandläkare inom valfri specialitet

Läs mer: www.jobb.umu.se