

Siðfræðidálgur

Tilfelli

Hér er fjallað um þrítuga erlenda konu sem á tvö heilbrigð börn. Hún hafði fætt þau eðlilega um leggöng. Hún var þunguð við komu til Íslands og gengin 20 vikur. Í samtali greindi hún frá því að við fæðingu yngra barns síns hefði hún skaðast svo illa á grindarbotni að hún hefði þurft að gangast undir aðgerð á eftir. Læknir sá er framkvæmdi þá aðgerð tjáði henni að hún mætti ekki fæða aftur um leggöng, heldur yrði að fara í keisaraskurð ef hún gengi með barn í þriðja sinn. Hún sagðist þó ekki hafa nein einkenni frá grindarbotni og gat ekki greint frá því í hverju aðgerðin hafði falist en taldi sig hafa fengið góðan bata af henni. Ekki var hægt að nálgast aðgerðarlýsingu þar sem aðgerðin var gerð í fjarlægum landi. Nú óskar hún eftir keisaraskurði.

Við skoðun var grindarbotn eðlilegur og ekki sjáanleg nein ör á spöng. Í samtali við lækni voru ræddir kostir og gallar við bæði keisaraskurð og fæðingu. Jafnframt var henni sagt að ekki væru

greinanleg nein einkenni eða merki hjá henni sem mæltu með því að hún fari í keisaraskurð og læknisfræðilega myndi fæðing um leggöng vera mun öruggari fyrir hana og barnið. Hún og maður hennar sættu sig ekki við þau rök og fóru eindregið fram á að gerður yrði keisaraskurður. Þeim var þá ráðlagt að leita álits annars fæðingarlæknis þar sem ekki væri hægt að mæla með því með læknisfræðilegum rökum að hún færi í keisaraskurð. Í viðtali við annan fæðingarlækni greindi konan frá því að í kjölfar síðustu fæðingar hefði hún þurft að þola mikinn sársauka við kynlíf og átt í miklum erfiðleikum vegna þessa og hefði það leitt til hjónaskilnaðar. Hún er nú í sambúð með öðrum manni og styður hann eindregið ósk hennar um keisaraskurð.

Ákveðið var að virða þá eindregnu ósk konunnar og eiginmanns hennar að barnið skyldi tekið með keisaraskurði. Heilsast bæði móður og barni vel.



Ástríður Stefánsdóttir



Þóra Steingrimsdóttir

Ástríður er lækni og heimspekingur, dósent í siðfræði við HÍ. Þóra er fæðingalækni á Landspítala og í mæðraværndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Hugleiðingar

Keisaraskurðum hefur fjölgað mjög hratt víðast hvar í vestrænum heimi á undanförunum áratugum. Á Íslandi var hún 3% allra fæðinga árið 1970¹ en 17-18% árið 1995.² Síðan þá hefur tíðnin staðið í stað en því geta aðeins fáar sambærilegar þjóðir státað af, hjá flestum hefur tíðnin haldið áfram að hækka og virðist ekki staðnæmast enn.

Víst er að keisaraskurður er oft gagnlegur móður og barni og jafnvel lífbjörg þeirra en ekki er hann án áhættu frekar en aðrar skurðaðgerðir. Hann hefur, miðað við fæðingu um leggöng, í för með sér aukna hættu á alvarlegum blæðingum, sýkingum, djúpum bláæðasega, skaða á þvagblöðru og görn og fleiri alvarlegum fylgikvillum, auk þess sem örið í leginu skipar konunni í áhættuhóp í næstu meðgöngum og fæðingum. Dauði móðurinnar er margfalt algengari í kjölfar keisara, þótt sjaldgæfur sé í báðum tilvikum.³ Hvað barnið varðar er aukin hættu á valkeisara (e. *elective caesarean section*) á votum lungum með öndunarörðugleikum (e. *respiratory distress syndrome*), sem og hættu á skurðáverka. Vegna þessarar áhættu fyrir móður og barn er ljóst mikilvægi

þess að hafa rétta ábendingu fyrir hverjum keisara og að hann sé ekki gerður að óþörfu – það væri siðferðilega rangt.

Líta má á þetta dæmi frá að minnsta kosti þremur sjónarhólum. Við fyrstu skoðun virðist vandinn vera sá að skoðanir lækni og móður um hvað best sé að gera fara ekki saman. Sjaldnast er vænlegt að neita einfaldlega að gera aðgerðina og senda konuna á guð og gaddinn. Líklegt er að hún finni sér þá annan lækni, sem lætur til leiðast, en að öðrum kosti kann hún að sitja uppi með þá tilfinningu að heilbrigðisstarfsmenn hafi brugðist sér og mun það að líkindum kynda undir kvíða hennar og áhyggjum vegna fæðingarinnar sem framundan er. Í dæminu hér að ofan virðist hafa verið litið á málin frá þessum sjónarhóli og ákveðið að láta undan óskum konunnar og leggja hinar læknisfræðilegu ábendingar til hliðar þar sem í því fælist þrátt fyrir allt farsælasta leiðin fyrir alla aðila.

En málið má einnig líta á frá öðrum sjónarhóli. Skoðum nánar hvað er „að óþörfu“? Hvenær verður hræðsla móður við að upplifa sársauka og

að missa stjórn á sjálfri sér og aðstæðum sínum ásamt ótta hennar við að barnið hljóti skaða af fæðingunni nægileg ástæða til að gera keisara með þeirri heilsufarslegu hættu sem fylgir? Hugsanlega er þetta nægjanleg ábending fyrir aðgerð.

Ef lækurinn ákveður að framkvæma aðgerð vegna þessarar ábendingar og á að geta staðið heill upp úr þeirri stöðu verður hann þó að finna jafnvægið milli þess að virða tilfinningalegar ástæður konunnar en hvika þó hvergi frá fagmennsku sinni eða fæðingarfræðilegri sannfæringu. Í því felst meðal annars að hin tilfinningalega ábending verður að vera uppi á borðinu og viðurkennd en ekki falin í fölskum líkamlegum ábendingum.

Í þriðja lagi mætti skoða tilfellið hér að ofan í ljósi samskiptanna á milli læknisins og konunnar. Lækurinn ber þar ábyrgð á því að komið sé á gagnkvæmri virðingu og trausti. Sú spurning leitar einnig á hugann hvort mögulegt hefði verið að fyrirbyggja þá stöðu sem upp kom. Það vekur eftirtekt að konan er ekki íslensk. Í tilfelli þar sem sjúklingur hefur annað móðurmál en lækurinn er einmitt rík ástæða til að veita samskiptum læknis og sjúklings sérstaka athygli. Oft er ekki talin þörf á túlki þar sem lækur og sjúklingur geta ræðst við á sama tungumáli sem gæti verið enska eða móðurmál læknisins sem í þessu tilfelli væri íslenska. Þótt samtalið gangi að því er virðist eðlilega fyrir sig er engu að síður hætt á að lækurinn hafi meira vald á því tungumáli sem notað er og verði stöðu sinnar vegna leiðandi í samskiptunum. Slík staða þaggar niður í sjúklingnum. Áhyggjur, erfiðleikar og einkenni birtast þá annaðhvort á

óhefðbundinn máta eða ekki. Ástæðan getur verið sú að sjúklinginn skortir orðaforða til að lýsa flóknum tilfinningum og aðstæðum og getur því ekki tjáð það með eðlilegum hætti. Einnig getur verið að hann skilji ekki fullkomlega merkingu þess sem sagt er þó hann skilji öll hin töluðu orð. Skilningi og innsæi læknisins í vanda sjúklings er þá ábótavant og ráðleggingar læknisins komast ekki til skila.

Í ofangreindu dæmi er mögulegt að rót þess siðferðisvanda sem glímt er við liggi að einhverju leyti í samskiptaerfiðleikum. Slíkan vanda getur verið erfitt að greina og erfitt að forðast. Fyrsta skrefið í þá átt er þó að vera ævinlega opinn fyrir vandanum og meðvitaður um mikilvægi góðra samskipta í starfi. Besta vörnin er alltaf að hlusta vel og gefa samtalinu góðan tíma. Ef aðstæður eru erfiðar getur verið til bóta að fá aðstoð annarra inn í samtalið og þá gjarnan aðila sem eru til þess fallnir að styrkja stöðu sjúklingsins í samtalinu. Dæmi um slíkt gæti verið túlkur eða aðstandandi. Mikilvægt er þó að halda þessum hlutverkum aðskildum, það er að aðstandandi sé ekki í hlutverki túlks og öfugt. Ef vel tekst til og góður skilningur og traust myndast á milli læknisins og sjúklingsins má oft hindra að erfið siðferðileg álitamál komi upp eins og það sem hér er til umræðu.

Heimildir

1. Hallgrímsson JÞ. Keisaraskurður. Þrettánda hvert barn fæðist á þann hátt. Fréttabréf um heilbrigðismál 1980; 28: 5-7.
2. Fæðingaskráning landlæknisembættisins.
3. Stjernholm Y. Fler kejsarsnitt utan medicinsk grund - trots riskerna. Läkartidningen 2007; 104: 942-5.