

사전 의사결정의 필요성

허 대 석

서울대학교병원 암센터

2005년초 미국의 Schiavo라는 환자의 feeding tube제거를 결정한 법원 판결과정의 논란에서 ‘사전의사결정’의 중요성이 부각되고 있다. Schiavo가 갑자기 의식을 상실하여, 당사자가 연명치료에 대하여 어떤 가치관을 가지고 있는지를 파악하기가 어려운 상황 때문에 문제는 출발하고 있다. 남편은 Schiavo가 무의미한 연명치료는 원하지 않았다는 점을 입증할 근거들을 제시했고, 친정가족들은 Schiavo가 끝까지 연명치료를 원했다는 주장을 하는 과정에서 논란이 야기되었다. 법원은 남편이 제시한 근거의 타당성을 인정하여, feeding tube 제거를 결정하게 된다.

이 같은 사건에서 환자의 ‘사전 의사결정’이 문서로 남아 있었다면, 문제는 훨씬 간단히 정리될 수 있었을 것이다.

의료 환경의 변화

폐렴환자에게 항생제는 필수적이다. 항생제를 사용하지 않을 경우 치명적(회생 불가능)이지만, 항생제를 적절히 사용할 경우 환자를 회생시킬 수 있다. 물론, 항생제의 부작용으로 손해를 보는 경우도 있으나, 이는 지극히 드문 현상이다. 달리 표현하면, 항생제의 사용으로 환자에게 끼치는 영향은 99.999% 이상의 이득과 0.001%에도 미치지 못하는 손해 불 가능성을 비교하여 결정하게 되는 절대적인 의료행위이다. 따라서, 이 같은 상황에서 의사의 결정과 행동은 ‘절대적’이고, 책임을 지닌다. 이 같은 의학적 결정은 흑백논리로 판단이 가능하며, ‘회생가능’, ‘회생불가능’으로 이원화시킬 수 있다.

지금 진료 현장에서 이루어지고 있는 의학적 결정은 그렇지 못하다. 인위적으로 인체의 기능을 조절할 수 있는 연명장치가 급속히 발달하면서, 회생가능성의 예측이 대단히 어려워졌다. 회생가능성이 있는가? 없는가? 둘 중 하나의 답을 법이나 사회는 요구하고 있지만,

실제 진료현장에서는 회생가능성의 판단이 100%와 0%로 명확히 구분되는 경우는 거의 없으며 대부분 일정 확률로 가능성을 예측해 볼 수 있을 뿐이다.

한편, ‘연명가능성’ 여부는 ‘회생가능성’과 정확하게 일치하지 않는 경우도 많다. 따라서, ‘연명치료’ 중단 논의에서 ‘연명가능성’에 대한 별도의 검토가 필요하다. 한 예로, 말기 암 환자의 경우, 회생가능성도 없고 연명가능성도 짧다. 이같이 단순한 상황임에도 불구하고, 연명장치에 대해서는 아직도 다양한 생각이나 가치관을 가지고 있다.

서울대학교병원에서 2001년 조사한 결과는 표 1과 같다. 94명의 환자에서 의료진과 보호자 사이에 말기 암 환자에서 호흡곤란이 있을 때 인공호흡기 적용에 대해 39%에서만 의견의 일치를 보였다. 대부분의 의료진은 무의미하다고 보고 있으나, 많은 보호자들은 여전히 인공호흡기의 적용을 원하고 있다(표 1).

이 같은 결정들은 환자자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이 필요하다. 의사가 결정하고 환자가 동의하면 시행하던 ‘절대적인 의료’의 시대에서 ‘환자의 생명에 대한 가치관’을 고려해야 하는 ‘가치중심의 의료’의 시대로 paradigm이 바뀌고 있다.

병행 진실 통보와 관련된 문제점

의료기술의 발전은 의학적 결정이 기술중심적 결정보

표 1. 말기 암 환자에서 호흡곤란이 있을 때 인공호흡기 적용에 대한 찬반.

		가 족		총계
		찬성	반대	
담당의사	찬성	12	5	17
	반대	52	25	77
총 계		64	30	94

*concordance between physician and family: 37/94 (39.4%)

표 2. 암 환자 및 보호자의 병에 대한 인식 정도.

	가족	환자 본인
암 진단	97/97 (100%)	87/101 (86%)
병의 진행 정도	67/97 (69%)	36/97 (37%)
진행기	23/41 (56%)	21/41 (51%)
말기	44/56 (78%)	15/56 (26%)

다는 가치중심적 판단을 요구하고 있다. 가치중심적 결정이 이루어지려면, 환자 본인의 가치관이 반영되어야 한다. 환자 본인의 가치관이 반영되기 위해서는 본인이 자신의 병에 대해 정확히 알아야 한다. 이는 윤리의 기본 원칙인 '자율성존중'의 원칙에 관한 문제이다. 환자를 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다.

그런데, 우리나라에서는 환자 본인에게 병황 진실을 정확히 알리는 것을 꺼리고 있다. 대부분의 보호자들은 병의 상태를 정확히 환자에게 알리면, 환자들이 실망하여 투병의지가 꺾여서 좋지 않다고 우려한다는 것이다.

2001년 서울대학교 병원 조사에 의하면(표 2), 대부분(86%)의 암 환자들이 암 질환을 가지고 있다는 점은 인지하고 있다. 그런데, 문제점은 병이 어느 정도 진행되었는지 정확히 모르고 있다는 점이다. 환자들의 병의 상황이 악화될수록 제대로 파악하고 있지 못하였다.

병명을 통고하고 예후에 대해서 환자와 이야기하는 일은 쉬운 일은 아니다. 이를 위해서는 환자와의 대화에 많은 경험이 필요하다. 특히, 적극적인 항암치료를 받았던 의사들이 환자들에게 임종이 임박했음을 알리는 일은 쉽지 않다. 이 같은 대화를 일부 의사들은 '자신의 실패(professional failure)'로 잘못 인식하고 능동적으로 이 문제를 이야기하기를 꺼리는 경향도 있다.

특히, 보호자가 환자에게 병의 상태나 예후에 대해 이야기하지 말아 달라고 주장할 때는 환자 본인과 대화하기가 더욱 어렵다. 이런 경우에는 환자의 보호자에게 그렇게 요구하는 동기가 무엇인지를 알아 보고, 이 요구의 부적절성을 보호자에게 설득하는 것이 필요하다. 불치병을 본인에게 통보하는 것이 제도적으로 정착되기 위해서는 병황 진실 통보 문화의 정착이 전제되어야 한다. 이같은 문제를 법적으로만 해결할 수 있다는 생각은 잘못이다.

사전의사결정(advance directives)

무의미하다는 말의 정의를 쉽게 내릴 수 있는 것일

까? 이 판단은 대단히 주관적인 부분이 많아서, 누구나 쉽게 받아들일 수 있는 객관적인 기준을 설정하기가 쉽지 않다. 무의미한 연명치료의 판단의 기준은 '가치관(values)'의 차이에 따라 현저히 달라질 수 있기 때문이다. 따라서, 연명치료에 대한 당사자의 의견을 문서로 남겨 두는 것이 필요하다.

사전의사결정(advance directives)은 우리나라에서는 '사전지시서', '사전의료지시' 등으로 번역되고 있다. 대한의학회의 의료윤리지침에서는 '판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것, 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 지시할 수 있다'고 정의하고 있다.

미국의사협회의 윤리지침에서는 환자의 사전 의사결정은 존중되어야 하고, 이를 문서로 작성하도록 추천하고 있다. 이 같은 결정에는 Do Not Resuscitate (DNR) order, Full Comfort Care Only (FCCO); Do Not Intubate (DNI); Do Not Defibrillate (DND); Do Not Leave Home (DNLH); Do Not Transfer (DNTransfer); No Intravenous Lines (NIL); No Blood Draws (NBD); No Feeding Tube (NFT); No Vital Signs (NVS) 등이 포함된다.

우리나라에도 '사전의사결정'을 진료 현장에 반영하려는 노력이 계속되고 있다. 이중 DNR에 대하여 가장 많은 논의가 이루어졌다. 첨부한 양식은 최근 서울대학교병원에서 작성한 사전의사결정의 한 양식이다.

요 약

무의미한 연명치료중단 결정은 환자 자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이어야 하며, 환자는 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다. 따라서, 불치병의 본인에 대한 통보 문화의 정착이 전제되어야 한다.

1) 말기암환자에서 '의미 있는 삶'을 얻는 것이 아니라, '고통 받는 기간'만 연장시키는 의미 없는 연명치료는 중단될 수 있으며, 그 결정은 법적으로도 보장되어야 한다.

2) 무의미한 연명치료의 중단 결정에는 의료진의 의학적 판단도 중요하지만, 환자의 생명에 대한 가치관이 배려되어야 한다. 이는 '사전의사결정'이라는 양식을 통해 문서화되어야 한다.

따라서, 환자 본인이 병의 상태를 정확히 이해하고, 자발적 의사로 진료결정에 참여할 수 있는 사회적 여건

을 조성하기 위한 논의가 필요하다.

참 고 문 헌

1. 허대석. 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001;44:956-62.
2. 김건열. 연명(延命)치료적 인공기계호흡요법의 보류(保留)/중지(中止)를 전후한, 법의학적 및 윤리적 문제들과 그 대처방안. 결핵 및 호흡기질환 2005;58(3):213-29.
3. 김장한. 새로운 형태의 환자동의서. 대한의사협회지 2005; 48(9): 886-95.
4. 김신미, 김순이, 이미애. 생명연장술 사전선택(advance directives) 개념 정립을 위한 문헌 고찰. 간호학회지 2001;31(2):279-91.
5. Oh DY, Kim M, Choi I, et al. The Discrepancies of the values on the withholding futile interventions between physician and family members of terminal cancer patients. Cancer Research and Treatment 2001;33:350-6.
6. 윤영호. 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002.
7. 고윤석. 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
8. American Medical Association. Medical ethics E-2.225 optimal use of orders - not - to - intervene and advance directives (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8462.html>).
9. Oh DY, Kim JH, Kim DW, Im SA, Kim TY, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: a single center's experience. Support Care Cancer 2006; 14(2):103-8.