

Nacrt kliničke smjernice za procjenu postupaka u najboljem interesu neizlječivog pacijenta (v1)

Definiranje uzaludnog medicinskog postupka i zašto je ono nemoguće

Nema jedinstvene i jednoznačne definicije uzaludnog medicinskog postupka, već se za svakog pacijenta obavlja posebna procjena, uz najveće uvažavanje njegovih ciljeva i želja, te osoba koje o njemu skrbe i zastupaju njegove interese.

Razlog je sljedeći:

Ma koliko liječnici željeli objektivnu, preciznu i jednoznačnu definiciju uzaludnog postupka kao sredstvo da se odupru pritiscima nerazumnih zahtjeva za liječenjem, definirati, s dovoljnom preciznošću, što je to uzaludan medicinski postupak nije moguće, i to iz razloga što je uzaludnost subjektivna kategorija te kao takva izmiče profesionalnom, objektivnom i znanstvenom utvrđivanju.

K tome, na liječničke odluke o izvođenju takvih postupaka u velikoj mjeri percepcija zakonske odgovornosti.

Važan aspekt ovog kompleksa problema jest u tome da je često vrlo teško predvidjeti učinak različitih postupaka, baš kao što je i za nadležne liječnike kompliciran proces donošenja zaključka da je ovaj ili onaj pacijent neizlječiv i blizu smrti. Čak i kad je donesen zaključak da je pacijent na umoru, i tad može biti teško utvrditi hoće li neka intervencija učiniti ikakve bitne promjene u kvaliteti njegova preostalog života.

Beznadnost i besmislenost

Uzaludan medicinski postupak ima dva aspekta: beznadnost (kvantitativni aspekt), te besmislenost (kvalitativni aspekt).

Beznadnost postupka (kvantitativna uzaludnost) znači da je vjerojatnost da će postupak pacijentu donijeti dobrobit izuzetno mala.

Besmislenost postupka (kvalitativna uzaludnost) znači da je vjerojatnost da će kvaliteta dobrobiti od postupka biti izuzetno mala.

I kvantitativna i kvalitativna uzaludnost odnose se na moguću dobrobit za pacijenta. Postupak koji proizvodi pretežno fiziološki učinak na pacijentovo tijelo, ne donosi nužno i dobrobit koja je pacijentu vrijedna.

Dakle, uzaludan medicinski postupak jest onaj koji je beznadan i/ili besmislen, to jest: ne povećava vjerojatnost pacijentova preživljavanja, niti kvalitetu i smislenost preživljavanja (kvalitetu i smislenost u skladu s pacijentovim ciljevima i željama).

Procjena uzaludnosti na osnovu medicinskih indikacija

Postupak može biti uzaludan zato što ne ublažava pacijentovu bolest niti prateće simptome. To mogu biti postupci koji nemaju utjecaja na fiziološku patnju koju bi trebali ublažiti, te postupci koji patnju ne olakšavaju, niti produljuju pacijentov život. Koliko god se liječnik trudio učiniti strogo medicinsku procjenu, ponekad je veoma teško sa sigurnošću ustanoviti je li neki postupak medicinski uzaludan.

Procjena uzaludnosti na osnovu snage vrijednosnih indikatora

U većini situacija strogo medicinsku procjenu uzaludnosti treba poduprijeti evaluacijom snage vrijednosnih kriterija na osnovu kojih je utvrđena uzaludnost.

Tad se medicinska procjena izvodi uzimanjem u obzir procjene hoće li, i kad će terminalno bolesna i nekompetentna umiruća osoba biti u takvom stanju da biti samo živ za tu osobu više nije poželjno ili više nema smisla. Jedna američka studija (Keenan, Jean P. et al., 1997) pokazala je da je najčešći razlog za obustavljanje postupaka za produžavanje života multiorgansko zatajenje, dok se anticipirana slaba kvaliteta života mnogo rjeđe uzima u obzir.

Liječnik ne bi smio provoditi postupke koji pacijentu povećavaju patnju, a da mu ne produljuju život u mjeri koja bi tu patnju opravdala.

Kako reducirati uzaludnu medicinsku skrb

Procesi koji pridonose izbjegavanju ili smanjivanju razine uzaludne medicinske skrbi uključuju:

- razvoj i primjenu kliničkih smjernica i algoritama;
- prelazak na timski pristup u procesu skrbi;
- kulturalno osjetljivu edukaciju i skrb za pacijenta i obitelj, uključujući razumijevanje funkcije i upotrebe unaprijednih odredaba (biološkog testamenta), te palijativne skrbi kao alternativnog načina skrbi za umirućeg pacijenta;
- korištenje etičkih konzultacija s bolničkim povjerenstvom za etiku;
- edukaciju zdravstvenih radnika o etičkim pitanjima kraja života.

Dva ključna procesa kojima se optimizira skrb za pacijente na kraju života i smanjuje uzaludnost u njihovu tretmanu jest edukacija zdravstvenih radnika u vještinama uvjeravanja, te dostupnost djelotvornih resursa za posredovanje u rješavanju sporova, kao što su to polise i posebno educirane osobe. Odgovornost za razvoj ovih vještina i resursa ne leži samo na liječnicima, već i na sestrama, a posebno pak na strukturama koji podržavaju zdravstvene radnike: na odjelima na kojima rade, u bolnicama, te društvenim zajednicama.

Obustavljanje uzaludne medicinske skrbi jest procedura, i kao takva zahtijeva vještinu kojom se može ovladati baš kao bilo kojom drugom.

Ispravno postupanje u vezi procjene uzaludnosti nekog postupka obuhvaća niz kliničkih aktivnosti koje uključuju djelotvornu komunikaciju, emocionalnu skrb, te provođenje iskrenog i otvorenog pregovaračkog procesa koji je uspostavila ustanova. Pravilno izvedeno, obustavljanje uzaludne medicinske skrbi ne bi smjelo izložiti liječnika nimalo većoj profesionalnoj odgovornosti nego bilo koji drugi zahtjevan medicinski postupak.

Tko odlučuje je li neki medicinski postupak uzaludan?

Uzaludnost ima različito značenje za liječnika, pacijenta, pacijentovu obitelj, te oni tom problemu prilaze s različitih ishodišta. Jedan od razloga provođenja uzaludnih postupaka jest upravo različitost liječnikovih i pacijentovih percepcija ciljeva, koristi i neželjenih učinaka takvih postupaka. Tome pridonosi poremećena komunikacija u kojoj i liječnik i pacijent očekuju da onaj drugi potakne razgovor o tim temama. (**Futile care: what to do when your patient insists on chemotherapy that likely won't help.** Khatcheressian, J., S. B. Harrington, et al. *Oncology* (Williston Park) 2008;22(8):881-888.) Zato je zadaća liječnika da potakne takav razgovor.

Etička odgovornost kod donošenja prosudbe o uzaludnosti leži na medicinskoj profesiji kao cjelini, a ne na pojedinom liječniku uz bolesničku postelju. Dakle, prosudba uzaludnosti u pojedinom slučaju treba se oslanjati na općenitije profesionalne standarde skrbi.

Kad pacijent odluči da neki ishod nije vrijedan truda (i susljedno tome odbije postupak), ta odluka može se temeljiti na osobnim preferencijama, a ne nužno na uzaludnosti.

Etički zahtjev za poštovanjem pacijentove autonomije daje pravo pacijentu da izabere između medicinski prihvatljivih opcija liječenja, kao i da odbije sve opcije, no, ne daje pacijentu pravo da dobije svaki tretman koji zatraži. Također, obaveze liječnika ograničene su na preporučivanje samo onih tretmana koji su u skladu s profesionalnim standardima skrbi.

Procedura procjene uzaludnosti medicinskog postupka

Definicija uzaludnosti može biti manje važna od procesa razrješavanja spora u vezi uzaludnosti jednom kad se taj spor pojavio.

Bilo koji liječnik može pokrenuti proceduru za procjenu postupka u najboljem interesu neizlječivog pacijenta ako smatra da je neki postupak uzaludan, odnosno da nije u najboljem interesu neizlječivog pacijenta. Cilj procedure jest pronaći rješenja koja su prihvatljiva i zdravstvenim radnicima i pacijentu odnosno obitelji/skrbnicima.

Procjenu postupaka u najboljem interesu neizlječivog pacijenta obavlja zdravstveni tim koji skrbi o pacijentu, a po potrebi savjetuje se s liječničkim konzilijem, odnosno Povjerenstvom za kliničku etiku koje je imenovao ravnatelj ustanove.

Ukoliko ne postoji profesionalni konsenzus o uzaludnosti neke intervencije, tad nema niti etičke osnove za odbijanje zahtjeva pacijenta i/ili njegove obitelji za tom intervencijom. Tek kad je postignut profesionalni konsenzus o obustavi odnosno sustezanju nekog postupka zbog uzaludnosti, u proces konačnog odlučivanja uključuju se pacijent i/ili njegova obitelj odnosno skrbnici.

Prema važećoj zakonskoj regulativi, liječnik je taj koji kontrolira započinjanje i završavanje postupaka nad terminalno oboljelim pacijentima, to jest, onima za koje se procjenjuje da će usprkos liječenju umrijeti za nekoliko dana ili tjedana. U takvim slučajevima liječnik, odnosno drugi zdravstveni radnici, trebaju pacijentovoj obitelji pružiti relevantne informacije i biti voljni saslušati njihove želje i stavove u vezi umiruće osobe.

Konačna odluka je li neki postupak u konkretnom slučaju uzaludan donosi se u suglasnosti s pacijentom, odnosno s njegovim bližnjima i skrbnicima.

| Procjena pacijentovog najboljeg interesa obavlja se na osnovu sljedećih faktora: | |
|--|---|
| 1 | Konkretno stanje pacijenta koje zahtijeva predloženi medicinski postupak |
| 2 | Priroda medicinskog postupka kojemu bi se pacijent trebao podvrgnuti |
| 3 | Razlozi zbog kojih bi trebalo provesti taj postupak |
| 4 | Alternativni načini tretiranja koji dolaze u obzir kod konkretnog stanja |
| 5 | Poželjnost i učinak odobravanja određenog postupka u usporedbi s raspoloživim alternativnim načinima tretiranja. |
| 6 | Fizički učinci po pacijenta, te psihološke i socijalne implikacije po pacijenta u slučaju: a) odobravanja predloženog postupka b) neodobravanja predloženog postupka |
| 7 | Priroda rizika i stupanj rizika za pacijenta kod: a) odobravanja predloženog postupka b) neodobravanja predloženog postupka |
| 8 | Stavovi koje su o predloženom postupku i alternativnim načinima tretiranja iskazali (ako su ih iskazali): a) pacijentovi skrbnici b) pacijentova obitelj c) osoba odgovorna za svakodnevnu skrb i nadziranje pacijenta d) pacijent. |

Što ako pacijent ili njegova obitelj zahtijevaju postupak kojega zdravstveni tim smatra uzaludnim?

U takvim situacijama dužnost je liječnika da otvoreno komunicira s pacijentom ili članovima obitelji o postupcima koje bi trebalo prekinuti ili sustegnuti, te objasniti razloge za takvu odluku. Važno je takvim razgovorima pristupiti sa suosjećanjem prema pacijentu i tugujućoj obitelji. Primjerice, umjesto da se pacijentu ili obitelji kaže: „Ne možemo više ništa učiniti“, bolje je naglasiti ovo: „Učinit ćemo sve što je moguće da pacijentu pružimo udobnost i dostojanstvo“.

U nekim okolnostima prikladno je privremeno nastaviti s uzaludnim postupkom kako bi se pacijentu ili obitelji pomoglo da prihvati svu težinu svoje situacije i dosegne točku osobne pomirenosti sa situacijom. Primjerice, uzaludna intervencija kod umirućeg pacijenta može se privremeno nastaviti eda bi se dobilo na vremenu da doputuje njegov bližnji kako bi se mogao s njime vidjeti zadnji put.

U slučaju da među članovima obitelji postoje neslaganja o tome je li neki postupak za terminalno bolesnu osobu uzaludan ili nije, liječnik se treba oslanjati na načelo spašavanja života, pri čemu treba voditi računa da postupak produžavanja života ne povećava patnju terminalno bolesne osobe. Članove obitelji treba obzirno podsjetiti da uzaludno liječenje kod umirućeg pacijenta ne stvara samo privremenu frustraciju i bolove, već i narušava šanse da on u svojim posljednjim danima doživi smirenost, te da bude pošteđen mučnih i otuđujućih postupaka.

Koja je razlika između uzaludnosti i racioniranja?

Obitelj može smatrati da medicinski tim želi obustaviti ili sustegnuti neki medicinski postupak ne zato što je uzaludan, već radi štednje.

Uzaludnost se odnosi na dobrobit neke intervencije za nekog određenog pacijenta. Kad se radi o uzaludnosti, središnje pitanje nije koliko novca taj postupak košta, ili tko drugi bi mogao imati dobrobiti od toga, već je li razumno i opravdano očekivanje da će taj postupak pomoći ovom ili onom pacijentu.

Koja je razlika između uzaludnog postupka i eksperimentalnog postupka?

Prosuđivanje uzaludnosti zahtijeva čvrst empirijski dokaz koji dokumentira ishod nekog postupka za različite skupine pacijenata. Uzaludnost ustanovljuje negativnu odrednicu, to jest: empirijski dokaz pokazuje kako nema značajne vjerojatnosti za pacijentovu dobrobit. Za razliku od toga, postupci se smatraju eksperimentalnima onda kad empirijski dokaz nedostaje, a učinci postupka su nepoznati.