

ETIČNE DILEME PRI OBRAVNAVI ORTOPEDSKIH IN TRAVMATOLOŠKIH BOLNIKOV V AKUTNI BOLNIŠNICI

ETHICAL DILEMMAS IN REHABILITATION OF ORTHOPEDIC AND TRAUMA PATIENTS IN AN ACUTE HOSPITAL

prim. asist. mag. Lidija Plaskan, dr. med.
Splošna bolnišnica Celje

Povzetek

Ob naraščanju števila bolnikov s kroničnimi obolenji in poškodbami se rehabilitacijski strokovnjaki srečujemo z vedno večjim številom zahtevnih etičnih vprašanj. Obstajajo štiri osnovna etična načela, ki opredeljujejo etično ravnanje v klinični praksi: spoštovanje avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodovanja in načelo pravičnosti. V rehabilitacijski medicini se najpogosteje srečujemo z vprašanji, ki zadevajo izbiro bolnikov za rehabilitacijo, z etičnimi vprašanji v zvezi s timsko obravnavo in v zvezi z določanjem rehabilitacijskih ciljev. Pomemben etični pomislek v rehabilitaciji ortopedskih in travmatoloških bolnikov so čakalne dobe, ki so pri bolnikih po kirurških posegih nesprejemljive, problematična pa je tudi neenakomerna dostopnost do rehabilitacijskih storitev.

Ključne besede:

etične dileme; izbira bolnikov; sposobnost odločanja; komunikacija; postavljanje ciljev; čakalne dobe; neenakomerna dostopnost rehabilitacijskih storitev; ortopedski bolniki, travmatološki bolniki

Abstract

As the number of patients with chronic illnesses or disability grows, rehabilitation professionals are facing more and more difficult ethical questions. There are four ethical principles that guide the ethical decision-making in clinical practice: autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice. Ethical issues commonly encountered in rehabilitation medicine are patient selection, the ethics of team care and ethical issues in goal setting. Waiting lists for rehabilitation are among major ethical issues in rehabilitation of orthopaedic and trauma patients, and are unacceptable for the surgically treated patients. Inequality in access to rehabilitative care facilities is also an important ethical issue.

Key words:

ethical issues; selection of patients; decision making capacity; communication; goal setting; waiting lists; inequality in access to rehabilitation services; orthopaedic patients; trauma patients

UVOD

Osnovna etična načela, ki opredeljujejo naše odločitve, so: spoštovanje avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodovanja in načelo pravičnosti (1,2).

Ta načela so si pogosto v nasprotju – spoštovati bolnikovo avtonomijo in zdravnikovo željo delati dobro oz. ne škodovati. Pogosto »pademo« že na prvi stopnji – pri spoštovanju avtonomije bolnika, še posebej, kadar so njegove odločitve v nasprotju s predlaganimi možnostmi zdravljenja.

Razprave o etičnih vprašanjih so bile v preteklosti v glavnem povezane z akutno – urgentno obravnavo oziroma z odločitvami v zvezi z življenjem in smrtjo. Šele v zadnjem času je pozornost namenjena tudi etičnim vprašanjem, ki so povezana z rehabilitacijsko medicino (3).

Urgentna medicina je usmerjena v akutna, nenadno nastala stanja, z osnovnim ciljem ohraniti življenje; bolnik ima pri tem pričakovano pasivno vlogo za razliko od rehabilitacijske medicine, v kateri aktivno sodeluje pri postavljanju in doseganju ciljev. Etične dileme v urgentni medicini so izziv, vendar so relativno

dobro definirane: življenje proti smrti, zdravnik proti bolniku, pokroviteljstvo oz. avtoritarnost proti samoodločanju (4, 5).

S staranjem populacije in poudarkom na vračanju najboljše možne funkcije je več pozornosti namenjene etičnim vprašanjem, ki so pomembna za rehabilitacijsko medicino (3).

Etična načela terjajo od zdravnika, bolnika in svojcev premišljeno razpravo o tem, kaj je potrebno in možno narediti, seveda pa se postavlja tudi vprašanje odklonitve zdravljenja. Rehabilitacija ni samo ohranjanje življenja, ampak omogoča najboljše možno kakovost le-tega znotraj okvirov prizadetosti zaradi bolezni ali poškodbe.

Izziv rehabilitacije ni dodajanje let življenju, ampak dodajanje življenja letom (4).

Prvi resnejši pregled etičnih vprašanj oziroma dilem v rehabilitacijski medicini je bil narejen med letoma 1985 in 1987, ko je Hastingsov center predstavil izsledke pregleda etičnih vprašanj, ki so jih izpostavili člani rehabilitacijskih timov (6). Izpostavili so težave, povezane s spremembami plačevanja zdravstvenih storitev, sledila so nesoglasja med bolniki, zdravniki, člani tima in svojci glede zastavljenih ciljev rehabilitacije. Težave pri oceni sposobnosti odločanja so bile na tretjem mestu.

Prepoznali so tudi težave pri sodelovanju družine oz. svojcev pri odločanju, težave v zvezi z zaupnostjo znotraj tima in težave pri dostopnosti do rehabilitacijskih uslug (6).

Etične dileme so lahko tudi posledica slabe oz. neustrezne komunikacije med zdravnikom in bolnikom. V eni od raziskav so namreč ugotovili, da zdravnik pri jemanju anamneze bolnika prekine v povprečju po 18 sekundah. Večina aktualnih pritožb, ki so jih bolniki uspeli povedati do konca, je trajala manj kot 60 s, nobena pa ni bila daljša kot 150 s (7).

Raziskava je res stara več kot 30 let, verjetno pa se ob teh rezultatih še vedno lahko vprašamo, ali res znamo učinkovito komunicirati z bolniki in jim predstaviti vsa dejstva v zvezi z zdravljenjem, ki jih potrebujejo, da lahko sprejemajo prave odločitve.

Specialisti rehabilitacijske medicine v akutnih bolnišnicah smo postavljeni pred velik izziv, ko skušamo pomagati bolniku pri sprejemanju uvida v nadaljnje življenje s trajno prizadetostjo, zato je za izhodišče potrebno vzeti bolnikove vrednote in želje. Velikokrat smo v precepu med spoštovanjem bolnikove avtonomije in dolžnosti delati za dobrobit bolnika.

Pridobitev informiranega pristanka v rehabilitacijski medicini je proces, ki zahteva veliko razlage – izobraževanja in časa (5).

Izraz informirani pristanek je bil prvič uporabljen leta 1957 v primeru Salgo proti Leland Stanford Jr. Etično in zakonsko je dovoljeno, da bolnik, ki je sposoben samoodločanja, odkloni neželene medicinske intervencije oz. posege. Zdravnik je takšne odločitve dolžan spoštovati, kar je seveda lahko v nasprotju z zdravnikovo željo po dobronamernosti (8).

Za odločanje glede ciljev rehabilitacije je pomembno zagotoviti ustrezne informacije, ne samo strokovno razlago, ampak tudi praktične prikaze, na osnovi katerih se lahko bolniki kompetentno odločijo (9).

Zaradi težav v zvezi z informiranim pristankom se je pojavil tudi koncept t. i. deljenega odločanja (shared decision-making), ki vključuje dodatna pisna, slikovna in druga navodila in razlage glede posameznih posegov (10).

Pri prebiranju članka Bolmsjö-jeve, ki je s sodelavci preučevala etične dileme pri starostnikih v domovih za ostarele, se lahko pošteno zamislimo, kako oz. koliko dejansko spoštujemo sposobnost odločanja bolnikov. Večina varovancev je namreč navajala, da njihova želja po avtonomiji ni izpolnjena, saj njihove želje niso bile upoštevane. Imeli so občutek, da jih sploh ne opazijo in da ne dobijo potrebne pomoči (11).

Etične dileme pri obravnavi ortopedskih in travmatoloških bolnikov

Specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z etičnimi in moralnimi odločitvami. Nekatere so povsem enostavne in vključujejo razlago posega ali terapije same in s tem povezana tveganja, na osnovi česar se bolnik odloči za ali proti, oz. da informirani pristanek. V to kategorijo spadajo npr. predlagane intraartikularne injekcije, nevrofiziološke preiskave (EMG), scintigrafija in podobno. Druge so bolj kompleksne in zahtevajo sodelovanje interdisciplinarnega tima, bolnika in svojcev (3).

V akutnih bolnišnicah je največ etičnih dilem pri izbiri bolnikov za nadaljnjo rehabilitacijo, pri določanju ciljev, čakalnih dobah in glede plačevanja oz. dostopnosti do rehabilitacijskih storitev.

Izbira bolnikov

Za razliko od urgentne medicine, v kateri imajo vsi »pravico« do zdravljenja, rehabilitacija ni zagotovljena vsem. Rehabilitacijska medicina se zato sooča s številnimi izzivi ne samo glede etičnih vprašanj, ampak tudi odnosa med izvajalci in plačniki storitev, predvsem pa mora žal še vedno dokazovati, da rehabilitacijski posegi pomembno izboljšajo kakovost življenja in so zato nujni sestavni del obravnave (12).

Če je rehabilitacija tretji steber medicine, bi morala biti zagotovljena vsem, ki jo potrebujejo, čeprav v realnem svetu žal ni tako.

Pri izbiri bolnikov za rehabilitacijo je potrebno upoštevati medicinske in nemedicinske dejavnike. V nekaterih primerih imamo jasno definirane smernice, pa je izbira kljub temu težavna. Seveda so pomembni diagnoza, spremljajoča obolenja, sekundarni zapleti in napoved izida, prav tako pa bolnikove sposobnosti komunikacije, premikanja, skrbi zase in predvsem sposobnosti učenja in aktivnega sodelovanja v rehabilitaciji. Na odločitve glede izbire lahko vplivajo tudi socialni, zaposlitveni, finančni in osebni dejavniki

bolnika. Pri izbiri se obvezno postavljajo etična vprašanja glede pravic, dolžnosti in odgovornosti tako bolnikov kot zdravnikov. Zdravniki se pri izbiri bolnikov za rehabilitacijo pogosto počutimo kot »vratarji« rehabilitacijskih centrov. Potrebe po rehabilitaciji namreč znatno **presejajo razpoložljive možnosti** zanje (13).

S podobnimi težavami se pri izbiri bolnikov lahko srečujejo v neonatologiji, psihiatriji in transplantacijski medicini (13).

Pri izbiri bolnikov so zelo pomembni tudi dejavniki, ki vplivajo na sodelovanje: dejavniki, povezani z bolnikom (izobrazba, odnos, **motivacija**, pričakovanja, sočasna obolenja, kognitivni upad); dejavniki, povezani z zdravljenjem (način op. posega – npr. potreba po razbremenjevanju sp. udov); dejavniki, povezani z izvajalcem rehabilitacijskih storitev (pozitivni odnos med izvajalcem in bolnikom zmanjša stopnjo nesodelovanja); socialno-ekonomski dejavniki (slab socialno-ekonomski status, nizka izobrazba, nezaposlenost, neurejene družinske razmere, pomanjkanje socialne podpore); dejavniki, povezani s splošnim stanjem bolnika (bolečina pri gibanju lahko prepreči bolniku obiskovanje fizioterapije – strah pred bolečino) (14).

Pogosto nam izbiro otežuje tudi dejstvo, da bo bolnik odšel v okolje, v katerem ne bo imel možnosti nadaljevati z rehabilitacijo in se včasih upravičeno sprašujemo, koliko je smiselno »vlagati« v takšnega bolnika (6).

Na akutnih oddelkih se pri starejših poškodovancih pogosto pojavlja problem kognitivnega upada ali delirija, kar nam otežuje izbiro. V eni od švedskih raziskav so ugotavljali pojav delirija pri 62 % bolnikov po zlomu kolka. Ti so bili pred zlomom pogosteje dementni ali depresivni, bili so dlje hospitalizirani, imeli več zapletov in ostali bolj odvisni v dnevni aktivnosti ob odpustu in po 4 mesecih. Velik delež bolnikov z delirijem ni dosegel ravni aktivnosti (hoje) pred poškodbo in se niso mogli vrniti v prejšnje okolje (15, 16).

Stanje je pogosto reverzibilno, zato moramo te bolnike spremljati in ponovno oceniti, da se izognemo neustreznim odklonitvam. V akutnih bolnišnicah so težave tudi zaradi kratkih ležalnih dob. Obrat bolnikov je hiter, zato se lahko zgodi, da je bolnik, ki ima rehabilitacijski potencial, prezgodaj odpuščen in ne doseže stopnje izboljšanja, ki bi jo lahko, ker v domačem okolju nima možnosti za on-line nadaljnjo rehabilitacijo.

Določanje ciljev

Vsakdo si želi, da bi se po poškodbi ali bolezni popolnoma pozdravil in se vrnil v normalno življenje, k vsem običajnim osebnim, delovnim, družinskim in pristoječim dejavnostim. Žal to ni vedno mogoče, tu pa se srečujemo z velikimi dilemami, saj so lahko pričakovanja bolnika ali svojcev pogosto povsem nerealna.

Cilji predstavljajo funkcionalni izid, ki se ga bolnik in rehabilitacijski tim trudita doseči in kot tak določa usmeritev celotnega timskega plana rehabilitacije. Na postavljanje ciljev vplivajo: bolniki sami, člani rehabilitacijskega tima, družinski člani in družba.

Ustreči bolniku, svojcem in članom tima pri določanju ciljev je ena najzahtevnejših nalog, s katerimi se srečujemo specialisti rehabilitacijske medicine (3).

Pri določanju ciljev moramo upoštevati etična načela. V prvi vrsti je to spoštovanje avtonomije bolnika, njegovih vrednot, prepričanj in sposobnosti sprejemanja odločitev. Zato mu moramo na razumljiv način predstaviti vse potrebne in pomembne informacije v zvezi z zdravljenjem in poskrbeti, da bo te informacije ustrezno razumel in se bo lahko svobodno (brez manipulacij s strani drugih) odločil (17).

Tem pogojem je pogosto težko zadostiti, saj vsi bolniki niso dovolj kompetentni, da bi lahko sprejemali tako zahtevne odločitve.

Posamezniki s trajnimi okvarami, še posebej tisti s kognitivnimi težavami, morda res potrebujejo zastopnika svojih pravic, skrbnika ali pa celo odvetnika, da bi se lahko maksimalno zaščitili pred sistemom, ki ga v prvi vrsti, žal, skrbi predvsem zmanjševanje stroškov in ne kakovost življenja, čeprav jo reklamiramo vseprek (5).

Načelo dobronamernosti se nanaša na dolžnost delati dobro. Ni vedno enostavno uravnotežiti spoštovanja posameznikove svobode in zagotoviti njegov najboljši interes (17).

Številni avtorji so razpravljali o rehabilitacijskih ciljih. Pionir na tem področju, Howard Rusk, je trdil, da je namen rehabilitacijske obravnave obnoviti in vzdrževati visoko kakovost zdravja in življenja bolnikov. Mnogi so poudarjali pomen kakovosti življenja, ki je še vedno zelo nedefinirana in izrazito subjektivna, tako kot koncept zdravja (17).

Proces individualnega rehabilitacijskega načrtovanja se prične že ob sprejemu v bolnišnico, zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov, upošteva anamnezo, klinični pregled ter zahteve bolnika in okolja, kamor se bo vrnil. Bolj ko je bolnik aktiven v procesu rehabilitacije, večji uvid ima v realnost in dosegljivost ciljev.

Nekateri bolniki so na začetku, še posebej po težkih poškodbah, prestrašeni, utrujeni, imajo bolečine in precej težav pri sprejemanju novega stanja in so lahko tudi odklonilni do rehabilitacije. Ko se stanje stabilizira in pridobijo več informacij glede nadaljnjih možnosti, se pogosto spremenijo tudi želje oz. cilji, ki jih želijo doseči, zato je postavljanje ciljev v akutni bolnišnici vedno dinamičen proces, ki zahteva stalno prilagajanje.

Včasih si pomagamo tako, da damo bolniku nekaj časa za razmislek in ga naročimo na ambulantni kontrolni pregled, kjer se ponovno pogovorimo o možnostih nadaljnjega zdravljenja. Pogosto bolnik do takrat že uspe izoblikovati realno predstavo o svojem stanju in izrazi željo po aktivnejšem sodelovanju.

V dilemi smo tudi, kadar bolnik misli, da je dovolj rehabilitiran in želi domov, mi pa vemo, da na to še ni pripravljen, saj živi sam, brez podpore družine. V tem primeru je vsekakor mamljiva ideja, da njegove odločitve oz. avtonomije ne bi spoštovali. Enako velja, kadar bolnik potrebuje 24-urni nadzor, a mu ga domači ne morejo zagotoviti, nimajo pa možnosti za pomoč na domu.

Dostopnost do rehabilitacijskih uslug

V Sloveniji žal še vedno nimamo mreže izvajalcev rehabilitacije, zato je dostopnost do kakovostnih rehabilitacijskih uslug izrazito neenakomerno porazdeljena in odvisna predvsem od tega, kje bolnik živi in od njegove lastne iznajdljivosti.

Še tako idealen kirurški poseg tako pri ortopedskem kot pri travmatološkem bolniku ne bo prinesel idealnega rezultata, če bolnik ne bo deležen ustrezne rehabilitacije in nasprotno – ne ravno idealen poseg lahko s takojšnjo ustrezno rehabilitacijo rezultira z optimalnim končnim izidom.

Specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine v akutnih bolnišnicah se pogosto soočamo z zavrnitvami indiciranih rehabilitacijskih obravnav – npr. zdraviliško zdravljenje – s strani imenovanih zdravnikov ZZS. Kandidate za zdraviliško zdravljenje kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja izbiramo zelo skrbno, upoštevamo indikacije, bolnikovo splošno stanje, sposobnosti aktivnega sodelovanja in kognitivne sposobnosti, saj se zavedamo, da je velikokrat to edina možnost za rehabilitacijo.

Vedno znova smo v stiski, kadar vemo, da se bolnik vrača v okolje, kjer nima možnosti za rehabilitacijsko obravnavo, še posebej, če vemo, da ima potencial in bi lahko znatno napredoval.

Čakalne dobe

Z uveljavitvijo novega obračunskega modela v fizioterapiji (1. 1. 2014) se je spremenil način predpisovanja fizikalne terapije, ki naj bi vsaj formalno dal izvajalcem večje kompetence. Pa jih je res?

Čakalne dobe na fizikalno terapijo 3 mesece – hitro in 6 mesecev – redno so za bolnike s svežimi poškodbami in po kirurških posegih absolutno nesprejemljive.

Bolnik, ki je imel zaradi adhezivnega kapsulitisa narejeno manipulacijo ramena, ne more in ne sme čakati na fizikalno terapijo, saj vsako čakanje bistveno poslabša njegove možnosti za dober končni izid in v tem primeru gotovo kršimo vsaj načelo dobronamernosti.

Seveda pa je na mestu tudi zelo aktualno vprašanje za plačnika zdravstvenih storitev, ki naj bi bilo retorično, zakaj plačevati nekoga (bolnika), da doma leži, gleda v zrak in predolgo čaka na terapijo, ki zato ne bo dala ustreznega rezultata. Z nesprejemljivim čakanjem izničimo delo kirurga, članov rehabilitacijskega tima in bolnika, konec koncev pa tudi strošek hospitalne obravnave in poslabšamo bolnikove možnosti za dober končni izid.

Kje so torej tako opevane, željene in formalno pridobljene kompetence fizioterapevtov ter spoštovanje njihove avtonomije in zavezanosti delu za dobrobit bolnikov, če nimajo možnosti svobodne triaže bolnikov in odločanja, kdo ima prednost pri obravnavi.

ZAKLJUČEK

V rehabilitacijski medicini se vsakodnevno srečujemo z etičnimi dilemami. Pogosto se res obnašamo kot bogovi v belem, saj odločamo o tem, kdo bo deležen rehabilitacije in kdo ne, ker je ne moremo zagotoviti vsem, ki jo potrebujejo. Pri izbiri smo zavezani etičnim načelom in bolniku in smo ravno zato pogosto v precepu. Veliko dilem je pri določanju ciljev, ko v želji pomagati bolniku lahko zapademo v skušnjava, da skušamo preglasiti njegovo pravico do odločanja.

Dodatne stiske nam povzročata neenakomerna dostopnost do rehabilitacijskih uslug in čakalne dobe za rehabilitacijo, ki zagotovo kršijo načelo dobronamernosti in tudi načelo pravičnosti.

Nujno je, da rehabilitacijska medicina kot **tretji steber medicine** resnično postane sestavni del obravnave bolnikov in si zagotovi mesto znotraj zdravstvene oskrbe, ki ji pripada.

Z ustrezno rehabilitacijsko obravnavo lahko bistveno izboljšamo končni izid zdravljenja ortopedskih in travmatoloških bolnikov, le izbrati moramo primerne kandidate, postaviti realne, dosegljive cilje in jim omogočiti, da so je dejansko deležni. S tem pa vplivamo tudi na znižanje stroškov celotnega zdravljenja.

Literatura

1. Haas JF, Mackenzie CA. The role of ethics in rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 1993; 72 (1): 48-51.
2. Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2004; 79 (4): 554-62.
3. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehab Med.* 2000; 32 (2): 51-5.
4. Scofield GJ. Ethical considerations in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993; 74 (4): 341-6.
5. Kuczewski MG, Fiedler I. Ethical issues in physical medicine and rehabilitation: treatment decision making with adult patients. *Crit Rev Phys Rehabil Med.* 2005; 17 (1): 31-52.
6. Kirschner KL, Stocking LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001; 82 (2): S2-8.
7. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984; 101 (5): 692-6.
8. Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2004; 79 (4): 554-62.
9. Ringstad O. Understanding through experience: information, experience and understanding in clinical rehabilitation practice. *Disab Rehabil.* 2014; 36 (12): 978-86.

10. Youm J, Chenok K, Belkora J, Chan V, Bozic KJ. The emerging case of shared decision making in orthopaedics. *J Bone Joint Surg Am.* 2012; 94 (29): 1907-12.
11. Bolmsjö IA, Sandman L, Anderson E. Everyday ethics in the care of elderly people. *Nurs Ethics.* 2006; 13 (3): 249-63.
12. Haas FJ. Ethical issues in physical medicine and rehabilitation: conclusion to a series. *Am J Phys Med Rehabil.* 1994; 73 (6): 436-40.
13. Haas JF. Admission to rehabilitation centres: selection of patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1988; 69 (5): 329-32.
14. Sciberras N, Gregori A, Holt G. The ethical and practical challenges of patient noncompliance in orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 2013; 95 (9): e61.
15. Olofsson B, Lundström M, Borssén B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sciences.* 2005; 19 (2): 119-27.
16. Milisen K, Abraham IL, Broos PL. Postoperative variation in neurocognitive and functional status in elderly hip fracture patients. *J Adv Nurs.* 1998; 27 (1): 59-67.
17. Haas JF. Ethical considerations of goal setting for patient care in rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 1993; 72 (4): 228-32.