

ETIČNE DILEME PRI REHABILITACIJI STAROSTNIKOV

ETHICAL DILEMMAS IN REHABILITATION OF THE ELDERLY

doc. dr. Nataša Kos, dr. med., Bogdana Sedej, dr. med.

Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, UKC Ljubljana

Povzetek

Obravnavanje etičnih vprašanj je v rehabilitaciji relativno novo področje. V preteklosti so bile etične dileme najpogosteje omenjane pri odločanju o aktivnem akutnem zdravljenju in ob koncu življenja. Ker pa se starost populacije povečuje in postaja poleg akutnega zdravljenja pomembno tudi izboljšanje ali vzdrževanje čim večje stopnje samostojnega funkcioniranja, je vedno več pozornosti usmerjene na etična vprašanja tudi pri rehabilitaciji. V prispevku so opisane nekatere najpogostejše etične dileme, na katere lahko naletimo pri rehabilitaciji starostnikov.

Ključne besede:

etične dileme; rehabilitacija; starostniki

Abstract

The study of ethical issues in rehabilitation medicine is a relatively new area. In the past, ethical issues were mainly concerned with acute medical treatment and end-of-life decisions. With the aging population, rehabilitation is becoming increasingly important for returning the patients to the maximum possible level of functioning, so more consideration is being given to the ethical dilemmas that are relevant to rehabilitation medicine. In the article, we describe some common ethical dilemmas which can arise in the field of rehabilitation of the elderly.

Key words:

ethical issues; rehabilitation; elderly

UVOD

Pri rehabilitaciji starostnikov se vsakodnevno srečujemo s potrebo po izbiranju med različnimi možnostmi obravnave. Včasih so odločitve o pravi izbiri tako težke, da jih imenujemo etične dileme. Etične dileme nastajajo na različnih relacijah, med zdravstvenim osebjem in bolnikom, med zdravstvenim osebjem in svojci ali med posameznimi profili zdravstvenega osebja (1). Ko govorimo o etičnih dilemah v rehabilitaciji, moramo poznati štiri moralna načela - načelo spoštovanja avtonomije oz. samoodločanja (pomeni spoštovati osebo in njegovo pravico do samoodločanja), načelo delati dobro, načelo pravičnosti in načelo narediti tako, da preprečiš oziroma ne povzročiš škode (2). Za sprejemanje etičnih odločitev pri kliničnem delu Jonsen predlaga kot pomoč uporabo modela, s katerim se etična dilema identificira, analizira in rešuje (3).

Zaradi napredka v medicini ljudje živimo dlje, število starostnikov tako povsod po svetu narašča. Starejša oseba ima v povprečju tri do štiri kronične bolezni in kar 20-odstotno možnost hospitalizacije

na leto. Pogosto imajo starostniki slabo socialno podporo in slab ekonomski status ter težave pri odločanju (4). Kliniki se tako srečujemo s povečanim številom starostnikov, ki imajo medicinske in psihosocialne probleme, kar prispeva k pojavu etičnih dilem.

Starostniki so skupina, ki je bolj ranljiva kot povprečni odrasli in zato so tudi etična vprašanja pomembnejša. Žal v obstoječi literaturi ne najdemo veliko podatkov o pomenu etičnih dilem pri rehabilitaciji starostnikov. Večina literature omenja predvsem etične dileme na področju zdravstvene nege, kjer se srečujejo s problemi, povezanimi z umiranjem, nekaj podatkov o moralno-etičnih problemih pa najdemo tudi na področju rehabilitacije na splošno (5, 6).

Najpogostejše etične dileme

Pri sprejemanju odločitve o zdravljenju in tudi rehabilitaciji je potrebno spoštovati avtonomijo posameznika, kar med drugim pomeni, da je treba starostniku razložiti in ga informirati o bolezni, poteku zdravljenja oziroma rehabilitacije; to razlago mora

posameznik razumeti in podati informirani pristanek. Tu pa že naletimo na težavo v primeru, ko starostnik ni sposoben razumeti povedanega zaradi hujšega kognitivnega upada. Ocenjevanje sposobnosti starostnika pri sprejemanju odločitev je eno od etičnih vprašanj, ki se pojavi pri specialistih fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM). Kirschner s sodelavci, ki je ugotavljal pogostost posameznih etičnih vprašanj med specialisti FRM, je na podlagi analize ugotovil, da je to vprašanje po pogostosti etičnih vprašanj prisotno v sedmih odstotkih (6). Pri starostnikih je nevarnost, da izgubijo svojo avtonomijo, velika. Razlogi za to so različni; v člankih se omenja vključevanje svojcev, ki sprejemajo odločitve namesto starostnika, kljub temu da je le-ta še sposoben odločanja; nerazumevanje zdravstvenega osebja glede potreb starostnika in pomanjkanje poznavanja sprememb, ki nastopijo s staranjem in lahko vplivajo na kompetentnost odločitve starostnika (7).

Eden od pomembnih vidikov rehabilitacije je tudi možnost izbire bolnika, ki ga sprejmemo v program rehabilitacije, kar lahko sproži etično dilemo (8). Na eni strani je veliko posameznikov, ki potrebujejo rehabilitacijo v večjem ali manjšem obsegu, na drugi strani pa se srečujemo s kadrovskimi in prostorskimi omejitvami. Odločitev, koga sprejeti, je težka, saj za izbiro ne obstajajo formalni mehanizmi, na podlagi katerih bi lahko posameznika sprejeli oziroma zavrnili. Čeprav je proces rehabilitacije timsko delo, odloča o sprejemu na rehabilitacijo zdravnik specialist, ki mora pri odločitvi upoštevati načelo pravičnosti. Običajno se predlog za napotitev na rehabilitacijsko obravnavo pošlje iz akutne bolnišnice pred zaključenim akutnim zdravljenjem. Premestitev se uredi na podlagi podatkov o zdravljenju in pogovoru s kolegom, ki je bil v stiku z bolnikom že v času akutnega zdravljenja – dodaten pregled posameznika ni nujen (9). Specialisti FRM v rehabilitacijskih ustanovah pri odločanju o sprejemu pogosto upoštevajo socialno stanje (predvsem glede na to, kam bo starostnik odpuščen, ko se zaključi proces rehabilitacije), pomembni sta tako diagnoza kot napoved izida, upošteva se kognitivno stanje posameznika, pričakovani napredek med rehabilitacijo, starost posameznika in sposobnost posameznika za učenje (9). Način izbiranja bolnikov za sprejem na rehabilitacijsko obravnavo je povezan z možnimi etičnimi dilemami. Obstaja možnost prevelike subjektivnosti pri izbiri – kršenje načela pravičnosti.

Starost je dejavnik, ki v veliki meri vpliva na izbiro bolnika za rehabilitacijo. Razlogi so predvsem v prepričanju, da imajo mlajši bolniki večje sposobnosti povrnitve funkcije in da so učinki rehabilitacije pri mlajših boljši, v smislu trajanja in boljše kakovosti življenja. To ni nujno res, saj imamo številne mlade posameznike, pri katerih ni pričakovanega funkcionalnega izboljšanja, na drugi strani pa imamo starostnika, ki bi ob ustreznem rehabilitacijskem programu lahko postal ponovno samostojen pri opravljanju dejavnosti (10). Dokazi kažejo tudi na to, da kronološka starost ni pomembna pri določanju funkcionalnega izhoda, bolj pomembno je stanje zmogljivosti in spremljajoče bolezni (11). Izbira bolnika za rehabilitacijo, ki temelji na starosti, je diskriminatorna (4).

Pri rehabilitaciji starostnika je pomemben dejavnik zaupanje, in sicer tako na strani zdravstvenega osebja kot tudi starostnika. Starostnik mora zaupati zdravniku v tolikšni meri, da mu posreduje podatke, ki so lahko zelo osebne narave, jih pa zdravnik potrebuje,

da lahko natančno oceni starostnikove sposobnosti. Za zdravnika so to zaupni podatki, ki jih ne posreduje naprej, saj bi lahko povzročil škodo starostniku, razen v primerih, ki jih določa zakon, ko bi zamolčanje pridobljenih informacij in neukrepanje lahko imelo škodljive posledice za bolnika samega ali za družbo (4).

Postavljanje ciljev, ki jih želimo doseči v procesu rehabilitacije, pogosto privede do konfliktov med starostnikom, njegovimi svojci, zdravnikom in ostalimi člani tima. Med etičnimi dilemami je ta konflikt prisoten v 17 % (6). Nestrinjanje je lahko prisotno med bolnikom in zdravstvenim osebjem, med bolnikom in družino ter med posameznimi člani tima. Ko se pojavi razkorak med starostnikom in ostalimi člani tima pri ugotavljanju, kateri cilji so realni in zaželeni in kateri ne, postane pomembno načelo avtonomije in načelo delati dobro za starostnika. Starostnik, pogosto pa tudi svojci, ne sprejmejo ciljev, za katere člani tima menijo, da so praktični in dosegljivi ter pričakujejo, da se bo upoštevala njihova volja. Člani tima pa želijo delati tako, da je za starostnika najboljše – po načelu delati dobro. Za izvajalce rehabilitacijske obravnave lahko predstavlja velik etični izziv doseči dogovor z bolnikom in njegovimi svojci glede pričakovane stopnje sposobnosti oziroma zmoglosti, ki ju v procesu rehabilitacije zmoremo doseči (9). V rehabilitaciji velikokrat ni dovolj vzpostavitev maksimalne možne funkcije glede na stopnjo okvare, ampak je potrebno pogosto tudi prepričati starostnika, da se sooči s svojimi funkcionalnimi sposobnostmi, ki so lahko bistveno slabše kot pred nastopom bolezni oziroma poškodbe. Podobne težave glede sprejemanja omejitev so prisotne tudi pri svojcih starostnika.

V rehabilitacijskem timu imamo poleg bolnika in njegovih svojcev različne profile zdravstvenega osebja. Koncept timskega dela je povezan s tem, da vsi člani tima delujejo v smeri doseganja istega cilja. Ko se pojavijo nestrinjanja med člani tima, je doseganje cilja upočasnjeno ali celo ni možno. Kirschner je ugotavljal, da je konflikt v timu drugo najpogostejše omenjeno etično vprašanje (6). Tudi v novejših člankih nestrinjanje med člani tima ostaja pomembna tema (12). Nestrinjanje je večinoma povezano s planom rehabilitacijske obravnave in se lahko reši z odprto komunikacijo znotraj tima. Kot možen razlog pojavljanja nestrinjanja je tudi hierarhičen odnos med člani tima in vodilna vloga zdravnika specialista, predvsem z vidika vedno večjega znanja ostalih zdravstvenih delavcev, ki nosijo za svoje delo tudi odgovornost (13).

Trajanje rehabilitacije je pogosto krajše, kot si to želijo starostniki ali njihovi svojci. Pogosto se pričakuje, da bo rehabilitacija trajala do povrnitve funkcije, in sicer do te mere, da bo starostnik lahko živel vsaj približno tako kakovostno kot pred pojavom bolezni oz. poškodbe. Zato običajno starostnik oziroma njegovi svojci niso tisti, ki predlagajo, da se procesi rehabilitacije zaključijo, ampak to pobudo podajo člani rehabilitacijskega tima. Najpogostejši razlog je v tem, da je starostnik dosegel »plato« pri približevanju zastavljenemu cilju oziroma ne napreduje pri doseganju samostojnosti. Pri odločanju so izredno pomembne moralne vrednote vseh članov rehabilitacijskega tima, ki odločajo o doseganju »platoja« (9). Predvsem pa je pomembno dobro sodelovanje starostnika in svojcev v procesu rehabilitacije, njihovo aktivno vključevanju že

ob sprejemu na rehabilitacijsko obravnavo in sprotno spremljanje napredovanja – s tem imajo tako starostnik kot svojci dovolj časa, da sprejmejo dejstvo o zaključku rehabilitacije.

Pri načrtovanju odpusta iz rehabilitacijske ustanove je potrebno upoštevati posameznikove želje, njegove potrebe in sposobnosti na eni strani in realno situacijo na drugi strani. Domače okolje je tisto okolje, v katerem starejši najlažje živi. Tudi družinski člani si večinoma želijo imeti starostnika doma, ob tem pa jih spremlja pomislek glede možnosti nudenja ustrezne pomoči (tako medicinske kot socialne), ki jo starostnik potrebuje. Zdravstveno osebje je pri planiranju odpusta vezano na zagotovitev bivanja v varnem okolju ob upoštevanju želja starostnika in možnostmi družinskih članov. Pogledi na situacijo so med vpletenimi posamezniki lahko različni, kar vodi do pojava etične dileme (14). Vse to je velik izziv za rehabilitacijski tim, saj je potrebno pri odločanju upoštevati avtonomijo starostnika in ga hkrati odpustiti v okolje, ki je zanj najbolj primerno. V literaturi se omenja tudi pomen samozanemarjanja (angl. self-neglect) med starostniki predvsem takrat, ko je prisoten tudi kognitivni upad, četudi blag, in ko so starostniki živeli sami brez svojcev (7). Samozanemarjanje je stanje nesposobnosti vzdrževanja socialnih in kulturnih standardov, skrbi zase, kar vodi v pojav resnih posledic za zdravje (15). Pogosteje se pojavi v povezavi z demenco, boleznimi centralnega živčnega sistema in psihiatričnimi stanji, kar vse vodi v omejeno funkcionalnost starostnika - nesposobnost opravljati osnovne dnevne dejavnosti oziroma nesposobnost opravljati instrumentalne dnevne dejavnosti. Starostniki, ki živijo sami, pogosto ne prepoznajo težav, ki jih imajo, in so zato ogroženi, če se po rehabilitaciji odločijo, da se bodo vrnili v domače okolje. Pojavi se vprašanje, v kolikšni meri lahko v teh primerih upoštevamo načelo avtonomije in ob tem ukrepamo tako, da starostniku ne škodujemo. Običajno v takih primerih za dobro starostnika prevlada načelo delati dobro nad načelom upoštevati avtonomijo posameznika (7).

ZAKLJUČEK

Tudi v procesu rehabilitacije starostnikov se čedalje pogosteje srečujemo z etičnimi vprašanji in dilemami. Kar nekaj etičnih dilem lahko nastane zaradi neustrezne komunikacije in bi jih lahko preprečili s pravilno oziroma ustrezno komunikacijo med zdravstvenim osebjem in bolnikom oziroma svojci. Dobra komunikacija je dokazano povezana z večjim zadovoljstvom bolnika in zato je tudi etičnih vprašanj manj (16). Vendar se tudi v najboljših ustanovah zaposleni pri svojem delu srečujejo z etičnimi vprašanji, ki jih je težko rešiti. Za njihovo reševanje se priporoča uporaba Jonsen-ovega pristopa (angl. a case-based approach) (3), omenjajo pa se tudi razne oblike posvetovalnih etičnih postopkov, ki obstajajo v posameznih zdravstvenih institucijah kot pomoč zaposlenim pri reševanju težko rešljivih etičnih dilem (4).

Literatura

- Cohen JS, Erickson MJ: Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practise. *Clin J Oncol Nurs*. 2006; 10 (6): 775-82.
- Rudnick A. Ethics in rehabilitation. V: Stone JH, Blouin M, eds. *International encyclopedia of rehabilitation*. New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange; 2010. Dostopno na: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/16/> (citirano 4.12.2016)
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: a practical approach to a*
- ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
- Mueller PS, Christopher Hook C, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2004; 79 (4): 554-62.
- Ludwick R, Silva M. Ethics column: »Ethical challenges in the care of elderly persons«. *Online J Issues Nurs* 2004; 9 (1): 14. Dostopno na: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No1Jan04/Ethicalchallenges.aspx (citirano 4.12.2016)
- Kirschner KL, Stocking C, Wagner LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001; 82 (12): S2-S8.
- Mauk KL. Ethical perspectives on self-neglect among older adults. *Rehabil Nurs*. 2011; 36 (2): 60-5.
- Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehabil Med*. 2000 32 (2): 51-5.
- Caplan AL, Callahan D, Haas J. Special supplement: Ethical and policy issues in rehabilitation medicine. 1987: 1-20. Dostopno na: http://repository.upenn.edu/bioethics_papers/3 (citirano 4.12.2016)
- Rivlin MM. Protecting elderly people: flaws in ageist arguments. *BMJ*. 1995; 310 (6988): 1179-82.
- Jecker NS, Schneiderman LJ. Futility and rationing. *Am J Med*. 1992; 92 (2): 189-96.
- Mukherjee D, Stocking C, Savage T, Kirschner K. Moral distress in rehabilitation professionals: results from a hospital ethics survey. *PM R*. 2009; 1 (5): 450-8.
- Savage TA, Parson J, Zollman F, Kirschner KL. Rehabilitation team disagreement: guidelines for resolution. *PM R*. 2009; 1 (12): 1091-7.
- Durocher E, Gibson BE. Navigating ethical discharge planning: a case study in older adult rehabilitation. *Aust Occup Ther J*. 2010; 57 (1): 2-7.
- Gibbons S, Lauder W, Ludwick R. Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010; 17 (1): 10-8.