



Zdravje. Znanost. Vedno tu.
Health. Science. Always here.

univerzitetni
klinični center ljubljana
University Medical Centre Ljubljana



ETIČNE DILEME PRI OPUŠČANJU KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA

Jan Grosek
UKC LJ, MF UL



Ustavili bomo
staranje

Živeli bomo
večno!

- 98 let stara bolnica

Akutno vnetje žolčnika, perkutana holecistostoma, Ab terapija, odločitev za konzervativno zdravljenje

Po enem tednu odpuščena v domsko oskrbo, sanirano vnetje, PH in situ

Vrnitev po 10 dneh v urgentno ambulanto pozno zvečer, septična, akutni abdomen

Perforacija žolčnika ob PH, biliarni peritonitis, smiselnega kontakta ni, svojcev ni na voljo

Odločitev za operacijo, narejena klasična holecistektomija, poseg tehnično brezhiben

Po nekaj urah bolnica v EIH umre

- 84 letna bolnica z napredovalo demenco (ne prepozna svojcev), atrijska fibrilacija, napredovalo srčno popuščanje
- Akutni abdomen: CT govori za perforacijo sigme s peritonitisom. Na voljo ni navodil/želja bolnice od prej.
- Sin vztraja: naredite vse, kar je možno.
- *Je urgentna operacija v bolničino korist? Kdo odloča v imenu bolnice? Kaj pomeni „narediti vse“?*

- 80 letni bolnik, v odlični kondiciji, funkcionalno neodvisen, rak glave trebušne slinavke (resektabilen). Multidisciplinarni konzilij priporoča operacijo (Whipplev poseg).
- *Bolnik pove, da je njegova največja prioriteta, da ostane/živi doma in ostane popolnoma samostojen.*
- *Zanima ga: Koliko let mi uspešna operacija prinese?*
- *Kakšna je verjetnost zapletov in tveganje za občutno zmanjšanje samostojnosti tudi po „uspešni operaciji“?*

- 55 letni bolnik z rakom danke, privolitev, resekcija danke z zaščitno ileostomo.
- Pred operacijo jasno informiran o tveganju posega in različnih zapletih.
- 4. pooperativni dan dehiscenca anastomoze in septični šok z MOF
- CIT, vazoaktivna podpora, mehanska ventilacija. Kirurg predlaga leparatomijo, lavažo, ev. Hartmannovo resekcijo.
- Žena pove: „Rekel mi je, da če bo šlo kaj zelo narobe, noče biti priklenjen na aparate!“

- *Kaj pomeni podpis informiranega soglasja? Tudi vse oblike pooperativne eskalacije, reanimacijo?*
- *Kaj je dolžnost kirurga v takšnem primeru?*

Kirurgija danes: tehnično vse mogoče — etično vse zahtevnejše

- Napredek minimalno invazivnih tehnik, anesteziologije in perioperativne optimizacije je razširil meje operabilnosti
- Bolniki so vse starejši, pogosteje s pridruženimi boleznimi in zmanjšano fiziološko rezervo
- Vedno pogosteje: odločamo se pri bolnikih z neozdravljivo boleznijo, večkrat operiranih ali izrazito krhkih
- Kirurg je vse pogosteje postavljen pred dilemo: ali je poseg smiseln, četudi ga je sposoben tehnično opraviti?

Tehnična izvedljivost operacije ni zadosten pogoj za njeno etično utemeljenost.

Odločitev ne operirati — aktivna, zahtevna, etično odgovorna oblika zdravljenja

Kirurški uspeh ≠ bolnikov uspeh

- Operacija podaljša življenje, a hkrati privede do:
 - trajne izgube samostojnosti
 - kognitivnega upada
 - dolgotrajne hospitalizacije ali doma starejših
- Tehnično brezhibna operacija ≠ bolnikov uspeh

Odločitev ne operirati pomeni:

- Preusmeritev k ciljno usmerjeni oskrbi
- Spoštovanje bolnikovih vrednot
- Preprečevanje nesorazmernega bremena
- **Pogosto: mnogo težja odločitev od operacije**

Odločitev ne operirati ni poraz in ni nasprotje aktivnega zdravljenja. V določenih okoliščinah je njena najbolj odgovorna oblika.

Avtonomija — od podpisa soglasja k resnični odločitvi

Šibkost klasičnega soglasja

- Soglasje \neq razumevanje posledic za nadaljnje življenje
- Bolnik razume poseg — ne razume nujno izida
- Avtonomija je časovno dinamična — ne gre za enkratni dogodek
- Privolitev v operacijo \neq privolitev v neomejeno pooperativno eskalacijo

Best Case / Worst Case (Taylor et al., 2017)

- Bolnik ne izbira med tehničnima možnostma
- Bolnik izbira med različnimi prihodnostmi:
 - najboljši možni scenarij
 - najslabši možni scenarij
 - najverjetnejši scenarij
- Kirurg ima dolžnost interpretirati — ne le informirati

Kirurška avtonomija je proces, ne enkratni podpis. Bolnik, ki je pristal na operacijo, ni nujno pristal na neomejeno pooperativno zdravljenje.

Dobrodelnost, neškodovanje, sorazmernost

DOBRODELNOST

Korist = kakovost življenja, funkcionalni status, možnost bivanja doma, kognitivna integriteta, bolnikovi cilji — ne zgolj preživetje

NEŠKODOVANJE

Tehnična škoda (zapleti) vs. življenjsko-funkcionalna škoda (trajna izguba samostojnosti, institucionalizacija, kognitivni upad)

SORAZMERNOST — 4 RAVNI

Tehnična · Klinična · Funkcionalna · Vrednostna
Kirurgija je lahko tehnično sorazmerna in vrednostno povsem zgrešena.

PREKOMERNO ZDRAVLJENJE

Ne nastane iz napake — nastane iz verige posamezno razumljivih, skupaj nesorazmernih odločitev. Pogosto brez zavedanja, da se dogaja.

”Goal-discordant treatment”

- **Zdravljenje, ki ni skladno z bolnikovimi cilji**
- Natančno poimenovanje problema
- POMEMBNO: kirurg že pred posegom ugotovi, kaj za bolnika pomeni “slab izid”

Opustitev in odtegnitev zdravljenja

- “withholding”, “withdrawing”
- V klinični praksi pogosto doživljata različno, a etično jedro enako: **Ali zdravljenje še vedno služi bolnikovi koristi?**
- Ne začeti operacije vs pozneje omejiti agresivno pooperativno zdravljenje sta psihološko različni vendar moralno primerljivi odločitvi: **vprašanje sorazmernosti**
- Odmik pooperativnega poteka radikalno od predvidenega, verjetnost sprejemljivega izida močno vprašljiva: ponovna presoja smisla nadaljnega zdravljenja (avtomatizem)

B O L N I K

Klinični konteksti kirurškega odločanja

Prognoza · Funkcionalni izid · Krhkost · Kognitivni status
Večkratne operacije · Maligna bolezen · Urgentna kirurgija

Prognoza — biološka in življenjsko-funkcionalna razsežnost

BIOLOŠKA PROGNOZA

- Pričakovano preživetje
- Verjetnost napredovanja bolezni
- Uspeh onkološkega zdravljenja
- Možnost odprave akutnega problema

ŽIVLJENJSKO-FUNKCIONALNA PROGNOZA

- Stopnja samostojnosti po posegu
- Možnost bivanja doma
- Verjetnost institucionalizacije
- Kognitivni potek in kakovost življenja

Kirurgija lahko izboljša biološko prognozo in hkrati poslabša življenjsko-funkcionalno.

- **Funkcionalni izid = primarni, ne sekundarni izid visoko tveganega kirurškega odločanja**
- Brez vprašanja o funkcionalnem izidu je kirurška odločitev nepopolna

Krhkost — operabilen ≠ primeren za operacijo

- **Krhkost = zmanjšana fiziološka rezerva + povečana ranljivost za neugodne izide**
- Ni le prognostični podatek — je opozorilo

ROBUSTNI BOLNIK

Obsežna operacija → jasna pot do izboljšanja.
Okrevanje verjetno, funkcionalni izid dober.

KRHKI BOLNIK

Operacijo preživi — a se pogosto ne vrne na funkcionalno raven pred posegom.
Dolgotrajno okrevanje, tveganje institucionalizacije.

Ključno vprašanje: »Ali bo bolnik po operaciji dosegel stanje, ki ga sam šteje za sprejemljivo?«

- Odločitev ne operirati krhkega bolnika = pogosto bolj realistična in manj škodljiva oblika zdravljenja

Kognitivni upad — dve ravni kirurškega odločanja

RAVEN 1 — VPLIV NA IZID

- Večja verjetnost pooperativnega delirija
- Tveganje trajnega funkcionalnega upada
- Težje sodelovanje pri rehabilitaciji
- Pogostejši odpust v domsko oskrbo

RAVEN 2 — VPLIV NA ODLOČANJE

- Demenca ≠ avtomatična izguba avtonomije
- Sposobnost odločanja je specifična za konkretno situacijo
- Ko ni prisotna: odločanje po načelu najboljšega interesa in predhodno izraženih vrednotah

KOMUNIKACIJA S SVOJCI

- Svojci doživljajo neoperiranje kot »odnehati« — kirurg mora jasno ločiti: opustitev posega ≠ opustitev oskrbe
- **Cilj: dostojanstvena, simptomatsko usmerjena, aktivna oskrba**

Kumulativno breme zdravljenja — kdaj je dovolj dovolj?

- Z vsako naslednjo operacijo: slabši pogoji, manjša verjetnost polnega okrevanja
- Bolnik morda ostaja tehnično operabilen — a verjetnost sprejemljivega izida se zmanjšuje

SUNK COST LOGIKA

"Ker smo že toliko vložili, moramo nadaljevati"

→ Pretekli vložek ne ustvarja sedanje indikacije

→ Vsaka nova odločitev mora biti neodvisna presoja

ZDRAVLJENJE vs. PROCES

Dodatna operacija naslavlja posledice prejšnjih intervencij — ne bolezni.

Vprašanje: ali zdravimo v bolnikovo korist ali nadaljujemo cikel?

MULTIDISCIPLINARNA RAZPRAVA

Strokovnjaki, ki niso čustveno in tehnično vpeti v kirurški potek, so ključni za uravnoteženo presojo.

Napreovala maligna bolezen — anatomsko korekcija ≠ življenjska korist

- Operacija je pogosto tehnično izvedljiva — a ne nujno življenjsko koristna
- Kirurgija »reši« lokalni problem (obstrukcija, perforacija, krvavitev) — bolnik preživi, a preostanek časa preživi v okrevanju, ne doma

CILJ POSEGA MORA BITI IMENOVAN KONKRETNO:

- Zmanjšati bolečino? Odpraviti krvavitev? Omogočiti odpust domov?
- Ustvariti časovno okno za paliativno sistemsko zdravljenje?
- **Ali operiramo ker je problem »rešljiv« — brez jasne koristi za bolnika?**

Kirurgija v napreovali maligni bolezni ni avtomatično »aktivnejša« in torej boljša oblika zdravljenja.

- Simbolni pomen operacije (»naredimo vse«) ustvarja pritisk brez medicinske podlage

Urgentna kirurgija pri krhkem bolniku — časovni pritisk ne ukine etične presoje

- Pri krhkem, zelo starem bolniku z akutnim stanjem: nujna operacija odpravi problem — pogosto pa hkrati sproži verigo, iz katere bolnik ne doseže sprejemljivega življenja
- **ACTION BIAS** je tu največji: vsako ukrepanje se zdi moralno bolj pravilno kot zadržanost

ETIČNA ZAHTEVA KLJUB URGENCI

- Kolikor je časa: presoja ciljev zdravljenja
- Če bolnik sodeluje: kaj zanj pomeni sprejemljiv izid?
- Če ne: s svojci razjasniti bolnikove predhodno izražene vrednote
- Urgentnost ≠ samodejno najboljša odločitev

Urgentna odločitev ne operirati je včasih najtežja in hkrati najbolj odgovorna oblika medicinske presoje.

K I R U R G

Psihologija, kultura in struktura odločanja

Fix-it model · Kirurški entuziazem · Surgical buy-in
Klinični zagon · Pristranskosti · Identiteta · Profesionalna zrelost

Fix-it model in kirurški entuziazem

FIX-IT MODEL (Kruser et al., Ann Surg 2015)

- Bolezen = popravljiva okvara; operacija = rešitev
- Deluje dobro v klasičnih stanjih
- Nevarno pri: krhkih, onkoloških, večkrat operiranih, kognitivno prizadetih
- Ustvarja vtis: odprava lokalnega problema = vrnitev v boljše stanje
- *»Kaj lahko popravimo?« mora postati »Kaj bo popravek pomenil za življenje tega človeka?«*

KIRURŠKI ENTUZIAZEM

- Izhaja iz legitimnih vrlin: odločnost, zavzetost, tehniška ambicija
- V mejnih situacijah: enaka energija → razširjanje indikacij
- Pretirano optimistična interpretacija verjetnosti izida
- Manjši poudarek na funkcionalnem bremenu zdravljenja
- **Korektiv: pogovor o ciljih, ne o posegu**

Kirurški entuziazem je lahko vir odličnosti — ali tiho vodi v prekomerno zdravljenje. Ključno je, ali ga kirurg prepozna kot del lastnega odločanja.

Surgical buy-in — neizrečeni dogovor, ki ustvarja konflikte

- **Surgical buy-in (Schwarze, Crit Care Med 2010):**
 - Implicitna »pogodba«: bolnik privoli v operacijo — hkrati implicitno tudi v pooperativno eskalacijo
 - Kirurg in bolnik razumeta obseg dogovora različno
 - **Pristanek na operacijo ≠ pristanek na neomejeno intenzivno zdravljenje**

PRAKTIČNI SKLEP — Pred velikim posegom je treba izrecno odpreti:

- Kakšno pooperativno zdravljenje je za bolnika še sprejemljivo?
- Kateri izid bi zanj pomenil »previsoko ceno«?
- Kako si želi, da odločamo, če se potek dramatično odmakne od pričakovanega?

Neskladje med pričakovanji kirurga in bolnika postane vidno šele ob zapletu — takrat je klinična težava že tudi moralni konflikt.

Klinični zagon in kultura reševanja



Vsak korak je racionalen — nihče ne presoja smeri celotne poti.

ZAKAJ JE ZAGON TAK MOČAN

- Organizacijsko: sistem je naravnano na nadaljevanje
- Psihološko: sunk cost — ker smo že toliko vložili
- Komunikacijsko: lažje je »naslednji korak« kot vprašanje o smislu

KULTURA REŠEVANJA

- Reševanje bolnika = osrednja moralna vrednost kirurgije
- Reševanje zaradi bolnika ≠ reševanje zaradi imperativa »ne-odnehati«
- Rešitev: strukturirani premori, časovno omejeni terapevtski poskusi, zgodnji MDK

V kulturi, kjer je nadaljevanje lažje od ustavitve, so potrebni sistemski mehanizmi — ne le boljši posamezniki.

Kognitivne pristranskosti v kirurškem odločanju

ACTION BIAS

Ukrepanje se intuitivno zdi moralno bolj pravilno kot zadržanost — četudi bi bila za bolnika bolj smiselna

OPTIMISM BIAS

Lastna usposobljenost vodi k precenjevanju verjetnosti dobrega izida pri konkretnem bolniku

AVAILABILITY BIAS

Uspešni, impresivni primeri so bolj dostopni spominu — nezavedno precenjevanje verjetnosti dobrega izida

SUNK COST BIAS

Pretekli vložek poveča pripravljenost za nadaljnje intervencije, čeprav ne govori nič o sedanji koristnosti

Prepoznavanje pristranskosti ni samokritika — je pogoj za zrelo odločanje. Ostajajo nevarne, kadar so nevidne.

Kirurška identiteta in profesionalna zrelost

KIRURŠKA IDENTITETA

- Kultura vrednoti: odločnost, akcijo, tehnično spretnost, reševanje v krizi
- Zadržanost zlahka deluje kot manj strokovna, manj pogumna
- Odločitev ne operirati = identitetni izziv, ne le klinična presoja
- *Kirurg kot reševalec: legitimna figura — le če reševanje ostaja vezano na bolnikovo dobro*

Klasični kirurški pogum

Pogum posega — odločnost v akutnih situacijah

PROFESIONALNA ZRELOST

- Mentorstvo: etika se uči iz zgleda, ne iz predavanj
- *»Narediti nič« vs. »Odločiti se za bolniku ustreznejšo oskrbo«*
- Oddelek, ki nikoli ne pokaže legitimnosti zadržanosti, ne vzgoji kirurgov, ki jo znajo utemeljiti

Sodobni kirurški pogum

Pogum zadržanosti — upreti se inerciji intervencije

Moralna stiska — znak ohranjene moralne občutljivosti, ne osebne šibkosti

- Nastane, ko klinik zazna, da zdravljenje ne služi bolnikovim vrednotam, a tega ne more uresničiti
- Ni individualni psihološki problem — je pokazatelj sistemske etične napetosti

VIRI MORALNE STISKE

- Neskladje med cilji in dejanskim zdravljenjem
- Nesoglasja v timu (hierarhija, vloge)
- Pritiski svojcev («naredite vse«)
- Institucionalna kultura, ki stigmatizira dvom

INSTITUCIONALNI ODZIV — 4 KORAKI

- Zgodnejša komunikacija o ciljih zdravljenja
- Multidisciplinarna razprava kot standard
- Kultura, ki dovoljuje dvom brez stigmatizacije
- Izobraževanje: etika zadržanosti kot del identitete že v specializaciji

Zdravnik, ki čuti stisko, ker sodeluje pri zdravljenju brez razumne koristi, je etično bolj ozaveščen — ne šibkejši. Moralna stiska je odziv na neustrezno organiziran sistem.

Štiri sposobnosti sodobne kirurgije

1 Boljši pogovor z bolnikom

O ciljih, sprejemljivih in nesprejemljivih izidih, realnih scenarijih (Best Case / Worst Case)

2 Multidisciplinarna presoja kot standard

Kirurški pogled dopolnjen z anesteziologijo, intenzivno medicino, geriatrico, paliativno oskrbo

3 Prepoznavanje lastnih pristranskosti

Fix-it, action bias, optimism bias, sunk cost — nevarne postanejo, ko ostanejo nevidne

4 Poklicna identiteta, ki legitimira zadržanost

Odločitev ne operirati = legitimna in včasih najvišja oblika strokovnosti

Veličina kirurgije se ne meri le v tem, kaj zmore narediti — temveč tudi v tem, čemur se zna odpovedati.