

2. Svojim učiteljima iskazivat će poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primio.
3. Ako drugi liječnik zatraži od njega stručni savjet i/ili pomoć, pružit će mu je ne-sebično i prema svom najboljem znanju.
4. Liječnik neće pridobivati bolesnike svojih kolega.
5. Liječnik može preuzeti skrb nad bolesnikom drugog liječnika samo na zahtjev dotičnog liječnika ili pacijenta.
6. Obveza je liječnika koji upućuje pacijenta drugom liječniku da ga obavijesti o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika.
7. Suradnike ili drugo osoblje liječnik će upozoriti na učinjene propuste na način koji neće povrijediti njihovo ljudsko i profesionalno dostojanstvo, a nikad pred bolesnikom ili njegovim bližnjima.
8. U slučaju da liječnik sazna o neodgovarajućem etičkom, moralnom ili medicinskom postupku kolege, to neće raspravljati s bolesnikom, njegovim bližnjima ili drugim kolegama, nego će se obratiti odgovornoj osobi te Hrvatskoj liječničkoj komori i Hrvatskom liječničkom zboru.
9. Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci.
10. Liječnik će čuvati svoj stručni ugled i neovisnost, ne pristajući da mu se ime ističe i povezuje s trgovačkim aktivnostima radi stjecanja osobne koristi. Izbjegavat će stjecanje i širenje ugleda samoisticanjem i netočnim samooglašavanjem u sredstvima javnog priopćavanja.
11. Liječnik neće surađivati s pojedincima, ustanovama ili društvima koji zlorabe povjerenje javnosti zastupajući neprovjerene tvari i postupke namijenjene liječenju, čuvanju i promicanju zdravlja.
12. Svojim ponašanjem i djelovanjem čuvat će ugled liječništva.

Članak 10. - Završne odredbe

1. Poštovanje odredaba ovoga Kodeksa obvezno je za sve liječnike.
2. Povrede odredaba ovoga Kodeksa disciplinske su prirode. Disciplinski postupak zbog povrede Kodeksa propisan je aktima Hrvatske liječničke komore (HLK) i Hrvatskoga liječničkoga zbora (HLZ).
3. Pravo je i obveza liječnika da o svakom kršenju odredbi Kodeksa obavijesti Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-e i HLZ-a koja prate primjenu Kodeksa.
4. Liječnici su obvezni odbiti svaku radnju koja je u suprotnosti s načelima iznesenim u Kodeksu, a HLK i HLZ su im obvezni pomoći svim stručnim i pravnim sredstvima, ako se za to ukaže potreba.
5. Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ne isključuje pokretanje disciplinskoga postupka pred nadležnim sudom HLK-e i HLZ-a.
6. Liječnik kojeg je sud Hrvatske liječničke komore proglasio nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti povrijedio je odredbe i ovoga Kodeksa.
7. Ovaj Kodeks stupa na snagu osmog dana nakon objave na oglasnoj ploči HLK-e i HLZ-a, a primjenjuje se od 1. ožujka 2007.
8. Ovaj Kodeks objavljuje se u glasilima HLK-e i HLZ-a te u "Narodnim novinama".

**XV. proljetni simpozij medicinske etike
Hrvatskoga liječničkog zbora
“ETIKA ALIBI MEDICINE U HRVATSKOJ”**

Zagreb, 2. lipnja 2015.

■ **Organizator**

Hrvatski liječnički zbor
Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju

■ **Predsjednica - voditeljica**

Morana Brkljačić

■ **Urednik**

Goran Ivanišević

■ **Nakladnik**

Hrvatski liječnički zbor

■ **Za nakladnika**

Željko Krznarić

■ **Recenzent**

Stella Fatović-Ferenčić

■ **Grafički dizajn**

Ivor Ivanišević

■ **Tisak**

Interprint, Zagreb

■ **Naklada**

50 primjeraka

© Hrvatski liječnički zbor
Zagreb, 2015.

Sva prava pridržana. Nijedan dio ove knjige ne smije se reproducirati ni prenositi elektroničkim putem, fotokopiranjem, presnimavanjem ili na bilo koji drugi način bez pisanog odobrenja nakladnika.

ISBN 978-953-7959-36-4

4. Koristi, rizici, poteškoće i učinkovitost nove metode trebaju biti uspoređeni s najboljim postojećim profilaktičkim, dijagnostičkim i terapijskim metodama. To ne isključuje uporabu placeba, ukoliko njegova primjena ne ugrožava dobrobit ispitanika. Korištenje placeba dopušteno je ukoliko plan istraživanja to nedvojbeno nalaže.

5. U određenim istraživanjima valja prosuditi i moguću štetu za okoliš, a tamo gdje su uključene pokusne životinje primijeniti načelo najmanje patnje.

6. Liječnik koji vodi istraživanje obvezan je ispitanike koji budu obuhvaćeni istraživačkim projektom temeljito upoznati sa smislom rada, očekivanom koristi i mogućom opasnosti te će nakon toga pribaviti njihov pisani pristanak. Ako to zbog maloljetnosti, poslovne nesposobnosti ili stanja svijesti ispitanika nije moguće, pristanak će zatražiti od njegova zakonskog zastupnika.

7. Ako ispitanik tijekom istraživanja postane sposoban za samostalno odlučivanje, istraživač mora za daljnja istraživanja dobiti njegov pisani pristanak. Ispitanik može, bez posljedica za njega osobno, u svako doba odustati od daljnjeg sudjelovanja u istraživanju.

8. Istraživač ne smije utjecati na odluku ispitanika o sudjelovanju ili nesudjelovanju u terapijskom ili neterapijskom istraživanju, osobito kada je ispitanik ovisan o istraživaču.

9. Istraživanje novih profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka mogu provoditi samo neovisni istraživači u okvirima odobrenog plana kliničkog pokusa.

10. O postignutim rezultatima liječnik-istraživač obavijestit će, prema pravilima znanstvenog izvješćivanja, znanstvene i stručne krugove na medicinskim javnim sastancima i u medicinskim časopisima, a širu javnost tek nakon što je o njima utvrđeno stručno mišljenje.

Članak 7. - Ljudski genom

1. Zabranjen je svaki oblik diskriminacije neke osobe na temelju njezina genetskog nasljeđa.

2. Testovi koji pretkazuju nasljedne bolesti, bilo da služe za prepoznavanje nositelja gena odgovornog za bolest, bilo za otkrivanje nasljedne predispozicije odnosno prijemljivosti za bolest, mogu se izvoditi jedino u zdravstvene svrhe ili kao dio znanstvenih istraživanja u zdravstvene svrhe i to nakon nepristranog genetskog savjetovanja.

3. Zahvati usmjereni na preinaku ljudskog genoma mogu se izvoditi samo u preventivne, dijagnostičke i terapijske svrhe uz uvjet da se te preinake ne prenose na potomstvo.

4. Stvaranje genetski identičnih osoba (kloniranje) suprotno je etici i poštivanju ljudskog dostojanstva te je zabranjeno.

Članak 8. - Odnos prema osobama s ograničenom slobodom

1. Liječnik koji radi u ustanovama zatvorenog tipa osobito će poštovati prava pacijenata u tjelesnom i duševnom pogledu i paziti na njegovo osobno dostojanstvo. Prisilno liječenje i hranjenje dopušteno je samo u slučajevima kada bolesnik nije sposoban da o tome svjesno odlučuje. Ako duševno zdrava i punoljetna osoba odbija hranu, liječnik to mora poštovati.

2. Liječniku je zabranjeno sudjelovati u nasilju prema čovjeku.

Članak 9. - Odnosi prema drugim liječnicima i struci

1. Častan će se liječnik odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi želio da se oni odnose prema njemu.

2. U planiranju obitelji, liječnik će promicati ponajprije odgojne i prirodne metode, a zatim one metode planiranja obitelji koje su u skladu s medicinskim spoznajama i moralnim stavovima žene i muškarca. Liječnikova je obveza upoznati ženu i muškarca s načinom djelovanja i štetnosti pojedinih kontracepcijskih sredstava, odnosno postupaka.

3. U okviru liječenja neplodnosti liječnik mora znati da primjena metoda potpomognute oplodnje, uključujući i izvantjelesnu oplodnju, pretpostavlja razumijevanje biti takvih postupaka u osoba koje im se podvrgavaju. Obveza je liječnika poznavati etičko vrednovanje pojedinih metoda prema prihvaćenim suvremenim stavovima.

4. Razvijanje viška ljudskih zametaka u istraživačke svrhe, neprihvatljivo je i neetičko.

Članak 4. - Umirući pacijent

1. Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg pacijenta, kada će liječnik pacijentu uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući pacijentovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i pacijentove bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju pacijentovih tegoba.

2. Namjerno skraćivanje života (eutanazija) u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise.

3. Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju je medicinski neutemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.

Članak 5. - Presađivanje tkiva i organa

1. U slučaju smrti mozga, utvrđene na stručno prihvaćeni način, liječnik smije u okviru pozitivnih propisa održavati život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih pacijenata. O namjeri da s mrtvog tijela presadi dijelove tijela, organe ili tkiva, liječnik će obavijestiti najbližu obitelj odnosno skrbnika. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije tome u pisanom obliku protivio.

2. Liječnik koji sudjeluje ili bi mogao sudjelovati u postupku presađivanja ne smije sudjelovati u donošenju odluke o smrti mozga davatelja, zbog mogućeg sukoba interesa.

3. Ako liječnik sudjeluje u presađivanju tkiva ili organa sa živog davatelja, obavezan ga je savjesno upoznati s naravi zahvata i njegovim mogućim posljedicama.

Članak 6. - Biomedicinska istraživanja

1. Pri znanstvenom istraživanju liječnik će se pridržavati preporuka *Helsinške deklaracije* i njezinih revizija.

2. Osnovna je svrha istraživanja na ljudima unapređenje profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te razjašnjavanje uzroka i nastanka bolesti. U njima dobrobit pojedinca ima prednost pred interesima znanosti i društva. Obveza je liječnika da u medicinskim istraživanjima štiti život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo ispitanika.

3. Liječnik koji poduzima istraživanja u području biomedicine mora biti znanstveno obrazovan i osposobljen. On je obavezan podastrijeti plan istraživanja na ocjenu nadležnom neovisnom etičkom povjerenstvu u pogledu znanstvene opravdanosti i etičke prihvatljivosti. U tom prijedlogu moraju biti jasno ocijenjene moguće opasnosti i poteškoće u usporedbi s očekivanom dobrobiti za pojedinca i koristi za društvo.

ETIKA ALIBI MEDICINE U HRVATSKOJ

Knjiga izlaganja
na XV. proljetnom simpoziju medicinske etike
Hrvatskoga liječničkog zbora
Zagreb, 2. lipnja 2015.

Urednik
Goran Ivanišević



Zagreb, 2015.

6. Liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu te samo ono liječenje koje je u skladu s provjerenim spoznajama suvremene medicinske znanosti. Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka te pobuđivanje lažne nade u pacijenata i njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike.

7. U svojem postupku s pacijentom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi. Nepotrebne preglede i liječenje neće provoditi, bez obzira tko snosi troškove skrbi za bolesnika.

8. Liječnik će na prikladan način obavijestiti pacijenta o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima i opasnostima te rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima na uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi pacijent mogao donijeti ispravne odluke o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.

9. Obveza je liječnika da pokaže razumijevanje za zabrinutost pacijentovih bližnjih, da ih o pacijentovu stanju ispravno obavješćuje te da s njima surađuje na pacijentovu korist.

10. Pacijent ima pravo saznati istinu, kao i dobiti na uvid cjelokupnu medicinsku dokumentaciju o svojoj bolesti. Pacijent ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti obavijest o prirodi svoga zdravstvenog stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera, osim u slučajevima u kojima mora biti svjestan svoje bolesti kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

11. Za vrijeme svoje odsutnosti liječnik je obavezan pobrinuti se za stalnu medicinsku skrb svojih pacijenata.

12. Ako potrebe liječenja pacijenta prelaze liječnikove mogućnosti, znanje ili vještine, on je obavezan pobrinuti se da pacijenta uputi na skrb drugom liječniku koji takve potrebe može ostvariti. Ako sam pacijent isto zatraži predat će ga na skrb drugom liječniku. Ako liječnik ocijeni da su mu u skrbi za pacijenta potrebni stručni savjeti drugih liječnika, predložit će sazivanje liječničkog konzilija.

13. Ako se pacijent, koji je dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban samostalno odlučivati, ne ponaša sukladno preporukama liječnika glede prevencije i liječenja bolesti, liječniku je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može liječnik postupiti prema pacijentu koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći. Ako u ovakvim slučajevima prijeti pacijentu opasnost za život, liječnik mu je obavezan pomoći.

14. Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obavezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent izjavi, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o bolesniku prenose, obrađuju i pohranjuju.

15. Liječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.

16. Liječnik se ne smije upuštati u osobne ili obiteljske probleme pacijenta, niti pokušavati utjecati na njega izvan onoga što zahtijeva njegovo liječenje.

Članak 3. - Planiranje obitelji i regulacija ljudske plodnosti

1. Obveza je liječnika da prihvaćene suvremene postupke antenatalne i postnatalne skrbi primjenjuje sa svrhom da pomogne rađanje, rast i razvoj djeteta.

Na temelju zajedničkih sastanaka predstavnika Povjerenstava za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkoga zbora i Hrvatske liječničke komore, uz sudjelovanje pravnika Komore te suglasnosti na predloženi tekst predsjednika Povjerenstava Zbora i Komore donesen je prijedlog Kodeksa medicinske etike i deontologije koji je usvojen redovitim postupkom na tijelima Komore i Zbora i primjenjuje se od 1. ožujka 2007.

KODEKS MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE

Članak 1. - Temeljna načela

1. Liječniku je časna obveza svoje životno usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka.
2. U tom smislu on će poštovati ljudski život od njegova početka do smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti.
3. Liječničku će pomoć pružati jednako svima bez obzira na dob, spol, rasu, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući pri tome ljudska prava i dostojanstvo osobe.
4. Svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva održavajući visoke standarde stručnog rada i etičkog ponašanja prema pacijentu i njegovim bližnjima te zdravim osobama.
5. U svojem će djelovanju čuvati ugled i dostojanstvo liječničkog staleža i časno se odnositi prema kolegama.
6. Svoje znanje i umijeće uvijek će odgovorno primjenjivati u skladu s načelima ovoga Kodeksa.

Članak 2. - Obveze prema pacijentu/bolesniku

1. Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom.
2. Svoj će posao obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući pacijenta niti emotivno, niti tjelesno, niti materijalno.
3. Osim redovite nagrade za liječnički rad, u obliku plaće ili honorara i zadovoljstva da je pomogao pacijentu, drugo stjecanje materijalne ili bilo koje druge koristi iz njegova liječničkog rada protivno je ovom Kodeksu.
4. Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć. Kad pacijent nije sposoban o tome odlučivati, o tome odlučuje njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazočan, liječnik će, ako se s odlukom ne može pričekati, primijeniti, po svom znanju, najbolji način liječenja.
5. Pregled i pružanje liječničke pomoći djeci i maloljetnim osobama liječnik će učiniti uz suglasnost roditelja ili skrbnika, odnosno starijih najbližih punoljetnih članova obitelji, osim u hitnim slučajevima. On će primijeniti najprikladniji postupak, a otkloniti zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život djeteta i maloljetne osobe. Pri sumnji na zloporabu ili zlostavljanje djece i maloljetnih osoba, liječnik je obavezan upozoriti odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno maloljetne osobe.

SADRŽAJ CONTENTS

■ Goran Ivanišević Predgovor Foreword	7
■ Morana Brkljačić Uvodna misao Introductory thought	9
■ Goran Ivanišević Kodeks medicinske etike i deontologije u etici alibi medicine u Hrvatskoj The Codex of Medical Ethics and Deontology and ethics of alibi medicine in Croatia	11
■ Ivan Žokalj, Mirjana Sabljarić-Matovinović Etički aspekti defenzivne medicine Ethical aspects of defensive medicine	19
■ Ingrid Prkačin, Vesna Đermanović-Dobrota Etička načela liječničkog pristupa u obradi bolesnika u hitnoj službi Ethical aspects of medical action in diagnostic approach in emergency unit	25
■ Ana Planinc-Peraica Etičnost alibi medicine - kako je to u internoj medicini? Ethics of alibi medicine in internal medicine	28
■ Lidija Gajski Predijagnosticiranje - novi fenomen moderne medicine Overdiagnosis - a new phenomenon of modern medicine	33
■ Ivana Marasović Šušnjara, Maja Vejić Izreči istinu - etičke dvojbe Telling the truth - an ethical dilemma	45
■ Sanja Kovačić, Srđana Telarović, Sunčana Roksandić Vidlička Etički i pravni aspekti neurološkog bolesnika Ethical and legal aspects of neurological patients	52
■ Alen Greš, Ljubomir Radovančević Medicinska etika i bioetika u kontekstualnoj relaciji Medical ethics and bioethics in contextual relation	57
■ Prilog Kodeks medicinske etike i deontologije Codex of Medical Ethics and Deontology	64

velikih boginja), a istovremeno ogriješilo bi se o Hipokrata (*primum non nocere*). To je ambivalencija u odluci post moderne medicine (10).

ZAKLJUČAK

Etika je ugrađena u um i karakter liječnika već u studentsko doba. To nije alibi, niti Damoklov mač koji nam visi nad glavom da moramo opsesivno kompulzivno paziti da se ne otkine na užetu na kom visi našom greškom i padne nam na glavu. Etika je sama po sebi razumljiva *Eo ipso, verbatim et de rerum naturae medicinae*, nije izgovor, isprika.

Kada liječnik pogriješi ne mora i ne može dokazivati da je *tempore acti*, ali ne daj Bože *tempore criminis* zatekao se na nekom drugom mjestu jer se točno zna gdje je i kada bio. Bio je u krivo vrijeme na krivom mjestu neželjeno svojom greškom.

LITERATURA

1. Bosanac M, Mandić O, Petković S. *Rječnik sociologije i socijalne psihologije*. Zagreb: Informator. 1977.
2. Klaić B. *Rječnik stranih riječi*. Zagreb: Nakladni zavod MH. 1990.
3. Hart HLA. Are there any natural rights? *Philosophical Review* 2002;64(4):155-175.
4. Katz J, Capram A, Glass ES. *Experimentation with Human Beings*. New York: Russell Sage Foundation. 1972.
5. Pens G. *Klasični slučajevi iz medicinske etike*. New York: The McGraw Hill Companies Inc. 1990.
6. Šeparović Z. *Granice rizika - etičkopравни pristupi medicini*. Zagreb-Čakovec: Jumena. 1986.
7. Feinberg J. *Rights, justice, and the bounds of liberty*. New Jersey: Princeton University Press. 1980.
8. Nietzsche F. *Tako je govorio Zarathustra*. Zagreb: Globus. 1990.
9. Kant I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Darmstadt: Weichendel. 1983.
10. Nozick R. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books Inc. 1974.

U bioetici, malo je, gotovo nema sadržaja, koji ne zanimaju medicinsku struku. Medicina nije samo biologijska znanost, nego kao *scientia, doctrina et ars*, u svojoj bazi i domeni involira anatomiju, fiziologiju, farmakologiju, sociologiju, pa sve specijalnosti. jasno je da se određene, a i općenito znanosti o predmetima, međusobno isprepliću i pokrivaju inter-, kros-, poli- ipluri- disciplinarno i multidimenzionalno.

Naziv deontologija (grč. deon je ono što obvezuje, - dein = obvezivati), izvorno dio etike - znanost o dužnostima, afirmira se u medicinskim udžbenicima kao sinonim medicinske etike.

Bioetika je dakle, plauzibilan, obuhvati pojam i za medicinsku etiku, a pogotovo za deontologiju.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Ne obazirući se na činjenicu što suvremeni medicinski djelatnici imaju, sudeći po nepristrasnim kriterijima, sve znatnije i produbljenije stručno poznavanje svoje materije i koliko god liječnici bili dobronamjerni još se dešava da posljedice njihova ne činjenja od manuelnog, fizički-operantnog, biokemijsko-farmakološko, pa i do govornog, podliježu ponekad nepredviđenim greškama i komplikacijama u bolesnika u svom radu. Ta je tema bila opširno i temeljito obrađena u tematskom broju Liječničkog vjesnika, a provocirana nespretnim rječkim slučajem.

A propos verbalnog učinka u psihoterapiji (direktno savjetovanje je npr. zabranjeno) te u liječenju niza tjelesnih bolesti, "verbalni delikt" liječnika može biti od goleme važnosti sudeći po posljedicama moći koje riječi imaju. Tako liječničko ignoriranje i indolencija mogu snositi ozbiljne negativne konsekvence po bolesnika, što se očituju u jatrogeniji. Ona se manifestira u vidu katkad teškog i nerjetko trajnog-definitivnog nepopravljivog tjelesnog ili duševnog oštećenja. Jatrogeno izazvanim poremećajima identične su medicinske greške (*medicine errors*).

Uzroci su neoprez, nepažnja, zaborav, a kumuje im i neznanje, neinformiranaost. Jatrogena se može dešavati kao rezultat *vis maior*, jer u medicini dva plus dva nije uvijek četiri. Radi se o varijabilnom biloškom "materijalu" i uz ponajbolje osvještene liječničke kautele. Postoje mišljenja da jatrogenozu predstavljaju samo oni epi/fenomeni nezavisni od liječničkih greški. Naime, *iatrogenesis* unatoč znanja, vještina, pažnje liječnika nastaje kao neželjena posljedica koja je epistemološki inherentna modernoj medicini, tj. koja se desi i kada se načelo *lege artis* postupa i u kurativi i u dijagnostici i u sprečavanju bolesti (9).

Dakle, nije bilo moguće pretpostaviti, predmnijevati događaj, nego on nastaje izvan, usprkos očekivanjima, a negativan je po bolesnika i po zdravstvenog djelatnika. Neke se stvari događaju i s više-manje udjela više sile, i *nolens-volens* krivnje djelatnika, npr. interakcije antagonističkih remedia, rezistentni sojevi bakterija, virulentni virusi-infekcije mrsom, nedovoorna sterilizacija i higijena itd. Prevencija je u pre - i post - diplomskom studiju, te obaveznoj naknadnoj kontinuiranoj edukaciji, doškolovanju liječnika (medicina je vječni studij, jer vehementno napredije, a jatrogena je sve češća i s letalnim ishodom) zatim: jači etički dril medicinara, posvemašnja briga o (mentalnoj) higijeni, veća učinkovitost intencija i intervencija Ministarstva zdravstva, striktno poštivanje svetosti života, te držanje načela *sacrifitio paucorum servat multos* (žrtvovanje manjeg broja spasit će većinu), kao i u selekciji u ratnoj kirurgiji nakon devastirajuće bitke. Jer, npr. masovno cijepljenje ugrožava 5 do 10% cijepljenih, da se ne bi rasplamsala prijeteća opasna (pan)demija (npr.

PREDGOVOR FOREWORD

Ovogodišnji, petnaesti po redu, *Proljetni simpozij medicinske etike Hrvatskoga liječničkog zbora* obrađuje aktualnu temu alibi medicine u Hrvatskoj. Simpozij će voditi predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkoga zbora.

Zahvaljujemo autorima koji su se odazvali pozivu sudjelovanja na Simpoziju i napisali svoje vrijedne radove.

Medicinskoj i svekolikoj hrvatskoj javnosti predajemo zbornik, novi prilog hrvatskoj medicinskoj etičkoj literaturi. Svojim sadržajem i aktualnošću radova, nadamo se, pridonijet će daljnjem unapređenju medicinske etike u Republici Hrvatskoj.

Hvala profesorici Stelli Fatović Ferenčić na recenziji rukopisa, g. Ivoru Ivaniševiću na grafičkome oblikovanju knjige i tiskari *Interprint* iz Zagreba na njezinu tiskanju.

U Zagrebu, 30. svibnja 2015.

Urednik

zakonik što kriminalac ima na umu bojeći se penalnih sankcijskih posljedica. Grube greške liječničke nisu oprostive i ogrešenja o etiku su obično izvan toga. Svaka greška se plaća. Postoji niz predhodnih mjera da se greške preduhitre: (na kirurškim gazama visi komadić olova koji se vidi na rentgenskoj slici. A i na ploči se bilježi broj uzetih i vraćenih gaza da se ne desi da neke budu zaboravljene).

Liječnički moral može govoriti o čuvanju tajne, ali ako ona ugrožava nečiji život nije ogrešenje ni iznevjerenje etike, ako su u pitanju ugroženi viši vitalni ciljevi.

Naknadne su korekcije i nadopunjavanja Hipokratove prisege uzrokovana biotehnoškim razvitkom koji je donio nove dvojbe, probleme i postavio nova pravila ponašanja. Tako npr. Helsinška deklaracija iz 1964.g. kao centralni dokument Svjetske medicinske udruge inkorporira moralna načela medicinskih opita na pripadnicima ljudske vrste u sve rizike takvih postupaka. Kako cilj opravdava sredstva, neophodna su proučavanja da se zadovolji svaka promocija i unapređenje profilaktičkih, dijagnostičkih i kurativnih metoda, te saznanje uzroka etiopatogeneze morbidnih pojava. U pitanju je i odgovornost provoditelja takvih biomedicinskih istraživanja. Radi se i o testiranju svih proizvoda farmakološke industrije (7).

Nužno je provoditi bioetičku provjeru svih zemljišnih i predloženih projekata.

Jedno od pitanja liječničke etike i bio/etike općenito jeste i briga i skrb o budućim generacijama ljudskog roda, koje se ne smiju unaprijed žrtvovati. Nečela održivosti u tom kontekstu definiraju kao način djelovanja koji idućim naraštajima ostavlja uvjete što im omogućuju dostojan i dostatan nivo kvalitete življenja.

Pravnici negiraju zdravstvena prava budućim generacijama jer one još ne žive, ali bioetika nalaže da se ne možemo ponašati po premisi "poslije mene potop". Ono i onako, kako smo naslijedili od svojih predaka dužni smo ostaviti potomcima pa i poboljšano. Osobito što se tiče napredka medicinske tehnologije i istrebljenja infektivnih bolesti. Buduća pokoljenja ne mogu i ne smiju biti žrtve naše ev. neetičnosti.

Nova epoha nosi niz novih bio-etičkih interesnih područja. Važan činitelj i *spiritus movens* liječničkog rada jeste senzibilitet za medicinsku etiku i moralitet osjećaja dužnosti. Od davnina je zahtjevano na obvezi liječnika da benefit bilokog bolesnika pretpostavlja svakom vlastitom interesu. To je i bio uzus svake liječničke ideologije. S druge strane obveza je društva da adekvatno evaluiira rad liječnika sprječujući umanjivanje njegovih poslova i zasluga, jer on nije proizvođač. Liječnik sam mora osigurati egzistenciju sebe i svoje obitelji dobivenom naknadom za svoj etički izvršen posao.

SREDIŠNJA RAZMATRANJA

Nove tehnologije u medicinskoj primjeni unose nužnost etičkih sadržaja i nove legislative. Zakon regulira medicinsku profesionalnu praksu. Kodeks javnog zdravstva definira samo legalni okvir medicinske prakse. Nužno je bilo uvođenje prava u medicinsku praksu.

Teološki aspekti bioetike, tj. religijski vid dozvoljava da neke intervencije na tijelu nakon smrti mogu pomoći bolesniku u potrebi, npr. uzimanje organa davatelja nakon njegovog zaživotnog pristanka.

Bioetika, dakle, dio je velikog korpusa etike, koja je opet grana filozofije, kao npr. i estetika. Prefiks *bio* u sastavu bioetike ne mora se odnositi samo na biologiju, nego i na život u najširem pojmovanju.

bolešću tj. spasiti ga od prerane smrti, iako to zahtjeva ulaganje znatnih društvenih sredstava i dalje ulaganje energije u vezi s tim. Liječnička je etika suprotna računici u zdravstvu. No, u *nota bene* i računica ima svoju etiku, pa je potrebno, unatoč limitima sredstava uznastojati i najučinkovitije realizirati svoju misiju medicine u nas i u svijetu. S tom medicinsko-etičkog dvojnom konfrontiraju se tematika, a i pitanje zdravstvenog planiranja, glede kurentne medicinske primjene i perspektivnog razvika liječničke prakse.

Planiranje u zdravstvu mora biti efikasno samo pod uvjetom da se orijentira spram etičkih dvojbi. Fundamentalno bi/etičko pitanje formira se i suočava u kolopletu limitiranosti i nedostatku resursa što se daje iz proračuna za momentalnu medicinsku praksu i njeno napredovanje i u smislu selekcije onog što je primarno, a što manje važno.

U području sprečavanja bolesti i poremećaja kao i u sferi liječenja, manifestiraju se bio/etičke dvojbe. Najme, pitanje je količine novca koji se izdvaja za znanstvena istraživanja i detekciju nemanifestnih bolesti, imajući u vidu učinke i izgleda tretmana nekih bolesti. Valja izabrati skupine bolesnika koji imaju prednost u ranom otkrivanju nekih bolesti. Dvojba je da li prioritetno pomoći onima za koje postoje veći izgledi i nade da će se nakon uspješnog liječenja vratiti u proizvodnji i prosječni život. To je pitanje uzaludnog liječenja jer populacija infaustnih bolesnika također se povećava, a suvremena medicina učinkovito je u toj sferi nesposobna (5).

Bazična je i ideja svih onih naših tradicionalnih proljetnih etičkih simpozija da upotrebljavajući intelektualnu stimulaciju medicinski-etičkih aspekata formira transdisciplinarnu raspravu o fundamentalnim aktualnosti naše recentne medicine. Ti su simpoziji dokazali da su ustanovili kros- dimenzionalne odnose medicinske etike, deontologije i bioetike; otvorili, osigurali i ekstenđirali buduću perspektivu medicinski-etičke međudisciplinarnosti kliničke i integrativne bio/etičke znanosti općenito i religije, kao i *weltanschaunga*.

Etičko utemeljenje liječništva počiva na održivosti mnoštva danih hipokratovskih postavki. Moralni standardi, etička odgovornost i dužnosti traju u spaciotemporalnom kontinuumu. Pitanje liječničke etike u načelu se ne postavlja na nov način u uvjetima recentne medicine, iako ima noviteta uslijed kretanja i napretka u suvremenom svijetu. Medicina je danas socijalizirana, jer je medicinska etika i bio/etika općenito inkorporirana u mnoge razumske sustave. Medicinska je etika preventijsko ekstenđiranje dobrobiti za čovjeka, bolesnika i pacijenta (korisnika zdravstvenih usluga) i onemogućavanje i mimoilaženje liječničkih pogreški i "komplikacija" (6).

Bioetika je šire područje od medicinske etike, a ona od deontologije. Klinička bioetika uklapa sve aspekte liječničke etike i tako se znanstvena područja interesa poklapaju i međusobno fertiliziraju.

Medicinsko pravo u interdisciplinarnom prožimanju oploduje i regulira pitanja liječničke etike. Ispresijecanje mnogih pravaca ove dvije oblasti u potpunjuje se novim iznašaćima.

Medicinska etike ne može biti izgovor za neke liječničke postupke, jer su u prvom redu namjere spašavanja ljudskog života i liječenje bolesti. Etika kao alibi jeste jedan unutrašnji čuvar što sprečava liječnika da ne pogriješi. Liječnička je etika sama po sebi shvaćena i određena i ugrađena u karakter liječnika i u medicinsku edukaciju. Čuva ga opominjujući prešutno da bude oprezan, jer se mogu nepažnjom neke liječničke greške i komplikacije koje također mogu biti uzrokovane predhodnom nesmotrenošću. Etika je analogno kao kritični

UVODNA MISAO INTRODUCTORY THOUGHT

Suvremena medicina i zdravstvena skrb za bolesnika posljednjih su desetljeća znatno napredovali. Stručna i znanstvena ostvarenja i spoznaje paralelno s napretkom farmakologije i tehnoloških dostignuća doveli su suvremenu medicinu do zavidnog statusa sigurnosti očuvanja ljudskog zdravlja. No, istovremeno pojavili su se i znakovi krize uzrokovani prvenstveno troškovima i raspodjelom novca u zdravstvu te trajno promijenili odnos liječnik - bolesnik odnosno društvo - liječnička profesija.

Uz tako rastuću primjenu raznih medicinsko - tehnoloških ostvarenja sa ciljem produženja dužine života i krizu odnosa u zdravstvu, medicina je nužno morala razviti i razvila je skup novih načela nužnih u rješavanju složenih etičkih problema. Upravo se etika u medicini bavi rješavanjem problema i situacija etičke naravi ukazujući time na činjenicu da je upravo medicinska etika od posebnog interesa iz razloga što u žarište postavlja aspekte liječenja i skrbi usmjerene na bolesnika uz istovremeno kritičko, moralno donošenje odluka.

Etički preduvjeti za kvalitetnu provedbu i organizaciju medicinske skrbi prvenstveno se odnose na definiranje rješenja u cilju promoviranja društvene dobrobiti općenito kao i dobrobiti bolesnika kako bi se umanjili ili ublažili učinci medicinski uzrokovane povrede. Rješavanje kliničkih, medicinsko-etičkih dvojbi u medicini uključuje mogućnost i sposobnost procjene jednog skupa rizika u odnosu na drugi, poznatu dobrobit nasuprot nepoznatog rizika, poznatog rizika nasuprot neizvjesne dobiti te sposobnost dovođenja u ravnotežu konkurentnih moralnih vrijednosti.

Kako bi liječnik i članovi zdravstvenog tima bili sposobni osloniti se na pojedine etičke smjernice, deklaracije, rezolucije, kodekse, potrebno je educirati kako liječnike, zdravstveni tim tako i studente medicine o postojećim dokumentima na koje se mogu pozvati u svom svakodnevnom radu.

Etička načela (dobročinstvo, neškodljivost, autonomnost i pravednost) za kliničko donošenje odluka uključuju podjednako medicinske i etičke kriterije. Etika kritičke prosudbe u donošenju odluka ne može se odvojiti od kliničkih okolnosti koje okružuju određeni slučaj jednako kao što se medicinsko donošenje odluka ne može sagledavati neovisno o svojim etičkim implikacijama.

Točka u kojoj se medicinska etika integrira u kliničku praksu možda se neće uvijek dostići, no zasigurno predstavlja cilj kojemu treba težiti.

U Zagrebu, 17. svibnja 2015.

dr.sc. Morana Brkljačić, dr.med.
Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
Hrvatskoga liječničkoga zbora

biologije, znanosti u “poslove Božje” kako bi rekli teolozi, a zapravo je pitanje života i smrti, abortusa, kloniranja, eutanazije i sl.

Bio/etika u referantnom okviru biomedicinskih izučavanja ima svoje nezamjenjivo mjesto. Biomedicinska istraživanja mogu se provoditi na ljudima (dragovoljcima) laboratorijska eksperimentiranja na životinjama prije nego na ljudima, a istraživači se moraju povinjavati u smislu poruka Helsinške deklaracije i njenih potonjih revizija. Cilj tih proučavanja treba biti jedino promoviranje etio (pato) genetskih. Dijagnostičkih i lječidbenih procedura i procesa. Istraživači trebaju imati u vidu da je benefit svake individue primaran, a socijalni i znanstvenički interesi tek su sekundarni. Liječnici i drugi istraživači koji se bave biomedicinskim izučavanjima na živim, zdravim ili bolesnim ljudima imaju obvezu i dužnost pridržavati se kriterija poznatih još iz Hipokratove prisege - *primum non nocere - secundum non plus nocere*, dakle zaštićivati život, zdravlje, dignitet i provrstnost svih ispitanika (4).

Uvjet da znanstvenik uopće projektira, oduzima i bavi se bio-medicinskim istraživanjima jeste da je za takav poduhvat adekvatno educiran i odgojen. Samo kvalitetan i precizno osposobljen znanstvenik može dobiti dozvolu od nadležnih organa da se upusti u takva istraživanja. Nezavisna etička povjerenstva po strukovnim staležnim komorama nakon razmatranja predloženih znanstvenih projekata evaluiraju i procjenjuju bio/etičku i znanstvenu adekvatnost i signifikantnost podnešenih planova, te daju - amenuju ili odbijaju placet.

Nedležna tijela, kao i prvobitni predlagatelji moraju imati u vidu sve eventualne hazarde, zamke, predvidljive teškoće, koparirajući to s pretpostavljenim benefitom za jedinku tako i ta cijeli socijum. Dužnost je istraživača da dobrobiti, opasnosti, efikasnosti nekog novo-iznađenog postupka, tehnike lijekova, kopariraju unaprijed s ponajboljim, već empirijskim, operativnim, lječidbenim, sprečavajućim ili dijagnostičkim procedurama, procesima ili metodama. Dopušteno je korištenje placeba ako projekt izučavanja novog lijeka to u svakom smislu zahtijeva.

Ekološki ev. štetni učinci moraju se također predvidjeti i na vrijeme prevenirati. Isto tako kada se vrše eksperimenti i ispitivanja na laboratorijskim i drugim životinjama moraju se uvažiti principi nanošenja najmanje moguće patnje.

Odnos bio/etike i zdravlja može se razmotriti u vezi enormnog utjecaja farmakološke industrije na manipuliranje liječnicima i općom populacijom utiliziranjem neefikasnih lijekova i dodataka prehrani. To se nameće od strane golemih korporacija pripradnicima liječničke struke putem koruptivnog potkupljivanja. Za uzvrat liječnici se nolens-volens obvezuju propisati velike količine nepotrebnih lijekova, kako bi se povećao profit tvornica medikamenata. Izmišljenim “empirijskim” spoznajama manipulira se u smislu tzv. “zdravizma”, zdravog načina života potrošačima, stvarajući predrasude što je zdravo, a što bolesno, što treba sprečavati, a što liječiti. Problem je u komercijalizaciji zdravlja i bezskrupulozna trka za profitom kapitalističke provenijencije.

Liječnik bi trebao misliti što o njemu misle drugi liječnici, druge kolege, a i prosječni stanovnik, te korigirati svoje odnose, ako su što krivo učinili.

Na koji se epistemološki zajednički nazivnik svodi liječnička etika, ako ne na to da orijentira djelatnike u zdravstvu da limitiranim sredstvima ostvare najučinkovitije ishode u prevenciji bolesti i poremećaja, te u promociji mentalnog i fizičkog zdravlja, a uspjehe u dijagnostici i kurativi.

Tu se krije i smisao tržišnog načela u sustavu štamparski shvaćene socijalizirane medicine *in ultima linea*. Zadaća medicine uvijek je bila produžiti život čovjeku zahvaćenog

Etika je neizostavljiva komponenta medicinske primjene. Zato su liječnici konfrontirani sa zbivanjima i okolnostima koje ih primoravaju i pozivaju na etičku evaluaciju i vlastito ponašanje vis-a-vis mnogih moralnih pitanja. Medicinskom etikom kao i djelom bioetike (biološke etike) i općenito etike u najširem znanstvenom i filozofskom smislu, označava se cjelokupnost izučavanja razložnosti i ciljeva moralnih htijenja, fundamentalnih mjerila za moralno evaluiranje, te zasnovanosti izvora morala (1). To je nauka u čudoređu na bazi morala *common sensea* (grč. etos = običaj narav navada, značaj, čud) - znanost o moralu, ima zadaću ne samo da nas upozna s tim što je moral, koje su njegove osnovne komponente, nego i da zauzme kritičko stanovište prema postojećoj moralnoj praksi. Zadaća etike nije samo u tome da ukaže na sva različita gledanja ljudi, nego i da izvrši vrijednosnu procijenu i da ukaže na pravo i istinske vrednote. Kritičko-filozofska etika treba pokazati ne toliko kakve moralne sudove ljudi nose, nego i kakve trebaju donositi o određenim karakteristikama i postupcima. Za etičara nije težište u opisu i analizi postojećih normi, nego i u pronalaženju novih (2).

Subspeciae - bioetike glede znanosti o životu - biologiji. Medicina pripada najvećim djelom među biološke, temeljne i primjenske znanosti. Bioetika je suvremena međudisciplinarna grana i medicinske znanosti, i involvira široku djetnost zasnovanu na zaštiti temeljnih ljudskih prava u medicini, te brizi za zaštitu budućih naraštaja, a uključuje profesionalnu deontologiju. Širok je raspon najrazličitijih tematika i problematika iz ove zajedničke oblasti, a neke će se ovdje samo natuknuti, neke i elaborirati.

Bioetika se definira kao područje susreta i dijaloga različitih znanosti i neznanstvenih pristupa koji se okupljaju radi artikuliranja, razmatranja i rješavanja etičkih pitanja vezanih za život u cjelini, u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima.

Medicinska deontologija osniva se na Hipokratovoj prisegi. Neophodno je poštivanje temeljnih prava bolesnika (3).

CILJ RADA

U radu se razmatraju bioetički aspekti medicinske etike i interdisciplinarne razmeđe bio/etike. Razdjelnice i multidimenzionalne okosnice ove dvije znanosti i prakse značajne su kako za teorijsku znanost tako i za primjenu. U širem domenu susreću se mnoge medicinsko etičke teme i obrađuju problemi iz njihove sfere.

METODE

Autori su prikupili informacije i materijal kroz svoju svakodnevnu liječničku praksu, kroz knjige, članke u časopisima, putem elektronskih medija.

REZULTATI I RASPRAVA

Fetus kao žrtva npr. zajednički je sadržaj obje discipline. Uplitanje medicine i biologije u oblasti ljudskog genoma artefijelne oplodnje, kloniranja u aktivnu eutanaziju, bioterorizam i druge, umnogome je vremenito bioetičkim i medicinsko etičkim konotacijama i kontekstom. Ogrješnje tijelom "povampirene", zlorabljene (ne samo medicinke) nego i, općenito govoreći znanosti o svojod svojih mitoloških početaka, sve do osobito pomahnitale suvremenosti, gdje su nehumani interesi nositelji diktata i materijalne osnove u vidu financiranja iz koristoljublja, proizvodnje ljekova koji ne djeluju i puni su nus pojava. Načelo istine važno je istaknuti kao polaznicu u osnovnu točku u istraživanjima u ovom području. U mitu, bajci i umjetnosti sve je moguće. Uplitanje medicine, molekularne

KODEKS MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE U ETICI ALIBI MEDICINE U HRVATSKOJ THE CODEX OF MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY AND ETHICS OF ALIBI MEDICINE IN CROATIA

prim.mr.sc. Goran Ivanišević, dr.med.

Hrvatski liječnički zbor
Šubićeva 9 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

U radu je prikazan hrvatski Kodeks medicinske etike i deontologije. U Kodeksu je regulirano i pitanje etike alibi medicine.

Ključne riječi: Kodeks medicinske etike i deontologije, etika alibi medicine, Hrvatska

SUMMARY

The Croatian Codex of Medical Ethics and Deontology is presented. In the Codex the ethics of alibi medicine is mentioned too.

Keywords: Codex of Medical Ethics and Deontology, ethics of alibi medicine, Croatia

UVOD

U Hrvatskoj je na snazi Kodeks medicinske etike i deontologije. Primjenjuje se od 1. ožujka 2007. i obvezatan je za sve liječnike. (1)

Petnaesti proljetni simpozij medicinske etike Hrvatskoga liječničkoga zbora ima temu "Etika alibi medicine u Hrvatskoj", koja je izabrana zbog svoje aktualnosti i u vrijeme kada se događa nova reforma hrvatskoga zdravstva.

Od 2001. godine Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkoga zbora trudi se aktualnim temama svratiti pozornost hrvatskoga liječništva i javnosti na bitna pitanja koja se susreću u hrvatskom zdravstvenom sustavu. U tablici su prikazane teme dosadašnjih simpozija, za koje su unaprijed bili tiskani zbornici radova (3-16). Godine 2012. izdano je zbirno djelo "Bioetičke teme" u kojemu su sakupljeni svi radovi prikazani i objavljeni na prvih 11 simpozija (2).

Tablica. **Proljetni simpoziji medicinske etike i deontologije Hrvatskoga liječničkoga zbora 2001.-2015.**

God.	Tema	Zbornik	Radovi
2001.	Bioetička edukacija medicinaru	2002:1-55.	8
2002.	Prava djeteta kao pacijenta	2002:1-71.	7
2003.	Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi	2003:1-92.	14
2004.	Liječnik i javnost	2004:1-43.	6
2005.	Bolesnik - prava i obveze	2005:1-84.	11
2006.	Hrvatsko zdravstvo u tranziciji	2006:1-63.	12
2007.	Zahvalnost liječniku	2007:1-54.	8
2008.	Liječnička tajna	2008:1-54.	7
2009.	Dostupnost medicinskih postupaka u Hrvatskoj	2009:1-67.	10
2010.	Zdravlje i/ili profit	2010:1-76.	10
2011.	Medicinska etička povjerenstva u Hrvatskoj	2011:1-66.	8
2012.	Prijeponi u zdravstvu - mirovanje i/ili sudovanje?	2013:1-65.	4
2013.	Ima li korupcije u zdravstvu?	2013:1-65.	5
2014.	Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj	2014:1-72.	12
2015.	Etika alibi medicine u Hrvatskoj	2015:1-68.	8
	Ukupno	930 str.	130

KODEKS

Prvi članak "Temeljna načela" - liječnik će svoje usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka, poštovati ljudski život od početka do naravne smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest, poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti. Pomoć će pružati svima jednako bez obzira na dob, spol, rasu, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući ljudska prava i dostojanstvo osobe. U radu će čuvati tradiciju liječničkog poziva, održavati visoke standarde stručnog rada i etičkog ponašanja prema bolesniku, njegovim bližnjima i zdravim osobama. Svojim će djelovanjem čuvati ugled i dostojanstvo liječničkog staleža, časno se odnositi prema kolegama, a svoje znanje i umijeće uvijek odgovorno primjenjivati u skladu s Kodeksom.

Drugi članak "Obveze prema bolesniku" - liječnik će poštovati prava bolesnika i smatrati njegovu dobrobit svojom prvom i osnovnom brigom. Posao će obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući bolesnika ni na koji način. Osim redovite nagrade za svoj rad, plaće ili honorara, zadovoljstva da je pomogao bolesniku, drugo stjecanje bilo koje koristi iz svoga rada protivno je Kodeksu.

Liječnik će poštovati pravo duševno sposobnog i svjesnog dobro obaviještenog bolesnika da slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika odnosno preporučenu njegovu pomoć. Kad bolesnik nije za to sposoban, o tome će odlučivati njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazočan, liječnik će, ako se s odlukom ne može pričekati, primijeniti, po svom znanju, najbolji način liječenja.

Pregled i pomoć djeci i maloljetnim osobama liječnik će pružati uz suglasnost roditelja ili skrbnika ili starijih najbližih punoljetnih članova obitelji, osim u hitnim slučajevima. Primijenit će najprikladniji postupak i otkloniti zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život djeteta i maloljetnih osoba. Na sumnju o zlorabi ili zlostavljanje djece i maloljetnih osoba, liječnik je, čuvajući njihovu privatnost i interes, obavezan upozoriti odgovorna tijela.

MEDICINSKA ETIKA I BIOETIKA U KONTEKSTUALNOJ RELACIJI MEDICAL ETHICS AND BIOETHICS IN CONTEXTUAL RELATION

Alen Greš, dr.med.

prim.dr.sc. Ljubomir Radovančević, dr.med.

Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata
Slovenska 2 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Autori u radu opisuju, objašnjavaju, operacionaliziraju, raščlanjuju, raspravljaju i komentiraju dodirne točke u susretu nekoliko sintonih bio/etičkih deontoloških vidova.

Ključne riječi: bio/medicinska istraživanja, ekologija, farmakološka industrija, planiranje i dvojbe u zdravstvu, jatrogenija, medicinsko pravo

SUMMARY

The authors in this paper describe, explain, operationalise, analyse, discuss and comment touching points in the meeting of several sintonic bio/etical deontologic aspects.

Keywords: bio/medical research, ecology, pharmaceutical industry, planing and dilemmas in health care, jatrogenesis, medical law

UVOD

Alibi na latinskom znači: "negdje na drugom mjestu". Riječ alibi se najčešće koristi u forenzici u smislu: "dokazati svoj alibi", a zapravo znači dokazati da je netko *tempore criminis* bio na drugom mjestu, a ne *in loco criminis*. Općenito shvaćajući, alibi označava dobar izgovor za neki propust ili neuspjeli postupak. Osim osnovnog značenja - odsutnost s mjesta zločina, riječ alibi označava ispriku. Medicinska etika nije samo moralni zakon kojom se medicinar ispričava za neku svoju pogrešku ili čak *crimen*. Ne može se liječnik "vaditi" na račun medicinske etike i bioetike, deontologije, ako se desi da pogriješi. Konstituirajući, izmislišvi u prošlosti, a uvijek, pa i danas, imajući i držeći se etike, liječnik se čuva da slučajno ne pogriješi.

Nekoliko se pitanja i problema u ovoj bioetičkoj kontekstualnosti i intertekstualnosti deklanšira pred suvremenom medicinom i ogleda se u narednih nekoliko topika.

Etičko znači po leksikonskim definicijama ono što se odnosi na ljudsku unutrašnju čistoću i savršenstvo relacija prema drugima, tj. na moralno besprijekorne sadržaje. S toga etički treba biti da je dostupnost medicinskih zahvata i procedura svim ljudima jednaka.

4. Beauchamp T. The legacy and the future. *Prot Hum Subj* 2004;1-3
5. Food and Drug Administration. Protection of human subjects; informed consent-FDA. Final rule. *Fed. Regist.* 1996;61:51498-51533.
6. Obiteljski zakon. *NN* 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11, 61/11, 25/13, 05/15.
7. Zakon o zaštiti prava bolesnika. *NN* 169/04, 37/08.
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Edited by American Psychiatric Association, American Psychiatric Publishing. 2013.
9. Ooi S, Manning P, eds. *Guide to the Essentials in Emergency Medicine*. 1 edition. McGraw-Hill. 2004.
10. FRA - European Union Agency for Fundamental Rights. Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
11. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM. i dr. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA* 2002;288:1403-1409.
12. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79:186-194.
13. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-559
14. World Medical Association. Resolution on the inclusion of medical ethics and human rights in the curriculum of medical Schools world-wide. Adopted by the World Medical Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999. <http://www.wma.net/e/policy/e8.htm> (accessed 17 Mar 2007)
15. Claudot F, Alla F, Ducrocq X, Coudane H. Teaching ethics in Europe. *J Med Ethics* 2007;33:491-495.

Liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu i liječenje sukladno provjerenim spoznajama suvremene medicinske znanosti. Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka i pobuđivanje lažne nade u bolesnika i njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike.

U postupku s bolesnikom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi i neće provoditi nepotrebne preglede i liječenje, bez obzira tko snosi troškove.

Na prikladan će način obavijestiti bolesnika o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima, opasnostima i rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima na uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi bolesnik mogao ispravno odlučiti o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.

Obveza je liječnika razumijevati zabrinutost bolesnikovih bližnjih, o njegovu stanju ispravno obavješćivati i s njima surađivati na bolesnikovu korist.

Bolesnik ima pravo saznati istinu i dobiti na uvid cjelokupnu medicinsku dokumentaciju o svojoj bolesti. Ima pravo, pisanom i potpisanim izjavom, odbiti obavijest o prirodi svoga zdravstvenog stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera, osim u slučajevima kada bi svojom bolešću mogao ugroziti zdravlje drugih.

Za vrijeme svoje odsutnosti liječnik je obvezan pobrinuti se za stalnu medicinsku skrb svojih bolesnika. Ako potrebe liječenja bolesnika prelaze liječnikove mogućnosti, znanje ili vještine, on je obvezan pobrinuti se i uputiti bolesnika na skrb drugom liječniku koji takve potrebe može ostvariti, kao i u slučaju ako to sam bolesnik isto zatraži. Ako liječnik ocijeni da su mu u skrbi za bolesnika potrebni stručni savjeti drugih liječnika, predložiti će sazivanje liječničkog konzilija.

Ako se bolesnik, dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban samostalno odlučivati, ne ponaša sukladno preporukama liječnika glede prevencije i liječenja bolesti, liječniku je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može liječnik postupiti prema bolesniku koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći, osim ako bolesniku prijete opasnost za život, kada mu je obvezan pomoći.

Sve što liječnik sazna obavljajući svoj posao smatra se liječničkom tajnom. Istu je obvezan čuvati i pred bolesnikovim bližnjima, ako to bolesnik izjavi, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi njezinim čuvanjem ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o bolesniku prenose, obrađuju i pohranjuju.

Liječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život bolesnika, ali o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti bolesnika i uputiti ga drugom liječniku iste struke.

Liječnik se ne smije upuštati u osobne ili obiteljske probleme bolesnika, niti pokušavati utjecati na njega izvan onoga što zahtijeva njegovo liječenje.

Treći članak "Planiranje obitelji i regulacija ljudske plodnosti" - obveza je liječnika prihvaćene suvremene postupke antenatalne i postnatalne skrbi primjenjivati da se pomogne rađanje, rast i razvoj djeteta. U planiranju obitelji promicati ponajprije odgojne i prirodne metode, a zatim one u skladu s medicinskim spoznajama i moralnim stavovima žene i muškarca. Liječnikova je obveza upoznati ženu i muškarca s načinom djelovanja i štetnosti pojedinih kontracepcijskih sredstava i postupaka.

U liječenja neplodnosti liječnik mora znati da primjena metoda potpomognute oplodnje, uključujući i izvantjelesnu, pretpostavlja razumijevanje biti takvih postupaka u osoba koje im se podvrgavaju. Obveza je liječnika poznavati etičko vrednovanje pojedinih prihvaćenih metoda. Razvijanje viška ljudskih zametaka u istraživačke svrhe je neprihvatljivo i neetičko.

Četvrti članak “Umirući bolesnik” - ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika, što je posebno važno u skrbi za umirućeg bolesnika, kada će liječnik, uz lijekove, nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući bolesnikovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i bolesnikove bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju bolesnikovih tegoba. Namjerno skraćivanje života (eutanzija) u suprotnosti je s medicinskom etikom.

Želju dobro informiranog bolesnika neizlječivo bolesnog, jasno izraženu pri punoj svijesti glede umjetnog produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise.

Nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju je medicinski neutemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.

Peti članak “Presađivanje tkiva i organa” - u slučaju smrti mozga, utvrđene na stručno prihvaćeni način, liječnik smije u okviru pozitivnih propisa održavati život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih bolesnika.

O namjeri da s mrtvog tijela presadi dijelove tijela, organe ili tkiva, liječnik će obavijestiti najbližu obitelj odnosno skrbnika. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije tome u pisanom obliku protivio. Liječnik koji sudjeluje ili bi mogao sudjelovati u presađivanju ne smije sudjelovati u donošenju odluke o smrti mozga davatelja, zbog mogućeg sukoba interesa. Ako sudjeluje u presađivanju tkiva ili organa sa živog davatelja, obavezan ga je savjesno upoznati s naravi zahvata i mogućim posljedicama.

Šesti članak “Biomedicinska istraživanja” - liječnik će se pridržavati preporuka Helsinške deklaracije i njezinih revizija.

Osnovna svrha istraživanja na ljudima je unapređenje profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te razjašnjavanje uzroka i nastanka bolesti, u njima dobiti pojedinca ima prednost pred interesima znanosti i društva.

Liječnik je obavezan u medicinskim istraživanjima štiti život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo ispitanika. On mora biti znanstveno obrazovan i osposobljen te je obavezan podastrijeti plan istraživanja na ocjenu nadležnom neovisnom etičkom povjerenstvu u pogledu znanstvene opravdanosti i etičke prihvatljivosti. U tom prijedlogu moraju biti jasno ocijenjene moguće opasnosti i poteškoće u usporedbi s očekivanom dobiti za pojedinca i koristi za društvo.

Koristi, rizici, poteškoće i učinkovitost nove metode treba usporediti s najboljim postojećim profilaktičkim, dijagnostičkim i terapijskim metodama. To ne isključuje uporabu placeba, ukoliko njegova primjena ne ugrožava dobiti ispitanika a njegovo je korištenje dopušteno ukoliko plan istraživanja to nedvojbeno nalaže.

U određenim istraživanjima valja prosuditi i moguću štetu za okoliš, a tamo gdje su uključene pokusne životinje primijeniti načelo najmanje patnje. Liječnik koji vodi istraživanje obavezan je ispitanike koji budu obuhvaćeni istraživačkim projektom temeljito upoznati sa smislom rada, očekivanom koristi i mogućom opasnosti te nakon toga pribaviti

samo za potrebe nužnog psihijatrijskog liječenja (10). Postojeći zakoni ne prepoznaju i nisu definirali ovakve bolesnike i ove slučajeve.

Može li nešto i što može liječnik neurolog u hitnom prijemu ili liječnik hitne medicine u takvim slučajima napraviti dok se ne iznađe plauzibilno rješenje? U očekivanju zakonskog rješenja (a i nakon toga!), liječnik kliničar bi trebao uložiti više truda u pomoći bolesniku da razumije prirodu svoje bolesti u najvećoj mjeri svoga kapaciteta, kao i prednosti i rizike pristanka ili odbijanja hospitalizacije i liječenja. U tom smislu potrebno je primijeniti više strukturiran pristup komunikaciji s takvim bolesnikom. Neka istraživanja su dokazala intuitivno shvaćanje da bolja komunikacija između bolesnika i liječnika dovodi do poboljšanja ishoda odlučivanja, ali i bolje prognoze (11-13). Naravno da ovakav pristup ima svoje nedostatke. To se u prvom redu odnosi na nedostatak vremena za takvu vrstu komunikacije što je u ekonomski slabije razvijenim zemljama poput naše uslijed sve većeg nedostatka liječnika u zdravstvenom sustavu teško primjenjivo u praksi. Drugi problem koji bi se mogao pojaviti u ovakvim slučajevima jest problem edukacije. Naime, skupština Svjetskih medicinskih udruga (WMA) je 1999. ustanovila postulat da svi fakulteti medicine trebaju uključiti poučavanje medicinske etike i ljudskih prava kao obavezni dio edukacije u svoje kurikule (14). Claudot i sur. pokazali su da nastavni program etike postoji u većini zemalja Europske unije na medicinskim fakultetima. Međutim, postoji velika razlika u načinu i trajanju nastavnog programa (15). Ono što generalno nedostaje jest da tijekom specijalizacije iz neurologije ili hitne medicine liječnici ne dobivaju potrebnu teorijsku niti praktičnu edukaciju za posebnu vrstu strukturiranog intervjua s bolesnikom koji ima određene akutno nastale kognitivne poteškoće.

ZAKLJUČCI

Zaključno možemo reći da zbrinjavanje neurološkog bolesnika ima svoje specifičnosti i složenosti u odnosu na proces odlučivanja koji uključuje pristanak na medicinske postupke, posebno u hitnoj službi. Postojeći propisi ne daju prilagođena rješenja za stvarnu zaštitu prava bolesnika. Također ne pružaju pravnu pomoć kojom bi se zaštitio liječnik neurolog, odnosno specijalista hitne medicine koji se nalazi u nepovoljnom položaju jer mora donijeti brzu odluku koja je u interesu bolesnika, a ista je ograničena postojećim zakonskim odredbama koje reguliraju prava bolesnika na način koji je restriktivan u smislu da ne dozvoljava donošenje odluka bez pristanka bolesnika. Dakle, ove praktične kliničke situacije treba dodatno razmotriti i dodatno regulirati zakonom, a prava odlučivanja liječnika neurologa i specijalista hitne službe u slučajevima hitnog zbrinjavanja neuroloških bolesnika neosporno treba povećati. Također se preporučuje uvođenje dodane edukacije mladih liječnika u komunikaciji s kognitivno oštećenim bolesnicima.

LITERATURA

1. Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees, 154 Cal.App.2d 560 [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.]
2. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1816102&blobtype=pdf>
3. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education and Welfare (DHEW) (30 September 1978). The Belmont Report (DHEW pub. no. (OS) 78-0012). Washington, DC: United States Government Printing Office.

nekim slučajevima progresivnog, odnosno uznapredovanog stadija ranije poznate neurološke bolesti. Za stjecanje statusa obje vrste zastupanja potrebno je određeno vrijeme što je potpuno nepromjenjivo u uvjetima hitnog zbrinjavanja bolesnika. U procesu potpisivanja informiranog pristanka, hrvatski zakon ne prepoznaje ulogu njegovatelja (engl. caregiver). Stoga možemo zaključiti da specijalist neurolog i/ili specijalista hitne medicine koji zatraži člana obitelji bolesnika koji nije službeno imenovan zakonskim zastupnikom ili skrbnikom potpisivanje informiranog pristanka za podvrgavanje medicinskim postupcima (što nažalost nije rijedak slučaj u praksi) krši postojeći zakon.

Osim problema zastupanja u procesu potpisivanja informiranog pristanka u hitnom zbrinjavanju akutno kognitivno oštećenog neurološkog bolesnika, a koji je objašnjen gore, drugi problem koji se pojavljuje su neučinkovite zakonske definicije. Primjerice, prema hrvatskom Zakonu o zaštiti prava bolesnika (7), "...osobe koje nisu pri svijesti, bolesnici s težim duševnim smetnjama...nisu sposobne dati suglasnost, te, osim u slučajevima hitne medicinske intervencije, informirani pristanak potpisuje zakonski zastupnik ili skrbnik bolesnika..." Barem dvije sintagme u ovoj konstataciji su u semantičkom smislu s praktičnog stajališta liječnika neurologa u hitnoj službi sporne. Jedna je definiranje bolesnika "s težim duševnim smetnjama" što tradicionalno podrazumijeva oboljele od shizofrenije i bipolarnog poremećaja (8), dok je druga definiranje "slučajeva hitne medicinske intervencije". Naime, prema postulatima hitne medicine, navedeni "slučajevi" podrazumijevaju: trovanje alkoholom, bolove u prsima, šok, trovanja, nesvjesno stanje, nekontrolirano krvarenje, ozbiljne ozljede i opekline (9). Ako poštujemo navedene kliničke definicije (koje doduše nisu eksplicitno navedene u tekstu zakona), možemo primijetiti da ovaj popis ne obuhvaća bolesti poput cerebralnog malignog glioma, moždanog udara bez gubitka svijesti ili neke druge neurološke bolesti koje se klinički očituju smanjenjem kognitivnih sposobnosti bolesnika.

Osim upitnosti nužnosti izvršavanja zakonske obveze kliničara neurologa u hitnoj službi da zatraži potpisivanje informiranog pristanka za dijagnostičke i terapijske postupke u osobe koja ga nije sposobna u cijelosti razumjeti, nije rijedak slučaj da bolesnik s cerebralnim malignim gliomom i moždanim udarom odbija predloženu hospitalizaciju. Čak i u zemljama s dugom tradicijom prava i zaštite bolesnika i liječništva, kao što je SAD, postojeći zakoni ne mogu u potpunosti zaštititi ni bolesnika ni liječnika slučajeva odgovornosti odbijanja bolničkog liječenja u akutno kognitivno oštećenih neuroloških bolesnika. Ovdje bih naglasila da upravo bolesnici s cerebralnim malignim gliomom kojima je isti upravo dijagnosticiran i neki slučajevi moždanog udara (primjerice moždani udar u području opskrbe stražnje cerebralne arterije) zahtijevaju posebnu pozornost zakonodavstva. Upravo ovi bolesnici u većini slučajeva ne mogu u potpunosti razumjeti prednosti i rizike pristanka i odustajanja od hospitalizacije, odnosno potrebne obrade i liječenja. Ako zatražimo od takvog bolesnika potpisivanje informiranog pristanka, moramo imati na umu da se radi o bolesnicima koji nisu u mogućnosti u cijelosti prenijeti svoje želje, komunicirati s liječnicima i obitelji, niti shvatiti ozbiljnost svoje situacije. To su bolesnici koji imaju niz kognitivnih, jezičnih, slušnih motornih i/ili oštećenja vida te su na taj način djelomično ili potpuno u nemogućnosti sudjelovati u procesu informiranog pristanka. Kao što smo ranije naglasili, nije neuobičajeno da upravo ti bolesnici odbijaju hospitalizaciju neposredno nakon postavljanja dijagnoze u hitnoj službi. Trebamo li primijeniti mogućnost prisilne hospitalizacije za takvu vrstu bolesnika? Naravno da ne. Takvi postupci prisilne hospitalizacije zakonom su definirani

njihov pisani pristanak. Ako to zbog maloljetnosti, poslovne nesposobnosti ili stanja svijesti ispitanika nije moguće, pristanak će zatražiti od njegova zakonskog zastupnika. Ako ispitanik tijekom istraživanja postane sposoban za samostalno odlučivanje, istraživač mora za daljnja istraživanja dobiti njegov pisani pristanak. Ispitanik može, bez posljedica za njega osobno, u svako doba odustati od daljnjeg sudjelovanja u istraživanju. Istraživač ne smije utjecati na odluku ispitanika o sudjelovanju ili nesudjelovanju u terapijskom ili neterapijskom istraživanju, osobito kada je ispitanik ovisan o istraživaču.

Istraživanje novih profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka mogu provoditi samo neovisni istraživači u okvirima odobrenog plana kliničkog pokusa.

O postignutim rezultatima liječnik-istraživač će obavijestiti, prema pravilima znanstvenog izvješćivanja, znanstvene i stručne krugove na medicinskim javnim sastancima i u medicinskim časopisima, a širu javnost tek nakon što je o njima utvrđeno stručno mišljenje.

Sedmi članak "Ljudski genom" - zabranjen je svaki oblik diskriminacije neke osobe na temelju njezina genetskog nasljeđa.

Testovi koji pretkazuju nasljedne bolesti, bilo da služe za prepoznavanje nositelja gena odgovornog za bolest, bilo za otkrivanje nasljedne predispozicije odnosno prijemljivosti za bolest, mogu se izvoditi jedino u zdravstvene svrhe ili kao dio znanstvenih istraživanja u zdravstvene svrhe i to nakon nepristranog genetskog savjetovanja.

Zahvati usmjereni na preinaku ljudskog genoma mogu se izvoditi samo u preventivne, dijagnostičke i terapijske svrhe uz uvjet da se te preinake ne prenose na potomstvo.

Stvaranje genetski identičnih osoba (kloniranje) suprotno je etici i poštivanju ljudskog dostojanstva te je zabranjeno.

Osmi članak "Odnos prema osobama s ograničenom slobodom" - liječnik koji radi u ustanovama zatvorenog tipa osobito će poštovati prava bolesnika u tjelesnom i duševnom pogledu i paziti na njegovo osobno dostojanstvo.

Prisilno liječenje i hranjenje dopušteno je samo u slučajevima kada bolesnik nije sposoban da o tome svjesno odlučuje. Ako duševno zdrava i punoljetna osoba odbija hranu, liječnik to mora poštovati. Liječniku je zabranjeno sudjelovati u nasilju prema čovjeku.

Deveti članak "Odnosi prema drugim liječnicima i struci" - častan liječnik će se odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi želio da se oni odnose prema njemu, svojim će učiteljima iskazivati poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primio.

Ako drugi liječnik zatraži od njega stručni savjet i/ili pomoć, pružit će mu je nesebično i prema svom najboljem znanju. Liječnik neće pridobivati bolesnike svojih kolega, a može preuzeti skrb nad bolesnikom drugog liječnika samo na njegov ili bolesnikov zahtjev. Obveza je liječnika, koji upućuje bolesnika drugom liječniku, da ga obavijesti o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika.

Suradnike ili drugo osoblje liječnik će upozoriti na učinjene propuste na način koji neće povrijediti njihovo ljudsko i profesionalno dostojanstvo, a nikad pred bolesnikom ili njegovim bližnjima. U slučaju da sazna o neodgovarajućem etičkom, moralnom ili medicinskom postupku kolege, to neće raspravljati s bolesnikom, njegovim bližnjima ili drugim kolegama, nego će se obratiti odgovornoj osobi te Hrvatskoj liječničkoj komori i Hrvatskom liječničkom zboru.

Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci. Svoj će stručni ugled i neovisnost čuvati ne pristajući da mu se ime ističe i povezuje s trgovačkim aktivnostima radi stjecanja osobne koristi. Izbjegavat će stjecanje i širenje ugleda

samoisticanjem i netočnim samooglašavanjem u sredstvima javnog priopćavanja. Liječnik neće surađivati s pojedincima, ustanovama ili društvima koji zlorabe povjerenje javnosti zastupajući neprovjerene tvari i postupke namijenjene liječenju, čuvanju i promicanju zdravlja. Svojim ponašanjem i djelovanjem čuvat će ugled liječništva.

Deseti članak “Završne odredbe” - poštovanje odredaba Kodeksa obvezno je za sve liječnike. Povrede odredaba Kodeksa su disciplinske prirode, a disciplinski je postupak propisan aktima Hrvatske liječničke komore (HLK) i Hrvatskoga liječničkoga zbora (HLZ). Pravo je i obveza liječnika da o svakom kršenju odredbi Kodeksa obavijesti Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-e i HLZ-a koja prate primjenu Kodeksa.

Liječnici su obvezni odbiti svaku radnju koja je u suprotnosti s načelima iznesenim u Kodeksu, a HLK i HLZ su im obvezni pomoći svim stručnim i pravnim sredstvima, ako se za to ukaže potreba.

Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ne isključuje pokretanje disciplinskoga postupka pred nadležnim sudom HLK-e i HLZ-a. Liječnik kojeg je sud Hrvatske liječničke komore proglasio nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti povrijedio je odredbe i ovoga Kodeksa. Ovaj Kodeks se primjenjuje od 1. ožujka 2007.

ALIBI MEDICINA

U “Hrvatskome općem leksikonu”, koji je 1996. godine objavio Leksikografski zavod “Miroslav Krleža” navodi se da je “alibi (lat.: drugdje), pravno obrambeno sredstvo kojim okrivljeni dokazuje svoju nevinost, tvrdeći da se u času izvršenja djela nalazio na drugome mjestu, a ne ondje gdje je djelo počinjeno; također, činjenica da se netko u odsudnom trenutku nalazio na drugome mjestu (imati neoborivi alibi). U proširenom značenju to je “dobar” izgovor zbog kakva propusta ili neuspjela postupka.” (17)

Pojam alibi, dobro poznat u pravnoj struci, u medicini se rijetko spominje i jasno definira. Suvremeni razvitak medicine i zdravstveno osiguranje sve više ukazuju da mnogi dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupci imaju svoj alibi primjene u smislu da je “bolje bilo kakvo činjenje, ponekad neracionalno i suvišno, od konzervativnog i ograničenog pristupa dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji”. Mnogobrojni dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupci suvremene medicine padaju na plodno tlo u t.zv. alibi medicini. Njihovo široko izvođenje susreće se ne samo u centrima za hitnu medicinu, nego se takvo postupanje susreće i u klasičnim kliničkim odjelima, kao i rehabilitacijskim ustanovama.

Bolesnici odmah po primitku na odjel, na koji ponekad dolaze s rezultatima mnoštva ranije učinjenih pretraga, podvrgnuti su provođenju velikog broja pretraga koje su predviđene na službenim i/ili neslužbenim formularima na kojima se zaokružuju ili drugačije označava redni broj predviđene pretrage u obradi bolesnika. U najčešćem broju slučajeva označuje se sve što je na takvom formularu napisano. Cilj provođenja svih pretraga je plemenit i stručno utemeljen, što prije doći do dijagnoze. Ponekad se rjeđe, ponegdje i češće, nalaze rezultati pretraga prije nego je proveden neophodni anamnestički i pregledbeni postupak. Unatoč tome, smatramo da su anamneza i status i dalje temelj pristupa svakom bolesniku i morali bi biti prvi stupanj dijagnostičkog, terapijskog i rehabilitacijskog postupka. Nalazi različitih pretraga ne pristižu uvijek istovremeno, na poneke se čeka i tjednima. Za nekim se nalazima mora “tragati” ili ih se kasnije dobiva, kada u laboratoriju nabave potrebne “kitove” za pretrage. To dodatno otežava dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupak.

medical specialty that requires addressing fundamental ethical issues more frequently than does neurology. However, current legal acts are not practically applicable in all situations concerning neurological patients. Furthermore, during their formal education medical students and neurology residents should acquire special communication skills useful for practical purposes. This article will cover some of those issues with an emphasis on informed consent in acute cognitively compromised patients.

Keywords: neurological patient, informed consent, patient rights

U kontekstu kliničke primjene, termin “informirani pristanak” prvi put se pojavio u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) 1957. godine tijekom suđenja Martin Salgo protiv Leland Stanford Jr., University Board of Trustees, Stanford University Hospitals, i dr. Franka Gerboda (1). Navedeni termin je 1964. dodatno razrađen u Helsinškoj deklaraciji (2), kojom su ustanovljeni osnovni etički principi medicinskih istraživanja koja involviraju humane ispitanike. Tri konceptualne komponente informiranog pristanka jesu: informiranost, dragovoljnost i kompetentnost. Dragovoljnost informiranog pristanka autorizirana od kompetentnog, svjesnog i informiranog pojedinca postala je etički temelj istraživanja na humanim ispitanicima u Belmontovu izvješću publiciranom 1979 (3). 30 godina nakon Belmontova izvješća, Tom L. Beauchamp ustanovio je definiciju i principe informiranog pristanka kakva se danas koristi u legislativama većine razvijenih zemalja za potrebe kliničkih istraživanja (4). 1997. države članice Vijeća Europe započele su proces ratifikacije koji ih obvezuje da usklade svoje zakone u skladu s načelima i zahtjevima ovog dokumenta.

U današnje vrijeme jedna od najjasnijih formulacija informiranog pristanka je ona Američke agencije za hranu i lijekove (FDA) koja je definirala proces davanja informiranog pristanka za klinička ispitivanja na slijedeći način: “Da bi u randomiziranom kliničkom ispitivanju osoba mogla dati informirani pristanak, u tom trenutku mora imati najmanje 18 godina, imati sposobnost odlučivanja, te jasno razumjeti činjenice, implikacije i buduće posljedice svojih odluka” (5).

Iako vjerojatno dobro razrađena za potrebe kliničkih istraživanja, nažalost, primjena informiranog pristanka u svakodnevnom kliničkom radu s neurološkim bolesnicima donosi niz pravnih i etičkih problema, poglavito u području hitnog zbrinjavanja bolesnika. U istom kontekstu, pojam “sposobnosti odlučivanja” je potencijalno zbunjajući jer se odnosi zapravo na pravni status, a ne na aktualnu realnu sposobnost donošenja odluke o vlastitom liječenju. Netko tko je “nesposoban za odlučivanje” po zakonu nema sposobnost donošenja odluka, bilo zbog statusa (dijete) bilo zbog sudske odluke. Pretpostavlja se da je svaka odrasla osoba sposobna za odlučivanje, ukoliko se putem suda ne dokaže suprotno.

U zakonodavstvu većine zemalja u svijetu, ukoliko bolesnik nije u stanju razumjeti, a time i potpisati informirani pristanak dokument zbog nekog vida kognitivnog oštećenja, dokument treba potpisati njegov zastupnik (engl. representative). Iako postoje određene razlike u zakonodavstvu pojedinih zemalja u svijetu, u našoj zemlji te u većini zemalja razlikuju se dvije osnovne mogućnosti zastupanja: prva je zakonski zastupnik, a druga je skrbnik. Zakonski zastupnik određuje se zakonom ili aktom nadležnoga državnog tijela donesenim na temelju zakona, dok skrbnika imenuje centar za socijalnu skrb osobi koja nema ili kojoj je oduzeta poslovna sposobnost (6). Međutim, problem u praksi koji se nerijetko javlja u kontekstu hitnog zbrinjavanja bolesnika jest da akutno kognitivno oštećen neurološki bolesnik u većini slučajeva nema zakonskog zastupnika ili skrbnika, osim u

ETIČKI I PRAVNI ASPEKTI NEUROLOŠKOG BOLESNIKA

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF NEUROLOGICAL PATIENTS

dr.sc. Sanja Kovačić, dr.med.¹

doc.dr.sc. Srđana Telarović, dr.med.²

dr.sc. Sunčana Rokсандić Vidlička, dipl.iur.³

¹Odjel neurologije

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana
Bračak 8 • 49210 Zabok

²Klinika za neurologiju

Klinički bolnički centar Zagreb
Kišpatićeva 12 • 10000 Zagreb

³Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Trg Maršala Tita 14 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Veliki napredak u medicinskim znanostima, znanju i tehnikama, kao i nedavne socijalne promjene učinili su etiku iznimno važnom u svakodnevnom odlučivanju liječnika praktičara. Međutim, usprkos napretku u medicini i razvoju relevantne legislative, etički i pravni problemi u radu s neurološkim bolesnicima vrlo su kompleksni, i u nekim slučajevima, čak i u razvijem zemljama, nedovoljno razrađeni. Čak možemo reći da vjerojatno ne postoji nijedna medicinska specijalnost koja zahtijeva rješavanje temeljnih etičkih pitanja kao što je to neurologija. Nadalje, studenti medicine i specijalizanti neurologije trebali bi tijekom formalnog obrazovanja steći posebne komunikacijske vještine koje bi im bile korisne u budućem radu s neurološkim bolesnicima. Ovaj članak će se baviti nekima od tih pitanja s naglaskom na problemu informiranog pristanka u akutno kognitivno oštećenog bolesnika.

Ključne riječi: neurološki bolesnik, informirani pristanak, prava bolesnika

SUMMARY

Great developments in medical science, medical knowledge and techniques, as well as recent societal changes have made ethics an essential element in daily medical decisions. Despite these advances in medicine and the development of relevant legislation, ethical and legal issues of neurological patient management are complex and in some instances, even in developed countries, insufficiently elaborated. We can even say that there is probably no

Završetkom boravka na odjelu, gdje je proveden dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupak, bolesnik odlazi s otpusnim pismom. U njemu se u računalno doba nalazi sve što je zabilježeno o bolesniku u povijesti bolesti. Na taj način otpusna pisma postaju preopširna, nepregledna i teško razumljiva bolesniku. U njih se doslovce prepisuju svi anamnestički podaci, pregledbeni podaci, kao i rezultati provedenih pretraga. U zaključcima otpusnih pisama navode se preporuke za buduće kontrolne specijalističke preglede i dodatne pretrage, za koje je ponekad dvojbena njihova stvarna potreba budući se javlja realna nemogućnost njihova izvođenja. Ponekad je to prilika kojom se bolesnika s takvim preporukama usmjeruje u privatne medicinske ustanove. Tu se sve učini brže, ponekad susreće i istoga bolničkoga liječnika. Privatno zdravstvo zahtijeva uglavnom izravno plaćanje bolesnika, ako takove privatne zdravstvene usluge nisu prethodno ugovorene s bolesnikovim zdravstvenim osiguranjem.

Prema mišljenju profesora Boža Bota¹ alibi medicina je kad se primjenjuju dijagnostički i terapijski postupci i zahvati, koji nisu neophodni konkretnom bolesniku ili nisu uopće potrebni bolesniku, a primjenjuju se zbog “preporuka” međunarodnih ili nacionalnih strukovnih organizacija i udruga. Iako su samo preporuke, liječnik ih uvažava kao “sveto pismo”. Na taj način može se štetiti zdravlju konkretnog bolesnika a sasvim sigurno nepotrebno se troše velika i znatna financijska sredstva namijenjena općoj populaciji, zbog čega se neke konkretne i potrebne medicinske usluge nemogu financirati. Neki primjeri alibi medicine su sljedeći:

- terapija za koju nema jasnih dokaza u literaturi (Cochrane institut);
- polipragmazija - farmakološka istina da se primjenom više od tri lijeka istovremeno, ne može kontrolirati ukupni učinak, t.j. moguće su češće komplikacija i nuspojave, ili čak nedjelovanje lijeka koji je bitan;
- nepotrebne dijagnostičke pretrage, koje se rade samo zbog mogućeg budućeg sudskog odštetnog zahtjeva ili zbog agresivne reklame proizvođača opreme ili dijagnostičkih sredstava;
- provođenje tzv. preventivnih pregleda a koji ne preveniraju bolest, nego se uvijek radi samo o “mogućem” ranijem dijagnosticiranju etc.

Profesor Bota zaključuje svoje osobno priopćenje autoru: “Alibi medicina stvara bolesnike od zdravih ljudi, koji nisu bolesni niti bolesnici, za što se samo pretpostavlja da će biti.”

Prema ranije navedenom, alibi medicinu možemo u ovome radu ovako odrediti: “Alibi medicina je smjer u medicini, koji gomilanjem dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih postupaka može u konačnici dovesti do usporavanja dijagnostičkog, terapijskog i rehabilitacijskog postupka. Alibi medicina nije usmjerena na racionalizaciju pružanja medicinskih usluga. Pored toga, alibi medicina troši znatna financijska sredstva i time dodatno opterećuje različite fondove zdravstvenoga osiguranja.”

ZAKLJUČAK

Na temelju prikaza hrvatskoga Kodeksa medicinske etike i deontologije, može se zaključiti da se pitanje etike alibi medicine susreće na više mjesta, među kojima najjasnije u njegovu drugome članku “Obveze prema bolesniku” u kojemu se navodi: “Liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu i liječenje sukladno provjerenim spoznajama suvremene medicinske znanosti. Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka i pobuđivanje lažne nade u bolesnika i

¹ Božo Bota. *Alibi medicina*. Split, 11. svibnja 2015. (osobno priopćenje autoru).

njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike. U postupku s bolesnikom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi i neće provoditi nepotrebne preglede i liječenje, bez obzira tko snosi troškove.”

Alibi medicina predstavlja smjer u medicini, koji dovodi do gomilanja izvođenja dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih postupaka, koji time postaju ne samo neracionalni i skupi, nego i otežavaju brzi dolazak do dijagnoze, a time i provođenja liječenja i rehabilitacije neke bolesti.

ZAHVALA

Autor zahvaljuje profesoru Boži Boti iz Splita na ilustrativnome osobnom priopćenju autoru.

LITERATURA

1. Kodeks medicinske etike i deontologije. *Liječničke novine* 2007;(197):1-4.
2. Ivanišević G, Fatović Ferenčić S, ur. *Bioetičke teme. Knjiga izlaganja s I.-XI. proljetnog bioetičkog simpozija Hrvatskoga liječničkog zbora održanih u Zagrebu 2001.-2011. godine*. Zagreb: Medicinska naklada. Hrvatski liječnički zbor. 2013:1-574.
3. Ivanišević G, Šegota I, ur. *Bioetička edukacija medicinara*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2002:1-55.
4. Ivanišević G, ur. *Prava djeteta kao pacijenta*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2002:1-71.
5. Bakran I, Ivanišević G, ur. *Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2003:1-92.
6. Bakran I, Ivanišević G, ur. *Liječnik i javnost*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2004:1-43.
7. Bakran I, Ivanišević G, ur. *Bolesnik - prava i obveze*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2005:1-84.
8. Bakran I, Ivanišević G, ur. *Hrvatsko zdravstvo u tranziciji*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2006:1-63.
9. Bakran I, Ivanišević G, ur. *Zahvalnost liječniku*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2007:1-54.
10. Ivanišević G, ur. *Liječnička tajna*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2008:1-54.
11. Ivanišević G, ur. *Dostupnost medicinskih postupaka u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2009:1-67.
12. Fatović Ferenčić S, Ivanišević G, ur. *Zdravlje i/ili profit?* Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2010:1-76.
13. Ivanišević G, ur. *Medicinska etička povjerenstva u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2011:1-66.
14. Ivanišević G, ur. *Prijepori u zdravstvu - mirovanje i/ili sudovanje? Ima li korupcije u zdravstvu?* Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2013:1-65.
15. Ivanišević G, ur. *Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2014:1-72.
16. Ivanišević G, ur. *Etika alibi medicine u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2015: (u tisku).
17. *Hrvatski leksikon*. Zagreb. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. 1996:19.
30. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y. i sur. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 2007;16:573-81.
31. Fried TR, Bradley EH, O’Leary J. Prognosis communication in serious illness: perceptions of older patients, caregivers, and clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1398-403.
32. Keating DT, Nayeem K, Gilmartin JJ, O’Keeffe ST. Advance directives for truth disclosure. *Chest* 2005;128:1037-9.
33. Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient’s perspective. *Ann Oncol* 2001;12:365-71.
34. Goncalves F, Marques A, Rocha S, Leitao P, Mesquita T, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliat Med* 2005;19:526-31.
35. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: from a large study in UK cancer centers. *Br J Cancer* 2001, 84(1):48-51.
36. Macklin R. Ethical relativism in a multicultural society. *Kennedy Inst Ethics J* 1998;8:1-22.
37. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. *Support Care Cancer* 2008;16:235-40.
38. Baile WF, Palmer JL, Bruera E, Parker PA. Assessment of palliative care cancer patients’ most important concerns. *Support Care Cancer* 2011;19(4):475-81. doi: 10.1007/s00520-010-0839-4.
39. Tolstoj LN. *Smrt Ivana Iljiča*. Zagreb: Matica hrvatske;1947 (prijevod: Gustav Krklec i Vaso Bogdanović).
40. Sarafis P, Tsounis A, Malliarou M, Lahana E. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Glob J Health Sci* 2013;6(2):128-37. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p128.
41. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001;64(12):1975-8.

10. Shahidi J. Not telling the truth: circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2010;19:589-93.
11. Glass E, Cluxton D. Truth-telling. Ethical issues in clinical practice. *J Hosp Palliat Nurse* 2004;6:232-42.
12. Berger JT. Culture and ethnicity in clinical care. *Arch Intern Med* 1998;158:2085-90.
13. Centeno-Cortes C, Nunez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliat Med* 1994;8:39-44.
14. Georgaki S, Kalaidopoulou O, Liarmakopoulos I, Mystakidou K. Nurses' attitudes towards truthful communication with patients with cancer. *Cancer Nurs* 2002, 25(6):436-41.
15. Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer* 2004, 12(3):147-54.
16. Blažeković-Milaković S, Matijašević I, Stojanović-Špehar S, Šupe S. Family physicians' views on disclosure of a diagnosis of cancer and care of terminally ill patients in Croatia. *Psychiatr Danub* 2006;18(1-2):19-29.
17. Mobeireek AF, Al-Kassimi F, Al-Zahrani K, Al-Shimemeri A, Al-Damegh S, Al-Amoudi O. i sur. Information disclosure and decision making: the Middle East versus the Far East and the West. *J Med Ethics* 2008;34(4):225-9.
18. Korec S, Andrasiova M. Telling the truth - yes? Maybe? No? Yes! *Ann N Y Acad Sci* 1997;809:496-9.
19. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985;291:1711-1713.
20. Taylor C. Telling bad news: physicians and the disclosure of undesirable information. *Sociol Health Illn* 1988;10:120-132.
21. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363(9405):312-9.
22. Stewart RS. Telling patients the truth. *Online Journal of Health ethics* 2010;6.1:1-10.
23. Brenner LH, Brenner AT, Horowitz D. Beyond informed consent. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467:348-51.
24. Grundner TM. On the readability of surgical consent forms. *N Engl J Med* 1980;302:900-2.
25. Humayun A, Fatima N, Naggash S, Hussain S, Rasheed A, Imtiaz H. i sur. Patients perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient department of two tertiary care hospitals of Lahorre. *BMC Med Ethics* 2008;9:14. doi:10.1186/1472-6939-9-14.
26. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Patients participation in decision making. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 531-5.
27. Douma KF, Koning CC, Zandbelt LC, de Haes HC, Smets EM. Do patients' information needs decrease over the course of radiotherapy? *Support Care Cancer* 2012 ;20(9):2167-76. doi: 10.1007/s00520-011-1328-0.
28. Marwit SJ, Datson SL. Disclosure preferences about terminal illness: an examination of decision-related factors. *Death Stud* 2002;26:1-20.
29. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005;2(2):138-42.

ETIČKI ASPEKTI DEFENZIVNE MEDICINE ETHICAL ASPECTS OF DEFENSIVE MEDICINE

dr.sc. Ivan Žokalj, dr.med.
prof.dr.sc. Mirjana Sabljarić-Matovinović, dr.med.

Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju
Hrvatska liječnička komora
Tuškanova 37/II • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Defenzivna medicina se najčešće definira kao način prakticiranja medicine obilježen prekomjernom upotrebom dijagnostičkih testova i postupaka u svrhu smanjivanja rizika od optužbi za nesavjesno liječenje i odštetnih zahtjeva. Glavni etički problem defenzivne medicine leži u činjenici da središte djelovanja liječnika pomiče s dobrobiti bolesnika na zaštitu osobnih interesa. Uzrok pojave defenzivne medicine je osjećaj pravne nesigurnosti i nezaštićenosti liječnika u postupcima vođenima zbog sumnje na nesavjesno liječenje i odštetnih zahtjeva. Važna posljedica prakticiranja defenzivne medicine je ubrzani rast troškova liječenja zbog čega se smanjuje dostupnosti svih oblika zdravstvene zaštite široj populaciji. Ne manje važna posljedica je i postupni gubitak povjerenja bolesnika u liječnike. U svim razvijenim zemljama nema zdravstvenog djelatnika koji nije zahvaćen štetnim posljedicama prakticiranja defenzivne medicine. Zajedničkim djelovanjem zakonodavnog tijela (Sabora), liječničkih stručnih društava u sklopu Hrvatskog liječničkog zbora i strukovnog regulatornog tijela (Hrvatske liječničke komore) treba stvoriti pravni okvir koji će u bliskoj budućnosti pružati bolju sigurnost liječnicima i bolesnicima te stvoriti preduvjete za smanjenje šteta posljedica prakticiranja defenzivne medicine.

ključne riječi: defenzivna medicina, liječnik, bolesnik, nesavjesno liječenje

SUMMARY

Defensive medicine is usually defined as a medical practice characterised by overuse of diagnostic tests and procedures in order to minimise risk of malpractice lawsuits and claims. The defensive medicine main ethical issue is shifting of physicians activities from working for the benefit of patients to self-preservation mode. The main reason for the appearance of defensive medicine is the sense of legal uncertainty among physicians during legal procedures conducted because of suspicion of malpractice. An important consequence of defensive medicine practice is the fast rise of health care costs which reduces availability

of all aspects of health care to a wider community. An additional negative consequence a gradual decrease of confidence between patients and physicians. All health care professionals in developed countries are affected by various detrimental aspects of defensive medicine practice. A coordinated joint action of legislative body (Croatian Parliament), medical societies gathered in Croatian Medical Association and regulative body (Croatian Medical Chamber) is needed to create a future legislative framework which will provide more security for physicians and patients and consequently create conditions to minimise harmful consequences of defensive medical practice.

Keywords: defensive medicine, physician, patient, malpractice

Defenzivnom medicinom uobičajeno označavamo način prakticiranja medicine obilježen intenzivnim korištenjem različitih oblika dijagnostičkih testova, pa čak i oblika liječenja čija svrha u konačnici nije isključivo dobrobit bolesnika, to jest ne provode se isključivo u svrhu otkrivanja ili karakterizacije zdravstvenog problema koji bolesnika dovodi liječniku, već da bi se smanjila mogućnost optuživanja liječnika za nesavjesno liječenje.(1,2) U službenim dokumentima Kongresa Sjedinjenih Američkih Država (SAD) defenzivna medicina se dijeli na pozitivnu, oblik defenzivne medicine obilježen opsežnom primjenom dijagnostičkih testova, i negativnu defenzivnu medicinu obilježenu izbjegavanjem određenih bolesnika ili medicinskih postupaka.(1) Oba oblika defenzivne medicine imaju istu podlogu, osjećaj nesigurnosti u liječnika pred mogućom optužbom za nesavjesno liječenje koja može dovesti do zahtjeva za financijskom odštetom ili čak do kaznenog progona s potencijalnim gubitkom radne dozvole i zatvorskom kaznom, kratko rečeno strah od prekida liječnike karijere i financijskog sloma. Osim prethodno navedenog prakticiranju defenzivne medicine pridonosi i nesigurnost samih liječnika u vlastitu osposobljenost. Ta nesigurnost stvara povoljno ozračje za bujanje zahtjeva za provedbom dijagnostičkih testova koji ne moraju biti nužno štetni po bolesnike, ali opravdanost se može dovesti u pitanje.(3) Važeći Kodeks medicinske etike i deontologije u Hrvatskoj neizravno definira defenzivnu medicinsku praksu kao negativnu pojavu tražeći od liječnika da indiciraju samo testove neophodno potrebne za postavljanje dijagnoze bez obzira na činjenicu tko plaća račun liječenja.(4) Najveća ironija defenzivne medicine prema Budettiju leži u činjenici da se s rastom opsega dijagnostičke obrade koji je najčešće praćen agresivnijim terapijskim pristupom povećava mogućnost pojave neželjenih i neočekivanih događaja koji mogu povećati rizik od tužbi zbog nesavjesnog liječenja.(5) Široka primjena defenzivne medicine nosi dugoročnu opasnost pretvaranja prakse primjene dijagnostičkih testova s niskom prediktivnom vrijednošću i provedbe agresivnih oblika liječenja za niskorizične bolesti u standardnu medicinsku praksu.(6)

Većina kritičara defenzivne medicine uglavnom se osvrće na razorni financijski učinak takve prakse, što se može donekle objasniti činjenicom da se radi o učincima koje se ne može precizno kvantificirati. Prema novijim podacima u američkoj literaturi, troškovi prakticiranja defenzivne medicine se procjenjuju na 46 milijardi dolara godišnje.(7) Defenzivna medicina u pojedinim savezima državama utječe čak i na odluku o preseljenju liječnika, osobito specijalista ginekologije i opstetricije zbog manjka odgovarajućeg osiguranja od optužbi za nesavjesno liječenje, narušavajući time dostupnost svih oblika zdravstvene zaštite.(8) Prema nekim podacima jedan od četiri dolara potrošena u zdravstvenom sustavu SAD-u potrošen je zbog prakticiranja defenzivne medicine.(9) Prema podacima iznesenim

“Ivan Iljič patio je najviše od svega od laži, laži, koju su iz nekog razloga svi prihvatili, da ne umire, nego je jednostavno bolestan, i da, ako ostane miran i prođe liječenje, može očekivati ozdravljenje. Ipak, znao je da bez obzira što učinio, sve što je mogao očekivati je sve mučnija patnja i smrt. I mučila ga je ta laž, mučila ga je činjenica da su odbijali priznati ono što su on i svi drugi znali, da su htjeli lagati o njegovom strašnom stanju i prisiliti ga da postane dio tih laži. Ova laž, laž počinjena uoči njegove smrti, laž koja je morala degradirati strašan, svečani čin njegove smrti na razinu njihovih društvenih aktivnosti, njihovih draperija, jesetri što ih jedu za večeru, bila je bolno mučenje za Ivana Iljiča. I, začuđujuće, mnogo puta tijekom svih događaja on je bio u situaciji za dlaku vikati: “Zaustavite laganje! Vi i ja znamo da je umirem, možete barem prestati lagati!” (39).

Stoga bi, naročito danas, liječnik morao biti svjestan načina na koji istina utječe na svakog bolesnika i odgovoriti na njegove potrebe na nedvosmislen i pažljiv način.

Brojni navodi iz literature potvrđuju kompleksnost iznošenja loših vijesti u medicini, te sugeriraju usvajanje komunikacijskih vještina koje bi pridonijele kvalitetnijem obavljanju ovog stresnog zadatka (40). Trening komunikacijskih vještina trebao bi biti uključen u nastavni plan i program dodiplomskog medicinskog studija, specijalizacija kao i kontinuirane medicinske edukacije. Dodatno, razvoj odgovarajućih smjernica i protokola može biti vrlo koristan alat u ostvarivanju dobrog dijaloga između liječnika i bolesnika (29,41).

Zakonski okvir ne bi trebao otvarati mogućnost prema kojoj načelo autonomije može osloboditi liječnike, a i druge zdravstvene djelatnike od njihove odgovornosti. Takvo zakonodavstvo na temelju načela autonomije ne može štititi interese bolesnika.

Osim toga, izreći istinu, pružiti odgovarajuću informaciju ne smije biti ograničen čin. Potrebno je ojačati sposobnost bolesnika da iznosi svoje vlastite stavove i potrebe, što zahtijeva brigu, povjerenje i emocionalni angažman što znatno ovisi o nama i zasigurno se ne može osigurati samo putem zakona.

LITERATURA

1. Kirklin T. Truth telling, autonomy and the role of metaphor. *J Med Ethics* 2007;33:11-4. doi.10.1136/jme.2005.014993
2. Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. *Intern Med J* 2004;34:578-80.
3. Fan R, Li B. Truth telling in medicine. The Confucian view. *J Med Philos* 2004;29:179-93.
4. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-9.
5. O’Kelly, Urch C, Brown EA. The impact of culture and religion on truth telling at the end of life. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:3838-42.
6. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: “You Got to Go Where He Lives”. *JAMA* 2001;286(23):2993-3001.
7. Jiang Y, Liu C, Li JY, Huang MJ, Yao WX, Zhang R. i sur. Different attitudes of Chinese patients and their families toward truth telling of different stages of cancer. *Psychooncology* 2007;16(10):928-36.
8. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK. i sur. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and United States. *Chest* 2000;118: 1172-82.
9. Al-Mohaimed AA, Sharaf FK. Breaking bad news issues: a survey among physicians. *Oman Med J* 2013;28(1):20-5. doi: 10.5001/omj.2013.05

edukacije? Zasigurno bi o tome trebalo razmišljati u oblikovanju ovakvih dokumenata. Prema Breneru i sur. obrazac informiranog obrasca trebao bi biti dokaz da je bolesnik na primjeren način upoznat sa svojim zdravstvenim stanjem i potrebnim liječenjem, napisan u razumljivoj formi s naglaskom na edukativnoj komponenti umjesto odricanja od odgovornosti (23).

STAV BOLESNIKA

Osim stavova liječnika o priopćenju istine, ključan je i stav bolesnika. Rezultati istraživanja o tome žele li svi bolesnici znati istinu i u kojoj mjeri kontradiktorni su. Najčešći navođeni čimbenici koji utječu na stav bolesnika ovise o starosnoj dobi, obrazovanju, obiteljskom statusu, zanimanju, mjestu rođenja i stanovanja i više-manje o vjerskom uvjerenju (25,26). Mlađe, obrazovanije osobe, osobito žene, žele saznati što je moguće više činjenica o svojoj bolesti (25-27).

Istraživanja su pokazala i da tijekom trajanja bolesti nemaju svi bolesnici iste potrebe za informacijama (27). Kako vrijeme odmiče neki traže sve manje informacija. Drugi su na samom početku bolesti usmjereni na vlastito liječenje, a nakon nekog vremena traže i informacije koje bi se mogle odnositi na članove njihove obitelji (27).

Ako se radi o "lošim vijestima", istraživanja su potvrdila da većina oboljelih želi potpunu iskrenost (28,29). Gotovo polovica njih, uglavnom s višom razinom obrazovanja (30), željela bi znati i koliko im još ostaje vremena do kraja života, a s tim problemom je samo nekolicina njih upoznata (31).

Različita su stajališta i u odnosu na prisutnost drugih osoba. Dok 78% bolesnika u Japanu informacije o svojoj bolesti žele čuti u prisutnosti članova obitelji (30), samo 40% u Irskoj (32) 57% u Australiji (33) i 61% u Portugalu želi biti u prisutnosti obitelji (34), a u SAD čak 81% njih ne želi ničiju prisutnost u tom trenutku (35).

Iz navedenog očigledno je da većina bolesnika želi znati istinu o svojoj bolesti i aktivno sudjelovati u svom liječenju. No, postoji i mali broj koji to ne žele. Tako prema jednom istraživanju u Velikoj Britaniji značajna manjina bolesnika (13%) preferira da liječnik zadrži istinu ukoliko je loša, odnosno podijeli informacije samo ako su dobre (35). Stoga Macklin u svom radu i tvrdi da je iznošenje kompletne istine svim bolesnicima također paternalistički čin (36). Autonomija je pravo, no ne i obveza, nametanje donošenja odluke ili iznošenja kompletne istine onima koji to ne žele ili su nespremni za sudjelovanje predstavlja povredu njihovog integriteta (36).

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Usprkos jasnim i uglavnom prihvatljivim temeljnim etičkim pravilima o informiranju bolesnika o njihovom zdravstvenom statusu od strane zdravstvenih profesionalaca etičke dvojbe još uvijek postoje naročito u zemljama koje ne pripadaju anglosaksonskoj kulturi. Ipak, i u tim zemljama danas je tendencija izricanja potpune istine mnogo prisutnija nego u prošlosti, uz napomenu da to još uvijek nije uobičajena praksa (15).

Treba imati na umu da zadržavanje istine nije samo kršenje bolesnikovih ljudskih prava za samoodređenjem. Zadržavanje istine utječe na odnos liječnik-bolesnik, povećavajući profesionalni rizik gubljenja bolesnikova povjerenja, što je neophodno za postizanje boljih rezultata liječenja (37). Štoviše, prema dostupnoj literaturi kako danas tako i u prošlosti, zadržavanje istine uznemirava bolesnike jer im je uskraćena istina (38). Tako još krajem devetnaestog stoljeća, Tolstoj slikovito opisuje štetne učinke laži na bolesnika s neizlječivom bolesti:

početkom 2015. godine od višeg dužnosnika Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske više od 30% dijagnostičkih postupaka u Hrvatskoj se indicira zbog prakticiranja defenzivne medicine.(10) Tragedija da prema dostupnim podacima u SAD-u iznimno mali broj bolesnika koji je pretrpio štetu zbog dokazanog nesavjesnog liječenja dobije odgovaraju materijalnu nadoknadu što čini defenzivnu medicinu još više besmislenom i štetnom pojavom.(9)

Mogući hodogram razvoja događaja prilikom prakticiranja defenzivne medicine je slijedeći: u želji da izbjegne i najmanji trag sumnje u nesavjesno liječenje, a djelom možda i zbog sumnje u vlastite sposobnosti liječnik ordinira veći broj od objektivno dovoljnih pretraga za postavljanje dijagnoze i širi broj terapijskih postupaka. Problem je izraženiji ukoliko se radi o liječniku na rukovodećoj funkciji koji na izvjestan način određuje način rada u (svojoj) ustanovi u kojoj radi (zaposlenja). U velikom broju slučajeva prakticiranje defenzivne medicine neminovno zbog akumulacije istih slučajeva tijekom vremena daje osnovu za postavljanje novih "viših" standarda zdravstvene skrbi. Posljedično rastu troškovi zdravstvene zaštite što ima za posljedicu manjak sredstava za praćenje razvoja medicinske struke i implementaciju novih dijagnostičkih i terapijskih metoda. Posljedica je stagnacija i slabija dostupnost svih složenijih oblika dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Moguća posljedica ograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi stvara pogodno tlo za pojavu sumnji ne samo u bolesnika nego i u široj javnosti na korupciju u zdravstvenom sustavu, a putem tužbi za nesavjesno liječenje pokušavaju se namaknuti sredstva za daljnje liječenje.

Kao jedan od mogućih uzroka nastanka i bujanja defenzivne medicine nepoznavanje je pojedinosti medikolegalnih postupaka od strane većeg broja liječnika, koji su involvirani u te postupke zbog sumnje na nesavjesno liječenje ili kao vještaci koji prosuđuju postupke drugih liječnika. Liječnici nerijetko otežavaju situaciju tumačenjem suvremenih standarda medicinske prakse s pozicije osobnih stajališta koja ne koreliraju s onim što je tiskano u prihvaćenim sveučilišnim udžbenicima i smjernicama nacionalnih stručnih društava. Takva tumačenja uvelike otežavaju položaj liječnika u istražnom postupka što posljedično jača uvjerenje u ostalih liječnika da je preporučljivo učiniti čim opsežniju obradu bolesnika kako bi se izbjegla i najmanja mogućnost za nedobronamjerna tumačenja koja bi mogla dovesti do sumnje na nesavjesno liječenje kako u bolesnika tako i u njihovih bližnjih. Nažalost, u bolesnika s kompleksnom patologijom upravo želja za izbjegavanjem situacije u kojima ih primjena racionalne medicinske prakse može dovesti na skliski teren i otvoriti prostor za različita pa i nedobronamjerna tumačenja, navodi liječnike na multipliciranje dijagnostičkih i terapijskih postupaka. U nekim zemljama poput SAD-a pokušalo se ograničiti, ako ne i onemogućiti veće razlike u tumačenjima svrsishodnosti pojedinih medicinskih postupaka tijekom istražnih radnji strogim definiranjem obveza vještaka medicinske struke što nije slučaj u našoj zemlji. Kodeks medicinske etike American Medical Association nalaže vještacima medicinske struke da postupke kolega ocjenjuju kroz službene stavove nacionalnih stručnih društava i u svjetlu općeprihvaćenih stavova o suvremenim standardima medicinske prakse. Osobna gledišta koja nemaju uporište u medicini temeljenoj na dokazima i koja nisu široko prihvaćena vještaci smiju iznositi isključivo uz ogradu da se radi o osobnom stavu koji nije općenito prihvaćen kao stav struke.(11) Mora se napomenuti da svaki iskusan liječnik, ekspert u svom području ima pravo na svoje mišljenje koje se u određenom trenutku ne mora poklapati s prevladavajućim stavom u stručnim krugovima što pravosudna praksa uvažava u svim zemljama zapadnog civilizacijskog kruga.(12) Bez imalo želje za iskazivanjem sarkazma ne može se ne primijetiti da brojke koje se pripisuju troškovima prakticiranja

defenzivne medicine govore da liječnici nemaju povjerenja u institucije i ovlaštene osobe koje nadziru njihov rad, to jest nisu uvjereni da oni koji ih nadziru mare za pažljivo sročene tekstove etičkih kodeksa i naputaka za etičko postupanje držeći se općeprihvaćenih stavova o standardnoj medicinskoj praksi.(7,9,10)

Postupni gubitak povjerenja bolesnika u liječnike logična je posljedica izostanka povjerenja između samih liječnika. Lošem ozračju doprinosi stvaranje svojevrstnog "kulta nepogrešivosti", u kojem o vlastitim stručnim pogreškama javno govore rijetki i iznimno etični pojedinci sigurni u ispravnost svojeg postupanja. Problem je u tome što se samo detaljnom analizom uzroka nastanka komplikacija i pogreški može djelovati na njihov nastanak. U takvom ozračju kojeg dodatno složenim čini sve veća dostupnost velike količine raznih medicinskih informacija u javnom medijskom prostoru, nerijetko prenesenih na zaprepašujuće nestručan način, ne smije se a priori osuđivati liječnike koji s jedne strane imaju bolesnika i njegove bližnje opskrbljene mnoštvom informacija o prednostima i nedostacima pojedinih postupaka, a s druge strane nerijetko neujednačene stavove predstavnika struke.

Činjenica jest da se medicinska praksa ne može i u biti ne smije sasvim ukalupiti u algoritme - postupnike i gotove obvezujuće obrasce postupanja za sve situacije u kliničkoj praksi. Personalizirana medicina postaje standard skrbi za bolesnika. Standardizacija postupaka u kliničkoj praksi je dobar način borbe protiv defenzivne medicine ali ne smije dovesti do ukidanja autonomije odlučivanja liječnika, autonomije temeljene na stečenom znanju, vještinama i iskustvu rada s bolesnicima. U svijetlu poznate želje svih zdravstvenih administracija za smanjenjem stalno rastućih troškova zdravstvene zaštite može se kriti i želja da se nakon "šabloniziranja" pristupa bolesnicima stvori situacija u kojoj će se zaključiti da za veći broj medicinskih postupaka koje su dosad vodili liječnici, liječnici više neće biti potrebni. Ovo može zvučati kao pretjerano crna prognoza ali činjenica je da se liječnike počelo postupno zamjenjivati drugim visokoškoloanim zdravstvenim djelatnicima koji se kraće školuju pa je cijena njihova rada niža bez obzira na mišljenje bolesnika. Neporeciva je činjenica da primjenom defenzivne medicinske prakse liječnici izmiču "tlo pod nogama" svojoj struci i smanjuju svoj manevarski prostor pri planiranju budućnosti zdravstvenog sustava. Bez imalo ironije defenzivnu medicinu se može opisati kao "pucanje topovima po buhama", a takva medicinska praksa ne zahtijeva osobito mudre praktičare širokog znanja i vještina što vodi opadanju vrednota liječničke struke i neminovnom gubitku sadašnje pozicije u zdravstvenom sustavu. Zdravstveni djelatnici koji će birokratski ispunjavati forme i norme ne moraju biti visokoškoloani i većinom specijalizirani zdravstveni djelatnici kakvih je većina liječnika danas. Medicinska praksa temeljena na pažljivom izboru dijagnostičkih i terapijskih postupaka prilagođenom osobitostima svakog bolesnika (personalizirana medicinska praksa) zahtijeva vođenje i nadzor od strane stručnjaka sa širokim poznavanjem medicine temeljenom na stalnom obnavljanju i proširivanju stečenog znanja i vještina, a to su po svojoj edukaciji prije svega nesumnjivo liječnici. Na izvjestan način u današnjem načinu specijalističke edukacije liječnika krije se jedan od mogućih uzroka pojave defenzivne medicine. U svim područjima liječničke djelatnosti danas postoji težnja za sve užom specijalizacijom što je neminovna posljedica biomedicinskih istraživanja i tehničkog napretka. Zbog sve užeg specijaliziranja liječnici gube kontakt s pojedinim patološkim entitetima, ali primjenu defenzivne medicinske prakse mogu izbjeći konzultirajući se s kolegama pripadnicima drugih specijalnosti tj. timskim radom. Timski

svojim bolesnicima temeljila se na njihovim stavovima o sposobnosti svakog pojedinog bolesnika da se nosi sa svojom dijagnozom (13).

U Grčkoj većina zdravstvenih djelatnika smatra kako obitelj treba biti potpuno informirana o zdravstvenom stanju člana svoje obitelji, ali treba li biti i oboljela osoba nisu baš sigurni (14). Zadržavanje istine, u društvima s jakim obiteljskim vezama kao što je grčko, smatra se dužnošću kako bi se zaštitio bolesni član obitelji (15).

I u Hrvatskoj je istraživanje provedeno među liječnicima obiteljske medicine pokazalo da većina njih priopćava svojim bolesnicima dijagnozu raka povremeno, a gotovo polovina njih prenose dijagnozu članovima njihove obitelji bez njihove suglasnosti (16).

Ipak, sve više istraživanja diljem svijeta posljednjih par godina ukazuju da je danas opći stav, čak i u istočnjačkim kulturama, iskrena komunikacija između liječnika i bolesnika (3,6,8,17).

DVOJBE LIJEČNIKA

Izricanje kompletne istine oboljelom nije samo kulturološki određeno. Postoji niz okolnosti u kojima liječnici posljednjih desetljeća balansiraju između reći ili ne reći istinu. Istina se često skriva zbog straha da će ugasiti bolesnikovu nadu, što će dovesti do tjelesne patnje, duševnih boli i ubrzati sam smrtni ishod (17).

Dodatno, informirati nekog o lošoj prognozi, mnogi liječnici doživljavaju kao poraz. Zadržavanje istine, na neki način, im omogućava očuvanje imidža "dobrog doktora" (18).

Situacije u kojima liječnik ne može pružiti odgovarajuće liječenje može stvoriti osjećaj bespomoćnosti, čak i krivnje (obično nepotrebno). Stoga ne iznenađuje da neki liječnici svojim bolesnicima ponekad maskiraju cijelu istinu u nastojanju da izbjegniju bilo bolesnikovu bilo vlastitu emocionalnu reakciju vezanu uz loše vijesti (19,20)

Osim toga, iznošenje istine, naročito loših vijesti, stresan je događaj i za liječnika i za bolesnika i neki autori smatraju kako je sasvim prirodno da liječnici ukoliko to mogu, će izbjeći i pribjeći ne iznošenju loših vijesti (9,21)

Dodatno, neki liječnici smatraju kako je opravdano ne iznošenje "cijele istine" bolesnicima jer bolesnici ne posjeduju potrebna medicinska znanja kako bi je razumjeli. Saznanja o ozbiljnim oboljenjima mogu prouzrokovati iracionalna i destruktivna ponašanja, ponekad i suicid, što bi trebalo biti opravdanje za zadržavanje informacija (22). Mnogi liječnici ipak ne podržavaju ovakve stavove. Naprotiv, neposjedovanje određene razine medicinskih znanja obvezuje liječnika da budu iskreni i pronađu najbolji način kako bi prenijeli ključne misli na način koji pojedinac može najbolje razumjeti (22).

S druge strane, liječnici, provodeći neke specifične poslove, mogu imati etičke dvojbe u svom radu. Ponekad sam informirani pristanak može biti zbunjujući i staviti liječnika u dvojbu koje informacije treba reći bolesniku. Tako ako se radi o kirurškom postupku, kirurzi mogu dvojiti je li dovoljno bolesnika izvijestiti o najčešćim komplikacijama, najozbiljnijim, ili svim mogućim. Neki liječnici smatraju da bi poznavanje širokog spektra komplikacija moglo odvratiti bolesnika od kirurškog liječenja (23). Nasuprot, procesuiranja liječnika zbog komplikacija nastalih kao posljedica liječenja bude strah o potrebi opsežnog izvještavanja, odnosno formiranja obrasca informiranog pristanka od strane pravnik. No, prema istraživanjima često su ovi obrasci teško razumljivi (24) te se nameće pitanje predstavlja li tada informirani pristanak svojevrstan alibi, obrazac osiguranja od odgovornosti. Gubi li se ovako njegov istinski smisao informiranja bolesnika te njegova funkcija svojevrstne

o “lošim vijestima” - informacijama koje će vjerojatno u negativnom smislu drastično promijeniti bolesnikovo viđenje vlastite budućnosti (4).

KULTUROLOŠKE RAZLIKE

Ključne vrijednosti zapadne kulture - neovisnost, individualizam, autonomija, neprihvatanje ispraznosti neumornih napora koji pružaju lošu kvalitetu života (5) ne dijele svi bolesnici i njihove obitelji, a ponekad ni liječnici. Različite kulture stvaraju kontekst u kojem pojedinci proživljavaju život i shvaćaju moralno značenje bolesti, patnje i smrti, a navedene su različitosti naročito prepoznate u skrbi na kraju života.

U zapadnim kulturama, u kojima se prvenstveno misli na Veliku Britaniju, Sjedinjene Američke Države, Kanadu i Finsku, uobičajeno je iznošenje istine o zdravstvenom stanju pojedinca. Tako je u zapadnim kulturama ovo pravo kao i pravo sudjelovanja u odlučivanju o svom liječenju regulirano nizom zakonskih aktova.

No, u mnogim etničkim zajednicama, liječnici i članovi obitelji često imaju potrebu uskratiti medicinsku informaciju, prema njihovom mišljenju, u najboljem interesu bolesnika.

U zemljama Azije i Bliskog istoka, liječnici i bolesnici smatraju kako je uskraćivanje istine više humano i etično (6). Tako je, u strogo paternalističkom smislu, davanje informacija obično ograničeno samo na članove obitelji (6,7,8). Prema jednom istraživanju provedenog u Kini gotovo 60% onkologa smatra da bolesnici u terminalnoj fazi svoje bolesti ne bi trebali znati istinu. Objasnjenje za ovakav paternalistički stav kineskih liječnika temelji se na njihovoj percepciji da bi ovakve loše prognoze mogle utjecati da se ovi bolesnici osjećaju beznadno i bespomoćno (7).

I u Japanu članovi obitelji imaju ključnu ulogu u kojoj mjeri će oboljeli od malignih bolesti biti informirani o svojoj bolesti. Sam stav japanskih liječnika je taj kako je odnos obitelj-liječnik višestruko važniji nego bolesnik-liječnik (8). To je potvrdilo i istraživanje u kojem se čak 80% liječnika i 65% bolesnika slaže kako liječnik treba priopćiti dijagnozu o neizlječivoj bolesti najprije obitelji i njoj prepustiti odluku treba li je priopćiti i bolesniku (8).

Sličan paternalistički pristup prisutan je i u zemljama s islamskom kulturom. U Saudijskoj Arabiji “glava obitelji” o svemu odlučuje, a liječnici se moraju ponašati u skladu s kulturnim normama (9). Tako je više istraživanja pokazalo da liječnici lakše komuniciraju s rodbinom nego samim bolesnicima, ne pridajući previše važnosti bolesnicima na koje se te informacije zapravo odnose (9).

Istraživanje provedeno u Iranu pokazalo je da gotovo polovina bolesnika oboljelih od karcinoma u terminalnoj fazi nisu s tim upoznati. Samo jedan od šest zna da ima metastaze, a nijedan od njih nije imao otvoren razgovor sa svojim doktorom (10). Čak i liječnici koji podržavaju neosporno pravo na autonomiju i istinu imaju zadržku kod objavljivanja “najcrnijih” vijesti s imperativom da osoba na koju se te vijesti odnose treba biti u stanju tolerirati istinu s minimalnim psihološkim i tjelesnim posljedicama (11).

No i u zemljama zapadne kulture nalazimo dvojbe u iznošenju istine, naročito u onima koje pripadaju mediteranskom podneblju. Prema jednom istraživanju provedenom u Italiji, vjeruje se da otkrivanje dijagnoze oboljelom od karcinoma narušava spokoj smrtno bolesnom bolesniku (12).

U istraživanju provedenom u Španjolskoj 68% oboljelih od karcinoma nije znalo da je u terminalnoj fazi bolesti. Odluka liječnika kada reći (ako uopće reći) kompletnu istinu

rad nikako nije izbjegavanje odgovornosti nego odgovorno ponašanje duboko utemeljeno u medicinskoj etici kojim liječnik osigurava povjerenim mu bolesnicima najbolju moguću skrb u konzultaciji s liječnicima drugih specijalizacija.

Predstavnici liječničke struke u Republici Hrvatskoj poduzimaju korake na smanjenju negativnih posljedica defenzivne medicinske prakse. Dobar primjer za to je izradba algoritama stručnih društava Hrvatskog liječničkog zbora za dijagnosticiranje, liječenje i praćenje bolesnika s češćim zloćudnim bolestima. Radi se o algoritmima koji prate smjernice u suvremenoj medicinskoj praksi u razvijenijim zemljama od Hrvatske ali su ujedno i prilagođene stvarnosti u većini hrvatskih zdravstvenih ustanova, to jest baziraju se na dostupnim sredstvima a ne onome “što bi bilo dobro imati ali nemamo i ne znamo kada ćemo imati”. Važno je napomenuti da algoritmi nacionalnih stručnih društava ne podrazumijevaju neselektivnu primjenu svega napisanog već pažljiv odabir ponuđenih dijagnostičkih metoda i terapijskih postupaka prilagođen osobitostima kliničkog statusa svakog bolesnika/ice (personalizirani pristup). Jednom riječju, u medicinskoj praksi ne postoji nešto poput kuharica (knjiga receptata). Važno je imati na umu da dobro napisana knjiga receptata ne podrazumijeva uvijek ukusno jelo na stolu ukoliko po receptu rade ruke nevjeste i/ili nezainteresirane osobe. Pažljivi pristup posebnostima svakog bolesnika uz kritičan odnos prema preporučenim smjernicama propisanim od stručnih društava, državnog zavoda za zdravstveno osiguranje odnosno Ministarstva zdravlja ne smije biti zamijenjen slijepim pridržavanjem smjernica jer to može odvesti u drugu krajnost i dovesti liječnika u opasnu situaciju u slučaju tužbe zbog nesavjesnog liječenja. (12) Neosporivo je da je prilikom svakodnevnog rada u kliničkoj praksi potrebno razmišljati o svakom problemu s kojim se susrećemo uz izbjegavanje negativnosti šablonskog pristupa koji nema ništa zajedničko sa standardizacijom medicinskih postupaka poduzetom u svrhu ujednačavanja kvalitete zdravstvene skrbi. Daljnji jači angažman krovnih liječničkih udruga i institucija poput Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore neophodan je ukoliko liječnici žele izbjeći nametanje postupnika u kliničkoj praksi od strane tijela koje bi oblikovala zdravstvena administracija (nadležno ministarstvo za poslove zdravlja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) bez konzultacija s predstavnicima struke izabranima od strane liječnika.

Defenzivna medicina je u svojoj biti najgori oblik negacije slobodne prosudbe liječnika temeljene na znanju i stečenom iskustvu u kliničkoj praksi. Defenzivna medicina predstavlja čistu negaciju autonomije odlučivanja liječnika svodeći ih na bolje educirane birokrate čime se bitno mijenja pozicija liječnika ali i cijeli hijerarhijski sustav u medicini temeljen na sustavu koliko edukacije toliko i odgovornosti. Dužnost je svakog liječnika izbjegavati defenzivnu medicinsku praksu, podupirati kolege u racionalnom pristupu dijagnostici i liječenju te koristiti timski pristup kako bi skrb za svakog pojedinačnog bolesnika bila što bolja.

LITERATURA

1. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H--602. (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994). URL: <http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf> (2015-04-03)
2. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293(21):2609-2617.

3. DeKay ML, Asch DA. Is the defensive use of diagnostic tests good for patients, or bad? *Med Decis Making* 1998;18:19-28.
4. Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore. *Narodne novine* 55/08.
5. Budetti PP. Tort Reform and the Patient Safety Movement. *JAMA* 2005 Jun 1;293(21):2660-2.
6. Studdert DM, Mello MM, Sage WM. et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005 Jun 1;293(21):2609-17.
7. Rothberg MB, Class JC, Bishop TF, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer PK. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Intern Med* 2014;174(11):1867-1868. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4649.
8. Mello MM, Kelly CN. Effects of a Professional Liability Crisis on Residents' Practice Decisions. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1287-95.
9. Scherz H, Oliver W. Defensive Medicine: A Cure Worse Than The Disease. *Forbes* 2015 Aug 27 URL: <http://www.forbes.com/sites/realspin/2013/08/27/defensive-medicine-a-cure-worse-than-the-disease/> (2015-03-16)
10. Kovačević Barišić R. 30% pacijenata na pretrage je poslano bez potrebe. *Večernji list* 2015 Mar 9 URL: <http://www.vecernji.hr/hrvatska/svakog-treceg-pacijenta-lijecnici-posalju-na-pretragu-kako-bi-pokrili-sebe-993846> (2015-03-16)
11. Opinion 9.07 - Medical Testimony u Code of Ethics AMA - Opinions on Professional Rights and Responsibilities. URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion907.page> (2015-03-27)
12. Hurwitz, B. How does evidence based guidance influence determinations of medical negligence? *British Medical Journal* 2004;329(7473):1024-28.

IZREĆI ISTINU - ETIČKE DVOJBE TELLING THE TRUTH - AN ETHICAL DILEMMA

**dr.sc. Ivana Marasović Šušnjara, dr.med.¹
Maja Vejić²**

¹Služba za javno zdravstvo
Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije
Držičeva 19 • 21000 Split

²Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Ivana Lučića 3 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Pravo bolesnika na istinu o njegovom zdravstvenom stanju osnova je njegovog prava na autonomiju što je regulirano u legislativi mnogih država. Unatoč tome istraživanja su pokazala da postoje brojne etičke dvojbe liječnika u izricanju istine bolesnicima, osobito onima suočenima s neizlječivim bolestima. Stoga je cilj ovog rada prikazati istraživanja diljem svijeta o etičkim dvojbama u izricanju istine liječnika bolesniku, kako u zapadnim zemljama, tako i u onima koje ne pripadaju zapadnjačkoj kulturi.

Ključne riječi: autonomija, istina, liječnici, bolesnici, etika

SUMMARY

The patient's right to know the truth about their health is the basic right to the autonomy, as is legally assured by the law in many countries. Despite that, the research has shown that the doctors may have many ethical dilemmas regarding telling the truth to the patient, especially in the cases of terminal illness. Therefore, the aim of this work is to present the research of the doctors' ethical dilemmas regarding telling the truth. The research cover both the western countries as well as the countries that are not a part of the western cultural circle.

Keywords: autonomy, truth, doctors, patients, ethics

UVOD

Druga polovica dvadesetog stoljeća obilježena je promjenom odnosa liječnik - bolesnik. Napušten je krovni princip medicinske etike - paternalizam. Poštivanje autonomije postalo je osnovno etičko načelo. Neizricanjem istine uskraćuje se bolesniku ostvarivanje njegovog prava na autonomiju (1), te je prikrivanje istine u bilo kojem obliku postalo sinonim za neprihvatljivo (2,3). Pojašnjavanjem činjenica o dijagnozi, prognozi i mogućnostima liječenja stvara se temelj slobodnog izbora pojedinca (2).

Usprkos navedenom, istraživanja su pokazala da danas postoje brojne etičke dvojbe liječnika po pitanju izricanja istine bolesnicima, što osobito dolazi do izražaja kada se radi

70. Kamphuis EI, Bhattacharya S, van der Veen F. I sur. Are we overusing IVF? *BMJ* 2014;348:g252.
71. Bishop T. Cardiologist's licence revoked over accusations of placing unneeded stents. The Baltimore Sun 2011 Jul 13. http://articles.baltimoresun.com/2011-07-13/health/ms-md-midei-license-revoked-20110713_1_midei-unneeded-stents-stent-business (06.05.2015.).
72. Waldman P. Needless stents alleged at Kentucky hospital amid 2-year probe. Bloomberg Business 2013 Oct 7. <http://www.bloomberg.com/news/articles/2013-10-07/needless-stents-alleged-at-kentucky-hospital-amid-2-year-probe> (06.05.2015.).
73. Lowes R. Huge malpractice settlements made in fugitive surgeon case. *Medscape* 2013 Jul 9. http://www.medscape.com/viewarticle/807457_1 (06.05.2015.).
74. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG. I sur. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986;315:1259-66.
75. Varga: Trećina pacijenata u bolnicama su višak - mogu biti otpušteni bez posljedica za zdravlje. Slobodna Dalmacija 2013 Jul 18. <http://slobodnadalmacija.hr/Hrvatska/tabid/66/articleType/ArticleView/articleId/216179/Default.aspx> (06.05.2015.).
76. Debre B, Even Ph. *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*. Paris: Le Cherche midi. 2012.
77. Gajski L. *Lijekovi ili priča o obmani*. Zagreb: Pergamena. 2009.
78. Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS. I sur. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010;79:267-79.
79. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
80. Gajski L. Cijepljenje - spas od zaraznih bolesti ili nepotreban rizik. *Liječničke novine* 2011 Oct:51-5. <http://www.scribd.com/doc/172687164/LN-103-Gajski-Spas-ili-rizik> (06.05.2015.).
81. Moss RW. *Questioning chemotherapy*. New York: Equinox Press. 1995.
82. Garattini S, Bertele V. Efficacy, safety, and cost of new anticancer drugs. *BMJ* 2002;325:269-71.
83. Ujeyl M, Schlegel C, Walter S, et al. New drugs: evidence relating to their therapeutic value after introduction to the market. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(7):117-23.

ETIČKA NAČELA LIJEČNIČKOG PRISTUPA U OBRADI BOLESNIKA U HITNOJ SLUŽBI

ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL ACTION IN DIAGNOSTIC APPROACH IN EMERGENCY UNIT

doc.dr.sc. Ingrid Prkačin, prim.dr.med.
mr.sc. Vesna Đermanović-Dobrota, dr.med.

Klinika za unutarnje bolesti
Klinička bolnica "Merkur"
Zajčeva 19 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Etika se može definirati na više načina. Jedna od definicija jest da predstavlja "propise i pravila koja određuju ispravan postupak". Sukladno toj definiciji prikazati ćemo osobitosti dijagnostičkog postupka i alibi medicine u obradi bolesnika u hitnoj službi.

Ključne riječi: hitna služba, postupnik obrade

SUMMARY

According to the definition that "ethics covers rules and regulations which determine correct action" the characteristics of the special diagnostic approach are presented as well as proposals to become more attainable to the patients in emergency unit.

Keywords: emergency medicine, diagnostic management

UVOD

Pravilni pristup suvremenog procesa liječenja bolesnika je interdisciplinarni pristup koji zahtijeva neposrednu suradnju niza stručnjaka što se posebice očituje u hitnoj službi.

Svjedoci smo potrebitosti kontinuirane edukacije s primjenom niza postupnika (algoritama) radi "pojednostavljenja" postupaka liječenja. Time se zapravo omogućuje širenje djelovanja "alibi" medicine jer smo učiniti niz pretraga prema postupniku (vjerujem u nastojanju da se bolesniku pomogne) a odgovornost podijelili. Bolesnici u dijagnostičkom procesu, prije svega u hitnim službama, kao i oni liječeni terapijskim metodama vrlo često mogu biti izloženi medicinskim postupcima koji su neugodni i bolni što sve treba uzeti u obzir kod bolesnika, pokušajući objasniti bolesniku i obitelji razlog obrade, a ne samo brojčano povećavati pretrage kako bi se potvrdila ili isključila određena bolest.

U hitnoj medicini o etičnosti se može govoriti na svakom koraku obrade i terapijskog djelovanja, s posebnim osvrtom na međuljudske odnose između liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja. Moderna medicina dovela je do nekih posebnosti i zamijenila je

individualni odnos liječnik-bolesnik drugim odnosom koji uključuje tim medicinskih profesionalaca naspram bolesnika. U timu medicinskih profesionalaca koji su specijalizirani za različite i brojne aspektne procesa dijagnostike i terapije uz liječnika izuzetno važnu ulogu čini medicinska sestra i tehničar.

U Kodeksu medicinske etike i deontologije u članku 9. pod 12 točaka opisuju se postupci i odnosi prema drugim liječnicima i struci (1). Pod trećom točkom navodi se da će ukoliko drugi liječnik zatraži od njega stručni savjet i/ili pomoć, pružiti je nesebično i prema svom najboljem znanju. U svakodnevnom obavljanju zdravstvene zaštite svjedoci smo izuzetno visokih zahtjeva koje moramo zadovoljiti. Ne postoji liječnik i medicinski djelatnik koji ima odgovor na sve. Stoga je od izuzetne važnosti međusobna komunikacija i zajednička suradnja različitih struka a sve na dobrobit bolesnika, pri čemu se moramo pridržavati temeljnih načela medicinske etike: dobročinstvo, neškodljivost, autonomnost, pravednost (2).

Dobročinstvo obuhvaća skup načela koja zahtijevaju da spriječimo štetu i omogućimo dobrobit. Neškodljivost znači ne nanošenje zla i štete drugima (bolesnicima, ali i kolegama i ostalim suradnicima). Autonomnost je načelo koje zahtijeva poštovanje sposobnosti donošenja odluka, a pravednost je zahtijev za ravnomjernom i poštenom raspodjelom dobrobiti, opasnosti i cijene.

Etičnost moderne medicine počiva na etičkim teorijama poput utilitarizma (od latinske riječi *utilus* = koristan, odgovara praktičnoj koristi da "cilj opravdava sredstva") i deontologije (potječe od grčke riječi *deon* = dužnost) gdje se navodi da je bitna dužnost da se nešto učini ili ne propusti učiniti, što zapravo čini osnovu "alibi" medicine.

Termin deontologije pojavio se 1834.godine, a osmislio ju je engleski filozof Jeremy Bentham. Naglasila bih važnost primjene ove vrste etičke teorije jer se ona bavi proučavanjem i određivanjem prava i dužnosti u timskom radu kao i odnosu tima i bolesnika. Bez dobre i uspješne komunikacije nema stvaranja odnosa (udruge bolesnika, stručna liječnička društva, farmaceutske kuće, državni i privatni osiguravatelji, nacionalna i lokalna vlast i dr.). U suvremenom svijetu, bolesnik je sve više subjekt a ne objekt u bilo kojem postupku u zdravstvenoj skrbi, pa tako i u hitnoj službi gdje bih posebno navela etičnost "alibi" medicine u akutnoj boli. Iko je akutna bol korisna i pruža u osnovi zaštitni mehanizam organizma, ukoliko je neliječena ili neadekvatno liječena može uzrokovati negativne posljedice na stabilnost bolesnika i povisiti učestalost komplikacija. Izuzetno je provesti odgovarajuću dijagnostičku obradu i liječenje akutne boli jer time možemo provesti dodatne medicinske intervencije u smislu pravilne dijagnostičke obrade. Etično je i moralna obveza bolesniku dati informaciju koliko je važno smanjiti bol i ili temperaturu ili bilo koje hitno stanje zbog kojega je bolesnik došao u hitnu službu. Bolesnik postaje aktivan sudionik u liječenju jer adekvatnom regulacijom boli utječemo na stabilnost bolesnika, prije svega hemodinamsku i respiracijsku kod primjerice akutne koronarne boli. Moguće je spriječiti daljnja oštećenja vitalnih organa srca, bubrega, mozga i žila te značajno smanjiti morbiditet i rizik iznenadne smrti (3,4,5). Ako terapija nije učinkovita, čovjeku se može narušiti zdravlje ili može umrijeti jer nije primao terapiju koja bi osobi zaista pomogla. Osim toga, ako se propisuju terapije koje nisu učinkovite, nastaju financijske štete - za zdravstveni sustav koji plaća terapiju ili za pojedinca ako terapiju plaća sam.

Znajući kolika je važnost postupka etičnosti u svakodnevnom radu hitne službe kao i opasnost "hipertrofije" medicinskih postupaka "alibi" medicinom smatrali smo bitnim predočiti važnost ove problematike. Pri tome je važna suradnja liječnika i medicinske sestre, te međusobna suradnja liječnika različitih struka, temeljeno na principima medicinske etike,

53. Shreibati JB, Baker LC, Hlatky MA. Association of coronary CT angiography or stress testing with subsequent utilization and spending among Medicare beneficiaries. *JAMA* 2011;306:2128-36.
54. Kolata G. Liječnici tvrde da magnetska rezonancija ne daje rezultate. *PLIVAMED.net* 2011 Nov 18. <http://www.plivamed.net/novosti/clanak/5878/Lijecnici-tvrde-da-magnetska-rezonancija-ne-daje-rezultate.html> (05.05.2015.).
55. Matthews S. Cancer screening debate continues as new diagnostic method shows promise. *Everyday Health* 2013 Sep 11. <http://www.everydayhealth.com/cancer/911/cancer-screening-debate-continues-as-new-diagnostic-method-shows-promise-7163.aspx> (05.05.2015.).
56. Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA. I sur. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. *Arch Intern Med* 2010;170:1525-32.
57. Black W. Advances in radiology and the real versus apparent effects of early diagnosis. *Eur J Radiol* 1998;27:116-22.
58. Prasad V, Rho J, Cifu A. The diagnosis and treatment of pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2012;172:955-8.
59. Boden WE. COURAGE 5 years on: the message grows stronger. *Heart* 2012;98:1757-60.
60. Miller R. Many patients getting DES would do as well with bare-metal stents: NCDR Registry. *Medscape* 2012 Jul 10. <http://www.medscape.com/viewarticle/767131?src=nl dne> (05.05.2015.).
61. Al-Khatib SM, Hellkamp A, Curtis J. I sur. Non-evidence-based ICD implantations in the United States. *JAMA* 2011;305:43-9.
62. Eisler P, Hansen B. Doctors perform thousands of unnecessary surgeries. *USA Today* 2013 Jun 20. <http://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/06/18/unnecessary-surgery-usa-today-investigation/2435009/> (05.05.2015.).
63. Guarner V. Unnecessary operations in the exercise of surgery. A topic of our times with serious implications in medical ethics. *Gac Med Mex* 2000;136:183-8.
64. Whoriskey P, Keating D. Spinal fusions serve as case study for debate over when certain surgeries are necessary. *The Washington Post* 2013 Oct 28. http://www.washingtonpost.com/business/economy/spinal-fusions-serve-as-case-study-for-debate-over-when-certain-surgeries-are-necessary/2013/10/27/5f015efa-25ff-11e3-b3e9-d97fb087acd6_story.html (05.05.2015.).
65. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A. I sur. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 2013;369:2515-24.
66. Sirovich BE, Welch G. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA* 2004;291:2990-3.
67. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Cervix cancer screening. *IARC Handbook of Cancer Prevention*. Volume 10. Lyon: IARC Press; 2005. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf> (05.05.2015.).
68. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2012. *National Vital Statistics Reports*;62:3. 2013 Sep 6. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr62/nvsr62_03.pdf (05.05.2015.).
69. Rodin U. *Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2012. godine*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2013.

36. Gajski L. Hipertenzija - bolest, rizik ili...? *Liječničke novine* 2010 Sep: 60-2. <http://www.scribd.com/doc/173004070/LN-92-Gajski-Hipertenzija> (05.05.2015.).
37. Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N. i sur. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ* 2013;347:f6123.
38. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I. I sur. Ethical dilemmas arising from implementation of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:202-8.
39. Gajski L. Farmaceutska industrija i sukob interesa u medicini. U: Šarić M., Kovačić L., ur. *Zdravstvo u Hrvatskoj*. Zbornik radova s okruglog stola održanog 17. travnja 2012. Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. 2012: 87-99. <http://www.scribd.com/doc/173296968/Gajski-HAZU-Sukob-interesa-u-medicini> (05.05.2015.).
40. Aaron S, Vandemheen K, Boulet L. I sur. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ* 2008;179:1121-31.
41. Winearls C, Glassock R. Classification of chronic kidney disease in the elderly: pitfalls and errors. *Nephron Clin Pract* 2011;119(suppl 1):c2-4.
42. Angell M. *The epidemic of mental illness: why?* New York Review Books 2011 Jun 23. <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/?pagination=false> (05.05.2015.).
43. Mojtabai RJ. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychother Psychosom* 2013; 82:161-9.
44. Ljubičić N. "Test and treat" pristup bolesnicima s dispepsijom u RH - ima li to smisla? *PLIVAMED*.net 2013 Jun 6. <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/7957/Test-and-treat-pristup-bolesnicima-s-dispepsijom-u-RH-ima-li-to-smisla.html> (05.05.2015.).
45. Herndon MB, Schwartz LM, Woloshin S. I sur. Implications of expanding disease definitions: the case of osteoporosis. *Health Aff* 2007;26:1702-11.
46. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography - an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 2007;357:2277-84.
47. Null G, Dean C, Feldman M. I sur. Death by medicine. Ft. Lauderdale. Life Extension Foundation 2004. http://www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004_aws_i_death_02.htm (05.05.2015.).
48. Wood Sh. 'Normal' angiogram rates for suspected CAD differ widely among hospitals. *Medscape* 2013 Oct 10. http://www.medscape.com/viewarticle/812403?nlid=35483_1985&src=wn_l_edit_medn_card&uac=98463AJ&spon=2 (05.05.2015.).
49. Seres JL, Newman RI. Perspectives on surgical indications. Implications for controls. *Clin J Pain* 1989;5:131-6.
50. Choosing Wisely. Lists. 2013. <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/> (05.05.2015.).
51. Bratonja Martinović LJ. Na nepotrebne preoperativne pretrage baci se 5,5 milijuna. *Novi list* 2013 Jan 22. <http://m.novolist.hr/PogledajClanak.aspx?id=647710&datum=20130122> (14.02.2015.).
52. Voss SD, Chen L, Constine LS. I sur. Surveillance computed tomography imaging and detection of relapse in intermediate- and advanced-stage pediatric Hodgkin's lymphoma: a report from the Children's Oncology Group. *J Clin Oncol* 2012;30:2579-80, 2635-40.

kako bi bolesnik bio maksimalno zbrinut, pokazujući prema bolesniku uz maksimalnu profesionalnost prije svega iskrenu humanost.

Prilikom dolaska u hitnu službu zbog akutne boli svakom bolesniku se učini elektrokardiografska obrada (EKG), izmjeri temperatura te odredi razina glukoze iz prsta. Osim detaljne anamneze i fizikalnog pregleda obavezno je mjerenje krvnog tlaka (vrlo često je bol tipa glavobolje, pritiska u prsima uzrokovana hipertenzivnom hitnoćom) (4). Procijeni se bubrežna funkcija MDRD i/ili CKD-EPI formulama, odredi urin, laboratorijska dodatna obrada (jetreni testovi..) te daljnja radiološka obrada abdomena (bol u truh), urotrakta (sumnja na ureterolitijazu), pluća (pneumonija). Koristimo dodatnu obradu - možemo reći alibi kako bi se osigurali da nešto ne propustimo. Nakon uvida u biokemijske nalaze a posebice onih visokoselektivnih enzima (koji se obavezno doređuju u slučaju boli u prsima koja nije lokomotnog sustava), kao što je high sensitive troponin I, u slučaju urednih nalaza ali suspektne kliničke slike, isti se ponavljaju kako bi se isključila akutna koronarna bolest a time omogućila "alibi" medicina zaštite zdravstvenih djelatnika. Za isključenje moguće plućne embolije koristi se MSCT angiografija U ovom djelu dijagnostičkog postupnika uključeni su u timski rad i kolege radiolozi s posebnim naglaskom na interventne radiologe zbog neslabilnosti bolesnika i promptnog zbrinjavanja ove emergentne situacije. I ovdje je bolje isključiti plućnu emboliju nego je predvidjeti, stoga možemo reći da i ovdje vrlo često koristimo "alibi" medicine.

Iz navedenog vidljivo je koliko je važno u postupniku zbrinjavanja bolesnika poštivanje temeljnih načela medicinske etike, surađujući s brojnim drugim strukama i djelatnostima.

Još od vremena Hipokrata temeljnim kamenom medicinske etike smatra se čuvanje povjerljivih podataka o bolesniku, čega se i mi pridržavamo. Značenje povjerljivosti podataka važno je zbog autonomije, poštivanja drugih i međusobnog povjerenja posebice između zdravstvenih djelatnika (6).

ZAKLJUČAK

Kao aktivni djelatnici u sustavu svakodnevne zdravstvene usluge svjedoci smo da se korisnici zdravstvenih usluga svakodnevno opslužuju brojnim informacijama o zdravlju, načinima dijagnostičke obrade, mogućnostima terapijskog djelovanja. Na svakom koraku potencijalnim korisnicima zdravstvenih usluga nude se savjeti, terapije i lijekovi. Poziva se pučanstvo na pretrage kako bi se neke bolesti otkrile u vrlo ranoj fazi. Stoga slijediti dijagnostičke postupnike u obradi bolesnika u hitnoći, iako predstavlja mogućnost "alibi" medicine omogućuje osjećaj sigurnosti i da smo sve učiniti za bolesnika (iako mu ponekad i nismo uspjeli pomoći).

LITERATURA

1. Kodeks medicinske etike i deontologije. *Liječničke novine* 2007;(197):1-4.
2. Oath of Hippocrates. Harvard Classics. Volume 38th. Copyright 1910, by P.F. Collier and Son. <http://www.cirp.org/library/ethics/hippocrates>
3. Adam Neseck V. Akutna bol u hitnoj medicini. *Liječ Vjesn* 20014;136(Suppl 2):97-100.
4. Prkačin I, Cavrić G, Dabo N, Kasumović D, Šantek L, Balenović D. Hitna stanja vezana uz hipertenziju. *Liječ Vjesn* 2014;136:(Suppl 2):100-103.
5. Balenović D, Prkačin I, Mileta D, Pranjic I-K, Cavrić G, Horvat I, Šmit I. Izvanbolnički kardiopulmonalni reanimacijski postupak I ishod bolesnika s fibrilacijom ventrikula. *Liječ Vjesn* 2014; 136: (Suppl 2): 108-111.
6. Pozaić V. Liječnička tajna. *Obnov život* 2001;56:437-450.

ETIČNOST ALIBI MEDICINE - KAKO JE TO U INTERNOJ MEDICINI?

ETHICS OF ALIBI MEDICINE IN INTERNAL MEDICINE

prof.dr.sc. Ana Planinc-Peraica, dr.med.

Kilinika za unutarnje bolesti
Klinička bolnica "Mercur"
Zajčeva 19 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

Alibi medicina predstavlja dijagnostičke i terapijske postupke koji su nesvršishodni. Nastaju zbog više razloga - neznanja i nesigurnosti liječnika, straha od optužbi i pritiska bolesnika i obitelji na liječnika. Klinički nalaz se ne vrednuje kao ranije, pa se sve mora dokumentirati skupim pretragama. Defenzivna medicina smanjuje dignitet struke i poskupljuje dijagnostički postupak i liječenje.

Cljučne riječi: alibi medicina, etika, nepotrebne pretrage, nepotrebno liječenje

SUMMARY

Alibi medicine encompasses diagnostic and therapeutic procedures that are unnecessary. It is result of several reasons - the lack of doctor's knowledge, uncertainty, fear of prosecution and patient's and his relatives' requirements for useless treatment. The results of clinical examination are not valued as before. Nowadays every clinical finding has to be documented due to lack of confidence in the doctor's clinical skills. The defensive medicine decreases the dignity of medicine and increases the cost of diagnostic and therapeutic procedures.

Keywords: alibi medicine, ethics, unnecessary diagnostic procedures, unnecessary treatment

UVOD

Alibi medicina obuhvaća postupke, dijagnostičke postupke i liječenje koji su nepotrebni i nesvršishodni. Prema Bratoljubu Klaiću u Rječniku stranih riječi se navodi: alibi lat. "negdje na drugom mjestu"; dokazati svoj alibi - dokazati da si npr. u vrijeme nekog zločina bio na drugom mjestu, a ne na mjestu događaja; (često i "dobar" izgovor za neki propust ili neuspjeli postupak). (1) U medicini se izraz alibi medicina koristi u drugom tumačenju, za postupke kojima se opravda propust ili neuspjeli postupak. U medicini ona predstavlja "osiguranje" od mogućih optužbi da je nešto propušteno ili predstavlja "dokumentaciju" da se je na nešto mislilo.

16. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:120-34.
17. Andriole GL, Grubb III GL, Buys SS. I sur. Mortality results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-9.
18. Schroeder FH, Hugosson J, Robol MJ. I sur. Screening and prostate-cancer mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.
19. Barratt AL, Stockler MR. Screening for prostate cancer: explaining new trial results and their implications to patients. *Med J Aust* 2009;191:226-9.
20. Oliver SE, Gunnell D, Donovan JL. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. *Lancet* 2000;355:1788-9.
21. Welch G, Black W. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:605-13.
22. Ostojić: Kolonoskopski pregled spašava život. *Večernji list* 2012 May 26. <http://www.vecernji.hr/hrvatska/ostojic-kolonoskopski-pregled-spasava-zivot-414152> (05.05.2015.).
23. Napoli M. How good are colonoscopies? Center for Medical Consumers 2009 Jan 1. <http://medicalconsumers.org/2009/01/01/how-good-are-colonoscopies/> (05.05.2015.).
24. Čičić D. Smjernice za probir za rak pluća. *PLIVAMED.net* 2014 Jan 28. <http://www.plivamed.net/vijesti/clanak/8702/Smjernice-za-probir-za-rak-pluca.html> (05.05.2015.).
25. Tavernise S. Task Force urges scans for smokers at high risk. *New York Times* 2013 Jul 29. http://www.nytimes.com/2013/07/30/health/task-force-recommends-screening-for-heavy-smokers.html?_r=0.77 (05.05.2015.).
26. Gajski L. Proizvodnja bolesti; prikaz slučaja. *Liječničke novine* 2009 Jul; 76-9. <http://www.scribd.com/doc/173003538/LN-81-Gajski-Osteoporoza> (05.05.2015.).
27. Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD. I sur. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *RADIUS Study Group. N Engl J Med* 1993;329:821-7.
28. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Med* 2010;7(10):e1000347. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000347> (05.05.2015.).
29. Frković A. Citološki probir vrata maternice. *Informiranost žena i pristanak. Portal Hrvatskog društva za ginekologiju i opstetriciju* 2010 Dec 15. <http://www.hdgo.hr/Pages/Print.aspx?sifraStranica=354&kultura=hr> (05.05.2015.).
30. Kmietowicz Z. Cholesterol screening is not worth while. *BMJ* 1988;316:725.5.
31. Mitka M. Guidelines: New lows for LDL target levels. *JAMA* 2004;292:911-3.
32. Gajski L. Slučaj kolesterola. *Liječničke novine* 2009 Oct: 66-9. <http://www.scribd.com/doc/173003938/LN-83-Gajski-Kolesterol> (05.05.2015.).
33. Gajski L. Liječenje šećerne bolesti - u službi dijabetičke industrije. *Liječničke novine* 2010 Feb: 60-2. <http://www.scribd.com/doc/174060418/LN-86-Gajski-Lijecenje-secerne-bolesti> (05.05.2015.).
34. Bakris GL, Glassock RJ. Microalbuminuria: is it even a word anymore? *Medscape* 2013 Jun 3. http://www.medscape.com/viewarticle/804835_1 (05.05.2015.).
35. Kendrick M. Does treating high blood pressure do any good? Dr. Malcolm Kendrick 2012 Apr 2. <http://drmalcolmkendrick.org/2012/04/02/does-treating-high-blood-pressure-do-any-good/> (05.05.2015.).

protektivne vrijednosti nema (79). Učinkovitost cjepiva uglavnom nije znanstveno dokazana (80). Antivirusni pripravci imaju vrlo ograničene domete. Antibiotici su korisni lijekovi, no problem je da se često propisuju nepotrebno i neopravdano. Kemoterapija djeluje u slučaju neoplazmi krvotvornih organa i karcinoma dojke, jajnika i testisa; u ostalih čestih malignoma poput onih debelog crijeva, želuca, pluća, prostate, gušterače i mozga, ima vrlo malo efekta (81). Analize novoregistriranih antineoplastika u EU pokazale su da nisu djelotvorniji niti manje toksični u odnosu na postojeće (82,83). Nova skupina tzv. bioloških ili “pametnih” lijekova nije ni približno ispunila očekivanja.

U narodu postoji izreka - od viška glava ne boli. Kad je riječ o medicini, puno je dokaza da to nije tako. Predijagnosticiranje i nepotrebni medicinski postupci proizvode vrlo stvarnu, mnogostruku i dugoročnu štetu. Ona se manifestira izgubljenim životima i oštećenjem zdravlja, uzalud potrošenim novcem, psihološkim opterećenjem nametnutim strahom od bolesti, te socio-kulturnim nazadovanjem zbog gubitka holističkog i humanog obilježja medicine i redefiniranja koncepta bolesti i zdravlja. Cilj je pretvaranje svih ljudi u bolesnike, a društva u kliniku kojom upravlja i na kojoj zarađuje tek malobrojna predatorska struktura.

LITERATURA

1. *BMJ* 2002;324.
2. Brownlee Sh. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer*. New York: Bloomsbury. 2008.
3. Brawley OW. *How we do harm: a doctor breaks ranks about being sick in America*. New York: St. Martin's Griffin. 2012.
4. Abramson J. *Overdosed America: the broken promise of American medicine*. New York: Harper Perennial. 2008.
5. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books. 2006.
6. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press. 2012.
7. Ravnskov U. The cholesterol myths: exposing the fallacy that saturated fat and cholesterol cause heart disease. Winona Lake: New Trends Publishing; 2000.
8. Souccar T. *Le mythe de l'osteoporose*. Vergese: Thierry Souccar Editions. 2013.
9. Choosing Wisely. <http://www.choosingwisely.org/> (25.02.2015.).
10. Less Is More. <http://www.lessismoremedicine.com/projects/> (25.02.2015.).
11. Preventing Overdiagnosis. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/> (25.02.2015.).
12. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis. How to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
13. Autier P, Koechlin A, Smans M. i sur. Mammography screening and breast cancer mortality in Sweden. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1080-93.
14. Gøtzsche PC, Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;6:Art. No. CD001877. <http://summaries.cochrane.org/CD001877/screening-for-breast-cancer-with-mammography> (18.04.2015.).
15. Woloshin S, Schwartz LM. How a charity oversells mammography. *BMJ* 2012;345:e5132.

Alibi medicina je defenzivna medicina i posljedica je neznanja i nesigurnosti u dijagnostičkom postupku ili pritisaka bolesnika i obitelji bolesnika da se “učini sve što se može”.

U svakoj medicinskoj struci mogu se naći postupci koji bi se mogli označiti nazivom alibi medicina. Kada znanje i vještina liječnika nisu dovoljni za svladavanje uobičajenih izazova stvara se podloga za alibi medicinu. Elementi alibi medicine mogu se naći u svakom segmentu naše struke, u dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

ALIBI MEDICINA U DIJAGNOSTIČKIM POSTUPCIMA

Klinički pregled se ne vrednuje kao pred više desetaka godina. Tada je dostupnost dijagnostičkim pretragama bila znatno manja zbog ograničenog broja skupih aparata - ultrazvučnih, CT i sl. Danas se rade dijagnostičke pretrage da se dokumentira klinički nalaz ili se čak rade pretrage kad nema kliničkog nalaza da bi se uredni fizikalni nalaz dokumentirao. Na turnus iz interne medicine dolaze studenti koje su ranije u predmetu interna propedeutika poučili da u statusu srca kažu “šumova ne čujem” umjesto “šumova nema”. Na taj način se već studentima ucjepljuje ideja da zapravo fizikalni nalaz nije pouzdan, da nešto što ja ne čujem možda ipak postoji. Sljedeći korak bivšeg studenta koji nije naučio auskultirati srce i pri tom biti siguran u svoj nalaz je da će svakog bolesnika poslati na pregled srca ultrazvukom. Tu pretragu rade isključivo kardiolozi i padaju s nogu od posla jer više niti jedan bolesnik ne može ići na operaciju, bilo koju operaciju, da da mu prethodno nije učinjen UZV srca, a zatim veliki broj drugih bolesnika “mora” imati UZV srca.

Neke pretrage su komplementarne, pa ne predstavljaju ponavljanje. Međutim ponekad se nakon urednog nalaza UZV abdomena bespotrebno učini CT abdomena. Bolesnik kojemu je učinjena citološka punkcija limfnog čvora koji ukazuje na reaktivnu hiperplaziju i kojemu učinjene druge pretrage (imunofenotipizacija stanica limfnog čvora) isključuju malignost nepotrebno ga se šalje na ekstirpaciju limfnog čvora. Obično se tu radi o onim bolesnicima gdje je nesigurnost stvorila napisana primjedba nekog od stručnjaka da bi se trebalo učiniti još neku sofisticiranu pretragu. Na kliničaru je da ocjeni relevantnost učinjenih pretraga i prekine besmislenu daljnju dijagnostiku. (2,3)

ALIBI MEDICINA U LIJEČENJU BOLESNIKA

Prije početka liječenja hematoloških bolesnika sa neoplazmama razmatraju se rezultati pretraga i predlaže liječenje. Predloženo liječenje rezultat je suglasnosti svih hematologa te djelatnosti. Na taj način donosi se odluka o liječenju koje je najbolje za bolesnika. Međutim u tijeku liječenja bolesnika mogu postupci biti neetični. To se događa iz više razloga. Nakon završenog liječenja odgovarajućim pretragama procjenjuje se uspješnost liječenja. Kada su iscrpljene sve mogućnosti liječenja, a bolest je i dalje prisutna, treba bolesniku i njegovoj obitelji objasniti novonastalu situaciju. To se često događa u terminalnoj fazi liječenja onkoloških bolesnika, ali i drugih bolesnika u fazi umiranja. Daljnje liječenje sa ciljem izlječenja više nema smisla. Ove bolesnike ne “napuštamo” nego u novonastalim okolnostima nastavljamo liječenje po principima palijativne medicine. Međutim ponekad bolesnik ili češće njegova obitelj ne može prihvatiti iznesene argumente i prisiljavaju liječnike da se “učini sve što se može”. To često podrazumijeva daljnje liječenje citostaticima ili nastavak liječenje u intenzivnoj njezi uz mjere koje više nemaju smisla.

ALIBI MEDICINA U ONKOLOGIJI

Dignitet bolesnika

Da li primijeniti sve što se u medicini zna? 95-godisnjoj bolesnici tri dana prije hospitalizacije u klinički bolnički centar stanje se je postepeno pogoršavalo i zbog besvjesnog stanja hospitalizirana je u odjel intenzivne njege. Osoblje shvati da je mladi liječnik zaposlenik na istom odjelu njezin rođak i namjeravaju je dijalizirati. Bolesnica je lošeg općeg stanja, nekontaktna zbog moždanog udara, a prisutni su i znakovi zatajenja bubrega. Mladi liječnik konzultira svoju obitelj jer smatra da bolesnicu ne treba dijalizirati i podvrgavati je “herojskim” mjerama. Član obitelji, liječnik daje podršku mladom liječniku da se bolesnica nepotrebno ne podvrgava dijalizi. Bolesnica je sljedećeg dana preminula. Ovo je pozitivni primjer spriječavanja (izbjegavanja) nepotrebnog i besmislenog liječenja.

Bolesnik lošeg općeg stanja sa kroničnom limfocitnom leukemijom ispunjava kriterije za liječenje. Prema pozitivnim propisima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje bolesniku se može nabaviti i liječiti ga monoklonskim protutijelima. Od toga se odustaje, bolesnika se, uz njegovu suglasnost i suglasnost njegove obitelji, liječi peroralnom terapijom i provode se potporne mjere. Ovo je primjer kako se treba procijeniti svaukupno stanje bolesnika, ocijeniti potencijalnu korist i štetu od navedene terapije i predložiti liječenje koje je bolesniku primjereno. Netko sa strane mogao bi reći da je prema pozitivnim propisima bolesnik imao pravo na skupi lijek, monoklonsko protutijelo. Tu bi se narušilo etičko načelo pravednosti. Bolesnik bi nepotrebno dobio skupi lijek, a neki drugi bolesnik bi s tim sredstvima mogao biti uspješno liječen. Bolesniku smo ostali vjerni, nastavili smo ga liječiti s njemu primjerenom terapijom. Nastavljati citostatsku terapiju kad se pokaže da je neučinkovita ili je primijeniti u bolesnika u kojeg neće biti učinka je alibi medicina.

Svaku malignu bolest ne treba liječiti

Bolesnik s kroničnom limfocitnom leukemijom male ukupne tumorske mase (TTM) neće imati koristi od liječenja ako nisu zadovoljeni kriteriji za početak terapije. Početak terapije kad je TTM mala bez znakova insuficijencije granulocitopoeze i trombopoeze ili hemolitičke anemije neće produžiti očekivano preživljenje bolesnika. Iznimka od tog pravila za početak terapije je kad je bolesnik tako uznemiren činjenicom da ima malignu bolest koja se ne liječi je indikacija za početak terapije. U interesu bolesnika zbog poremećaja psihičkog stanja uteklo se je alibi medicini - alibi liječenju.

NEPOTREBNO LIJEČENJE

Bolesnik sa multiplim mijelomom dobija upalu pluća. Bolesnik je danima bez svijesti, intubiran, prima antibiotiku i ostalu terapiju i na respiratoru je. Stanje se ne popravlja i nakon 6 tjedana hospitalizacije na klinici od cega četiri tjedna u intenzivnoj njezi bolesnik umire. U konačnici račun za liječenje iznosi 530.000 kuna. Da li je tjednima trebao biti besmisleno liječen? Da li je liječnici trebalo poslati Povjerenstvo za stručni nadzor ili Etičko povjerenstvo radi neetičkog, nepotrebnog liječenja?

U našoj transfuzijskoj struci razvijeni su principi hemovigilancije. Postoji nadzor nad svakim segmentom pripreme krvnih pripravaka, od uzimanja krvi od dobrovoljnih darivatelja do njihove kliničke primjene. Liječnici se stalno educiraju o indikacijama za primjenu koncentrata eritrocita, trombocita, albumina i svježe smrznute plazme. Svake godine u nas se analiziraju parametri primjene krvnih derivata. Takve analize rade se u

materničnog vrata dokažu maligno promijenjene stanice (CIN III). Međutim, taj je nalaz u više od polovice slučajeva reverzibilan ili ne napreduje dalje prema klinički relevantnom karcinomu (67). Carski rez među najčešćim je ginekološkim zahvatima i broj mu posvuda raste. U SAD-u mu se učestalost od 1965. do danas povećala s 4,5% na 33% od svih porođaja (68). U nas je 2012. godine na taj način dovršeno 18,9% poroda, što je više od 50%-tno povećanje u odnosu na 2001. godinu (69). Već taj podatak ukazuje na to da se carski rez radi prečesto i nepotrebno, a potvrđuje ga činjenica da se u nekim dijelovima razvijenog svijeta izvodi znatno rjeđe (Nizozemska, skandinavske zemlje). Područje opstetricije obiluje nepotrebnim medicinskim postupcima - svaka se trudnoća i porod rutinski prate i zbrinjavaju u sklopu zdravstvenog sustava. Umjetna oplodnja (IVF), uspješna metoda začeća za žene s tubarnom bolešću i subfertilne muškarce, indicira se sve šire, naročito na području smanjene plodnosti nejasna uzroka gdje se intervenira prečesto i prerano; istraživanja pokazuju da bi velik broj takvih parova ostvario začeće i prirodnim putem (70).

Zahvati s područja estetske kirurgije kakvi su ugradnja implantata dojki, korekcija nosa, odstranjenje masnog tkiva, pa i resekcija želuca i dijela crijeva radi debljine, naročito su dvojbeni, tim više što su, posredovani medijima koji nameću ideal ljepote i vječne mladosti, u silnoj ekspanziji.

Hiperprodukcija terapijskih postupaka velikim je dijelom posljedica privatnog poduzetništva u medicini, od razine znanosti do razine kliničke prakse. Ako liječnikova zarada ovisi o broju zahvata, bit će ih izvedeno više, nekad i upadljivo previše. Nekoliko je američkih kardiologa kažnjeno zbog izvođenja suvišnih zahvata uključujući koronarografiju i ugradnju *stentova* i elektrostimulatora; pri tom su krivotvorili nalaze i medicinsku dokumentaciju (71,72). Dokazano je da je kirurg neopravdano operirao kralješnice (64). Otorinolaringolog je osuđen na sedmogodišnji zatvor jer ga je 340 bolesnika tužilo za izvođenje nepotrebnih operacija nakon kojih se mnogima stanje pogoršalo (73). Dermatolog služi kaznu od 22 godine zbog namjernog krivotvorenja dijagnoze - proglašavao je benigne kožne promjene karcinomima kako bi zarađivao na kirurškoj terapiji (62).

Velik broj neopravdanih pretraga i zahvata vrši se u bolnicama. No i sama hospitalizacija često je suvišna. Prema nekim procjenama čak je 8,9 milijuna Amerikanaca godišnje podvrgnuto nepotrebnom primitku u bolnicu (47). Jedna je studija pokazala da je 40% hospitalizacija neopravdano, odnosno moglo se zamijeniti ambulantnom obradom; 34% svih hospitalnih dana potpuno je suvišno (74). Prema jednom računalnom programu koji uzima u obzir obim sestrinske njege, u Hrvatskoj se čak trećina ljudi nepotrebno zaprima i liječi u bolnici (75).

Jalova hiperprodukcija suvremene medicine vjerojatno je najvidljivija na području farmakoterapije. Francuski liječnici Philippe Even i Bernard Debre u svojoj knjizi “Vodič 4000 korisnih, beskorisnih i opasnih lijekova” tumače da je polovina lijekova koji se izdaju na recept u Francuskoj nepotrebna i potpuno neučinkovita, a 5% ih je opasno za zdravlje (76). I prije toga, autorica ovog članka došla je do sličnog zaključka u svojoj knjizi “Lijekovi ili priča o obmani” (77). Među najčešće nepotrebno propisivane farmake spadaju hipolipemici, antihipertenzivi i antidijabetici. Antidepresivi su osim u teškim slikama depresije ekvivalentni placebo; nema dokaza da sprječavaju recidive i suicid (78). Pripravci za osteoporozu su praktički bezvrijedni (26). Hormonsko nadomjesno liječenje djelotvorno je za ublažavanje klimakteričnih tegoba; pri višegodišnjem uzimanju skromna korist na nekim tjelesnim sustavima poništava se štetnim učincima na drugim, pa dugoročne

postupcima. Radiolozi primjećuju da je uz suvremene, precizne dijagnostičke aparate kojima je moguće utvrditi i najmanje abnormalnosti, uredan nalaz danas postao prava rijetkost (55). Otkrivaju se promjene izvan konteksta onoga zbog čega je bolesnik upućen na pretragu. Obzirom da nerijetko morfološki odgovaraju tumorima (tzv. incidentalomi), npr. u nadbubrežnoj žlijezdi, bubregu ili štitnjači, premda im je priroda često benigna i klinički su irelevantni, slijedi dalja dijagnostička obrada i praćenje, a nekad i nepotreban kirurški ili drugi agresivni terapijski zahvat (56,57). Uvođenje CT pulmonalne angiografije u novije je vrijeme udvostručilo učestalost nalaza plućne embolije, kao i učestalost liječenja čiji je efekt upitan (58). CT koronarografija otkriva suženja srčanih arterija koja ne moraju biti hemodinamski i klinički relevantna. Međutim, takvi se bolesnici u pravilu podvrgavaju invazivnom terapijskom zahvatu i doživotnoj farmakoterapiji (53). Promjene na snimci kralješnice nisu nužno uzrok bolova, no na temelju njih indicira se kirurški zahvat koji u tom slučaju neće smanjiti tegobe (50).

KONAČNO - SUVIŠNA TERAPIJA

Sasvim zdravi, “predijagnosticirani” ljudi, ali i stvarni bolesnici sve su češće žrtve nepotrebnog liječenja. Što o tome govore istraživanja?

Čak 32% endarterektomija karotida bez korisnog je kliničkog efekta. Slično vrijedi za ugradnju koronarnih potpornica (stentova), poglavito kad je riječ o stabilnoj angini pectoris (49,59). Pri tom nova generacija *stentova* koji sadrže lijek koji sprječava restenozu u *stentu* nije ništa bolja od klasičnih metalnih potpornica koje su značajno jeftinije (60). Mnogi su bolesnici bez potrebe dobili srčani elektrostimulator, kao i kardioverter defibrilator - od 111 707 bolesnika kojima je između 2006. i 2009. u SAD-u implantiran taj uređaj za sprječavanje malignih aritmija, 22,5% nije imalo indikaciju za njegovu ugradnju (61).

Kad je riječ o kirurškim zahvatima svojedobna istraga u SAD-u pokazala je da je 17,6% izvedenih operacija bilo dvojbena (nisu bile potvrđene “drugim mišljenjem”) (47); računa se da je 10-20% učinjenih operativnih zahvata nepotrebno (62). Zaključak je jedne španjolske studije da je suvišno 20-25% od ukupnog broja operacija (63). Čak i među vrlo složenim i rizičnim zahvatima poput ugrađivanja srčanih prenosnica, ima nepotrebnih - istraživanje je pokazalo da ih je 2% bilo neopravdano, a 7% problematično (47). Operacija kralješnice zahvat je opterećen s naročito puno dvojbom. Jedna od studija našla je da od bolesnika kojima je rečeno da trebaju zahvat, 17% nije imalo ni neurološku ni radiološku indikaciju (62). Procjenjuje se da se jedna od češćih operacija te vrste - spondilodeza, u SAD-u izvodi čak dvostruko češće nego je potrebno (64). Od ortopedskih operacija valja još spomenuti ugradnju umjetnih zglobova, ali i artroskopske zahvate. Randomizirani dvostruko slijepi pokus čiji je izvještaj objavljen krajem 2013. u NEJM-u pokazao je da je skupina bolesnika sa sumnjom na leziju koljenskog meniska nakon parcijalne artroskopske mensektomije imala jednak ishod (smetnje) kao i slična skupina podvrgnuta lažnoj operaciji (65). Među kontroverznije operativne zahvate spadaju i prostatektomija (vjerojatnost zahvata u bolesnika različitih bolnica SAD-a varira i do 10 puta), tonzilektomija, apendektomija, kolecistektomija, histerektomija, te naročito carski rez (62).

Histerektomiji se u SAD-u podvrgava čak 21% žena (66). Zahvat se nerijetko radi bez stvarnih indikacija, s obrazloženjem da je maternica beskoristan organ kad se više ne planira trudnoća. Usput se, ne samo u Americi, često odstrane i jajnici, “za svaki slučaj”, premda se nekad radi o još funkcionalnoj žlijezdi. Konizacija se izvodi kad se na sluznici

svim zemljama Europske unije. Analize su pokazale da u Njemačkoj bolesnici privatnih zdravstvenih osiguranja primaju više transfuzija nego drugi bolesnici.

Primijeniti transfuziju krvi kada ne treba, da “se nađe” (albumini, koncentrat trombocita, koncentrat eritrocita) je alibi medicina.

Jedan dio javnosti smatra da je suvremena medicina svemoćna, ali da neki/svi liječnici neće učiniti što treba za njihovog člana obitelji. U jednom društvu nastalo je zaprepaštenje kada je gdja Ana Rukavina umrla. Iako s alopecijom osvojila je narod lijepim fotografijama i dobro osmišljenim porukama. Zaboravilo se je da je akutna leukemija još uvijek teška maligna bolest koja uz sve mjere liječenja u velikog broja bolesnika dovodi do smrti. Tako aspektirana javnost rado će osuditi liječnike, učiniti pritisak da se poduzmu mjere koje oni smatraju da trebaju biti poduzete, a zapravo su bespotrebne i neučinkovite. To stvara podlogu za alibi medicinu i neetične postupke.

Drugi oblici alibi medicine:

- hospitalizacija kroničnog bolesnika koji se može liječiti ambulantno (4);
- nepotrebno liječenje antibioticima (npr. leukocitoza bez kliničkih znakova infekcije i drugih pozitivnih upalnih parametara ili samo povišena koncentracija CRP) (2);
- propisivanje lijekova koje reklamira farmaceutska industrija;
- previše propisivanje opijata (5);
- primjena transfuzija koncentrata eritrocita ili trombocita kada to nije potrebno (6);
- nepotrebne pretrage probira na drugi karcinom u bolesnika s uznapredovalim primarnim karcinomom (7).

Kada postoje zakonski regulirani propisi o liječničkoj zlouporabi razvija se defenzivna medicina. Liječnici su potaknuti da provode klinički nepotrebne pretrage koje imaju malu vrijednost za postavljanje dijagnoze, ali se njima štite od sudskih tužbi. (1) Defenzivna medicina poskupljuje pretrage i sveukupne troškove liječenja bolesnika. (8)

Edukacija studenata, specijalizanata i liječnika kroz razne oblike trajne edukacije pomaže u spriječavanju defenzivne medicine. Liječnici koji imaju odgovarajuće vještine i znanje neće podleći utjecaju okoline da donesu krive odluke u dijagnostičkom postupku i nepotrebnom liječenju bolesnika.

ZAKLJUČAK

U svakom trenutku dijagnostičkog postupka i liječenja bolesnika valja imati na umu dobrobit bolesnika i osnovne etičke principe - ne škoditi, poštivati autonomnost bolesnika, poštivati princip pravednosti i vjernosti. Pridržavanje ovih principa spriječit će neetične postupke samo zato da bismo se opravdali u očima bolesnika, obitelji bolesnika, zdravstvenog sustava ili javnosti kada od nas traže neetične postupke. Takvi postupci su dijagnostika kad to nije potrebno ili liječenje bez razloga. Alibi medicina često nastaje zbog neznanja i nesigurnosti.

Alibi medicina smanjuje dignitet struke i poskupljuje dijagnostički postupak i liječenje.

LITERATURA

1. Klaić B. *Rječnik stranih riječi*. Zagreb Nakladni zavod Matice hrvatske. 1978:47.
2. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA* 2008;299: 2789-91. doi:10.1001/jama.299.23.2789. PMID 18560006.

3. Emanuel EJ, Fuchs VR. Health care overutilization in the United States - Reply. *JAMA* 2008;300: 2251. doi:10.1001/jama.2008.605.
4. James CD, Hanson K, Solon O, Whitty CJ, Peabody J. Do doctors under-provide, over-provide or do both? Exploring the quality of medical treatment in the Philippines. *Int J Quality Health Care* 2011;23 (4): 445-55. doi:10.1093/intqhc/mzr029. PMID 21672923.
5. Dietl M, Korczak D. Over-, under- and misuse of pain treatment in Germany. GMS health technology assessment. 2011; 7: Doc03. doi:10.3205/hta000094. PMC 3080661. PMID 21522485.
6. Šarlija D, Štimac R. Sustavni nadzor transfuzijskog liječenja - hemovigilancija. *Medix* 2012;18:253-258.
7. Sima CS, Panageas KS, Schrag D. Cancer screening among patients with advanced cancer. *JAMA* 2010;304:1584-1591. doi:10.1001/jama.2010.1449. PMID 20940384.
8. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. *Health Affairs (Project Hope)* 2010;29 (9): 1569-1577. doi:10.1377/hlthaff.2009.0807. PMC 3048809. PMID 20820010.

- ulkusnoj bolesti, gastritisu i ezofagitisu, "prikrpana" bakterija *Helicobacter pylori*. Od tad se bolesnici s dispeptičnim tegobama masovno šalju na pretragu; ako je nalaz pozitivan, slijedi trojna eradikacijska terapija. Bakterija je prisutna u 60-70% opće populacije, najčešće nema veze sa želučanim smetnjama i terapija je uglavnom bez efekta - korist primjećuje tek svaki deseti bolesnik (44). Osteoporoza je po mnogima klasičan primjer izmišljene bolesti, ili točnije rečeno jako preuveličanog problema. Definicija bolesti u današnjem obliku kreirana je tek 1994. godine i to na način da je za normalnu uzeta gustoća kostiju mlade odrasle žene. Činjenica da se kost žene u postmenopauzi i u starijoj dobi uspoređuje s onom žene u dvadesetim godinama, a to je suština denzitometrije, dovela je do toga da je velikom broju zdravih žena automatski postavljena dijagnoza (45,26).

SLIKOVNE I DRUGE DIJAGNOSTIČKE PRETRAGE

Pretjerana primjena slikovnih i drugih dijagnostičkih pretraga također pridonosi predijagnosticiranju. Rentgen, ultrazvuk, kompjutorizirana tomografija, scintigrafija, magnetska rezonancija i sl. primjenjuju se preširoko i često nepotrebno - po nekim procjenama iz SAD-a korist od čak svake treće takve pretrage je dvojben (46). U nekim tamošnjim bolnicama 90% CT snimki nije pokazalo bitniju patologiju (47). Prema nalazima istraživanja u Kanadi je 42% koronarografija negativno (bez kriterija za koronarnu bolest), a u SAD-u je to 38% (48). Neki istraživači došli su do zaključka da je 17% koronarografija nepotrebno; otprilike je isti postotak suvišnih gastroskopija (49).

Liječnici okupljeni u inicijativi "Choosing wisely" (Birati pametno) našli su da među najčešće indicirane beskorisne pretrage, kad je riječ o neurologiji spadaju EEG i druga slikovna dijagnostika radi glavobolje, CT i MR mozga zbog manjih ozljeda glave i ultrazvuk vratnih arterija radi sinkope. Tipična križbolja u početnoj fazi ne zahtijeva radiološku obradu (50). Krajnje je dvojbeno rutinsko rentgensko snimanje srca i pluća prigodom svake hospitalizacije i prijeoperacijske obrade. Usput rečeno, i prijeoperacijska se obrada radi preširoko i neselektivno, naročito kad su u pitanju mali zahvati kakav je operacija očne mrežnice gdje je to i prema stručnim smjernicama neopravdano (51).

Slikovne se pretrage nepotrebno rabe radi postavljanja dijagnoze bolesti, ali i za njeno praćenje. Kardiolozi pretjerano ordiniraju ponavljanje ehokardiografije radi blažih srčanih grešaka i ergometriju nakon revaskularizacijskog zahvata na srcu, a gastroenterolozi kolonoskopiju poslije odstranjenja dobroćudnih polipa. Ultrazvučno i laboratorijsko (tumorski markeri) praćenje jednostavnih cista jajnika u pravilu nije potrebno. Početni, lokalizirani oblici malignih bolesti poput karcinoma dojke ili prostate nakon zahvata ne zahtijevaju ponavljanje CT-a, PET/CT-a i scintigrafije kosti, što je česta praksa (50). Djeca liječena od Hodgkinova limfoma imaju odličnu prognozu, no ipak se godinama podvrgavaju CT kontrolama (52).

Pomoću novih uređaja i tehnika danas možemo savršeno prikazati tjelesne organe i njihovu funkciju, no to se često svodi tek na još jednu "lijepu sliku" i ne pridonosi ishodu postupka s bolesnikom; primjer - CT koronarografija (53). Magnetska rezonancija, kolikogod korisna u prikazu patoloških stanja poput tumora, na nekim je područjima nepotrebna. Studija bolesnika s ozljedom zglobova pokazala je da upućivanje na tu pretragu, odnosno njezin nalaz nisu utjecali na postavljanje dijagnoze niti na liječenje (54).

Osim zdravstvenog rizika i troška koji stvara sama suvišna pretraga, ona proizvodi i dodatne rizike i troškove jer nerijetko nalazi promjene koje vode daljim nepotrebim

godina traži u većine dijabetičara. Zadnja istraživanja pokazuju da u tom smislu nema nikakav prediktivni, odnosno klinički značaj (34). Kad je riječ o pretrazi šećera u krvi u relativno mlađih ljudi, hiperglikemiju se isplati ranije otkriti i intervenirati, poglavito tzv. higijensko-dijetetskim mjerama; dosezi medikamentne terapije u prevenciji kroničnih komplikacija dijabetesa vrlo su skromni i nema znanstvenog opravdanja za agresivno snižavanje glikemije koje je aktualno na snazi (33).

Mjerenje arterijskog tlaka jedan je od najčešćih postupaka u liječničkoj ordinaciji. Vjerojatnost da se pronađe hipertenzija u odrasloj populaciji iznosi prosječno oko 40%, u starijoj i više. No tek bolesnici sa značajnije povišenim vrijednostima tlaka i oni s popratnim bolestima imat će korist od dijagnosticiranja ovog stanja i postupaka koji iza toga slijede; ostali, da ne govorimo o onima s tzv. prehipertenzijom, mogli bi doživjeti samo štetu (35,36).

U vezi s dijagnosticiranjem bolesti pri značajno povišenim vrijednostima tlaka i šećera nema dvojbi jer se radi o stanjima koja stvaraju smetnje i vode oštećenju organa, a to se medikamentnim i drugim intervencijama može eliminirati, odnosno usporiti. Međutim, u slučaju blažeg povišenja spomenutih parametara i u slučaju hiperlipidemije, desetine, možda i stotine milijuna ljudi širom svijeta neopravdano je proglašeno bolesnicima i pretvoreno u potrošače medicinskih usluga (37,38). Pri tom je presudan bio utjecaj farmaceutske industrije na ključne medicinske stručnjake koji sastavljaju kliničke smjernice i provode profesionalnu medicinsku izobrazbu (39).

ŠIRENJE GRANICA BOLESTI

Vodeći kliničari i na drugim su područjima neopravdano i bez znanstvenih uporišta proširili granice bolesti. U klasifikaciju i terapijske smjernice uključena je i astma s blagim i povremenim simptomima; istraživanja pokazuju da dio ljudi kojima su propisani antiastmatici te lijekove u stvari ne treba, a mnogi od njih ni nemaju astmu (40). Prema novim laboratorijskim parametrima bubrežnog zatajenja danas tu dijagnozu ima značajan broj ljudi, premda će zanemariv dio trebati dijalizu ili transplantaciju (41). Za razliku od stanja prije dvadesetak godina, moderna medicina dijagnosticira i granične, blage ili prolazne poremećaje u sklopu, primjerice erektilne disfunkcije i premenstrualnih smetnji (5).

Psihijatrija je posebno plodno tlo za širenje patologije. Jasno predijagnosticiranim smatraju se depresija, bipolarni (manično-depresivni) poremećaj, autizam i poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD), naročito raširen u djece (42). Jedno je istraživanje pokazalo da samo 38,4% ljudi kojima je dijagnosticirana depresija zadovoljavaju kriterije bolesti, a u populaciji starijoj od 65 godina tek njih 14,3% (43). Američki Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM), koji klasificira psihičke poremećaje i prema kojem se ravnaju psihijatri širom svijeta, u nekoliko je desetljeća višestruko narastao i danas uključuje čitav niz novostvorenih duševnih bolesti i poremećaja. Psihijatrijska kolonizacija blažih intrapersonalnih, interpersonalnih i socijalnih teškoća smatra se klasičnim primjerom medikalizacije, pojave da se uobičajena i fiziološka stanja i nemedicinski fenomeni proglašavaju medicinskim problemima; riječ je u stvari o zlouporabi medicine (5).

Dobar primjer medikalizacije je menopauza, normalno razdoblje u životu žene, koje je, međutim, na prijelazu stoljeća u razvijenom svijetu "liječila" skoro polovica žena. Slično se dogodilo s trudnoćom, fiziološkim stanjem koje se rijetko komplicira, no danas je uvedeno u šifarnik zdravstvenih osiguranja i rutinski se nadzire u sustavu zdravstvene skrbi. Na području gastroenterologije devedesetih je godina "starim" kliničkim entitetima

PREDIJAGNOSTICIRANJE - NOVI FENOMEN MODERNE MEDICINE OVERDIAGNOSIS - A NEW PHENOMENON OF MODERN MEDICINE

Lidija Gajski, dr.med.

Dom zdravlja Zagreb - Centar
Grgura Ninskog 3 • 10000 Zagreb

SAŽETAK

O predijagnosticiranju govorimo kad se ljudima bez ikakvih ili bez većih tegoba dijagnosticira "poremećaj", premda im on neće stvoriti nikakve smetnje, niti će od njega ranije umrijeti. Riječ je o fenomenu suvremene medicine koji je prepoznat u zadnjih nekoliko godina i koji postaje važna tema rasprave u medicinskom, ali i u društveno-humanističkom krugu.

Predijagnosticiranje se očituje na raznim područjima medicine; najvidljivije je u vezi s probirom, preventivnim pregledima i slikovnim dijagnostičkim pretragama. Značaj mu je u tome da vodi suvišnim medikamentnim, kirurškim i drugim terapijskim zahvatima. Zbog rastućih razmjera i štetnih zdravstvenih, ekonomskih, psiholoških i socio-kulturnih posljedica, nalaže kritičku analizu i razmatranje.

Ključne riječi: predijagnosticiranje, probir, slikovne pretrage, nepotrebno liječenje

SUMMARY

Over-diagnosis is to find "disorder" in healthy people without any serious complaint. It is recently founded phenomenon in medicine and is discussed in medical and social-humanistic public.

Over-diagnosis is found in various medical areas, particularly in screening, preventive examination and medical imaging. Its high importance is because it goes toward increased medication, surgical and other therapeutic interventions. Because of its overgrowing tendency and harmful economic, psychological and social-cultural consequences, it needs critical analysis and consideration.

Keywords: over-diagnosis, screening, imaging, unnecessary treatment

UVOD

Zadnjih smo godina svjedoci rastućeg trenda preispitivanja i kritike moderne medicine zbog sve vidljivije štete koju proizvodi bolesnim i zdravim ljudima. Znanstveni radovi dokazuju nedjelotvornost i škodljivost brojnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji se nedovoljno istraženi i evaluirani uvode u kliničku praksu. Redaju se publikacije - tematski

brojevi stručnih časopisa, primjerice British Medical Journal s naslovom "Too Much Medicine" (Previše medicine) (1), i stručne knjige s naslovima "Overtreated" (Preliječeni) (2), "How we do harm" (Kako štetimo) (3), "Overdosed America" (Predozirana Amerika) (4), "Selling sickness" (Prodaja bolesti) (5), "Overdiagnosed" (Predijagnosticirani) (6), "The cholesterol myths" (Mitovi o kolesterolu) (7), "Le mythe de l'osteoporose" (Mit o osteoporozu) (8)... Niču inicijative poput američkih "Choosing Wisely" (Birati pametno) (9) i "Less is more" (Manje je više) (10). Godine 2013. pokreće se međunarodni godišnji simpozij o predijagnosticiranju (11). Svi ovi projekti problematiziraju nove fenomene suvremene medicine, za koje su stvoreni i novi pojmovi - predoziranje, preliječenje i predijagnosticiranje.

U tekstu koji slijedi nastojat će se objasniti fenomen predijagnosticiranja i opisati njegovi najčešći pojavni oblici. Zbog opsežnosti tematike neće biti govora o razmjerima štete od predijagnosticiranja - zdravstvene, ekonomske i kulturne, kao ni o uzrocima i promotorima te pojave, niti o načinima njezina sprječavanja i ublažavanja (to su teme za zasebne članke). Fenomen će se analizirati s kritičkog stanovišta, kao negativna pojava suvremene medicine. Ne bi ga trebalo zamijeniti, odnosno treba ga razlikovati od općeg koncepta prevencije i rane potrage za bolestima, koji je, kad se radi o stvarnim bolestima nesporno svrsishodan i treba ga promicati i u tom smislu ohrabrivati i educirati pučanstvo.

Tvorci pojma "predijagnosticiranje" smatraju da je ono na djelu onda kad se ljudima bez ikakvih ili bez većih tegoba dijagnosticira "poremećaj", premda im on neće stvoriti nikakve smetnje, niti će od njega ranije umrijeti (6,12). Jedno od područja na kojem se to događa je probir.

PROBIR

Probir (skrining) je potraga za bolestima u ranom stadiju kad one ne stvaraju kliničke simptome. Najčešće je riječ o tumorima. Mamografski probir raka dojke uveden je u nacionalne preventivne programe mnogih država; rentgensko se snimanje preporučuje ženama jednom u godinu ili dvije. Međutim, švedski su znanstvenici utvrdili da je pad stope smrtnosti od karcinoma dojke u toj zemlji zadnjih nekoliko desetljeća ujednačen; zaključili su da mamografski probir nije imao efekta na mortalitet od te bolesti (13). Sustavni pregledi pokazali su da je korist od skrininga dvojbena - onaj objavljen 2013. demonstrirao je da u razdoblju od 13 godina učinka na produljenje života u ispravno izvedenim istraživanjima nije bilo, dok je u metodološki slabijim studijama efekt bio skroman. Istodobno je broj lažno pozitivnih nalaza bio vrlo visok. Zbirni rezultat svih dostupnih i analiziranih studija govori da će na svakih 2000 žena pozvanih na mamografiju tijekom deset godina, jedna izbjeći smrt od raka dojke. Istodobno će 10 zdravih žena biti nepotrebno liječeno, a 200 uznemireno zbog lažno pozitivnog nalaza (14). Ili, prikazano na drugi način, u žena u pedesetim godinama života mamografski će probir tijekom deset godina smanjiti vjerojatnost smrti od raka dojke s 0,53 % na 0,46 %, tj. za 0,07 %. Pri tom će u istom razdoblju između 20 % i 50 % žena koje godišnje odlaze na mamografiju barem jednom imati lažno pozitivan nalaz koji zahtijeva biopsiju; na svaki život spašen mamografijom, 2-10 žena je predijagnosticirano (15).

Antigen specifičan za prostatu (PSA) rutinski se i masovno primjenjuje za probir karcinoma prostate. Zadnje se vrijeme ozbiljno preispituje; američka je stručna grupa 2012. otklonila potrebu za tom vrstom skrininga jer znanstvena istraživanja pokazuju da šteta može nadmašiti korist (16). Jedna velika studija nije našla efekt probira s PSA na smrtnost

od raka prostate, a druga je pokazala da bi trebalo testirati 1408 muškaraca i dodatno liječiti od karcinoma njih 48, da bi se u devet godina spriječila jedna smrt od te bolesti, i sve to uz velike izgleda za lažno pozitivan nalaz (17-19). Bolest je statistički u porastu stoga što se češće otkriva skriningom, no smrtnost je u padu, i to jednako u zemljama koje provode organizirani probir i u onima koje ga nemaju (20).

Lažno pozitivni rezultati jedan su od glavnih prijevora u vezi s probirom. Na obdukcijama se nalazi velik broj subkliničkih karcinoma, primjerice prostate, dojke ili štitnjače. Većina prostatičnih karcinoma ne širi se izvan organa i ljudima ne skraćuje život. Mamografski ili ultrazvučno utvrđena promjena u dojci i uz nalaz malignih stanica i tkiva ne vodi uvijek klinički relevantnoj bolesti (21).

Općenito, da bi probir bio svrhovit i isplativ, treba biti zadovoljeno nekoliko uvjeta - bolest koja se traži mora biti česta, ozbiljna, uspješno liječiva, te dokaziva jednostavnim, jeftinom, osjetljivom i specifičnom metodom. Rak debelog crijeva kao bolest vjerojatno zadovoljava spomenute kriterije, no imamo li adekvatnu metodu skrininga? Za kolonoskopiju, koju predlažu neki stručnjaci među kojima i hrvatski ministar zdravstva, teško da bi se našlo opravdanje, a nema ni istraživanja na koja bismo se mogli osloniti (22,23). Test na okultno krvarenje u stolici jednostavan je i jeftin, no je li i dovoljno osjetljiv i specifičan? Portal namijenjen našim liječnicima izvještava da je stručni odbor američke vlade preporučio godišnju CT pretragu pluća težim pušačima s ciljem otkrivanja ranih stadija plućnog karcinoma; neki liječnici smatraju to neopravdanim (24,25). Denzitometrijski skrining osteoporozu ne bi zadovoljio niti jedan od kriterija opravdanog probira jer se u velikoj većini radi o pseudoboletima, a metoda je nepouzdana (nalaz denzitometrije ima malo veze sa sklonošću prijelomima) (26). Ultrazvučni pregledi u nekomplikiranoj trudnoći također bi, čini se, bili nepotrebni jer nemaju utjecaja na fetalnu smrtnost i smrtnost i pobol novorođenčadi (27). Realno vrednovan, genski je skrining neopravdan i nepotreban, premda ga privatne kompanije promiču kao revoluciju u prevenciju raka i drugih bolesti (28). S druge strane, probir na rak materničnog vrata pomoću citološkog (Papa) testa primjer je svrsishodnog skrininga i pad incidencije ove bolesti povezuje se upravo s njim (29).

SISTEMATSKI I PREVENTIVNI PREGLEDI

Sistematski, odnosno periodični pregledi radno aktivne populacije u nas su propisani zakonom. Različitim se preventivnim pretragama, u prvom redu laboratorijskim, podvrgavaju i drugi ljudi. Riječ je također o svojevrsnom neselektivnom probiru (oportunistički probir), pri čemu je vjerojatnost da se nađu početni oblici ozbiljnih bolesti realno vrlo mala. Ono što uglavnom uspijeva jest identificirati tzv. čimbenike rizika bolesti poput povišenih lipida, glukoze, urata i sl., od čega većina njihovih nositelja neće imati nikakve koristi (30).

Uz današnje niske granice normale za vrijednost masnoća u krvi, tek će se manjina ljudi "izvući" bez dijagnoze hiperlipidemije (31). A ona je za većinu "bolesnika" relevantna otprilike kao hunjavica; dijetalne intervencije ne djeluju, a farmakološke nose manju korist tek koronaropatima muškog spola (7,32). Blaži dijabetes tipa II u starijih ljudi također bez kliničkog značaja i u stvari predstavlja predijagnosticiranje (33). Uz nepotrebnu farmakoterapiju, dijelu i česte kontrole glikemije, ta, ali i druga dijabetička populacija šalje se i na suvišnu dijagnostičku obradu - za primjer se može uzeti pretraga na male količine bjelančevine u mokraći, tj. mikroalbuminurija. Proglašena znakom bolesti bubrega i predskazateljem pogoršanja renalne funkcije, mikroalbuminurija se unatrag dvadesetak