



Etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja

Ethical dilemmas in abandoning surgical treatment

Jan Grosek* ^{1,2}

¹ Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

² Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

Slovenian Journal of Gastroenterology / Gastroenterolog 2026; 1: 17–37

Ključne besede: kirurška etika; sorazmernost zdravljenja; prekomerno zdravljenje; krhkost; kirurška identiteta; moralna stiska

Keywords: surgical ethics; proportionality of treatment; overtreatment; frailty; surgical identity; moral distress

POVZETEK

Napredek kirurgije, anesteziologije, intenzivne medicine in perioperativne oskrbe je v zadnjih desetletjih omogočil, da je vedno več bolnikov sposobnih tudi za najbolj zahtevne operativne posege. Posledično se kirurgi vse pogosteje srečujemo s situacijami, v katerih je operacija tehnično izvedljiva, vendar njena klinična in etična upravičenost nista več samoumevni. Odločitev za operacijo vedno pogosteje namreč presega zgolj presojo tehnične izvedljivosti, temveč postane (bi morala postati) tudi presoja sorazmernosti zdravljenja in ciljev le-tega na osnovi pričakovanega funkcionalnega izida ter skladnosti predlaganega posega ter njegovih posledic z bolnikovimi vrednotami in prioritetaми.

Namen prispevka je analizirati etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja ter osvetliti klini-

ABSTRACT

Advances in surgery, anaesthesiology, intensive care medicine, and perioperative care over recent decades have enabled an increasing number of patients to undergo even the most complex surgical procedures. Consequently, surgeons are increasingly confronted with situations in which an operation is technically feasible, yet its clinical and ethical justification cannot be assumed. The decision to operate, therefore, extends beyond a mere assessment of technical feasibility and should also involve an evaluation of the proportionality of treatment and its goals, based on the expected functional outcome and the extent to which the proposed intervention and its consequences align with the patient's values and priorities.

The aim of this paper is to analyse the ethical dilemmas surrounding the withholding of surgical treat-

* Izr. prof. dr. Jan Grosek, dr. med., svet.

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: Jan.grosek@kclj.si

čne, komunikacijske, psihološke in kulturne dejavnike, ki vplivajo na takšno odločitev. Prispevek obravnava dve medsebojno povezani razsežnosti problema. Prva zadeva bolnika in sicer upoštevanje prognoze bolezni, pričakovanega funkcionalnega izida, stopnje krhkosti, kognitivnega statusa pa tudi kumulativnega bremena zdravljenja pri nekaterih bolnikih. Druga zadeva kirurga, in sicer njegovo poklicno identiteto, miselne modele odločanja in nekatere druge ključne dejavnike, ki lahko vplivajo na njegovo odločanje. Izpostavljene so nekatere pomembnejše klinične situacije, v katerih je tveganje za prekomerno zdravljenje in/ali zdravljenje, neskladno z bolnikovimi cilji, največje. Odločitev, da operacije ne izvedemo, ni ne poraz pa tudi ne nasprotje aktivnega zdravljenja. V določenih okoliščinah je to njegova najbolj odgovorna in etično utemeljena oblika.

UVOD

Kirurgija ima v medicini posebno mesto. Operacija je neposreden poseg v telo, ki lahko bistveno spremeni anatomijo, fiziologijo in posledično nadaljnji potek življenja. Prav zato ima kirurgija posebno simbolno in moralno težo. V poklicni in širši družbeni percepciji kirurg pogosto ni razumljen le kot zdravnik, temveč kot tisti, ki odpravi problem in bolnika reši bolezni. Ta zgodovinska vloga kirurgije je oblikovala strokovno samozavest vede same kot tudi posameznih kirurgov, pa tudi pričakovanja bolnikov, njihovih svojcev in nenazadnje drugih zdravnikov, ne-kirurgov (1–3).

V zadnjih desetletjih se je področje kirurškega odločanja bistveno spremenilo. Napredek minimalno invazivnih tehnik, anesteziologije, intenzivne terapije, perioperativne optimizacije ter boljše multimodalne obravnave je omogočil izvajanje velikih in tehnično kompleksnih posegov pri bolnikih, ki bi bili v preteklosti ocenjeni kot neoperabilni in/ali nesposobni za operacijo. Poleg tega se je spremenila kirurška populacija. Bolniki so vedno starejši, pogosto imajo eno ali več pridruženih

ment and to highlight the clinical, communicative, psychological, and cultural factors that influence such decisions. The paper addresses two interrelated dimensions of the problem. The first concerns the patient, including consideration of disease prognosis, expected functional outcome, degree of frailty, cognitive status, and, in some patients, the cumulative burden of treatment. The second concerns the surgeon, specifically their professional identity, decision-making frameworks, and other key factors that may shape clinical judgement. Particular emphasis is placed on serious clinical situations in which the risk of overtreatment and/or treatment misaligned with the patient's goals is greatest. The decision not to proceed with surgery is neither a defeat nor the opposite of active treatment. In certain circumstances, it represents the most responsible and ethically justified course of action.

bolezni, njihova fiziološka rezerva je izrazito zmanjšana. Pogosto je potrebno odločitev o operaciji sprejeti pri bolnikih, ki imajo razširjeno, neozdravljivo maligno bolezen, pa tudi pri tistih, ki so bili zaradi zapletov v kratkem času velikokrat operirani. Kirurg je vedno pogosteje postavljen pred dilemo, ali je določen poseg smiseln, čeprav ga je sposoben tehnično korektno opraviti (4).

Sodobna kirurška etika zato ne more več temeljiti zgolj na preprostem modelu ‚bolezen–poseg–rešitev‘. Kadar je bolnik izrazito krhek, kadar gre za omejeno prognozo, visoko verjetnost pooperativne odvisnosti od drugih, večkratne predhodne operacije ali bolezni, ki je ni več mogoče obravnavati kot popravljivo ‚izolirano okvaro‘, se pokaže, da tehnična izvedljivost ni nujno dovolj za etično utemeljitev posega. V takšnih primerih je potrebno ločiti tehnični, kirurški uspeh od življenjskega uspeha, kirurško izvedbo od bolnikove koristi (2).

Kirurgija je lahko tehnično brezhlebna, anatomsko učinkovita in onkološko korektna, pa vendar ne vodi do rezultata, ki bi ga bolnik štel za sprejemljivega. Operacija lahko podaljša življenje, vendar pa

so posledice za operiranega bolnika visoke: pride lahko do trajne izgube samostojnosti, kognitivnega upada, dolgotrajnega bivanja v bolnišnici in potrebe po trajnem bivanju v domu starejših. Kljub tehnično brezhibni, ‚uspešni‘ operaciji, ki akutno sicer odpravi določen kirurški problem, lahko ta vodi do funkcionalnega upada, iz katerega se bolnik ne vrne v zanj sprejemljivo življenje. V takšnih primerih kirurški uspeh ni nujno enak bolnikovemu uspehu. Žal to ni več obrobna ali izjemna situacija, ampak vse pogostejša realnost sodobne kirurgije. Kirurgi se moramo zavedati, da odločitev, da se pri bolniku za operacijo ne odločimo, ne pomeni, da smo bolnika ‚zapustili‘. Nasprotno, pomeni zelo aktivno, klinično zahtevno in etično dosledno obliko zdravljenja. Gre za preusmeritev od intervencijske logike k simptomatskemu zdravljenju, paliativnemu pristopu, oskrbi, usmerjeni v cilje bolnika oziroma k skrbno nadzorovani zadržanosti. Včasih je ravno odločitev proti operaciji tista, ki najbolj dosledno varuje bolnikove vrednote, zmanjšuje verjetnost nesorazmerne bremena in preprečuje zdravljenje, ki ni skladno z bolnikovimi pričakovanji. Zaradi tega je odločitev ne operirati pogosto mnogo težja od odločitve za operacijo. Operacija sledi notranji logiki stroke, (ne)pisani klinični doktrini in pogosto tudi pričakovanjem okolice. Zadržanost pa zahteva refleksijo, komunikacijo in pripravljenost, da se tehnični potencial podredi etičnemu smislu. Etične dileme pri opuščanju operacije niso le posledica bolnikove bolezni. So tudi posledica načina, kako kirurgi mislijo, kako so socializirani in v kakšnem sistemu delujejo.

TEMELJNI ETIČNI OKVIR KIRURŠKEGA ODLOČANJA

Avtonomija: od formalnega soglasja k smiselnemu odločanju

V kirurški etiki se avtonomija pogosto najprej pojavi v obliki informiranega soglasja. Toda če avtonomijo razumemo zgolj kot podpis na soglasju, kot formalno potrditev, da je bolnik ‚seznanjen s

tveganji‘, jo radikalno zožimo. Pri velikih kirurških posegih je resnična avtonomija dosežena šele tedaj, ko bolnik ne razume le tehničnega opisa posega, temveč tudi njegove verjetne posledice za svoje nadaljnje življenje. Bolnik lahko povsem korektno razume, da bo imel resekcijo, stomo ali dolgotrajnejšo operacijo, pa še vedno ne razume, kaj to pomeni za zmožnost vrnitve domov, za tveganje kognitivnega upada, institucionalizacije ali za možnost nadaljnjega onkološkega zdravljenja. Prav v tej razliki med razumevanjem posega in razumevanjem izida se skriva največja šibkost klasično razumljenega kirurškega soglasja. Sodobni komunikacijski modeli so nastali prav kot odgovor na to vrzel. ‚Best Case/Worst Case‘ okvir ni pomemben zato, ker kirurga uči bolj ‚empatičnega‘ pogovora z bolnikom, ampak zato, ker strukturira pogovor okoli življenjskih scenarijev in ne zgolj tehničnih opisov kirurškega posega. Bolnik ne izbira med anastomozo in stomo kot tehničnima možnostma, ampak med različnimi prihodnostmi: med najboljšim možnim, najslabšim možnim in najverjetnejšim izidom. To omogoča bolj resnično avtonomijo, ker bolnik odloča v prostoru pomenov, ne le v prostoru tehničnih informacij. V tem kontekstu je pomembno poudariti še eno stvar: avtonomija ne pomeni, da zdravnik bolnika pusti samega s seznamom možnosti. V situacijah resne bolezni bolniki ne potrebujejo le informacij, temveč tudi strokovno interpretacijo. Kirurg ima dolžnost, da ne pove le, kaj je mogoče, ampak tudi, kaj je glede na izražene cilje verjetno najbolj smiselno. Če bolniku največ pomeni ohranitev samostojnosti in izogibanje dolgotrajni odvisnosti od intenzivnega zdravljenja, je etično primerno, da kirurg to izrecno poveže s svojim priporočilom. Takšno priporočilo ne krši avtonomije; nasprotno, pomaga jo uresničiti. Avtonomija v kirurgiji je tudi časovno dinamična. Soglasje pred posegom ne more avtomatično urejati vseh poznejših odločitev, če se klinična realnost radikalno spremeni. Bolnik, ki je pristal na visoko tvegan poseg v upanju na okrevanje, ni nujno pristal tudi na neomejeno pooperativno eskalacijo v primeru, da se verjetnost sprejemljivega izida dramatično zmanjša. Zato moramo

kirurško avtonomijo razumeti kot proces in ne kot enkratni dogodek. Ta točka je osrednja tudi pri razumevanju t. i. kirurškega dogovora o vztrajanju pri zdravljenju (angl. surgical buy-in) in etičnih konfliktov po zapletih (5).

Dobrodelnost: korist kot širši pojem

Načelo dobrodelnosti v kirurški etiki zahteva, da kirurg predlaga zdravljenje, ki verjetno koristi bolniku. Toda koristi ni mogoče več razumeti preprosto kot tehnični uspeh posega ali golo podaljšanje preživetja. V sodobni kirurgiji mora korist vključevati tudi kakovost življenja, funkcionalni status, kognitivno integriteto, možnost bivanja doma in morebitne druge širše življenjske cilje bolnika. Pri nekaterih bolnikih je največja korist dejansko daljše življenje, drugim pa morda največ pomeni zmanjšanje/odsotnost bolečine, ohranjena samostojnost ali kaj drugega. Literatura, ki obravnava pomen krhkosti, je pri tem posebej pomembna, ker opozarja, da korist ni enaka za vse bolnike. Krhkost predstavlja zmanjšano fiziološko rezervo in večjo ranljivost za stresne dogodke, kar pomeni, da lahko isti poseg za različne bolnike pomeni povsem različne poti okrevanja. Pri čilem bolniku je obsežna operacija lahko jasna pot do izboljšanja. Nasprotno pa pri krhkem bolniku pogosto vodi v dolgotrajno okrevanje brez povrnitve sprejemljivega življenja. Dobrodelnost zato ni vprašanje, ali operacija 'deluje' v abstraktnem smislu, temveč ali bo verjetno ustvarila tisto obliko koristi, ki je za konkretnega bolnika pomembna (5).

Neškodovanje: tehnična in življenjska funkcionalna škoda

Kirurgija ne more obstajati brez nadzorovane škode. Vsak poseg pomeni fiziološki stres, bolečino, možnost zapletov in obdobje okrevanja. Zato neškodovanja ni mogoče razumeti kot absolutno prepoved škode, ampak kot zahtevo, da škoda ne preseže verjetne koristi. Pri tem pa je ključno, da škodo razumemo dovolj široko. Tradicionalni kirurški pogled škodo praviloma omeji na tehnične

zaplete. Vendar je pri sodobnih etičnih dilemah veliko pomembnejša tudi t. i. življenjsko-funkcionalna škoda: trajna izguba samostojnosti, dolgotrajna institucionalizacija, kognitivni upad, neizhodnost iz pooperativne verige reintervencij ali življenje, ki ga bolnik ne bi štel za vrednega bremena, ki ga je prinesla operacija.

Ta razlika med tehnično in življenjsko-funkcionalno škodo je pri etiki opuščanja zdravljenja osrednja. Operacija je lahko tehnično korektna in brez večjih neposrednih zapletov, pa vendar škodljiva, če so posledica za bolnika takšne, ki ji sam ne bi izbral oziroma jih pred operacijo ocenil kot zanj sprejemljiv izid (5).

Pravičnost: individualizacija namesto avtomatizma

Pravičnost v kirurški etiki pomeni več kot odsotnost diskriminacije. Res je, da kronološka starost sama po sebi ne sme biti zadosten razlog za omejevanje zdravljenja. Toda pravičnost hkrati ne pomeni, da je vsaka tehnično izvedljiva operacija pravična ponudba vsakemu bolniku. Pravičnost zahteva individualizirano presojo verjetne koristi in bremena. Krhkost kot koncept je pri tem posebej uporabna, ker premakne fokus s starosti kot abstraktne kategorije in se osredini na fiziološko rezervo, ranljivost in pričakovani izid. Pravičnost torej ne podpira neomejene intervencije, ampak pošteno, bolniku prilagojeno in klinično natančno odločanje (5).

SORAZMERNOST ZDRAVLJENJA IN OMEJEVANJE INTERVENCIJ

Sorazmernost kot praktični etični kriterij

Koncept sorazmernosti je v kirurgiji pogosto najbolj uporaben etični kriterij, ki zelo natančno opredeli realnost kliničnega odločanja. Je bolj primeren kot na primer pojem nesmiselnega zdravljenja (angl. futility). Malo posegov je popolnoma brez učinka. Veliko pogosteje je problem v tem, da

je pričakovana korist omejena, kratkotrajna ali za bolnika napačne vrste. Sorazmernost zato ne sprahuje, ali poseg deluje v absolutnem smislu, ampak ali verjetna korist upravičuje verjetno breme.

V klinični praksi je koristno sorazmernost razdeliti na več ravni. Tehnična sorazmernost pomeni, ali je poseg izvedljiv z razumno verjetnostjo, da doseže svoj neposredni kirurški cilj. Klinična sorazmernost pomeni, ali bo doseženi tehnični cilj verjetno spremenil širši potek bolezni. Funkcionalna sorazmernost pomeni, ali bo bolnik po posegu verjetno dosegel zanj sprejemljivo raven samostojnosti in okrevanja. Vrednostna sorazmernost pa pomeni, ali je pričakovani izid sploh skladen z bolnikovimi prioritetami. Kirurgija je lahko tehnično sorazmerna, a vrednostno povsem zgrešena. Prav ta razlika je jedro sodobnih etičnih dilem (5).

Prekomerno zdravljenje (*angl. overtreatment*)

Prekomerno zdravljenje v kirurgiji praviloma ni posledica ene same očitne napake. Pogosteje je rezultat verige posamezno razumljivih, skupaj pa nesorazmernih odločitev. Operacija je tehnično možna, klinična situacija urgentna ali čustveno obremenjena, družina želi ‚narediti vse‘, bolnišnica je organizirana za intervencijo, kirurg ima možnost in sistem favorizira ukrepanje. V takem okolju lahko do prekomernega zdravljenja pride brez slabe namere, slabe tehnike in celo brez zavedanja, da se dogaja kaj posebej nenavadnega. Študije opozarjajo prav na to, da kirurgi kot razloge za takšno zdravljenje navajajo tudi zunanje dejavnike: družinske zahteve, sistemski pritisk in organizacijske okoliščine (5).

V kirurgiji je prekomerno zdravljenje še posebej problematično zaradi nepovratnosti. Ko je poseg izveden, ga ni mogoče ‚vzeti nazaj‘. Zato mora biti odločitev za poseg zlasti v mejnih primerih bistveno bolj premišljena kot pa tam, kjer je možno zdravljenje lažje zmanjšati, prekiniti ali obrniti njegov potek.

Zdravljenje, ki ni skladno z bolnikovimi cilji (*angl. goal-discordant treatment*)

Ta pojem je v kirurgiji posebej uporaben, ker omogoča natančno poimenovanje problema: operacija ni preveč le zato, ker je velika, ampak zato, ker vodi k rezultatu, ki ga bolnik ne želi ali ga ne bi štel za sprejemljivega. Če bolnik daje prednost življenju doma, prepoznavanju svojcev, ohranjanju kognitivne jasnosti ali izogibanju dolgotrajni popolni odvisnosti od drugih, je operacija, ki visoko verjetno vodi prav v nasprotni rezultat, neskladna s cilji bolnika, tudi če je tehnično perfektno izvedena.

Zato je v kirurški etiki ključnega pomena, da kirurg že pred posegom ugotovi, kaj za bolnika pomeni ‚slab izid‘. Če tega ne stori, obstaja veliko tveganje, da bo kirurška ekipa uspeh definirala po svojih merilih, bolnik pa po svojih. To neskladje je pogosto skrito do trenutka, ko se pooperativni potek zaplete in postane jasno, da sta kirurg in bolnik govorila o različnih stvareh (5).

Opustitev in odtegnitev zdravljenja (*angl. withholding in withdrawing*)

Čeprav se v klinični praksi opustitev in odtegnitev zdravljenja pogosto doživljata različno, je njuno etično jedro enako: ali zdravljenje še vedno služi bolnikovi koristi. Ne začeti operacije in pozneje omejiti pooperativno agresivno zdravljenje sta psihološko različni, vendar moralno primerljivi odločitvi. Pri obeh gre za vprašanje sorazmernosti. V kirurgiji je to še posebej pomembno, ker se odločanje ne konča v trenutku operacije. Če se pooperativni potek radikalno odmakne od predvidenega in verjetnost sprejemljivega izida močno pade, morata biti lečeči kirurg in celotna ekipa pripravljena ponovno presoјati smisel nadaljnjega zdravljenja. Če tega ni, se pooperativna eskalacija zlahka spremeni v avtomatizem (5, 6).

BOLNIK:

klinični konteksti kirurškega odločanja

Prognoza bolezni kot biološka in življenjsko-funkcionalna kategorija

Pri presoji operacije je pojem prognoze pogosto uporabljen preveč ozko. Klinično in etično relevantna prognoza je vedno dvojna. Je biološka in življenjsko-funkcionalna. Biološka prognoza zadeva pričakovano preživetje, verjetnost napredovanja bolezni, uspeh onkološkega zdravljenja ali možnost odprave akutnega problema. Življenjsko-funkcionalna prognoza pa zadeva potek življenja po posegu: stopnjo samostojnosti, možnost bivanja doma, rehabilitacijski potencial, verjetnost institucionalizacije, kognitivni potek in splošno življenjsko kakovost. Kirurgija lahko izboljša biološko prognozo in hkrati poslabša življenjsko-funkcionalno. To ni redka, ampak zelo tipična etična dilema pri krhkih, zelo starih ali onkološko obremenjenih bolnikih. Če presojamo samo prvo dimenzijo, lahko operacijo zlahka priporočimo. Če vključimo drugo, se sklep lahko spremeni. Zato je življenjsko-funkcionalna prognoza nujen del kirurške etike (2–4, 7).

Funkcionalni izid

Funkcionalni izid je eden najpomembnejših, a pogosto podcenjenih izidov sodobne kirurgije. Za številne bolnike ni ključno vprašanje, ali bodo preživeli operacijo, ampak ali bodo po njej še hodili, živeli doma, prepoznali bližnje, skrbeli zase ali komunicirali na način, ki jim je pomemben. Če kirurg presoja le mortaliteto in morbiditeto, spregleda tisti del rezultata, ki je bolniku pogosto najbolj pomemben.

Funkcionalni izid je zato pri visoko tveganem odločanju treba obravnavati kot primarni, ne sekundarni izid. Pri nekaterih bolnikih je lahko podaljšanje življenja brez ohranitve določene funkcionalne ravni zanje nesprejemljivo (2–4, 7).

Krhkost

Krhkost je v sodobni perioperativni medicini ključen koncept. Opredeljuje jo zmanjšana fiziološka rezerva in povečana ranljivost za neugodne izide. Krhkost ni le prognostični podatek. Je opozorilo, da lahko ista operacija za različne bolnike pomeni povsem različne posledice. Za kirurško etiko je to odločilno. Pri krhkem bolniku se verjetnost, da bo poseg sprožil niz zapletov, dolgotrajno okrevanje in funkcionalni propad, izrazito poveča. To pomeni, da tehnična izvedljivost nikoli ne sme avtomatično pomeniti, da bomo nekega bolnika operirali. Zastaviti si moramo vprašanje, ali bo bolnik po operaciji sploh še lahko dosegel stanje, ki ga sam šteje za sprejemljivo (4).

Kognitivni status

Kognitivna upad bolnika pomembno vpliva na kirurško odločanje na dveh ravneh. Na prvi ravni vpliva na izid. Pri bolnikih, pri katerih je pred operacijo prisoten bolj ali manj izražen kognitivni upad, lahko utemeljeno pričakujemo večjo verjetnost pooperativnega delirija, trajnejšega funkcionalnega upada, težjega sodelovanja pri rehabilitaciji in pa tudi odpusta v domsko oskrbo. Na drugi ravni vpliva tudi na samo odločanje, saj izpostavlja vprašanje sposobnosti odločanja samega bolnika. Pomembno je, da demence ali kognitivne motnje ne zamenjamo avtomatično z nesposobnostjo odločanja. Ta je namreč specifična za vsako konkretno odločitev in lahko ostane prisotna tudi pri blagem ali zmernem kognitivnem upadom. Kadar pa ni, je etično odločanje odvisno od najboljšega približka bolnikovim prej izraženim vrednotam in najboljšemu interesu. Prav v takih primerih mora kirurg zelo jasno in argumentirano pojasniti, da neoperiranje ni opustitev oskrbe, ampak včasih njena najprimernejša oblika (2, 6, 8).

KLINIČNE SITUACIJE Z IZRAZITIMI ETIČNIMI DILEMAMI

Etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja se ne pojavljajo enakomerno v vseh kliničnih okoliščinah. Obstajajo določene skupine bolnikov in določeni klinični konteksti, v katerih se vprašanje smiselnosti operacije zaostri do te mere, da tehnična presoja sama po sebi nikakor ne zadošča. V teh situacijah je kirurško odločanje nujno večplastno: upoštevati mora življenjsko-funkcionalno prognozo bolezni, verjetnost okrevanja pa tudi bolnikove cilje v povezavi s pričakovanim bremenom kirurškega posega. Ključno namreč ni, ali je operacija možna, temveč, ali je za bolnika resnično smiselna. Posebna težavnost teh kliničnih situacij izhaja iz dejstva, da so pogosto moralno zavajajoče. Na eni strani imamo diagnozo, bolezensko stanje, za katero obstaja jasno kirurško zdravljenje. Odločitev za poseg se intuitivno zdi upravičena. Na drugi strani pa so vključeni dejavniki, ki močno zmanjšujejo verjetnost, da bo odprava tega problema bolniku prinesla izid, ki ga je mogoče šteti za resnično korist. To je osrednja dilema sodobne kirurške etike: kirurški problem je pogosto tehnično jasen, njegov pomen za človeka kot celoto pa bistveno manj (2–4, 7).

Napredovala maligna bolezen

Pri bolnikih z napredovalo maligno boleznijo je kirurško odločanje pogosto umeščeno v enega najbolj občutljivih prostorov sodobne medicine: med legitimno željo po lajšanju simptomov in nevarnostjo, da kirurški poseg predvsem podaljša proces zdravljenja brez resnične koristi za bolnika. Pri teh bolnikih operacija pogosto ni več kurativna v klasičnem smislu, lahko pa ostaja tehnično izvedljiva in klinično vabljiva, zlasti kadar obstaja jasno opredeljen lokalni problem (obstrukcija, perforacija, krvavitev, ...).

Prav zato so te situacije etično zahtevne. Kirurgija v napredovali maligni bolezni je lahko povsem upravičena, kadar bolniku realno olajša simptome,

izboljša kakovost življenja ali omogoči prehod v bolj znosno in manj obremenjujočo obliko oskrbe. To je mogoče, kadar je verjetnost simptomatskega izboljšanja razumno velika in kadar poseg ne nosi nesorazmerno velikega bremena. Problem pa nastane, ko operacija sicer uspešno ‚reši‘ lokalni problem, vendar širšega poteka bolezni ne spremeni, bolnika pa izpostavi dolgotrajnemu okrevanju, novi hospitalizaciji, zapletom, dodatnim intervencijam in morda izgubi možnosti za preostanek časa, ki bi ga sicer preživel zunaj bolnišnice, v krogu najbližjih.

V tej skupini bolnikov je zato bistvenega pomena zelo natančna opredelitev cilja posega. Eden najpogostejših vzrokov za etično neustrezno kirurško odločitev ni nujno napačna tehnična indikacija, temveč nejasen ali slabo artikuliran cilj zdravljenja. Če se kirurgija izvaja brez jasnega odgovora na vprašanje, kaj želimo z njo doseči, se tveganje za prekomerno zdravljenje izrazito poveča. Cilj posega mora biti poimenovan konkretno. Ali želimo zmanjšati bolečino? Omogočiti peroralni vnos hrane? Odpraviti vir krvavitve? Omogočiti odpust domov? Ustvariti časovno okno za paliativno sistemsko zdravljenje? Ali pa v resnici operiramo predvsem zato, ker je tehnični problem ‚rešljiv‘, ne da bi bilo jasno, kako bo ta rešitev izboljšala bolnikovo življenje?

Prav v tej točki je ključno razlikovati med anatomsko korekcijo in življenjsko koristjo. Pri napredovali maligni bolezni odprava ene lokalne motnje pogosto ne pomeni izboljšanja celotnega kliničnega poteka. Tumorska biologija, sistemska obremenjenost, kaheksija, zmanjšana fiziološka rezerva in omejena pričakovana življenjska doba lahko povzročijo, da je operacija kljub tehnični uspešnosti za bolnika življenjska-funkcionalno neuspešna. To je posebej očitno takrat, ko se bolnik po kirurškem posegu ne vrne več domov, ne zmore nadaljnega onkološkega zdravljenja in preostanek časa preživi v pooperativnem okrevanju ali reševanju zapletov posega.

Pri teh bolnikih je zato nujno, da kirurgija ni razumljena kot avtomatično ‚aktivnejša‘ in zato nujno boljša oblika zdravljenja kot neoperativna ali paliativna oskrba. Neoperativni pristop ni pasivnost. V določenih primerih je lahko bolj dosledno usmerjen v bolnikovo dobro kot agresiven operativni poseg. Zlasti takrat, kadar je verjetnost, da bo kirurški poseg predvsem podaljšal obdobje bolnikove odvisnosti velika, mora kirurg jasno prepoznati, da je aktivna odločitev proti operaciji lahko etično bolj odgovorna od odločitve za poseg.

Dodatna posebnost napredovale maligne bolezni je simbolni pomen kirurgije. Tako bolniki kot svojci pogosto operacijo razumejo kot ‚nekaj konkretnega‘, kot dokaz, da medicina še ni odnehala. To lahko ustvarja močan psihološki pritisk v smeri intervencije. Prav zato mora kirurg še posebej jasno ločiti med medicinsko možnostjo in medicinsko smiselnostjo. Včasih je največja strokovna in etična odgovornost prav v tem, da kirurg bolniku (in svojcem) pojasni, da je nadaljnji kirurški poseg sicer mogoč, vendar verjetno ne bo ustvaril koristi, ki bi odtehtala njegovo ceno.

Sodobna kirurška etika v onkologiji zato zahteva, da se pri vsakem bolniku z napredovalo maligno boleznijo vprašamo ne le, ali obstaja kirurška rešitev za lokalni problem, ampak ali je ta rešitev v skladu s celotno življenjsko situacijo bolnika. Šele če je odgovor pritrdilen, je poseg etično upravičen. Če pa operacija predvsem podaljša proces zdravljenja brez realne simptomatske ali funkcionalne koristi, postane njena etična upravičenost resno vprašljiva (2–4, 7, 9, 10).

Zelo stari ali krhki bolniki

Pri zelo starih ali krhkih bolnikih se etične dileme kirurškega odločanja pogosto pojavijo z največjo intenzivnostjo, ker prav v tej skupini najlažje zdrsnemo v dve nasprotni, a enako problematični skrajnosti. Prva je starizem: poenostavljena in pavšalna predstava, da je visoka starost sama po sebi razlog proti operaciji. Druga pa je nasprotna poeno-

stavitev: trditev, da starost ‚ni pomembna‘ in da jo je treba v celoti prezreti, češ da je pomembna samo tehnična operabilnost. Obe stališči sta strokovno in etično neustrezni. Kronološka starost sama po sebi ne pove dovolj o fiziološki rezervi, kognitivni zmožnosti, funkcionalnem statusu ali verjetnosti okrevanja. Dva bolnika enake starosti lahko imata popolnoma različno sposobnost prenesti operativni stres. Eden je lahko funkcionalno neodvisen, brez izrazite krhkosti, z dobro kognitivno funkcijo in z visoko verjetnostjo okrevanja. Drugi je lahko že pred posegom izrazito krhek, odvisen od pomoči pri osnovnih dnevnih aktivnostih, z več komorbidnostmi, zmanjšano prehransko rezervo in omejeno sposobnostjo rehabilitacije. Če odločanje temelji samo na starosti, zanemari to odločilno razliko. Po drugi strani pa je prav tako napaka, če starost in z njo povezane spremembe fiziološke rezerve v celoti ignoriramo in bolnika obravnavamo, kot da so vse kirurške možnosti zanj enako realne kot za mnogo mlajšega, krepkega človeka. V tej skupini bolnikov je zato osrednjega pomena koncept krhkosti, ki je opredeljena kot stanje zmanjšane fiziološke rezerve, zaradi česar bolnik težje prenese stres velike operacije, anestezije in seveda morebitnih zapletov po posegu. Krhek bolnik lahko operacijo preživi, a nikoli več ne doseže stopnje samostojnosti, ki jo je imel pred posegom. Prav zato je pri zelo starih in krhkih bolnikih vprašanje funkcionalnega izida pogosto pomembnejše od vprašanja samega preživetja. Pri teh bolnikih mora kirurg v pogovor z bolnikom in svojci nujno vključiti konkretna vprašanja, ki pogosto ostanejo v klinični praksi premalo izrečena. Kakšna je verjetnost, da se bo bolnik po posegu vrnil domov oziroma bo potreboval dolgotrajno institucionalno oskrbo? Kakšna je nevarnost pooperativnega delirija, kognitivnega upada ali izgube zmožnosti za samostojno hranjenje, oblačenje ali gibanje? Kateri izidi bi za bolnika pomenili še sprejemljivo življenje in kateri bi zanj pomenili previsoko ceno, tudi če bi bolezen kirurško obvladali?

Ravno pri tej skupini bolnikov se z največjo jasnostjo pokaže razlika med ‚operabilnim‘ in ‚primernim za operacijo‘. Tehnično zmožnost je

mogoče ugotoviti relativno hitro. Mnogo težje pa je pošteno oceniti, ali bo operacija pri konkretnem bolniku vodila v življenje, ki ga bo sam še prepoznal kot svojega. Če tega vprašanja ne odpremo, obstaja velika nevarnost, da bo kirurgija postala oblika prekomernega zdravljenja, ki temelji zgolj na tehnični izvedljivosti nekega posega. Pomembno je tudi poudariti, da odločitev proti operaciji pri zelo starem in/ali krhkem bolniku nikakor ne pomeni avtomatično ‚manjvredne‘ medicine. Nasprotno, pogosto pomeni bolj realistično, bolj ciljno usmerjeno in manj škodljivo obliko zdravljenja. Zato se je potrebno izogibati moralno zavajajoči delitvi na ‚aktivno‘ operacijo in ‚pasivno‘ neoperiranje. Aktivna medicinska skrb lahko v tej skupini pomeni odlično simptomatsko zdravljenje, skrbno lajšanje bolečine, preprečevanje delirija, podporo hranjenju, družinsko usmerjeno komunikacijo in paliativni pristop, ki bolje sledi bolnikovim prioriteta kot operativna intervencija.

Sodobna kirurška etika pri zelo starih in/ali krhkih bolnikih torej zahteva individualizirano presojo, ki je mnogo širša kot zgolj odločanje na osnovi standardne operativne indikacije. Ni dovolj, da ugotovimo, da je poseg možen in ali je bil tehnično ustrezno izveden. Potrebno se je vprašati kakšni sta bolnikova fiziološka rezerva in funkcionalno izhodišče in kakšni njegovi življenjski cilji. Zgolj tako lahko sprejmemo etično zrelo odločitev (2–4, 7).

Bolniki po številnih operacijah

Pri bolnikih po več zaporednih operacijah njihova problematika ni nujno povezana s starostjo, kognitivnim upadom ali napredovalo sistemsko boleznijo, temveč s kumulativnim bremenom zdravljenja. V tej skupini je osrednja težava pogosto ta, da nobena posamezna operacija sama po sebi ni nujno neustrezna, toda seštevek zaporednih intervencij postopoma vodi v klinično in etično povsem drugačen položaj, kot je obstajal na začetku zdravljenja.

Vsako naslednjo operacijo praviloma izvajamo v slabših pogojih. Poleg tega se z vsako novo inter-

vencijo običajno zmanjšuje tudi verjetnost popolne povrnitve v prejšnje stanje. Bolnik morda ostaja tehnično operabilen, vendar se z vsako naslednjo operacijo zmanjšuje verjetnost, da bo iz celotnega procesa izšel v zanj sprejemljiv način življenja. Ravno zato ni dovolj, da vsako novo operacijo ocenjujemo izolirano. Potrebno je presojati kumulativni pomen celotnega zdravljenja.

Pri teh bolnikih je ena največjih etičnih nevarnosti logika že vložene napora (angl. sunk cost). Ker je bilo v bolnika že veliko vložene – operacij, časa, intenzivne terapije, napora ekipe, družinske energije – se nadaljevanje zdravljenja zdi skoraj moralna dolžnost. Ustavitev procesa lahko sproža občutek, da bi bilo vse prejšnje delo ‚zaman‘, da bi priznali neuspeh ali da bi obupali tik pred morebitnim preobratom. Toda ta logika je etično nevarna, ker pretekli vložek sam po sebi ne ustvarja sedanje indikacije. Vsaka nova odločitev mora biti presojana na novo, neodvisno od tega, koliko posegov je bilo že izvedenih.

Pri teh bolnikih se pogosto razkrije razlika med zdravljenjem problema in nadaljevanjem procesa. Dodatna operacija lahko tehnično naslavlja novo fistulo, nov absces, novo perforacijo ali drugo posledico prejšnjih intervencij. Toda vprašanje je, ali še vedno zdravimo bolezen na način, ki bolniku verjetno koristi, ali pa predvsem naslavljam posledice že vzpostavljenega terapevtskega cikla. Če je verjetnost, da bo naslednja intervencija vodila k sprejemljivemu okrevanju, majhna, medtem ko je verjetnost nadaljnjih zapletov visoka, se je etično povsem legitimno (celo potrebno) vprašati, ali nadaljujemo zaradi bolnikove koristi ali predvsem zaradi težavnosti, da bi proces prekinili.

Tudi psihološki pritisk na kirurga je tu še posebej velik. Zaporedne operacije lahko pogosto ustvarijo močno osebno identifikacijo kirurga z bolnikom in z zdravljenjem. Vsaka nova intervencija lahko pomeni tudi poskus ‚popraviti‘ rezultat prejšnje, kar dodatno oteži zadržano presojo. Zato je pri večkrat operiranih bolnikih še posebej pomembna

multidisciplinarna razprava, v katero so vključeni strokovnjaki, ki niso neposredno čustveno in tehnično vpeti v celoten kirurški potek.

Odločitev proti nadaljnji operaciji v tej skupini zato ni izraz odnehanja, temveč pogosto izraz najvišje profesionalne treznosti. Pomeni sposobnost priznati, da se je verjetnost sprejemljive koristi zmanjšala do te mere, da dodatna intervencija ne predstavlja več razumne poti za tega bolnika. Kirurgija, ki tega ne zna prepoznati, tvega, da se iz zdravljenja spremeni v samo-ohranitveni proces intervencije (9, 11).

Bolniki s kognitivnim upadom

Pri bolnikih s kognitivnim upadom se klinična in etična vprašanja srečajo z veliko ostrino, ker se v isti situaciji združujejo problemi prognoze, sposobnosti odločanja, komunikacije s svojci in verjetnosti popolnega funkcionalnega upada po operaciji. Ta skupina bolnikov pogosto predstavlja eno najbolj občutljivejših področij sodobne kirurške etike, saj operacija lahko tehnično reši akutni problem, hkrati pa močno poveča verjetnost trajne dezorientacije, dolgotrajne institucionalizacije in/ali popolne odvisnosti od drugih.

Prva etična posebnost pri teh bolnikih je, da tehnični uspeh posega pogosto ne pomeni življenjskega uspeha. Bolnik z napredovalo demenco ali pomembno kognitivno motnjo lahko po operaciji preživi, vendar izgubi tisto raven orientacije, rutine ali stika z bližnjimi, ki je predstavljala njegovo zadnjo preostalo kvaliteto življenja. Pri teh bolnikih je tveganje pooperativnega delirija posebej veliko, posledice česar so dolgoročno lahko dolgotrajne in funkcionalno uničujoče. Zato kirurška odločitev ne sme temeljiti le na vprašanju, ali bo akutni kirurški problem tehnično saniran, ampak tudi na vprašanju, kakšen bo verjeten vpliv posega na preostalo kognitivno in življenjsko stabilnost bolnika.

Druga posebnost je vprašanje sposobnosti odločanja o sebi. Pri bolnikih s kognitivnim upadom ni

dovolj, da diagnozo demence ali kognitivne motnje razumemo kot avtomatično izgubo avtonomije. Sposobnost odločanja je specifična za konkretno odločitev in mora biti skrbno ocenjena. Vendar v številnih primerih, zlasti pri napredovali prizadetosti, bolnik ni več sposoben samostojno razumeti celotnega obsega odločanja. Takrat se kirurška etika premakne v področje odločanja po načelu najboljšega interesa in po možnosti s pomočjo prej izraženih bolnikovih vrednot.

To odpira tretjo, pogosto najtežjo raven: komunikacijo s svojci. Družina lahko odločitev proti operaciji zelo težko sprejme, ker se neoperiranje intuitivno zdi kot ‚odnehati‘. Svojci lahko čutijo moralno dolžnost, da ‚dovolijo vse možnosti‘, ker bi se sicer bali, da so bolnika zapustili. Prav zato mora kirurg v tej skupini še posebej jasno poimenovati razliko med opustitvijo posega in aktivno, dostojanstveno, simptomatsko oskrbo. Neoperiranje ni enako ne-zdravljenju. Lahko pomeni bolj realistično, manj škodljivo in bolj ciljno usmerjeno zdravljenje, ki bolje varuje preostalo dostojanstvo in dobrobit bolnika kot invazivni poseg.

Pomembno je tudi, da kirurg pri pogovoru s svojci ne uporablja samo tehničnega jezika, ampak jezik ciljev. Vprašanje ne sme biti le, ali je možno ‚rešiti‘ perforacijo, obstrukcijo ali ishemijo, ampak kaj bo to pomenilo za bolnikovo nadaljnje življenje. Bo po operaciji sploh obstajala realna možnost vrnitve v prejšnje stanje? Bo bolnik še lahko sodeloval v odnosih, ki so mu bili pomembni? Če teh vprašanj ne odpremo, obstaja veliko tveganje, da bo odločitev temeljila predvsem na zmožnosti tehnične izvedbe operacije, ne pa na resničnem najboljšem interesu bolnika.

Pri teh bolnikih je torej kirurška etika neločljivo povezana z etiko dostojanstva. Cilj ni le sanirati anatomskega problem ali podaljšanje življenja. Potrebna je iskrena presoja, ali bo zdravljenje ohranilo ali popolnoma porušilo tisto raven človekove celovitosti, ki je še prisotna. V določenih primerih je zato odločitev ne operirati najbolj dosledna oblika spoštovanja bolnika (6, 8).

Visoko tvegana onkološka kirurgija pri starejših bolnikih

Visoko tvegana onkološka kirurgija pri zelo starih bolnikih bolj in bolj predstavlja velik problem. Tipičen primer so na primer veliki abdominalni posegi, še posebej pri boleznih, kjer operacija pomeni eno najbolj obremenjujočih oblik zdravljenja, kot je na primer rak glave trebušne slinavke. V takih primerih starost sama po sebi ne sme odločati, hkrati pa tehnična resektabilnost nikakor ne sme biti prevladujoče merilo za odločitev o izvedbi kirurškega posega.

Visoko tvegana onkološka operacija pri zelo starih bolnikih pogosto vsebuje močno simbolno logiko. Tumor je tehnično odstranljiv, operacija obstaja kot standardizirana možnost, zdravljenje je umeščeno v logiko kurativnega ali življenjsko podaljševalnega pristopa. To ustvarja močan vtis, da neponudba operacije pomeni prikrajšanje bolnika za možnost zdravljenja. Toda tak vtis je lahko zavajajoč, če ne vključimo širšega konteksta. Ključno vprašanje ni samo, ali je tumor mogoče resecirati, ampak ali je mogoče utemeljeno pričakovati, da bo bolnik po operaciji dosegel dovolj dobro funkcionalno stanje in bo poseg zanj pomenil resnično korist.

Pri teh bolnikih je zato treba sistematično odgovoriti na več vprašanj. Kakšna je verjetnost, da bo bolnik po operaciji sploh zmožgal nadaljnje onkološko zdravljenje, da bo lahko odpuščen domov in ne bo trajno izgubil samostojnosti? Kakšna je njegova osebna predstava o sprejemljivem življenju, oziroma, ali je pripravljen sprejeti možnost, da bo tehnično uspešna operacija pomenila dolgo okrevanje brez vrnitve v prejšnje življenje?

V tej skupini je nevarnost prekomernega zdravljenja še posebej velika. Operacija je namreč praviloma umeščena v visoko specializirano, tehnološko dovršeno in strokovno zelo ambiciozno okolje. V takem okolju lahko tehnična možnost hitro dobi moralni sijaj. Bolnik in družina lahko razumeta ponudbo operacije kot dokaz, da „še obstaja možnost“, kirurg

pa lahko tehnično izvedljivost intuitivno poveže s strokovno dolžnostjo, da poseg ponudi.

Tovrstni primeri so ključni za sodobno kirurško etiko. Zelo jasno namreč pokažejo, da tehnična zmožnost in etična smiselnost nista isto. Kirurgija lahko pri starejšem onkološkem bolniku predstavlja pravo možnost zdravljenja, lahko pa tudi obliko zelo sofisticiranega prekomernega zdravljenja, če pričakovani življenjski in funkcionalni izid ne odtehtata bremena posega. Ni dovolj le odgovor na vprašanje, ali lahko operacijo tehnično korektno uspešno izvedemo. Potrebno se je vprašati, ali bo ta operacija verjetno ustvarila primerno kvaliteto življenja, da jo lahko mirne vesti priporočimo (2–4, 7).

Urgentna kirurgija pri zelo starih in/ali krhkih bolnikih

Urgentna kirurgija zelo nazorno razkrije notranjo težko dilemo kirurške stroke med kulturo neposrednega ukrepanja in potrebo po etični zadržanosti. Pri bolniku, s perforacijo, peritonitisom, črevesno ishemijo, masivno krvavitvijo ali drugim akutnim kirurškim stanjem, celoten klinični okvir močno favorizira takojšnjo intervencijo. Časovni pritisk, organizacijska logika urgentne kirurške obravnave in kulturni refleks „rešiti akutni problem“ ustvarjajo situacijo, v kateri se neoperativna odločitev lahko zdi skoraj nesprejemljiva. Toda prav pri zelo starih in/ali krhkih bolnikih z zelo omejeno rezervo je lahko urgentna operacija hkrati tehnično nujna in življenjsko-funkcionalno uničujoča.

To ne pomeni, da urgentne kirurgije ne smemo ponuditi. Pomeni pa, da tudi odločitev v kontekstu nujnega kirurškega ni izvzeta iz etične presoje. Pri teh bolnikih nujna operacija sicer odpravi akutni problem, pogosto pa hkrati pa sproži niz dogodkov, iz katerih bolnik ne doseže več zanj sprejemljivega življenja. Operacija v takem primeru ne vodi v okrevanje, temveč predvsem v dolgotrajno intenzivno zdravljenje, dodatne posege in funkcionalni propad.

V kontekstu nujnih stanj je pogosto (pre)malo časa za pogovor. Kadar je časa malo, je skušnjava, da bi odločitev zreducirali na tehnično vprašanje, še večja. Toda prav v takih situacijah mora kirurg, kolikor je to mogoče, vztrajati pri širšem vprašanju ciljev zdravljenja. Če je bolnik še sposoben sodelovati, mora biti pogovor čim bolj neposredno usmerjen v bistvo: kaj bi zanj pomenil sprejemljiv izid, kaj pa izid, ki bi ga štel za previsoko ceno. Če bolnik tega ne zmore, mora kirurg s svojci ali zastopniki čim hitreje razčistiti, ali bi bil bolnik glede na svoje vrednote pripravljen sprejeti veliko verjetnost (dolgo)trajne pooperativne odvisnosti ali ne.

Ravno v urgentni kirurgiji je tudi nevarnost pristranskosti v prid ukrepanju (angl. action bias) največja. Ko je bolnik kritično ogrožen, se vsaka zadržanost lahko zdi kot pasivnost, vsaka operacija pa kot moralno pravilna oblika delovanja. Toda to je lahko zavajajoče. Kirurgija, ki v resnici nima razumne verjetnosti, da bo bolnika vrnila v zanj sprejemljivo stanje, ni nujno etično superiorna neoperativni odločitvi zgolj zato, ker je bolj aktivna. V določenih primerih je lahko ravno urgentna odločitev proti operaciji najtežja in hkrati najbolj odgovorna oblika medicinske presoje.

Prav v urgentni kirurgiji se zato z največjo jasnostjo pokaže, ali je sodobna kirurgija sposobna preseči svojo lastno refleksno usmerjenost v akcijo. Če zna tudi v časovnem pritisku razlikovati med možno in smiselno intervencijo, je etično zrela. Če pa urgentnost sama po sebi izbriše prostor za presojo ciljev, potem tehnična kultura prevlada nad moralno (2–4, 7).

KIRURG: psihologija, kultura in struktura odločanja

Kirurško odločanje se v klinični kulturi pogosto prikazuje kot izraz racionalne presoje, ki temelji na objektivnih podatkih, strokovnih smernicah, operativni izvedljivosti in verjetnosti zapletov. Tak opis je delno pravilen, vendar je v svojem bistvu nepopoln. Kirurg nikoli ne odloča v vakuumu. Odloča v

konkretnem institucionalnem, kulturnem in psihološkem okolju in lahko v časovni stiski. Poleg tega se odloča tudi pod vplivom lastnih izkušenj, strokovne socializacije, poklicne identitete, pričakovanj kolegov, družinskih zahtev in notranje predstave o tem, kaj pomeni biti ‚dober kirurg‘. Zato kirurške odločitve nikakor niso le neposredna posledica suhoparnih medicinskih podatkov. So tudi rezultat načina mišljenja, neformalnih pravil stroke, organizacije dela in implicitnih norm, ki določajo, kaj se zdi v določenem trenutku skoraj samoumevno.

Prav v tem je posebnost kirurške etike. Kirurg ni samo tisti, ki interpretira bolezen, temveč tudi tisti, ki v določeni meri uteleša intervencijsko možnost medicine. Njegova prisotnost v kliničnem procesu pogosto pomeni, da je nekaj ‚mogoče narediti‘, in že sama ta možnost spremeni ton odločanja. Medtem ko je v nekaterih nekirurških disciplinah zadržanost lahko privzet odgovor na negotovost, je v kirurgiji privzet odgovor pogosto usmerjen v vprašanje, kako ukrepati. To seveda ni naključje, temveč del zgodovinskega jedra kirurške profesije. Toda ravno zato je psihologija in kultura kirurškega odločanja nujna tema etične refleksije. Če želimo razumeti, zakaj so določeni posegi v mejnih situacijah ponujeni, zakaj se zdravljenje po zapletu pogosto težko omeji in zakaj se določene oblike prekomernega zdravljenja ponavljajo kljub dobri namenom, moramo razumeti ne le bolnika, temveč tudi kirurga kot odločevalca.

Hkrati se je potrebno zavedati, da kirurško odločanje ni enkraten dogodek. Redko gre za eno samo izbiro med ‚operirati‘ in ‚ne operirati‘. Pogosteje gre za zaporedje mikroodločitev: ali narediti dodatno diagnostiko, vključiti druge stroke, in se lotiti (visoko tveganega) posega. Gre za težke dileme, ali po zapletu reoperirati, ali oziroma kako dolgo vztrajati z intenzivnim zdravljenjem in kdaj v procesu odločanja (če sploh) ponuditi možnost vključitve paliativnega zdravljenja. Vsaka od teh odločitev je na videz ločena, v resnici pa pogosto del iste smeri. Zato kirurško odločanje ni samo vprašanje indikacije, ampak tudi vprašanje procesov, ki oblikujejo indikacijo (12).

V nadaljevanju so obravnavani ključni koncepti, ki pomagajo razložiti, zakaj se kirurške odločitve v težkih situacijah pogosto razvijejo v smer intervencije tudi tedaj, ko je korist vprašljiva .

Model popravi (*angl. fix-it*)

Ta model predstavlja enega najvplivnejših konceptov sodobne literature o kirurškem odločanju, ker zelo natančno opiše osnovni miselni okvir, skozi katerega kirurgi in bolniki pogosto razumejo bolezen. V tem modelu bolezen predstavimo kot omejeno, popravljivo motnjo, operacijo pa kot tehnični poseg, ki to motnjo odpravi in s tem obnovi normalno stanje. Logika je preprosta in zelo dobro deluje v številnih klasičnih kirurških stanjih, kjer je res mogoče relativno jasno povezati anatomski problem in kirurško rešitev. Problem nastane, ko isti model nekritično uporabimo v (naj)bolj kompleksnih kliničnih situacijah.

Takrat bolezen namreč pogosto ni več ločena ,okvara', ki jo je mogoče enostavno popraviti. Je del širšega procesa telesnega, funkcionalnega, onkološkega ali kognitivnega upada. V takih okoliščinah operacija morda res lahko odpravi lokalni anatomski problem, ne more pa nujno obnoviti celostnega življenjskega ravnotežja. Prav zato ta model postane etično nevaren: ustvarja vtis, da odprava lokalne motnje pomeni tudi vrnitev bolnika v boljše stanje kot celoto, čeprav to v resnici pogosto ni verjetno.

V klinični praksi se to kaže na več načinov. Prvi je jezik. Kirurg in pogosto tudi drugi zdravniki bolezen opisujejo v izrazih, ki poudarjajo izoliran problem: ,tole je treba odstraniti', ,tukaj je zapora', ,to moramo sanirati' in podobno. Tak jezik je tehnično razumljiv, vendar lahko zabriše dejstvo, da problem ni zgolj v enem organu, temveč v celotnem bolnikovem stanju. Drugi način je struktura pogovora z bolnikom. Če je pogovor organiziran okrog tehničnega problema in njegove tehnične rešitve, se zdi operacija skoraj samoumevna. Bolnik pogosto ne izbira med različnimi prihodnostmi, temveč med

,popravkom' in ,ne-popravkom', pri čemer se zdi drugo skoraj absurdno, kot da bi kirurg obupal nad bolnikom. Tretji način pa je notranja miselna argumentacija kirurga. Če kirurg bolezen razume kot popravljiv problem, je zadržanost težje upravičiti, saj se zdi, da obstaja jasna možnost, ki je nismo pripravljene uporabiti.

Ta model je zato posebej problematičen pri bolnikih, pri katerih normalnosti ni več mogoče obnoviti. To vključuje krhke starostnike, bolnike s hudo napredovalo maligno boleznijo, bolnike po več zaporednih operacijah, bolnike z napredovalim kognitivnim upadom in zelo stare in/ali krhke bolnike, ki potrebujejo nujno kirurško zdravljenje. Pri teh bolnikih operacija lahko ,popravi' en segment bolezni, ne da bi spremenila širši življenjski tok v pozitivno smer. Takrat model ne deluje več kot koristna klinična orientacija, ampak kot nevarna poenostavitev.

Iz etičnega vidika je to pomembno zato, ker ta model ni le način, kako kirurg razmišlja, ampak tudi način, kako bolnik razume, kaj mu je ponujeno. Ko bolniku rečemo, da obstaja nekaj, kar ,lahko popravimo', ustvarimo močan nezavedni pritisk v smer privolitve. Operacija se zdi racionalna, edina sprejemljiva, neoperiranje pa odraz tega, da smo nad bolnikom obupali. Odločitev za operacijo, ki kljub korektni izvedbi z veliko verjetnostjo bolniku ne bo omogočila življenja, ki ga sam nima za sprejemljivega, etično verjetno ni smiselno.

Zato je v kontekstu sodobne kirurške etike potrebno stremeti ne k odpravi tega modela, temveč k njegovi omejitvi na tista področja, kjer je res primeren. Kadar normalnosti ni več mogoče obnoviti, mora kirurg zavestno razširiti okvir razmišljanja. Namesto vprašanja ,kaj lahko popravimo' mora postaviti vprašanje ,kaj bo popravek verjetno pomenil za življenje tega človeka'. Šele ta premik od anatomskega k življenjskemu okviru omogoča etično zrelo odločanje (12).

Kirurški entuziazem

Kirurški entuziazem označuje težnjo, da kirurg zaradi strokovne identitete, tehnične samozavesti, izkušenosti in kulture intervencije operacijo spontano doživlja kot privilegirano ali skoraj samoumevno obliko odgovornega zdravljenja. Ta pojav ni nujno izraz egoizma, ambicije ali moralne površnosti. Nasprotno, pogosto izhaja iz najboljših namenov: iz pripravljenosti prevzeti odgovornost, iz vere v učinkovitost kirurgije, iz osebne predanosti bolniku in iz notranje logike poklica, v katerem je dejanje pogosto sinonim za pomoč. Prav zato je kirurški entuziazem tako pomemben in hkrati tako težko prepoznaven. Ker je povezan z vrlinami stroke, ga lahko kirurg sam težje prepozna kot lastno pristranskost.

V svoji najbolj legitimni obliki je kirurški entuziazem tisto, kar kirurgiji omogoča odločnost v akutnih situacijah, tehnično ambicioznost, razvoj novih metod in pripravljenost prevzeti zahtevne primere. Brez te energije bi bila kirurgija zagotovo bolj previdna, a tudi manj učinkovita in manj inovativna. Problem nastane, ko ista energija začne delovati tudi v mejnih situacijah, kjer bi bila primernejša večja zadržanost. Takrat se operacija lahko predstavi kot ‚aktivnejša‘, ‚resnejša‘, ‚bolj prava‘ oblika zdravljenja, medtem ko se neoperativni pristop zdi manj odločen, bojzljiv ali celo manj strokoven kot priznanje poraza.

Kirurški entuziazem se v praksi pogosto pokaže kot razširjanje indikacij v sivih conah. To ne pomeni nujno zavestne agresivnosti, temveč subtilnejše pojave: pretirano optimistično interpretacijo verjetnosti dobrega izida, manjši poudarek na življenjsko-funkcionalnem bremenu zdravljenja, večjo pripravljenost tvegati v imenu morebitne koristi ali večjo težnjo, da se tehnična izvedljivost hitro prevede v priporočilo. Pri tem ne gre za to, da kirurg ne pozna tveganj. Pogosto jih zelo dobro pozna. Gre za to, da je njegova poklicna kultura naravnana k temu, da tveganje razume kot sprejemljivo ceno intervencije, če le še obstaja realna možnost uspeha.

Etika kirurškega entuziazma zato ne zahteva, da kirurg postane zadržan, boječ ali defenziven. Zahteva pa, da zna razlikovati med situacijami, kjer je aktivna intervencijska drža res v bolnikovo korist, in situacijami, kjer je ista drža predvsem produkt poklicne socializacije. Najpomembnejši korektiv kirurškemu entuziazmu je razprava o ciljnih zdravljenja. Ko kirurg pogovor strukturira okoli vprašanja, kaj želi bolnik doseči, in okoli scenarijev po posegu, postane mnogo težje, da bi sama intervencija delovala kot samozadostno dobro.

V tem smislu je kirurški entuziazem lahko tako vir odličnosti, lahko pa tudi vodi v prekomerno zdravljenje. Vprašanje ni, ali ga je treba odpraviti, temveč ali ga kirurg prepozna kot del lastnega odločanja. Če ostane neviden, lahko tiho oblikuje priporočila. Če pa je reflektiran, se lahko preoblikuje v bolj zrelo obliko kirurške energije: v zavzetost za bolnikovo dobro, ne pa nujno za poseg kot tak (2, 3, 7).

Kirurški dogovor o vztrajanju pri zdravljenju (*angl. surgical buy-in*)

Gre za enega najpomembnejših konceptov za razumevanje etičnih dilem v visoko tveganem kirurškem zdravljenju. Opisuje implicitno ali včasih deloma eksplicitno pričakovanje, da bo bolnik z odločitvijo za velik poseg sprejel tudi tisto pooperativno zdravljenje, ki bo morda potrebno za preživetje po zapletu ali težkem okrevanju. Gre za neke vrste neizrečeno pogodbo med kirurgom in bolnikom: kirurg se zaveže, da bo bolnika operiral in ga skušal ‚pripeljati skozi‘, bolnik pa implicitno pristane, da bo sprejel tudi precej agresivno pooperativno podporo (z reševanjem zapletov in brezštevilnimi ponovnimi operacijami), če bo ta potrebna.

Ta koncept je etično izjemno pomemben, ker pojasni, zakaj je v kirurški praksi omejevanje zdravljenja po zapletih pogosto tako težko. Če kirurg poseg razume kot skupni projekt, ki predpostavlja pripravljenost vztrajati tudi ob težavah, lahko kasnejša odločitev za omejitev intenzivne terapije ali za ne-reoperiranje deluje kot kršitev dogovora. To lahko

ustvari zelo močno notranjo in medosebno napestost: kirurg ima občutek, da je dolžan nadaljevati, bolnik ali svojci pa lahko menijo, da so meje sprejemljivega zdravljenja že presežene, in obratno.

Ključna težava tega modela je v tem, da je pogosto preslabo artikuliran. Kirurg in bolnik morda mislita, da sta se dogovorila o isti stvari, v resnici pa razume meta obseg medsebojne ‚pogodbe‘ različno. Bolnik lahko pristane na visoko tvegano operacijo, ker želi ozdravitev, priložnost za okrevanje, vendar to ne pomeni nujno, da pristaja tudi na dolgotrajno ventilacijo, več ponovnih operacij, trajno umetno hranjenje ali mesece bivanja na intenzivni terapiji brez realne možnosti sprejemljivega okrevanja. Če tega neskladja ne razjasnimo pred posegom, se pooperativni zaplet ne spremeni le v klinično težavo, ampak tudi v moralni in komunikacijski konflikt.

Posebej pomembno je, da to ni zgolj komunikacijski problem, ampak razkriva globljo strukturo kirurške kulture. Kirurg, ki prevzema veliko operativno tveganje, pogosto čuti zelo močno osebno odgovornost za izid. Ta občutek odgovornosti je lahko etično dragocen, ker spodbuja zavzetost in lojalnost bolniku. Hkrati pa lahko vodi v težko sprejemanje poznejših omejitev zdravljenja. Če kirurg operacijo dojema kot projekt, za katerega je prevzel moralno odgovornost, potem je ustavitev procesa psihološko zredno zahtevna.

Za sodobno kirurško etiko iz tega sledi pomemben praktični sklep: pri velikih, visoko tveganih operacijah ni dovolj razpravljati samo o tveganju smrti in zapletov. Nujno je treba odpreti tudi vprašanje, kakšno pooperativno zdravljenje je za bolnika še sprejemljivo, kakšen izid bi zanj pomenil preveliko ceno in kako bi želel, da se odloča, če bi se pooperativni potek dramatično odmaknil od pričakovanega (1, 13, 14).

Klinični zagon in kultura reševanja (*angl. clinical momentum in rescue culture*)

Klinični zagon pomeni, da po začetku diagnostično-terapevtske verige nadaljevanje zdravljenja postane

skoraj samoumevno. Ne zato, ker bi bil vsak naslednji korak nujno posebej močno utemeljen, temveč zato, ker je enkrat že ustvarjen tok, ki ga je težko prekiniti. V kirurškem okolju je to posebej očitno. Opravljena diagnostika vodi v kirurški konzilij, konzilij v operacijo, operacija v intenzivno zdravljenje, zaplet v reoperacijo, dodatna reoperacija v nadaljnjo intenzivno zdravljenje in tako naprej. Vsak posamezen korak je lahko racionalen. Problem pa nastane, ko nihče več ne presoja celotne poti, temveč le še upravlja naslednjo logično posledico prejšnjega koraka.

Klinični zagon je močan zato, ker deluje na več ravneh. Na organizacijski ravni ga podpira infrastruktura: ko je bolnik že v sistemu intenzivnega kirurškega zdravljenja, se nadaljevanje zdi bolj naravno kot zaustavitev. Na psihološki ravni ga podpira logika že vloženega navora (*angl. sunk cost*): ker smo že veliko vložili, se zdi ustavitev skoraj kot izguba vsega preteklega navora. Na komunikacijski ravni pa ga podpira dejstvo, da je veliko lažje govoriti o ‚naslednjem koraku‘ kot na novo odpreti vprašanje celotnega smisla zdravljenja.

S tem je tesno povezana tudi kultura reševanja. Reševanje bolnika iz zapleta je osrednja moralna in profesionalna vrednota kirurgije. Ta kultura ima pomembne pozitivne vidike: krepi odgovornost, vztrajnost in zavzetost. Toda v določenem trenutku lahko ista kultura postane etično problematična, če cilj ni več bolnikova korist, temveč predvsem ohranjanje imperativa, da se ‚ne odneha‘. Reševanje zaradi bolnika in reševanje zaradi same dolžnosti reševanja nista vedno ista stvar.

Prav zaradi tega se najbolj jasno razkrije, zakaj je omejevanje zdravljenja po kirurških zapletih tako zahtevno. Problem ni v pomanjkanju informacij, ampak v tem, da je nadaljevanje zdravljenja kulturno in organizacijsko lažje od njegove ustavitve. Zato sodobna kirurška etika potrebuje mehanizme, ki omogočajo zavestno zaustavitev tega toka: strukturirane premore za ponovno presojo, zgodnje multidisciplinarne konzilije, časovno omejene terapevtske poskuse in pogovore o mejah sprejem-

ljivega zdravljenja še preden se klinični zagon popolnoma utrdi.

Kognitivne miselne bližnjice in pristranskosti

Kirurgi odločajo v razmerah, ki močno favorizirajo uporabo kognitivnih miselnih bližnjic. Časovni pritisk, negotovost, nepopolne informacije, čustvena obremenjenost in velika odgovornost ustvarjajo pogoje, v katerih je uporaba miselnih bližnjic k ukrepanju neizogibna. To samo po sebi ni znak slabe medicine, ampak normalna značilnost človeškega odločanja pod pritiskom. Problem nastane, kadar ostanejo te bližnjice neprepoznane in sistematično usmerjajo odločitve v smer, ki ni nujno najboljša za bolnika.

Ena najpomembnejših je pristranskost v prid ukrepanju (angl. action bias). V negotovih in urgentnih situacijah se ukrepanje intuitivno zdi moralno bolj sprejemljivo kot zadržanost. Operacija je ‚nekaj narediti‘, neoperiranje pa lahko deluje kot pasivnost, četudi bi bilo za bolnika bolj smiselno. Prav tako pomembna je optimistična pristranskost (angl. optimism bias). Kirurg lahko zaradi lastne usposobljenosti, izkušenj in identifikacije z uspešnimi primeri verjetnost dobrega izida oceni bolj optimistično, kot je realno utemeljeno. Tretja je pristranskost dostopnosti (angl. availability bias), pri kateri si kirurg lažje prikljče v spomin uspešne, impresivne primere težkih operacij in zato nezavedno preceni, kako verjetni so dobri izidi tudi pri novem bolniku. Četrta pa je pristranskost zaradi že vložene napore (angl. sunk cost bias), pri kateri pretekli napor poveča pripravljenost za nadaljnje poseganje, čeprav pretekli vložek sam po sebi ne govori nič o sedanjosti koristnosti dodatnega zdravljenja (11, 12).

Sistem in organizacija

Kirurško odločanje ni zgolj produkt posameznikove presoje ampak tudi produkt sistema. Urgentna diagnostika, razpoložljivost operacijske dvorane, kultura

terciarnega centra, pričakovanja kolegov, organizacijska struktura kirurške intenzivne terapije in širša bolnišnična logika ustvarjajo okolje, v katerem je intervencija pogosto privzeta pot. V takem sistemu se operacija ne pojavi le kot ena od možnosti, temveč kot organizacijsko najbolj naravna možnost.

To je posebej pomembno v mejnih primerih. Ko je bolnik enkrat ‚na kirurški poti‘, je odstopanje od te poti težje, ne le psihološko, temveč tudi organizacijsko. Sistem je naravnano na izvedbo posega, manj pa na strukturirano legitimacijo zadržanosti. Če želimo etično zrelo kirurgijo, zato ni dovolj, da imamo reflektirane kirurge. Potrebujemo tudi sistem, ki podpira možnost, da kirurg po tehtnem premisleku ne operira, ne da bi s tem deloval, kot da se je odpovedal svoji strokovni vlogi.

Tak sistem vključuje več stvari: zgodnjo multidisciplinarno presojo, legitimno vključitev paliativne oskrbe, prostor za etične konzultacije, organizacijsko podporo za pogovore o ciljnih zdravljenja ter kulturo, v kateri je mogoče izraziti dvom brez stigmatizacije. Kirurgija, ki je tehnično vrhunska, a sistemsko ne dopušča preišljene zadržanosti, ostaja etično krhka. Dobra kirurgija zato ni le lastnost posameznika, temveč tudi lastnost institucije (8, 9, 15).

Kirurška identiteta

Kirurška identiteta je osrednji, a pogosto premalo obravnavani del kirurške etike. Kirurg ne deluje v praznem prostoru, temveč kot pripadnik poklicne kulture, ki ga je dolga leta oblikovala v zelo specifično profesionalno osebnost. Ta kultura visoko vrednoti odločnost, tehnično spretnost, hitrost presoje, zbranost v krizi, vzdržljivost, pripravljenost prevzeti odgovornost in zmožnost ukrepati tam, kjer drugi morda omahujejo. Takšna identiteta je za dobrega kirurga nujna. Brez tega bi kirurgija izgubila velik del svoje učinkovitosti, samozavesti in sposobnosti delovati v življenjsko ogrožajočih situacijah.

Vendar pa ima to tudi svojo etično ceno. Če je poklicna samopodoba premočno vezana na deja-

nje, lahko zadržanost začne delovati kot manj legitimna oblika strokovnosti. Če je biti dober kirurg povezano predvsem s tem, da „nekaj narediš“, potem odločitev ne operirati ne predstavlja le klinične presoje, temveč identitetni izziv. Prav zato so odločitve o opušcanju operacije pogosto težke ne samo zaradi negotove prognoze, temveč tudi zaradi tega, ker posegajo v jedro kirurškega jaza (2, 7, 8, 12).

Kirurška identiteta je etično pomembna zato, ker oblikuje vprašanje, kaj kirurg dojema kot odgovornost, pogum in profesionalni uspeh. Če želimo razumeti, zakaj je v sodobni kirurgiji včasih lažje operirati kot neoperirati, je potrebno razumeti tudi, kako si kirurg predstavlja samega sebe v tej vlogi.

Kirurg kot reševalec

Lik kirurga kot reševalca je močan, simbolno bogat in v mnogih pogledih povsem legitimen. Pogosto kirurg res neposredno prepreči smrt ali težko invalidnost. Reši perforacijo, ustavi krvavitev, odstrani tumor in podobno. Ta realnost je oblikovala kulturo, v kateri je kirurška identiteta tesno povezana z idejo aktivnega reševanja.

Toda vse to ima tudi svojo drugo stran. Če je kirurgova profesionalna samopodoba premočno zgrajena okoli vloge reševalca, potem je odločitev neoperirati doživeta kot nekaj manj aktivnega, manj pogumnega ali celo kot umik. V takem okviru lahko neoperiranje deluje skoraj kot moralni primanjkljaj, čeprav je v določenih okoliščinah najbolj odgovorna odločitev. Prav zato je v sodobni kirurgiji ena od najpomembnejših nalog preoblikovati razumevanje tega, kaj pomeni „rešiti“ bolnika. Včasih ga rešimo z operacijo. Drugič pa ga pred nesorazmernim zdravljenjem rešimo prav s tem, da ga ne operiramo.

Kirurg kot reševalec je torej legitimna figura le, če pojem reševanja ostane vezan na bolnikovo dobro in ne zgolj na intervencijo. Če se reševanje zoži na tehnično odpravo problema ne glede na širši življenjski izid, postane etično nezadostno (2, 5, 7, 8, 12).

Osebna odgovornost in doživljanje zapletov

Ena najbolj značilnih lastnosti kirurške identitete je močan občutek osebne odgovornosti. Kirurgi pogosto doživljajo odločitev za poseg kot dejanje, za katerega so osebno odgovorni, in zaplet kot nekaj, kar ni le klinična komplikacija, temveč tudi preizkus njihove strokovnosti in integritete. Ta občutek odgovornosti je v mnogih pogledih plemenit. Povečuje zavzetost, preprečuje površnost in krepi zvestobo bolniku. Hkrati pa lahko prav zaradi svoje intenzivnosti oteži etično zadržanost po zapletu.

Če kirurg pooperativni zaplet doživlja kot nekaj, kar je deloma „njegova“ napaka ali vsaj „njegov“ problem, ki ga naj reši, se lahko nova intervencija začne nezavedno oblikovati ne le kot pomoč bolniku, temveč tudi kot popraviljanje lastnega občutka neuspeha. To ni nujno zavestno. Ravno zato je pomembno. Ko se notranja potreba po popraviljanju preplete z nadaljnjim zdravljenjem bolnika, lahko postane težje prepoznati trenutek, ko dodatna intervencija bolniku ne prinaša več koristi.

Ta dinamika pojasnjuje, zakaj je pri zapletih pogosto tako težko zaustaviti verigo zdravljenja. Problem ni samo v klinični negotovosti ali sistemski inerciji, temveč tudi v osebni moralni teži, ki jo kirurg pripisuje rezultatu. Zato je refleksija o osebni odgovornosti in doživljanju zapletov nujni del sodobne kirurške etike. Ne zato, da bi zmanjšali odgovornost, ampak da bi preprečili, da bi postala vir nesorazmernega zdravljenja.

MENTORSTVO IN JEZIK STROKE

Kirurška identiteta se ne oblikuje skozi formalna predavanja o profesionalizmu, temveč predvsem skozi zgled. Mlad kirurg se ne nauči le tehnike operiranja, temveč tudi to, kako mentor govori o bolnikih, kako vrednoti dvom, kako opisuje omejitve medicine, kako reagira na neuspeh in kako argumentira odločitve, da nekega posega ne bo izvedel. Prav zato ima mentorstvo v kirurški etiki posebno težo.

Če je v kulturi oddelka cenjena predvsem tehnična drznost, ‚herojsko reševanje‘ in neomajna akcija, bo zadržanost zlahka delovala kot nekaj manj strokovnega. Če mentor nikoli ne pokaže, da je mogoče z veliko integriteto in jasnostjo bolniku priporočiti neoperativno pot, mlad kirurg ne bo razvil notranjega modela, da je to legitimna oblika odličnosti.

Pomemben del tega je jezik. Izrazi, kot so ‚treba je nekaj narediti‘, ‚če ne operiramo, ne naredimo nič‘, ‚to je njegova edina prava možnost‘, ali ‚moramo še poskusiti‘, niso nevtralni. S svojim notranjim vrednotenjem usmerjajo razmišljanje v smer, da je dejanje skoraj samoumevno moralno boljše od zadržanosti. Če želimo etično bolj zrelo kirurgijo, moramo preoblikovati tudi ta jezik. Neoperiranje ne sme biti opisano kot ‚nič‘, če v resnici pomeni kompleksno odločitev za drugačno in pogosto bolj ustrezno oskrbo (2, 7, 8, 12).

PROFESIONALNA ZRELOST

Najgloblji znak kirurške zrelosti ni le tehnična odličnost, temveč sposobnost ostati dober kirurg tudi takrat, ko se odločiš, da ne boš operiral. To je morda ena najpomembnejših notranjih transformacij, ki jih sodobna kirurgija potrebuje. Če je identiteta zgrajena zgolj okoli posega, bo neoperiranje vedno zvenelo kot primanjkljaj. Če pa je identiteta zgrajena okoli bolnikove koristi, lahko neoperiranje postane vrhunec poklicne modrosti.

Takšna zrelost ne pomeni manj odločnosti. Nasprotno, pogosto zahteva več odločnosti kot operacija. Zahteva, da kirurg zdrži pritisk družine, organizacijsko inercijo, lastno potrebo po ukrepanju in kulturni refleks stroke, ki privilegira intervencijo. Zahteva tudi pripravljenost, da svojo strokovno avtoriteto uporabi ne za to, da upraviči poseg, ampak da pojasni mejo, kjer poseg verjetno ne služi več bolniku.

Prav v tem smislu je profesionalna zrelost kirurga neločljivo povezana z etiko omejevanja zdravljenja.

Dober kirurg ni zgolj tisti, ki obvlada težaven poseg, ampak tudi tisti, ki zna pravočasno prepoznati, da tehnična možnost ni več enaka medicinski indikaciji (2, 7, 8, 12).

MORALNA STISKA

Moralna stiska je eden najpomembnejših, a pogosto premalo sistematično obravnavanih pojavov sodobne kirurške etike. Nastane, kadar klinik zazna, da zdravljenje ne služi več smiselnemu cilju ali bolnikovim vrednotam, vendar tega zaradi različnih pritiskov ne more uresničiti. V kirurškem okolju je ta pojav posebej izrazit, ker so odločitve težke, hierarhije močne, kultura akcije izrazita, posledice pa neposredne in pogosto nepovratne. Kirurška moralna stiska pogosto nastaja postopoma: skozi vsakodnevno sodelovanje pri zdravljenjih, ki se zdijo vse manj smiselna; opazovanje, kako se bolnik po več intervencijah ne približuje več sprejemljivemu okrevanju; skozi občutek, da sistem nadaljuje zdravljenje zato, ker ga je težko ustaviti, ne zato, ker mu kdo še resno pripisuje razumno korist. Moralna stiska v kirurškem okolju najpogosteje nastaja iz neskladja med cilji zdravljenja in dejanskim zdravljenjem. Ko klinik zazna, da zdravljenje verjetno ne vodi več k izidu, ki bi bil za bolnika smiselno, pa se vseeno nadaljuje, se ustvari jedro moralne napetosti. To se pogosto dogaja v pooperativnem obdobju po velikih zapletih, pri večkrat operiranih bolnikih, pri napredovali maligni bolezni ali pri zelo starih in/ali krhkih bolnikih. Drug pomemben vir so nesoglasja in napetosti med sodelavci. Različni člani ekipe lahko enako situacijo razumejo drugače. Nekdo vidi tehnično možnost dodatne intervencije, drugi pa visoko verjetnost trajne organske podpore brez sprejemljivega okrevanja. Medicinska sestra dnevno opazuje trpljenje bolnika in čuti, da nadaljnje zdravljenje ne prinaša več smisla, vendar nima odločevalske moči. Specializant zazna nesorazmernost, a je hierarhično v podrejenem položaju. Vse to ustvarja stanje, v katerem moralna stiska ni le individualna, ampak skupna, ekipna. Tretji vir so družinski pritiski. Svojci pogosto delujejo iz ljube-

zni, strahu, občutka dolžnosti ali nepopolnega razumevanja prognoze. Zahteva, da se ‚naredi vse‘, se lahko zdi moralno pravilna. Toda za ekipo lahko pomeni nadaljevanje zdravljenja, ki ga člani doživljajo kot neskladnega z bolnikovimi vrednotami. V takšnih okoliščinah je moralna stiska pogosto neposredno povezana s slabo ali pozno komunikacijo o ciljnih zdravljenja. Četrty vir pa je institucionalna kultura. Če sistem privilegira intenzivnost zdravljenja, če dvom ni dobrodošel, če je paliativna oskrba vključena pozno ali stigmatizirano in če ni struktur za etično razpravo, potem moralna stiska ni izjema, ampak pričakovana posledica organizacije dela. Moralna stiska ni znak osebne neodpornosti ali psihološke krhkosti. Pogosto je prav nasprotno: znak ohranjene moralne občutljivosti. Zdravnik ali medicinska sestra, ki sploh ne čuti notranje napetosti, kadar sodeluje pri zdravljenju, za katerega meni, da bolniku verjetno ne koristi več, bi bila etično mnogo bolj problematična kot nekdo, ki to napetost občuti intenzivno. Problem nastane, ko institucija ali kultura stroke moralno stisko prevede v individualni psihološki problem. Če takšnemu posamezniku sporoča, da mora le ‚postati bolj odporen‘ ali ‚se naučiti distancirati‘, s tem spregleda dejstvo, da je stiska pogosto razumen odziv na nerazumno ali slabo strukturirano zdravljenje. V takšnih okoliščinah je moralna stiska odraz sistema, ne osebna pomanjkljivost posameznika. To pomeni, da jo moramo obravnavati podobno kot druge klinične znake: ne kot napako, temveč kot pokazatelj, da je nekaj v procesu odločanja, komunikacije ali organizacije etično problematično. Kjer je moralna stiska pogosta, je potrebno ugotoviti, kaj v sistemu rutinsko povzroča takšno izkušnjo. Moralna stiska ima pomembne osebne, timske in profesionalne posledice. Na individualni ravni je povezana z izgorelostjo, emocionalno izčrpanostjo, občutkom nemoči, ciničnostjo in zmanjšanim občutkom, da posameznik najde smisel pri opravljanju svojega dela. Če se stiska kronično kopiči, ne vodi le v slabo počutje, ampak lahko spremeni način, kako posameznik doživlja svoj poklic. Zdravnik ali medicinska sestra lahko začneta izgubljati zaupanje v

sistem, v lastno moralno presojo in v smisel strokovne zavezanosti. Na timski ravni moralna stiska spodkopava komunikacijo. Pojavi se umik iz težkih pogovorov, prikrit konflikt, zmanjšana pripravljenost izreči pomislek in včasih tudi tiha normalizacija zdravljenja, za katerega nihče več zares ne verjame, da je smiselno. To postopoma spreminja kulturo oddelka. Kar je bilo sprva doživeto kot izjemna etična težava, postane nekaj običajnega, skoraj samoumevnega. To je posebej nevarno, saj pomeni postopno erozijo moralne občutljivosti stroke. Na ravni stroke pa kronična moralna stiska ogroža samo idejo kirurške integritete. Poklic, ki svoje člane sistematično postavlja v položaj, kjer morajo delovati proti lastni najboljši etični presoji, dolgoročno izgublja moralno verodostojnost. Zato je moralna stiska pomembna ne le zaradi dobrobiti zaposlenih, ampak zaradi kakovosti medicine same. Zmanjševanje moralne stiske zahteva več kot individualno odpornost. Potreben je institucionalni odziv. Prvi korak je zgodnejša in boljša komunikacija o ciljnih zdravljenja. Čim prej so cilji in meje zdravljenja jasno opredeljeni, tem manjša je verjetnost, da bo kasnejši kooperativni potek zdrsnil v kaotično eskalacijo brez skupnega razumevanja smisla. Poleg tega težke kirurške odločitve ne smejo ostati le med kirurgom in družino bolnika. Multidisciplinarna razprava ne pomeni le več informacij, temveč tudi razpršitev odgovornosti in bolj uravnoteženo presojo. Tretji korak je organizacijska kultura, ki dovoljuje dvom. Kjer je dvom razumljen kot šibkost, bo moralna stiska ostala neizrečena. Kjer je mogoče izreči, da zdravljenje morda ni več v bolnikovo korist, ne da bi bil kdo za izrečeno stigmatiziran, je verjetnost bolj etično zrelih odločitev večja. Četrty korak pa je izobraževanje. Kirurška identiteta mora že med usposabljanjem vključevati tudi etiko zadržanosti, ne le tehnike posega. Mlad kirurg mora videti, da odločitev ne operirati ni znak manjvrednosti, ampak v določenih primerih znak najvišje strokovne odgovornosti. Brez tega bo moralna stiska ostala skoraj neizogibna posledica razkoraka med kulturo dejanja in realnostjo omejene koristi (2, 16–18).

V tem smislu je institucionalni odziv na moralno stisko hkrati odziv na sodobno kirurško etiko kot celoto. Če sistem podpira samo izvedbo posega, ne pa tudi legitimnosti njegove opustitve, potem ne ustvarja le bolj utrujenih klinikov, temveč tudi slabše etične odločitve.

ZAKLJUČEK

Sodobna kirurgija se pri več in več bolnikih (žal) vse manj sooča z vprašanjem, ali je poseg tehnično mogoč, in vse bolj z vprašanjem, ali je poseg za konkretnega bolnika še smiseln. Prav v tem premiku od tehnične izvedljivosti k etični upravičenosti se skriva ena najpomembnejših sprememb sodobne kirurške prakse. Napredek stroke je ustvaril izjemne možnosti zdravljenja, vendar je hkrati razkril tudi njihovo mejo: dejstvo, da zmožnost intervenirati sama po sebi še ne določa, kdaj je treba intervenirati. V tem smislu se sodobna kirurška etika ne oblikuje na robu kirurgije, temveč v njenem samem središču.

Temeljna ugotovitev tega prispevka je, da odločitev ne operirati ni sinonim za terapevtski umik, pasivnost ali pomanjkanje strokovne ambicije. Nasprotno, v številnih kliničnih okoliščinah je lahko prav takšna odločitev najbolj zrela, odgovorna in predvsem strokovno dosledna oblika zdravljenja. Kirurg, ki se zavestno odloči proti posegu, ker presodi, da operacija verjetno ne bo prinesla bolniku sprejemljive koristi, ne opušta medicine. Izvaja jo v eni njenih najzahtevnejših oblik: kot razumno omejevanje moči v korist človeka, ki mu je ta moč namenjena.

Takšna odločitev zahteva več kot le klinično znanje. Zahteva sposobnost, da kirurg hkrati vidi bolezen in človeka, anatomijo in življenjsko-funkcionalno prognozo, tehnični uspeh in življenjski izid. Zahteva razumevanje, da je mogoče rešiti anatomski problem, ne da bi s tem rešili bolnikovo življenje, ki je zanj pomembno. Zahteva tudi priznanje, da so funkcionalni izid, kognitivna integriteta, možnost bivanja doma, ohranjeno dostojanstvo in

skladnost z bolnikovimi cilji enako pomembni kot perioperativno preživetje ali tehnična dovršenost posega. Kirurgija, ki teh razsežnosti ne vključuje, tvega, da postane tehnično odlična, vendar etično osiromašena.

Etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja so vedno dvostranske. Po eni strani zadevajo bolnika: njegovo prognozo, fiziološko rezervo, funkcionalno izhodišče, kognitivni status, kumulativno breme zdravljenja in osebne vrednote. Po drugi strani pa zadevajo kirurga samega: njegov način mišljenja, poklicno identiteto, kulturne norme stroke, odnos do zapletov, notranjo potrebo po popravljanju in težnjo, da bi medicinsko moč uporabljal kot odgovor tudi tam, kjer je bolj primeren drugačen pristop. Zato etike opuščanja operacije ni mogoče razumeti le kot vprašanje bolnikovega stanja. Je tudi vprašanje kirurške samorefleksije.

Posebej pomembno je spoznanje, da se v sodobni kirurgiji ne moremo več zadovoljiti z ozko definicijo uspeha. Če uspeh pomeni zgolj izveden poseg, sanirano patologijo ali podaljšano preživetje, obstaja tveganje, da bomo spregledali tisti del izida, ki je za bolnika najbolj odločilen. Uspeh mora zato vključevati tudi vprašanje, ali je bolnik po zdravljenju dosegel življenje, ki ga še lahko prepozna kot svojega. V tej razširjeni definiciji uspeha se kirurška etika neposredno sreča s klinično kakovostjo.

Iz vsega navedenega sledi tudi pomemben premislek o prihodnosti kirurške stroke. Če želi kirurgija ostati ne le tehnično napredna, temveč tudi moralno zrela disciplina, mora sistematično razvijati štiri sposobnosti. Prva je sposobnost boljšega pogovora z bolnikom, zlasti o ciljih zdravljenja, sprejemljivih in nesprejemljivih izidih ter realnih scenarijih po posegu. Druga je sposobnost multidisciplinarnih presoje, v kateri kirurški pogled ni edini, temveč je dopolnjen s perspektivo anesteziologije, intenzivne medicine, onkologije, geriatrije in paliativne oskrbe. Tretja je sposobnost prepoznavanja lastnih kognitivnih in kulturnih pristran-

skosti. Četrta pa je sposobnost oblikovanja takšne poklicne identitete, v kateri je tudi odločitev proti operaciji prepoznana kot legitimna in včasih najvišja oblika strokovnosti.

V tem smislu se zdi, da je ena največjih nalog sodobne kirurgije prav preoblikovanje njenega notranjega pojmovanja poguma. Klasični kirurški pogum je bil pogum posega: zmožnost odločnega ukrepanja v težkih razmerah. Ta pogum ostaja nujen. Toda sodobna kirurgija potrebuje še drugo vrsto poguma: pogum zadržanosti. Pogum, da se upremo organizacijski in kulturni inerciji intervencije. Pogum, da bolniku in svojem pošteno povemo, da operacija verjetno ne bo dosegla tistega, kar si od nje želijo. Pogum, da priznamo meje medicine, ne da bi s tem zmanjšali svojo strokovno odgovornost. In pogum, da ostanemo dobri kirurgi tudi takrat, ko se odločimo, da ne bomo operirali.

Nazadnje ta razprava odpira tudi širše vprašanje smisla medicine. Medicina ni zgolj disciplina zmožnosti, temveč disciplina presoje. Njena etična moč ni le v tem, da lahko nekaj naredi, temveč da zna razlikovati med tistim, kar je mogoče, in tistim, kar je dobro. V kirurgiji je to razlikovanje posebej zahtevno, ker so posegi pogosto spektakularni, rezultati merljivi, kultura akcije močna, alternativne poti pa manj vidne.

Če želi sodobna kirurgija ostati velika stroka, ne sme biti velika le v tehnični odličnosti, širini svojih možnosti in pogumu posega. Velika mora biti tudi v zmožnosti omejiti lastno moč, kadar ta ne služi več bolniku. Njena veličina se ne meri le v tem, kaj zmore narediti, temveč tudi v tem, čemur se zna odpovedati. V tej sposobnosti razločevanja med možno in smiselno intervencijo se skriva njena najgloblja strokovna in moralna zrelost.

Literatura

1. Schwarze ML, Bradley CT, Brasel KJ. Surgical „buy-in”: the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. *Crit Care Med.* 2010; 38 (3): 843-8.
2. Taylor LJ, Nabozny MJ, Steffens NM, Tucholka JL, Brasel KJ, Johnson SK, et al. A Framework to Improve Surgeon Communication in High-Stakes Surgical Decisions: Best Case/Worst Case. *JAMA Surg.* 2017; 152 (6): 531-8.
3. Schwarze ML, Kruser JM, Clapp JT. Innovations in Surgical Communication 2-Focus on the Goals of Surgery. *JAMA Surg.* 2023; 158 (10): 994-6.
4. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med.* 2024; 391 (6): 538-48.
5. Teays W. Beauchamp and Childress: Principles of Biomedical Ethics. 2025. p. 115-27.
6. Ackermann RJ. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Am Fam Physician.* 2000; 62 (7): 1555-60, 62, 64.
7. Schwarze ML, Taylor LJ, Arnold RM, Littell RD. Innovations in Surgical Communication 5-When Surgery Is a Bad Idea, Focus on the Goals. *JAMA Surg.* 2025; 160 (7): 719-20.
8. Shinkunas LA, Klipowicz CJ, Carlisle EM. Shared decision making in surgery: a scoping review of patient and surgeon preferences. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020; 20 (1): 190.
9. Zaza SI, Zimmermann CJ, Taylor LJ, Kalbfell EL, Stalter L, Brasel K, et al. Factors Associated With Provision of Nonbeneficial Surgery: A National Survey of Surgeons. *Ann Surg.* 2023; 277 (3): 405-11.
10. Bernot M. Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji. 2023.
11. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, Brasel KJ, Campbell TC, Gaines ME, et al. Constructing High-stakes Surgical Decisions: It's Better to Die Trying. *Ann Surg.* 2016; 263 (1): 64-70.
12. Kruser JM, Pecanac KE, Brasel KJ, Cooper Z, Steffens NM, McKneally MF, et al. „And I think that we can fix it”: mental models used in high-risk surgical decision making. *Ann Surg.* 2015; 261 (4): 678-84.
13. Schwarze ML, Redmann AJ, Alexander GC, Brasel KJ. Surgeons expect patients to buy-in to postoperative life support preoperatively: results of a national survey. *Crit Care Med.* 2013; 41 (1): 1-8.
14. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, Pecanac KE, Brasel KJ, Chittenden EH, et al. Patient-reported Limitations to Surgical Buy-in: A Qualitative Study of Patients Facing High-risk Surgery. *Ann Surg.* 2017; 265 (1): 97-102.
15. Wu A, Bradley SE, Vitous CA, Millis MA, Suwanabol PA. „It's Traumatic for All of Us”: A Qualitative Analysis of Providers Caring for Seriously Ill Veterans With Surgical Conditions. *Ann Surg Open.* 2024; 5 (4): e518.
16. Dzung E, Colaianni A, Roland M, Levine D, Kelly MP, Barclay S, et al. Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2016; 31 (1): 93-9.
17. Brender TD, Axelrod JK, Weiss Goitandia S, Batten JN, Dzung EW. Clinicians' Perceptions About Institutional Factors in Moral Distress Related to Potentially Nonbeneficial Treatments. *JAMA Netw Open.* 2025; 8 (6): e2516089.
18. Orgambidez A, Borrego Y, Alcalde FJ, Durán A. Moral Distress and Emotional Exhaustion in Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel).* 2025; 13 (4).