

## Chirurgia geriatryczna z etycznego punktu widzenia

Zabiegi chirurgiczne przeprowadzane u chorych w starszym wieku stają się z dekadą na dekadę coraz powszechniejsze. Wiele operacji, dla których wiek pacjenta był przez dziesięciolecia przeciwwskazaniem, jest dziś wykonywanych rutynowo, a „wiek” przestaje być samoistną zmienną braną pod uwagę przy szacowaniu ryzyka operacyjnego i podejmowaniu decyzji o interwencji chirurgicznej. W pewnym sensie wiek metrykalny przestał być już kategorią naukową — staje się nią na powrót pod warunkiem właściwego przetworzenia w pewną miarę statystyczną, odpowiadającą określonym zestawom wskaźników fizjologicznych. Chirurg podejmujący decyzję o wykonaniu zabiegu patrzy dziś na pacjenta przez pryzmat wyników badań oraz dostępnych statystyk obrazujących prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego efektu, jak również ryzyko wystąpienia efektów niepożądanych. Jeśli uwzględnia wiek metrykalny, to dlatego, że nadal istnieje ogólna korelacja wieku i prawdopodobieństwa niepowodzenia operacji, rozejścia zespołu operacyjnego bądź innych powikłań. Korelacja ta nie jest jednak prosta, lecz różnicowana liczną grupą czynników, których zależność od wieku metrykalnego może być bardzo odmienna w różnych typach przypadków.

W rezultacie nowego podejścia do kwestii wieku w medycynie, a przede wszystkim w chirurgii, przybywa aktywnie — w tym również chirurgicznie — leczonych pacjentów w starszym wieku. Pacjenci w wieku powyżej 70 lat stanowią znaczący i rosnący odsetek pacjentów poddawanych operacjom. Mają oni swoje potrzeby i wymagają w niektórych sytuacjach innego zaopatrzenia medycznego i innej rehabilitacji niż pacjenci młodszy, niemniej jednak współcześnie niemal każdy chirurg ma do czynienia z osobami w starszym wieku i musi umieć z nimi postępować. Czy skoro każdy oddział chirurgiczny staje się dziś poniekąd oddziałem chirurgii geriatrycznej, to warto powoływać specjalistyczne jednostki wyłącznie

na potrzeby chirurgii wieku podeszłego? Takich jednostek nie ma w świecie zbyt wiele, co może oznaczać, że najczęściej przeważa odpowiedź negatywna. Rozstrzygnięcie tego zagadnienia na polu medycznym pozostawiam lekarzom — na siebie biorąc zadanie wykazania, że z punktu widzenia bezpieczeństwa etycznego, a więc możliwości zapewnienia pacjentom maksymalnej ochrony przed naruszeniem ich autonomii i prywatności oraz innymi formami niesprawiedliwego traktowania, warto podjąć trud wyodrębnienia grupy pacjentów chirurgicznych w podeszłym wieku i leczenia ich na specjalnie w tym celu stworzonych oddziałach.

Chirurgia jest dziedziną medycyny, w której ustalenie wygodnych i zbliżonych do procedury algorytmicznej standardów postępowania w podejmowaniu decyzji terapeutycznych jest szczególnie trudne. Każdy zabieg chirurgiczny wiąże się z ryzykiem i jest w tym sensie niepożądany, że jego skutek stanowią w każdym przypadku rana pooperacyjna, uszkodzenie tkanek i traumatyzacja organizmu pacjenta. Ryzyko operacyjne jest mierzalne statystycznie, niemniej jednak liczba czynników różnicujących, które należy brać pod uwagę przy jego ocenie, jest wyjątkowo duża, a dane statystyczne w wielu przypadkach są niekompletne bądź nie do końca wiarygodne. Dlatego algorytmiczne procedury diagnozowania i podejmowania decyzji o wyborze terapii, a więc dobrodziejstwa medycyny opartej na faktach (EBM, *evidence based medicine*), mają w chirurgii zastosowanie wprawdzie bardzo istotne, lecz wciąż nierozstrzygające. Efekty terapeutyczne wymagają ponadto metodologicznej operacjonalizacji kryteriów jakościowych i subiektywnych ocen efektów terapeutycznych, które to czynniki mogą się kształtować rozmaicie w różnych grupach wiekowych. Inne są bowiem oczekiwania i potrzeby ludzi w wieku zaawansowanym, a inne osób w wieku średnim bądź młodych. Nadal bardzo wiele miejsca pozostaje dla lekarskiej intuicji, indywidualnego doświadczenia lekarza oraz tradycji szkoły leczenia,

do której należy i z którą się identyfikuje<sup>1</sup>. W chirurgii, jak w mało której dziedzinie medycyny, wciąż bardzo wiele zależy od osobistego kunsztu, w tym również biegłości technicznej operatora. W pewnym sensie chirurg przypomina muzyka, którego gra i styl mogą się podobać bardziej lub mniej, lecz mającego swobodę samodzielnego interpretowania dzieła. Ocena jakości pracy chirurga jest trudna, porównanie efektów pracy chirurgów nie zawsze możliwe, a przyzwolenie na odmienną stosowanych praktyk wciąż znaczne. W odróżnieniu od niektórych innych działów medycyny, rekomendacje i decyzje chirurgów o uznanych kompetencjach mogą być w analogicznych przypadkach bardzo różne — ich skutki zaś często nieodwracalne. Te niespójności pogłębiane są jeszcze przez znaczne zróżnicowanie możliwości sprzętowych i technicznych, jakimi dysponują chirurdzy pracujący w ramach tego samego systemu ochrony zdrowia — mając różne możliwości działania i nierówny dostęp do sprzętu i szkoleń, a więc do środków wymiernych finansowo, chirurdzy podejmują odmienne decyzje terapeutyczne w odniesieniu do pacjentów z analogicznymi problemami zdrowotnymi. Stając zaś przed koniecznością selekcji pacjentów i ustalania kolejności w dostępie do leczenia, chirurdzy mogą przejawiać skłonność do dawania pierwszeństwa chorym młodszym, którzy — w ich przekonaniu — będą mogli dłużej korzystać z dobrodziejstw przeprowadzonego zabiegu. Tym dyskryminacyjnym tendencjom (najczęściej nieświadomym) sprzyja również brak jasności odnośnie do statusu działań paliatywnych i ich relacji do innych form interwencji medycznej — leczenia przyczynowego i objawowego. Apodyktyczne kwalifikowanie pewnych zabiegów jako „paliatywnych” może pogorszyć status pacjenta, choć w analogicznym przypadku ten sam zabieg mógłby być określony jako „ratujący życie”. Ponadto wiele decyzji (choć — z uwagi na ogromne postępy diagnostyki — nie tak wiele jak niegdyś) podejmowanych jest *ad hoc*, przy stole operacyjnym. W rezultacie chirurgia jest gałęzią medycyny wciąż silnie paternalistyczną i w tym sensie konserwatywną. Taka też jest jej tradycja — w dużej mierze sięgająca korzeniami medycyny wojskowej, z właściwymi jej dryblem i apodyktycznością. W rezultacie autonomia pacjenta chirurgicznego, a zapewne tym bardziej pacjenta w starszym wieku, jest bardziej ograniczona niż w innych obszarach medycyny. Biorąc to wszystko pod uwagę, należy stwierdzić, że zakres władzy lekarskiej w przypadku chirurgii jest szczególnie duży, a tym samym zachowanie przez pacjenta autonomii — dość problematyczne. Pacjent z reguły otrzymuje propozycję poddania się konkretnej operacji,

<sup>1</sup>Nieliczne studia pokazują, jak zróżnicowane mogą być opinie chirurgów w analogicznych sytuacjach terapeutycznych w odniesieniu do pacjentów w podeszłym wieku. Przedstawiony ankietowanym opis przypadku generuje całkowicie rozbieżne odpowiedzi odnośnie do podjęcia decyzji o zabiegu oraz uwzględnienia woli rodzin pacjentów w procesie decyzyjnym. Bardzo daleko w tej dziedzinie do ujednoliconych standardów, dających pacjentom rękojmię, że będą przez naukową medycynę traktowani w analogiczny sposób, niezależnie od tego, do jakiego trafią ośrodka (Gallagher P., Clark K. The ethics of surgery in elderly demented patient with bowel obstruction. *Journal of Medical Ethics* 2002; 28: 105–108).

na którą ma wydać zgodę, będąc wcześniej poinformowany o przyczynach, celach i spodziewanych korzyściach z zabiegu, jak również o związanym z nim ryzyku. W mniejszym stopniu — z uwagi na fachowy charakter zagadnień medycznych — dane jest pacjentowi uczestniczyć w rozstrzygnięciu dylematów odnośnie do wyboru drogi postępowania chirurgicznego, jeśli w danym przypadku tego rodzaju wybór ma miejsce. Bardzo ograniczone są też zazwyczaj możliwości zmiany lekarza i konsultacji z innym chirurgiem, mającym ewentualnie inną opinię. Znajdując się w rękach danego zespołu chirurgicznego, pacjent najczęściej musi się mu oddać z ufnością, do czego zresztą — jako osoba słaba i cierpiąca — ma skłonność. W przypadku zabiegów planowanych z dużym wyprzedzeniem, w oczekiwaniu (nieraz kilkuletnim) na zabieg, którego charakter jest już w zasadzie z góry ustalony, pacjent jest podporządkowany reżimowi określającemu dostęp do świadczenia medycznego, w którym to administracyjnym schemacie nie ma wiele przestrzeni dla rozterek i wahań, pod groźbą utraty miejsca w kolejce do zabiegu. Dlatego los pacjenta w bardzo dużym stopniu zależy od przekonania leczących go lekarzy, środków, jakimi dysponują (a te, jak wspomniano, mogą być bardzo różne, w zależności od wyposażenia danej placówki leczniczej), a także od schematu organizacyjnego, któremu wraz z innymi pacjentami podlega. Ograniczenia autonomii pacjenta chirurgicznego są — rzecz jasna — jeszcze większe, gdy jest on osobą o ograniczonej zdolności poznawczej i komunikacyjnej, a więc częściowo tylko kompetentną do podejmowania decyzji odnośnie do własnego zdrowia.

Istnieją różne kategorie pacjentów o ograniczonej (bądź wyłączonej) kompetencji, a więc zagrożonych znacznym ograniczeniem możliwości kontrolowania własnych spraw zdrowotnych i autonomii w podejmowaniu decyzji w tym zakresie. Największą grupę takich pacjentów stanowią jednak osoby w zaawansowanym wieku, ze schorzeniami powodującymi ograniczenia funkcji poznawczych, a zwłaszcza demencję. Zapewnienie tym chorym maksymalnej dostępnej im możliwości autonomicznego podejmowania decyzji wymaga specjalnych starań i dobrze ustalonych praktyk monitorowania psychicznej kondycji pacjentów na oddziale w celu dopasowania terminu przeprowadzenia rozmowy o zabiegu do potrzeb i możliwości chorych. Uważności i staranności w tej materii zdecydowanie sprzyja skupienie chorych w starszym wieku, cierpiących na zaburzenia poznawcze znacznie częściej niż chorzy młodszy, na specjalnie przeznaczonych dla nich oddziałach.

Kolejny argument etyczny na rzecz tworzenia oddziałów chirurgii geriatrycznej wiąże się z kwestią dostępności świadczeń. Osoby w starszym wieku muszą pokonać więcej barier w uzyskaniu dostępu do leczenia niż młodszy pacjenci. Wynika to z (malejącej wprawdzie) nieufności lekarzy odnośnie do wartości terapeutycznej i bezpieczeństwa zabiegów chirurgicznych wykonywanych u pacjentów w zaawansowanym wieku, a także ze słabości psychofizycznej starszych pacjentów, którzy mając mniej sił i wiedzy, z większą trudnością docierają do specjalistów, a w konsekwencji są kwalifikowani do

zabiegów po dłuższym okresie trwania dolegliwości niż osoby młodsze. Co więcej, również motywacja chorych w starszym wieku do podjęcia aktywnego leczenia jest mniejsza, gdyż ogólne przekonanie, że pacjentów, którym nie pozostało już wiele lat życia, „nie warto” operować, indukowane jest również na nich samych i przez nich samych (oraz przez ich rodziny) nierzadko przyjmowane. Jednak gdy dla starszych pacjentów otwiera się specjalne, odrębne możliwości konsultacji medycznych i leczenia, w ramach świadczeń i placówek specjalnie dla nich przeznaczonych, dystans pomiędzy tymi chorymi a medycyną instytucjonalną znacznie się skraca. Dotyczy to całej sfery geriatrycznej, a wobec tego również chirurgii. Bez własnych łóżek chirurgicznych placówki przeznaczone dla starszych pacjentów nigdy nie będą spełniać swej roli w oczekiwanym wymiarze. Obok opieki kardiologicznej i diabetologicznej to właśnie zabezpieczenie potrzeb chirurgicznych ma największy wpływ na długość i jakość życia osób w podeszłym wieku.

Z poprawą dostępności świadczeń dla osób starszych wiąże się też funkcja edukacyjna, jaką pełnią oddziały geriatryczne, a także — o ile takowe są organizowane — oddziały chirurgii geriatrycznej. Poprzez samo swoje istnienie, a tym bardziej przez informacje, jakie płyną z nich w stronę pacjentów i ich rodzin, placówki te wzmacniają pozycję społeczną osób starszych w kontekście medycznym. Mając „swoją” medycynę, ludzie w podeszłym wieku stają się poniekąd wyróżnieni, w sposób przynajmniej częściowo równoważący ich ogólne upośledzenie w różnych obszarach życia społecznego, nie wyłączając medycyny.

Jak powiedziano, wiek pacjenta nie jest już samodzielnym kryterium kwalifikacyjnym przy ocenie możliwości wykonania określonego zabiegu u danej osoby. Niemniej jednak wciąż istnieje ryzyko ambiwalencji w traktowaniu starszych pacjentów przez lekarzy niepoddanych specjalnemu przeszkoleniu w zakresie postępowania diagnostycznego i podejmowania decyzji medycznych w tej grupie chorych. Ambiwalencja ta polega na chwiejności w traktowaniu kwestii wieku, która raz jest „drugorzędna”, innym razem zaś „jednak kluczowa”. Można przypuszczać, że rezerwa w stosunku do starszych chorych maleje — staje się tak wszelako właśnie pod wpływem argumentów padających ze strony geriatrów i lekarzy walczących o prawo starszych chorych do leczenia. Tym bardziej więc warto wydzielać łóżka geriatryczne i tworzyć oddziały geriatryczne, także te specjalistyczne, jak oddziały chirurgii wieku podeszłego, aby przed tą wciąż zaznaczającą się ambiwalencją tym skuteczniej chronić pacjentów.

Kolejną korzyścią, jaką może przynieść organizacja chirurgii geriatrycznej, jest możliwość rozwijania badań klinicznych z udziałem chorych w starszym wieku. Jak wiadomo, starsi pacjenci — mimo że tak jak dzieci nie są „małymi dorosłymi”, tak i oni nie są „starszymi dorosłymi” — są znacząco niedoreprezentowani w badaniach klinicznych. Jest to szkodliwe i dyskryminujące i prowadzi do systematycznego stosowania środków leczniczych (nie wyłączając metod chirurgicznych) w tej grupie niejako

*off-label*, na zasadzie ekstrapolacji. Chirurgia geriatryczna jest zaawansowaną specjalnością w ramach chirurgii ogólnej, co oznacza, że jest szczególnie predestynowana do prowadzenia działalności naukowej. W szerszym planie wysoka specjalizacja oznacza jednak coś więcej, a mianowicie autorytatywny i referencyjny status takiej placówki, która może w swoim regionie stanowić źródło wiedzy i konsultacji w zakresie postępowania z pacjentami w wieku podeszłym oraz — po prostu — wzór do naśladowania<sup>2</sup>.

Trudno dziś jeszcze przewidzieć, czy ruch na rzecz tworzenia instytucjonalnych specjalizacji geriatrycznych, w tym chirurgii geriatrycznej, odniesie pełny sukces. Należy przypuszczać, że kluczowe znaczenie dla procesu organizacji jednostek chirurgii geriatrycznej będzie miał wzrost ilości i jakości danych dotyczących prognoz. Szanse na uzyskanie świadczeń osób w wieku 75+ zależą wszak od wiedzy i wyobrażeń lekarza o prognozach i szansach sukcesu terapeutycznego. Badań na temat prognoz skuteczności interwencji chirurgicznych u osób starszych przybywa i są to dane optymistyczne. Z czasem będzie można również ocenić, czy pacjenci w wieku podeszłym operowani w specjalnie przeznaczonych dla nich placówkach osiągają lepsze parametry długości i jakości życia w porównaniu z pozostałymi pacjentami w tej grupie wiekowej. Należy przypuszczać, że gdy okaże się, iż na oddziałach chirurgii geriatrycznej leczy się lepiej, ich liczba będzie wzrastać.

Nie ma wątpliwości co do tego, że dobre wyniki leczenia operacyjnego starszych chorych zależą od rozwoju wiedzy na temat swoistych uwarunkowań patologii wieku starczego i związanej z tym specyfiki terapeutycznej. Starzy ludzie potrzebują więcej uwagi, bardziej indywidualnego traktowania — to samo, co sprawia, że niektóre oddziały wolą się tych pacjentów „pozbywać”, powinno sprawiać, że na innych, specjalnie dostosowanych do ich potrzeb, będą mile widziani. „Pacjenci niechciani” (a istnieje kilka kategorii takich pacjentów) powinni mieć swój azyl i swoje specjalne miejsce w systemie. Jeśli bowiem są „niechciani” czy „nieoptymalni”, to znaczy, że system jeszcze nie stworzył dla nich dobrej propozycji. Geriatria jest właśnie propozycją dla „niechcianych” pacjentów w starszym wieku, zbyt kruchych i zbyt niedołączonych, żeby podołać oczekiwaniom „szybkiej medycyny”. Paradoksalnie, z punktu widzenia ekonomiki zdrowia pacjent stary i schorowany jest „kłopotliwy” — i to akurat dlatego, że jest chory. Nie choruje bowiem „szybko”, lecz „wolno” i bez spektakularnych efektów. Media zwykle nie interesują się udanymi zabiegami u pacjentów sędziwych. W świadomości społecznej wciąż pokutuje przekonanie, że chorowanie jest nieodłączną cechą wieku starczego i należy się z tym pogodzić, nie lecząc się zbyt intensywnie. Właśnie takie podejście i jego przewyżczenie legły

<sup>2</sup>Jedno z centrów chirurgii geriatrycznej działa przy szpitalu uniwersyteckim przy Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco. Warto się zapoznać z misją tego oddziału, w której podkreśla się właśnie ów referencyjny, modelowy charakter stosowanych i rozwijanych tam praktyk (University of California Center for Surgery in Older Adults, Mission; <https://geriatric.surgery.ucsf.edu/about-us.aspx>).

u podstaw słynnego sporu, jaki przetoczył się przez polskie media przed kilka laty, dotyczącego wszczepiania endoprotez stawu biodrowego u pacjentów 85-letnich i starszych. Dziś wiemy, że jest to zabieg ratujący życie, który pacjentowi w wieku starczym po prostu się należy.

Lekceważące podejście do starszych chorych, a także utrudnianie im dostępu do zabiegów chirurgicznych mają wiele powiązanych ze sobą przyczyn: kulturowych, medycznych, psychologicznych i ekonomicznych. Wielochorobowość i wynikające z niej trudności w zintegrowaniu i zaplanowaniu kompleksowej terapii należą do najistotniejszych przeszkód w dobrym prowadzeniu pacjentów w wieku podeszłym. Również obniżone oczekiwania terapeutyczne chorych z tej grupy oraz trudności w racjonalnym określeniu celów terapeutycznych na ostatnim etapie życia sprawiają, że wielu z nich popada w zaniedbanie medyczne bądź jest leczonych nazbyt zachowawczo lub minimalistycznie. Z drugiej strony istnieje grupa pacjentów w starszym wieku leczonych zbyt intensywnie, na pograniczu terapii daremnej bądź uprzączywej. Rozwój geriatry, w tym chirurgii geriatrycznej, pozwoli na upowszechnienie standardów zrównoważonej terapii osób starszych, chroniąc ich zarówno przed zaniedbaniem, jak i przed „walecznością” medyczną, mającą niejednokrotnie dwuznaczny podtekst ambiciozalny i ekonomiczny.

Cechę medycyny geriatrycznej stanowi inny niż w pozostałych dyscyplinach medycznych stosunek do czasu. Starość ma swoją odmienną niż wcześniejsze fazy życia dynamikę, a horyzontem postępowania medycznego nie jest bliżej nieokreślona, bardzo długa przyszłość „po wyleczeniu”, lecz zrównoważona, spokojna starość, zakończona śmiercią. Wolniejsze jest również tempo komunikowania się z pacjentem, wolniej przebiegają rekonwalescencja i rehabilitacja. Wszystko to stwarza niesprzyjający klimat w konfrontacji z systemem ekonomiczno-organizacyjnym ochrony zdrowia, nastawionym na skuteczność, szybkie interwencje i skracanie czasu kontaktu chorych z oddziałami szpitalnymi. W geriatryi czas płynie poniekąd wolniej, a zadania terapeutyczne stopniowo przechodzą w tryb postępowania paliatywnego i opiekę o charakterze hospicyjnym. Brak czasu i presja na krótkoterminową skuteczność leczenia sprawiają, że starsi pacjenci spoty-

kają się niejednokrotnie ze zniecierpliwieniem personelu i wynikającym z niego paternalizmem, jeśli nie wręcz protekcyjnym traktowaniem. Wydzielone oddziały geriatryczne, w tym również chirurgiczne, stwarzają dla pacjentów azyl, w którym mogą się schronić przed irytacją i zniecierpliwieniem, a tym samym poczuć się bardziej bezpiecznie i podmiotowo.

Organizowanie opieki geriatrycznej w specjalnie do tego przygotowanych placówkach, pracujących w przystosowanym do ich specyfiki modelu finansowania, może stanowić istotną przeciwwagę dla społecznego upośledzenia osób starszych, zwłaszcza tych zniedołężniałych i dotkniętych deficytem zdolności poznawczych lub demencją. Pacjenci z tej grupy nie są zdolni tworzyć silnej organizacji, będącej partnerem w negocjacjach dotyczących alokacji środków i dostępu do świadczeń. Nie mają też najczęściej zdecydowanych rzeczników swoich interesów, jak to jest w przypadku dzieci.

Geriatrya musi stwarzać parasol ochronny przeciwko zagrożeniu marginalizacją i utratą autonomii przez pacjentów w wieku podeszłym. Dlatego trzeba świadomie dążyć do tego, aby geriatrya, w tym także wyspecjalizowana chirurgia geriatryczna, była przestrzenią bezpieczeństwa etycznego — ze świadomością zagrożeń i mechanizmami (dobrymi praktykami) mogącymi je neutralizować. Im większa świadomość ryzyka etycznego związanego z chirurgią oraz ze specyfiką pacjentów w wielu podeszłym, tym większa szansa, że placówki chirurgii geriatrycznej będą miejscem — z etycznego punktu widzenia — bezpiecznym dla chorych. Stawiając pytanie o sens tworzenia oddziałów chirurgii geriatrycznej, warto je zadać nie tylko specjalistom, lecz również samym pacjentom. Można się spodziewać (choć wymagałoby to przeprowadzenia odpowiedniej ankiety), że większość pacjentów chirurgicznych w wieku podeszłym chętnie wybrałaby leczenie w placówce przeznaczonej specjalnie dla starszych ludzi, dostosowanej do ich specyficznych potrzeb, o ile tylko oferowane przez nią zabiegi byłyby analogiczne do tych wykonywanych przez alternatywne oddziały chirurgii. Nie byłby to argument rozstrzygający, niemniej jednak istotny, zwłaszcza w kontekście argumentów natury medycznej oraz natury bioetycznej, którym poświęcono przedstawione uwagi.

Prof. dr hab. Jan Hartman  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
*Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.02.2021 r.