



Priča o distanziji

Dr. sc. Damir Mihić, dr. med.

Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Klinika za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Osijek

E-mail: mihic27@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7999-6901

Sažetak

Medicinski napredak i dostignuća u liječenju nameću stav da je medicina svemoguća, a da smrt postaje neuspjeh liječenja i kapitulacija same medicine. Očuvanje dostojanstva života na svome kraju postaje sve veći izazov u liječničkoj praksi. Distanzija ili ustrajnost u liječenju bolesnika koji se nalaze u ireverzibilnoj fazi svoje bolesti i trpe veliku bol i patnju ne smije biti dio kliničke prakse. Ovu pojavu treba izbjegavati i oduprijeti se njenoj sveprisutnosti u našem radu.

Ključne riječi: distanzija, dostojanstvo života, liječenje, medicina, smrt

A story about dysthanasia

Summary

Medical progress and achievements give rise to the attitude that medicine is omnipotent, with death perceived as failure or capitulation. Preserving the dignity of the end of life is increasingly challenging in the medical profession. Dysthanasia or futile medical treatment of patients who are in an irreversible phase of their disease and/or enduring great pain and suffering should not be an ubiquitous part of clinical practice but rather is to be avoided.

Keywords: dysthanasia, dignity of life, treatment, medicine, death

Uvod

Pojmovi života i smrti sastavni su dio liječničke profesije, a ljudsko biće koje je smrtno u svojoj biološkoj naravi, rađa se, živi i umire. Od samog svog rođenja čovjek je podložan starenju i umiranju, a smrt kao takva predstavlja kraj bioloških funkcija organizma, u prvom redu disanja i rada srca. Ona po svojoj naravi može biti prirodna (zbog bolesti ili fiziološkog gašenja funkcija) ili nasilna, ali u svakom pogledu dio je svakodnevne prakse s kojom se susreću zdravstveni djelatnici, posebice liječnici i medicinske sestre. Suočavanje sa smrću i smrtnosti

ljudskog bića svakako je tabu tema budući da pobuđuje osjećaje nelagode, straha i nemoći, ali postaje i sve veći izazov u kliničkoj praksi. Iracionalna očekivanja koja proizlaze iz različitih segmenata društva medicinu predstavljaju kao svemoguću struku tako da smrt sve više postaje znak neuspjeha medicine i liječenja umjesto neizbježan kraj biološkog života. U takvom okruženju i takvim shvaćanjima proces umiranja postaje umijeće u kojemu liječnici vode nezahvalnu bitku između kvalitete i kvantitete života, posebice kada se radi o bolesnicima koji su u terminalnim fazama svojih oboljenja koja neminovno završavaju smrtnim ishodom i kod



kojih ne očekujemo poboljšanje (ili izlječenje) unatoč našim nastojanjima i postupcima.

Umijeće umiranja: eutanazija, distanzija i ortotanzija

Pojam eutanazije poznat je kako među zdravstvenim djelatnicima, tako i među laicima. Koliko god bila opisivana ublaženim definicijama poput „izazivanje blage smrti kod neizlječivih bolesnika“, „namjerno skraćivanje života kako bi se bolesnik poštedio patnje“ ili „ugodna smrt“, eutanazija u svojoj osnovi predstavlja suicid i kao takva je u Republici Hrvatskoj, sukladno njenim zakonima, zabranjena i ne provodi se (1). Ovakav stav u skladu je s kršćanskim i katoličkim načelima i vjerom kojoj pripada velika većina stanovništva Hrvatske. Nasuprot eutanaziji stoji manje poznati (ili gotovo nepoznati) pojam distanzije čije značenje objašnjavaju grčki korijeni te riječi: „*dys*“ – loš, s greškom i „*thanatos*“ – smrt. Ona predstavlja produžavanje agonije, patnje i neizbježne smrti u bolesnika kod kojega se provode određene terapijske mjere za koje se zna da neće rezultirati povoljnim ishodom i preživljenjem. Stoga se za distanziju često koriste i pojmovi medicinska beskorisnost (u Sjedinjenim Američkim Državama) i terapijska ustrajnost (u Europi) (2). Utemeljitelj i začetnik promišljanja o nedostojnosti umiranja i samog pojma distanzije je svećenik Leo Pessini, profesor bioetike i teologije porijeklom iz Brazila. On je ovu problematiku temeljno razradio u knjizi *Distanzija – do kada produžavati život?*, koja je prevedena na mnoge svjetske jezike i koja je ovaj problem digla na višu razinu (3). Ako pojam smrti dovedemo u ova dva konteksta – eutanazije i distanzije – onda nam ostaje i zlatna sredina koja se naziva ortotanzija, a podrazumijeva dostojanstvenu smrt, bez namjernog skraćivanja, ali i bez produljenja života, unatoč poznatom ishodu (4). Pribjegavanje i osiguravanje ortotanzije treba biti imperativ i misao vodilja svih onih koji sudjeluju u liječenju bolesnika u njihovim terminalnim fazama bolesti, a osobito liječnika budući da su oni nositelji liječenja i zbrinjavanja takvih bolesnika.

Kako dolazi do distanzije?

Nositelji tj. izvršitelji distanzije su liječnici koji svojim odlukama i postupcima u beznadnim slučajevima dovode do prolongiranja smrti i patnje bolesnika te tako podržavaju proces umiranja. Ipak, u tom spletu okolnosti veliku ulogu ima i obitelj koja može vršiti pritisak na liječnike da donose takve odluke, kao i pravo u širem smislu koje obvezuje liječnika da učini sve da bi spasio bolesnika jer u protivnom može kazneno odgovarati. No, u konačnici, nazivnik svih ovih interakcija je gubitak komunikacije, zaboravljanje stavljanja bolesnika u središte zbivanja i podržavanje onoga što nazivamo defanzivnom medicinom (5). Nerealna očekivanja obitelji, liječnička inertnost uz gubitak empatije i komunikacije, kao i napadačkonasrtljivi stav odvetništva, stavlja bolesnika i njegovu patnju u drugi plan te oni tako postaju taoci problema i okupacija obitelji, liječnika i drugih sudionika te gube svoje pravo na mirnu i dostojanstvenu smrt. U pravilu, što je bolnica tehnički opremljenija i što ima veći kapacitet intenzivnih kreveta, to je distanzija češća i sofisticiranija. Sve ovo ukazuje na sve češću i sveprisutnu pojavu distanzije i potrebu da se o njoj priča i posvijesti njene posljedice, a koje se ponajprije odnose na umiruće bolesnike. Recentna istraživanja ukazuju na činjenicu da se o distanziji, kao i o općenitom pristupu smrti i umiranju, ne govori dovoljno tijekom školovanja. Potrebno je implementirati ovakve kolegije u studij medicine i sestinstva kako bi se studentima od početka posvijestila uloga ne samo liječenja bolesnika, nego i umiranja kao neizostavnog i neodjeljivog dijela tog procesa (6). U konačnici, osigurati mirnu i dostojanstvenu smrt bolesniku u terminalnoj fazi bolesti ne predstavlja neuspjeh liječenja i kapitulaciju medicine, nego je ono ravnopravno uspjehu koji postizemo izlječenjem bolesnika kod kojih je ono moguće.

Posljedice i sprječavanje distanzije

Distanzija ima višestruke posljedice kako na samog bolesnika, tako i na liječnike i druge sudionike zdravstvene skrbi, a u konačnici i na



same članove obitelji te cjelokupni zdravstveni sustav. Kako u liječenju, tako i u fazi umiranja, bolesnika trebamo staviti na prvo mjesto, što znači da liječiti trebamo bolesnika, a ne laboratorijske ili radiološke nalaze kao ni želje članova obitelji. Pri tome se moramo nositi osnovnim načelima, a to su: bolesnikove želje i njegova htijenja, (be)smisao nekih medicinskih intervencija te korisnost pojedinih intervencija za bolesnika. Nepridržavanje ovih načela može dovesti samo do narušavanja kvalitete života, produžavanja agonije i patnje te oduzimanja prava na dostojanstvenu smrt. Osim toga, uzaludnost liječenja i primjena medicinskih postupaka s unaprijed znanim lošim ishodom dovodi do frustracije i ogorčenosti kod liječnika i medicinskih sestara koji sudjeluju u tome (6), osobito onih koji rade u jedinicama intenzivnog liječenja i koji su učestalo izloženi ovoj pojavi. Također, primjena određenih postupaka liječenja, osobito invazivnih, u ovih bolesnika može pobuditi lažnu nadu članovima njihovih obitelji čime se zatvara začarani krug nezadovoljstva i pritiska. Ne treba zaboraviti ni na ekonomske posljedice distanzije, budući da distanzija kao takva rezultira povećanjem troškova bolničkog liječenja. Glavna osiguravajuća zdravstvena kuća u Sjedinjenim Američkim Državama je 2009. godine uložila 55 milijardi dolara na liječenje bolesnika tijekom zadnja dva mjeseca života, a jedna trećina tog uloženog novca dokazano nije imala značajan utjecaj na konačni ishod bolesti u tih bolesnika (7). Da bi se izbjegle sve ove negativne konotacije koje proizlaze iz provođenja distanzije, u trenutku procjene da je bolesnikovo zdravstveno stanje ušlo u svoju završnu, terminalnu fazu iz koje se ne očekuje oporavak ili ozdravljenje, potrebno je medicinsku skrb i liječenje preusmjeriti na osiguravanje odgovarajuće njege i primjenjivati postulate palijativne skrbi kako bi bolesnika zaštitili i osigurali mu dostojanstveni kraj. U tome pogledu za podržati je ustrojstvo timova palijativne skrbi pri zdravstvenim ustanovama, obično domovima zdravlja, koji u suradnji s obitelji i nadležnim liječnicima koji su uključeni u liječenje ovih bolesnika omogućavaju provođenje palijativne skrbi u kućnim uvjetima. Također implementacija palijativne skrbi u

sustav specijalističkog usvaršavanja doktora medicine, bilo kao zasebne specijalizacije ili unutar određenih specijalizacija, značajno bi pridonijelo rješavanju pitanja distanzije. Liječničko iskustvo i prosudba u ovakvim situacijama imaju ključnu ulogu, a ponekad u dvojbena situacijama kada treba procijeniti je li neki zahvat u bolesnika uistinu beskoristan i samo produžava agoniju i patnju bolesnika, mogu se uključiti i stručna povjerenstva, odnosno više liječnika (8).

Pravni aspekt distanzije

Jedan od najčešće spominjanih argumenata kojemu se pripisuje provođenje distanzije je pravni aspekt, odnosno bojazan liječnika od kaznenog progona ukoliko ne učini neki medicinski postupak. Štiti li zakon liječnika ukoliko npr. odluči ne provesti kardiopulmonalnu reanimaciju u bolesnika koji se nalazi u terminalnoj fazi maligne bolesti kod kojega se odustalo od aktivnog onkološkog liječenja i koji trpi veliku bol i patnju? Zakon o liječništvu Republike Hrvatske vrlo jasno govori da je svaki liječnik dužan u svome poslu držati se propisa i akata koje donosi nadležna strukovna komora, a to je Hrvatska liječnička komora (9). Ona je donijela Kodeks medicinske etike i deontologije koji u svom četvrtom članku jasno govori o umirućem bolesniku, a već u prvom stavku naglašava da je ublažavanje patnje i boli jedna od osnovnih zadaća liječnika, posebno u skrbi oko umirućeg bolesnika. Nadalje, treći stavak istog članka još je jasniji u tom pogledu: „Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenata u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt“ (10). Prema tome, navedeni pravni slijed jasno ukazuje na pravnu zaštitu liječnika pri osiguravanju dostojanstvene smrti umirućih bolesnika kod kojih se ne očekuje poboljšanje odnosno oporavak kliničkog stanja. Ipak, kako bi se izbjegle sve nedoumice i nejasnoće, osnovu svega čini dobra i realna komunikacija kako s bolesnikom, tako i s njegovom obitelji. Uključivanje obitelji u sam proces liječenja i donošenja odluka uz realne procjene i jasnu



komunikaciju o smjeru u kojemu ide priroda bolesti i što određeni postupci mogu dovesti kod takvih bolesnika najveća je garancija donošenja ispravne odluke i izbjegavanja kasnijih pravnih nedoumica.

Zaključak

Distanazija je postala dio svakodnevne kliničke prakse i kao takva predstavlja izazov za liječnika u pristupu bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti. Umjesto provođenja beskorisnih i nesvršishodnih metoda liječenja, u ovih bolesnika potrebno je osigurati odgovarajuće simptomatsko liječenje i dostojanstvo umiranja. U cilju osviještenja važnosti ortotanazije, izdvojio bih misli svetoga pape Ivana Pavla II. iz njegove jedanaeste enciklike *Evangelium vitae* u kojemu navodi: „U takvim stanjima, kada se smrt neizbježno i uskoro približava, može se u savjesti odbaciti postupke koji bi samo prouzročili nesiguran i mučan produžetak života, ali ipak bez prekidanja normalnog dužnog liječenja bolesnika u sličnim slučajevima. Odbijanje izvanrednih ili nesrazmjernih sredstava nije jednako samoubojstvu ili eutanaziji; radije izražava prihvaćanje ljudskog stanja pred smrću“ (11).

Literatura

1. Dobrila-Dintinjana R, Redžović A, Dintinjana M, Belac-Lovasić I. Distanazija – naša stvarnost. *Medicina Fluminensis*. 2015;5(3):393–395.
2. Burgues M. The medicalization of dying. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2001;8:269–279.
3. Pessini L. Distanazija: do kada produžavati život? (s portugalskog jezika preveo Runko R). Rijeka: Adamić d.o.o., Medicinski fakultet Rijeka, Hrvatsko bioetičko društvo, 2004.
4. Floriani CA. Bioethical considerations on models for end-of-life care. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9):e00264320.
5. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022;28(77):100053.
6. Cavalcante RS, Barros GAM, Ganem EM. O anestesio-logista frente à terminalidade [The anesthesiologist facing terminality: a survey-based observational study]. *Braz J Anesthesiol*. 2020;70(3):225–232.
7. Kroft S, Court A. The Cost of Dying: End-of-Life Care. 60 Minutes. CBS News [Internet]. 2010. [pristupljeno 25. 11. 2023.]. Dostupno na: <https://www.cbsnews.com/news/the-cost-of-dying-end-of-life-care/>
8. Breen CM, Abernethy AP, Abbot KH, Tulsky JA. Conflict associated with decision to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(5):283–289.
9. Zakon o liječništvu. Zakon, Narodne novine, NN br. 121/03, 117/08 [Internet]. 2003./ 2008. [pristupljeno 25. 11. 2023.]. (Hrvatska). Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-olije%C4%8Dni%C5%A1tvu>
10. Kodeks medicinske etike i deontologije. Pravilnik, Hrvatska liječnička komora [Internet]. 2016. [pristupljeno 25. 11. 2023.]. Dostupno na: <https://www.hlk.hr/kodeks-medicinske-etike-i-deontologije.aspx>
11. Ivan Pavao II. *Evangelium vitae* – Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2003.