

O doktrinah in o individualnem odločanju

Matjaž Zwitter

Prispevek prof. dr. Berte Jereb je prijetno, zanimivo in razmisleka vredno branje. Žal pa bralca ne pripelje do uporabnega odgovora na vprašanje iz naslova, ali naj raka zdravimo po doktrini ali individualno. Dileme v praksi niso tako črno-bele. Malo jih je med zdravniki, ki bi slepo zagovarjali zdravljenje po nekakšni iz tujine uvoženi doktrini: če bi bilo odločanje v medicini tako preprosto, pač ne bi rabili dolgih razprav na številnih konzilijih. Malo pa je tudi takih, ki bi se v vsakem posamičnem primeru želeli odločati popolnoma individualno, saj bi si s tem naložili preveliko osebno odgovornost, pa še odrekli bi se možnosti, da z zbirno analizo kasneje preverijo uspešnost svojih odločitev. Da poljubnega odločanja, prikrojenega zdravnikovemu osebnemu nagnjenju in trenutnemu navdihu, ne moremo enačiti s kliničnim raziskovanjem, je mnogim prav tako jasno.

Naj je komu to všeč ali ne, sodobne medicine ni brez standardizacije postopkov in na tem zasnovanega spremljanja kvalitete dela. Natančno morajo biti določeni postopki že na osnovni ravni, na primer pri izvedbi določene krvne, patomorfološke ali rentgenske preiskave ali pri nedvoumno določeni referenčni dozi zdravljenja z obsevanjem. Natančno pa mora biti določen tudi postopek, ko gre za celotno diagnostiko in zdravljenje posameznega bolezenskega stanja.

»Doktrina« je okvir, v katerega umestimo posameznega bolnika. Res je, da niti dva bolnika nista povsem enaka; razlike najdemo v sami diagnozi, v prognostičnih dejavnikih, predvsem pa v bolniku - v njegovi splošni kondiciji, starosti, spremljajočih boleznih in ne nazadnje v vrednostnem sistemu. Danes gledamo na bolnika kot na partnerja pri medicinskem odločanju in s tem seveda sprejemamo dejstvo, da bodo nekateri bolniki izbrali agresivno zdravljenje, ki jim nudi nekaj boljše izgleda, drugi pa bodo dali prednost bolj zadržanemu zdravljenju z manj sopojavi. Dobra doktrina je torej široka in se prilagodi posamičnemu bolniku, seveda v mejah že poznanega, kjer dajejo naši postopki predvidljiv rezultat.

Izven teh meja se prične klinično raziskovanje. O klasični razdelitvi na njegove tri faze smo slišali že ničkolikokrat: v prvi fazi preskušamo toksičnost novega zdravila ali kombinacije zdravil, v drugi ocenjujemo učinkovitost zdravljenja pri izbranih bolezenskih stanjih, v tretji fazi pa primerjamo učinkovitost nove metode z najboljšim standardnim zdravljenjem.

In kaj, če se soočimo z bolnikom, ki mu po uradnem medicinskem znanju ne moremo predlagati prav nobene obetavne terapije? Ali smemo takega bolnika zdraviti, kakor se zdravniku zahoče?

Tudi če gre le za enega samega bolnika, ki ga želimo zdraviti na nov, še nepreskuščen način, mora tak predlog izpoljevati vrsto pogojev:

- zdravnik, ki predlaga novo zdravljenje, je specialist ustrezne veje medicine in je usposobljen za samostojno klinično raziskovanje;
- za določeno bolezensko stanje ni preizkušenega uspešnega zdravljenja;
- po razumevanju bolezenskega procesa obstajajo razumni razlogi, da bi bilo predlagano novo zdravljenje lahko učinkovito;
- predlog je predstavljen v pisni obliki, podprt z vso sodobno literaturo, priloženo pa mu je tudi mnenje tujega strokovnjaka (to danes lahko dobimo v nekaj dneh);
- s predlogom se strinja kolegij specialistov, predstojnik oddelka in strokovni direktor ustanove;
- s predlogom se strinja tudi bolnik, potem ko so mu ga pošteno, z vsemi dvomi, predstavili.

Na doktrine ne gledam tako togo, kot nam jih je v karikirani obliki predstavila prof. dr. Berta Jereb. Pri iskanju novih poti zdravljenja pa sem malo bolj siten: dober namen ni dovolj, nekaj truda je le treba, preden se pustimo zapeljati navdihu nove ideje.

■