Cranio-maxillofacial
Implant Directions®
Vol.18 N° 1 януари 2024 българско издание

За важността пациентът да бъде информиран
Майкъл Цах

ISSN 1864-1199 / e-ISSN 1864-1237

Публикувано от IF Publishing, Германия

The Foundation of Knowledge

Cranio-maxillofacial
Implant Directions®

Редакционна колегия

Главен редактор
Dr. Łukas Pałka
regmed.klinika@gmail.com

Dr. Vivek Gaur
drvivekgaur@yahoo.co.in

Координиращ редактор
Joanna Dołbaczuk
j.dolbaczuk@gmail.com

Редакционна колегия (по азбучен ред)
Dr. Fadia Awadalkreem, Судан
Dr. Ashish Chakranarayan, Индия
Dr. Anita Doshi, Индия
Dr. Antonina Ihde, Беларус
Prof. Dr. Stefan Ihde, Германия
Prof. Dr. Vitomir S. Konstantinovic, Сърбия
Dr. Aleksandar Lazarov, България
Dr. Juri Mitrushchenkov, Русия
Dr. Mahendra Perumal, Индия
Dr. Olga Sipić, Сърбия
Prof. Dr. Jan Vares, Украйна

Сътрудници на редакционната колегия(по азбучен ред)
Dr. Salem Barmawi, Либия
Dr. Pablo Diaz, Еквадор
Dr. Marcos Daniel Gonzales, Колумбия
Dr. Georg Huber, Германия
Dr. Mehul D Jani, Индия
Dr. Valeri Lysenko, Украйна
Dr. Kiran Patel, Индия
Dr. Faizur Rahmaan, Индия
Dr. Egammai Sethuraman, Индия
Dr. Nikolai Spiridonov, Русия

Доклади с доказателства и критични оценки
Отдел за изследвания и доказателства на IF

Годишен абонамент
2800 евро

Авторски права
Copyright © 2006 - 2024 на International Implant Foundation DE-80802 Мюнхен / Германия
www.implantfoundation.org

Контакт
publishing@implantfoundation.org

CMF.Impl.dir.
ISSN 1864-1199
e-ISSN 1864-1237

Ограничаване на отговорност

Рискове
Предприети са сериозни мерки за поддържане на точността на информацията, съдържаща се в настоящата публикация. Издателят и/или разпространителят и/или редакторите и/или авторите обаче не може да се считат за отговорни за грешки или последствия, произтичащи от използването на информацията, съдържаща се в тази публикация. Изявленията или мненията, съдържащи се в редакторските бележки и статии в настоящата публикация, са само тези на авторите им, а не на издателя, и/или дистрибутора, и/или IF.
Продуктите, процедурите и терапиите, описани в тази публикация, са опасни и следователно трябва да се прилагат само от сертифицирани и обучени медицински специалисти в среда, специално проектирана за такива процедури. Предложен тест или процедура не може да се извършва, освен ако рискът е оправдан според професионалната преценка на потребителя. Лицата, които прилагат продуктите, процедурите и терапиите, посочени или описани в настоящата публикация, ще правят това на свой собствен риск. Поради бързия напредък на медицинската наука, IF препоръчва да се извършва независима проверка на диагнозата, терапиите, лекарствата, дозите и оперативните методи, преди да се предприемат каквито и да било действия. Въпреки очакванията, че всички рекламни материали, които може да бъдат вмъкнати в публикацията, отговарят на етичните (медицински) стандарти, включването в настоящата публикация не следва да се счита за гаранция или одобрение от издателя на качеството или стойността на такъв продукт или на твърдения, направени от неговия производител.

Законови ограничения
Публикацията е изготвена от IF Publishing, Мюнхен, Германия. Всички права са запазени от IF Publishing. Тази публикация, включително всички части от нея, е законово защитена с авторско право. Всяко използване, разработване или комерсиализация извън тесните граници, определени от законодателството за авторското право и ограниченията за използване, посочени по-долу, без съгласието на издателя, е незаконно и подлежи на съдебно преследване. Това касае по-специално всички видове фотостатично възпроизвеждане, копиране, сканиране или размножаване, превод, подготовка на микрофилми, обработка на електронни данни и съхранение, напр. публикуване на този материал в интранет или интернет.
Някои от продуктите, имената, инструментите, леченията, логото, дизайните и др., посочени в тази публикация, са защитени също и от патенти и търговски марки или други законови инструменти за защита на интелектуалната собственост (напр. «IF«, «IIF« и логото на IF) и се считат за регистрирани търговски марки, въпреки че в текста не винаги има конкретно позоваване на този факт.
Следователно използването на име, инструмент и др., необозначени като патентовани, не следва да се считат за представени като обществено достояние от страна на издателя.
Абонаментите на лечебните заведения позволяват възпроизвеждане на таблици със съдържание или изготвяне на списъци със статии, вкл. резюмета, за вътрешно разпространение в рамките на съответното лечебно заведение. За всички останали производни публикации, вкл. компилации и преводи, се изисква разрешение от издателя. Разрешение от издателя се изисква за съхраняване или използване по електронен път на всеки материал, съдържащ се в това списание, включително всяка статия или част от статия. Ако имате въпроси, моля да се свържете с издателството на посочения адрес.

The Foundation of Knowledge

За важността пациентът да бъде информиран

Автор:

Майкъл Цах, специалист по медицинско право и председател на управителния съвет на Международната фондация по имплантология(www.implantfoundation.org), https://www.rechtsanwalt-zach.de

През последните десетилетия правата на пациентите за съвместно вземане на решения се разшириха до степен, при която те все по-често сами вземат основни решения относно лечението си. Тези права са отразени в етичните стандарти и законите на държавите по света и касаят както избора на стратегия за лечение, така и общото решение на пациентите да си сложат зъбни импланти.

Причините за подобна тенденция на демократизация в системата на здравеопазването могат да бъдат потърсени в общото развитие към автономия и самоопределение на индивида в западните общества. Тенденциите към самоопределяне в други области, като например в управлението на собствените финанси, се наблюдават и в областта на медицинските грижи.

По този начин отношенията лекар-пациент еволюират от първоначално патернералистично-патриархални отношения към еманципирани отношения от типа "партньорство между равни". Проучването "Бъдещият пациент на Швейцария" установи, че пациентите желаят да бъдат по-добре информирани, за да имат право на глас за своето лечение (Casanova, 2004 г.). И с право: Днес лекарите имат законовото задължение да информират пациентите си за всички възможности за лечение и за свързаните с това рискове. Разбира се, това включва и лечения, които лекарят не извършва сам и следователно не може да се възползва от тях. Тоест, поне на теория лекарите представляват представители на своите пациенти. На практика обаче много малко лекари заемат наистина неутрална позиция, когато представят различни видове лечение, и винаги представляват своите собствени интереси. Това става ясно и от факта, когато в даден център за орална и лицево-челюстна хирургия се наблюдава тенденцията за хоспитализиране и стационарно, по-скоро инвазивно лечение. Това е начин да се печелят пари.

Лична отговорност на пациента

Всъщност има какво да се каже за увеличаване на участието на пациентите. Повечето терапии изискват поне в известна степен активно участие на пациента, особено когато става въпрос за контролни прегледи. Проучванията показват, че пациентите, които участват във вземането на решения относно лечението си, разбират по-добре самото лечение и приемат по-сериозно собственото си участие (Elwyn, 2005 г.). В случаите на лечение, което променя начина на живот на пациента в дългосрочен план, пациентът е в най-добра позиция да прецени кое лечение е най-целесъобразно и е свързано с най-малко неблагоприятни последици за него.

Освен това личната отговорност на пациента е свързана не само с ползи, но и с (морални) задължения.

Това включва активна работа по укрепване на собственото здраве и избягване на рисковите фактори, които го застрашават. В идеалния случай пълнолетният пациент участва активно в получаването на информация за собствената си диагноза и възможностите за лечение.

Кой желае да участва във вземането на решение?

Не всеки пациент желае да участва във вземането на решения, свързани с неговото лечение. Разликите в предпочитанията за участие зависят от фактори като възраст, произход и ниво на образование.

Хората, израснали в Източна Германия, нямат толкова голяма нужда да участват активно в избора на лечение. Те са възпитани в система, в която "дежурният лекар" извършва диагностичните действия, предвидени от държавата, след което прилага лечението, също предвидено от държавата. Всички лекари в тези страни са били обучени и инструктирани да действат по един и същи начин: така че не е имало никакви алтернативи за лечение. Освен това е нямало финансови стимули, а често и ресурси, за да се направи друго. Пациентите са се доверявали на решенията на лекарите, а Интернет (като алтернативен източник на информация) все още не е бил изобретен по онова време. От друга страна, пациентите на възраст под 40 години с висше образование и тези с хронични заболявания, се считат за най-заинтересовани от това да участват във вземането на решение.

Разговорът между лекар и пациент е от основно значение

В хода на информационния разговор за лечението лекарят и пациентът трябва подробно да обсъдят не само физиологичните аспекти, но и психосоциалните последици от всяко лечение. Личните обстоятелства на пациента и най-вече неговата възраст могат да бъдат един от решаващите фактори в процеса на вземане на решение. Професор Глин Елвин от Факултета по медицина към Университета на Уелс предлага следните стъпки за споделено вземане на решения относно лечението като част от модела "избор":

1. В първата стъпка лекарят и пациентът определят съществуващия проблем. Важно е да се изяснят разбиранията, страховете и очакванията на пациента. Днес винаги трябва да се обсъжда и възможността за избягване на костната аугментация.

2. Лекарят обяснява, че в много клинични ситуации има повече от една добра възможност за лечение. При дентално-имплантологични интервенции имплантирането с импланти Corticobasal® трябва да се взема предвид; в зависимост от костната атрофия те дори могат да се окажат единствената алтернатива.

С оглед на огромния иновационен напредък, който "остеофиксацията в оралната имплантология" донесе на нашата професия, е съмнително дали днес все още е необходимо да се обяснява доминиращият преди метод на "остеоинтеграция".

3. На следващия етап лекарят представя различните възможности за лечение и обяснява рисковете.

4. Лекарят и/или пациентът вземат решение или го отлагат. Изрично се обсъжда дали пациентът желае да вземе решението сам или след консултация с лекаря. Също така трябва да е ясно на пациента, че ако желае, може да остави решението да бъде взето изцяло на лекаря (Elwyn, 2005); винаги може да откаже предоставянето на подробна информация. На този етап от вземането на решение е важно лекарят да е наясно, дали това представлява прекомерна тежест за пациента, и да реагира адекватно на ситуацията. Особено когато пациентът отказва всякаква информация или част от нея, лекуващият лекар не може мълчаливо да прилага само методи, свързани с остеоинтеграция в областта на оралната имплантология. Затова лечението без информация по принцип следва да се прилага от терапевти, които се обучават и образоват ежедневно и имат цялостен поглед върху всички алтернативи на лечение. Но дори и те имат задължението да насочат пациента към последващо лечение, ако не са обучени и/или упълномощени да използват съвременни медицински изделия. В този случай терапевтите вземат правилното решение за лечение, но нямат правото да го практикуват лично поради липса на специфично за продукта обучение. Това е неизбежно следствие от бързия медицински прогрес и защитата на пациентите от неквалифицирано лечение, която следва да бъде гарантирана от държавата.

В процеса на вземане на решение за лечение откритата комуникация между лекар и пациент в никакъв случай не е само от полза за пациента. Тя укрепва доверието в лекаря и по този начин в дългосрочен план повишава както вероятността пациентът да продължи да посещава лекаря в бъдеще, така и репутацията на лекаря (Casanova, 2004). Освен това проучванията показват, че лекарите, които общуват открито с пациентите си, са професионално по-удовлетворени и по-малко стресирани (Kaiser, 2009).

Пречки в общуването между лекар и пациент

Начинът на общуване между лекар и пациент е от решаващо значение за активното участие на пациента, а оттам и важен аспект в темата за участието на пациента. Тук основна роля играят междуличностните и личните фактори. Положителен ефект има, ако лекарят адаптира изказа си спрямо пациента и общува на едно ниво с него - това създава усещане за равнопоставеност и у повечето пациенти предизвиква симпатии към лекаря. Положителното отношение към лекаря от своя страна увеличава намерението на пациента да следва неговите съвети.

Въпреки това съществуват пречки пред ефективната комуникация между лекар и пациент. Вероятно най-често споменаваният проблем е, че медицинското образование не разглежда в достатъчна степен пациента като равностоен партньор. Ето защо е спешно необходимо допълнително обучение за комуникация с пациентите. Намаляването на времевия натиск в ежедневната работа на лекаря и по-ефективната организация на работното място също могат да осигурят повече време и по-добри условия за разговори с пациентите.

Полезен елемент за предаване на информация на пациента са така наречените помощни средства за вземане на решение. Такива например са информационните брошури и уебсайтове, които предават технически правилна информация на пациента, или анимираните симулации на очаквания резултат от лечението. Проучванията вече са показали, че използването на помощни средства за вземане на решения дава на пациента по-добра представа за заболяването и възможностите за лечение. Въпреки това помощните средства за вземане на решения трябва само да допълват дискусията между лекаря и пациента, а не да я заместват.

Въпреки инструментите за вземане на решения, някои елементи на комуникацията не могат да бъдат предадени, защото изискват междуличностни умения и уважение. Без съмнение винаги ще има медицински специалисти, които разбират нуждите на пациентите си по-добре от другите. Много пациенти обаче често погрешно смятат тези медицински специалисти са "висококвалифицирани" и им се доверяват прекалено много.

Споделено вземане на решения (SDM)

Подходът на модела на споделено вземане на решения (SDM) е много сходен с горепосочения модел на "Избор". SDM е изпробван в рамките на различни проекти, от които стана ясно, че този модел е особено полезен, когато има изградени дългосрочни отношения между лекар и пациент. Такива отношения се изграждат в хода на лечението на хронични заболявания или при редовните прегледи на зъбните импланти. Установено е също така, че SDM е особено полезен за пациенти с психични и неврологични заболявания.

Тук следва да се отбележи, че практикуващите лекари са склонни да играят на пациентите внушения за СДМ, за да ги убедят в крайна сметка да изберат терапията, която "случайно" могат да предложат сами.

Критика към участието на пациента във вземането на решение

Всеки вид прогрес е съпътстван от критични гласове, които поставят под въпрос предимствата на дадено развитие. Ситуацията не е по-различна и когато пациентът участва във вземането на решение. Явно критиците не могат да приемат, че обикновените граждани, които в повечето случаи не са изучавали нито медицина, нито фармация, трябва да разбират обясненията на сложните болестни модели и процеси на лечение. Те пропускат факта, че задачата на лекаря е именно да направи тези процеси разбираеми. Освен това нивото на образование на населението непрекъснато се повишава и по този начин голяма част от пациентите би трябвало да могат да разбират опростени обяснения на медицинските процеси (Casanova, 2004).

Пренебрегването на различията в способността и желанието за участие на пациентите обаче крие рискове. Затова лекарите трябва да адаптират комуникацията си спрямо пациента. Пример за това е работата с хора от други култури и потенциалните езикови бариери. Според Наръчника по медицинска етика в тези случаи лекарите трябва да "положат всички разумни усилия, за да изяснят как пациентите им възприемат здравето и лечението", преди да пристъпят към обяснения и предложения за лечение (Williams, 2005).

По-ниското ниво на образование също може да допринесе за това пациентът да не е добре информиран, отговорен и проактивен, както би искал лекарят. Това е така, защото желаните пациенти обикновено са от средната и висшата класа, тъй като имат достатъчно възможности за образование и разполагат с финансови средства. Хората, които вече принадлежат към пренебрегвани социални групи, също могат бързо да изостанат в качеството си на пациенти, ако лекарите им вменят твърде голяма зрялост и отговорност за собственото им здраве. За да се преодолее това несъответствие и да се даде възможност на лекарите да действат диференцирано, трябва да се разработят нужните концепции.

Друг повод за критики е разпространението на дезинформация онлайн. Моделите на заболяванията и леченията често се опростяват и дори се представят погрешно (Wolffsohn, 2015). Това със сигурност е неоспоримо твърдение, което не се отнася само до медицинските процеси, а е общо явление в Интернет. Съобщаването на невярна информация на пациентите трябва да се предотвратява чрез насочване на лекарите към реномирани уебсайтове, приложения или статии, които измерват и коригират неточното съдържание. Bereczky (2019) е безкритичен към тенденциите за споделяне на информация онлайн и се застъпва за диалог между пациентите в социалните медии.

В резултат на това нивото на познания на пациентите ще се повиши значително. Освен това напоследък бяха създадени много организации на пациенти, които предоставят възможности за работа в мрежа и дори финансират изследвания (Bereczky, 2019).

Препятствия пред пълноценното участие на пациентите във вземането на решение

Пречки пред целесъобразното прилагане на концепцията за съвместно вземане на решение от страна на пациентите съществуват най-вече когато лекарите или пациентите имат неуместно поведение и разширяват твърде много правата си. Примерът с лекарите, които представляват собствените си интереси или тези на производителите на медицински изделия, е очевиден. Съществува и възможността пациентите да злоупотребяват с правото си на съучастие на пациента, например като изискват лечение, което лекарят определя като "безполезно" или дори вредно. Това е проблем, когато други пациенти не се лекуват поради липса на медицински ресурси. Ето защо лекарите нямат задължението да извършват "безполезни" лечения. И в този случай лекарите могат да действат по собствена инициатива, като класифицират целесъобразни лечения като "безполезни" и по този начин отказват на пациента възможности за терапия.

Бариерите (а дори и дефицитът на знания сред специалистите, извършващи дентална терапия) обаче често се създават от професионалните организации, опитвайки се напр. да наложат на денталните лекари да работят предимно в посока "терапевтична стоматология". Тоест, те трябва да бъдат насърчавани да продължат да лекуват пациентите дефанзивно, прилагайки терапевтични подходи за запазване на естествените зъби, дори и при наличие на сериозно увредени зъби и загуба на костна маса: а резултатът от всичко това е поредица от "ненужни" терапии. По този начин цели поколения пациенти пропускат "преминаването" към импланти в подходящия момент. Правилният и надежден от прогностична гледна точка момент за смяна е, когато костта все още не е обхваната от възпаление, довело до ендодонтски и пародонтални последици, все още няма значителна загуба на костна маса. Тъй като днес се предлагат импланти, които не носят риска от периимплантит и са известни с високия си процент успеваемост, лечението с импланти Corticobasal® не е съпътствано от онази резервираност, присъща при употребата на конвенционални (грапави, многокомпонентни) импланти.

В миналото имплантологията в устната кухина беше достъпна само за заможни пациенти.

Днес виждаме, че скъпо струващото запазване на зъбите е по-скъпо от действително възстановителното имплантологично лечение, което означава, че висококвалифицираното запазване на зъбите в бъдеще ще бъде достъпно само за "богатите".

Загуба на доверие в университетските изследвания и преподаването в западните страни.

Тъй като вече е известно, че част от така наречените "научни публикации" са неверни, както специалистите, извършващи медицински услуги, така и пациентите срещат значителни проблеми с ориентацията в тях. По този начин системата на здравеопазването се парализира, а прогресът се блокира. Следователно, широко практикуваният дентален туризъм има не само финансови причини, но е и израз на изоставането в областта на стоматологията, особено в привидно "напредналите в медицинско отношение" страни. Очевидно е, че пациентите, които си плащат сами, могат много добре да преценят реалната стойност на самостоятелно платеното лечение (метод).

Актуални тенденции, свързани с участието на пациентите в тяхното лечение

На семинар, организиран от Платформата за технологии и методи за мрежови медицински изследвания (Technology and Methods Platform for Networked Medical Research e. V.), новите технологии бяха представени като катализатор за участието на пациентите в процеса на лечение. Събирането на данни за пациентите по електронен път и предоставянето на тези данни е важен напредък в областта на научните изследвания. Според д-р Александър Шахингер от Patient Analytics GmbH Берлин, желанието на пациентите да предоставят данни от собствените си досиета за медицински изследвания нараства. Оценките на събраните данни и резултатите от проучванията също са от полза преди всичко за пациентите. Международната фондация по имплантология вече повече от 15 години събира данни за вероятността за преживяемост и за ползите от зъбните импланти, както и за подобряване качеството на живот чрез смяна на "собствените" зъби на пациента с импланти, които могат да се натоварват веднага.

Допълнителна литература

Bereczky, T. (2019) ‚Empowerment durch neue Technologien: EUPATI: Die Europäische Patientenakademie und HARMONY'. Vorgestellt auf dem Workshop der Medizininformatik-Initiative zum Thema Patientenpartizipation. Schleswig-Holstein, August 2019.

Casanova, B. (2004) ‚Information und Selbstbestimmung – Ansprüche des modernen Menschen'. Managed Care 08/2004.

Elwyn, G. (2005) ‚Gemeinsame Entscheidungsfindung überprüfen'. Managed Care 04/2005.

Kaiser, S. (2009) ‚Der mündige Kranke'. SPIEGEL Wissen 02/2009 [online]. Erhältlich hier: Der mündige Kranke - DER SPIEGEL

Neumann, U. (2004) ‚Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten: Ein Tagungsbericht'. Patientenrechte – Menschenrechte: Bvvp magazin 01/2004.

Williams, J. R. (2005) Handbuch der ärztlichen Ethik. Ferney-Voltaire Cedex: The World Medical Association, Inc.