

Daleko od noszy, czyli demony obecnej „służby zdrowia”

# Procedura pewnej śmierci

Nie mamy już lekarzy, są „świadczoniodawcy”. Nie ma pacjentów, są „świadzeniobiorcy”. I nie ma w Polsce już szpitali, są „przedsiębiorstwa”.

**C**zytając teksty Elżbiety Cichockiej w „Gazecie Wyborczej” i Joanny Solskiej w „Polityce” na temat służby zdrowia, dowiedziałem się jednak, że identycznie jak sklepy z AGD działają w Polsce szpitalne izby przyjęć. Pacjenci są nieświadomi, że każdy lekarz, do którego trafiają, dokonuje selekcji chorych według kryterium „właściwego zarządzania kontraktem” z NFZ.

Co to jest „właściwe zarządzanie kontraktem”? Pod tą wolnorynkową nowomową kryje się presja wywierana przez wielu dyrektorów szpitali, żeby pewnych jednostek chorobowych było mniej (tych słabo wycenianych przez NFZ), a innych więcej (tych, na których jest wyższa marża, jak na odkurzaczach Philipsa). Nie chodzi tylko o to, że mniej opłacalnych chorych się czasem odsyła. Chodzi raczej o to, jak się chorych diagnozuje. W skrócie: jeśli opłaca się diagnozować zawał przednio-przegrodowy, to taki właśnie zawał będzie zdiagnozowany. A jeśli NFZ więcej płaci za leczenie zawału przednio-bocznego – to niech będzie przednio-boczny.

Weźmy koronarografię diagnostyczną. W bogatych krajach zachodnich wykonuje się ją przy co piątym zawale. I przyjmuje się, że taki jest standard. W Polsce mamy tak wspaniałe standardy, że to skomplikowane i inwazyjne badanie wykonujemy przy co drugim zawale. Tajemnicę łatwo wyjaśnić – NFZ płaci za to 14 tysięcy, a koszt szpitala wynosi około 10 tysięcy. Innymi słowy – marża 40% (na pewno lepsza niż za odkurzacza Philipsa). (*Gazeta Wyborcza*)

\*\*\*

**Wiele badań i zabiegów wykonujemy niepotrzebnie. Niektóre mogą nam wręcz szkodzić.**

**Z**acznijmy od kardiologii inwazyjnej, bo tu wyjątkowo łatwo można zaszkodzić choremu. Co najmniej pięć

dużych badań dowiodło, że pacjenci stabilni kardiologicznie, którzy uskarżali się tylko na łagodne bóle piersiowe, nie powinni być poddawani inwazyjnym metodom leczenia. Angioplastyka (polegająca na tym, że chirurg mechanicznie poszerza zatkane naczynie wieńcowe za pomocą rozbicia złożeń tłuszczowych, tzw. blaszki miażdżycowej), stentowanie (założenie do naczynia krwionośnego „sprężynki” zwiększającej jego drożność i wzmacniającej ścianki) lub też wszczęcie bypassu (nowego naczynia, omijającego zatkane miejsce) nie poprawiły ani przeżywalności, ani jakości życia w porównaniu z metodami nieinwazyjnymi, takimi jak farmakoterapia (β-adrenolityki, statyny zmniejszające stężenie cholesterolu oraz aspiryna), ćwiczenia fizyczne i zdrowe odżywianie się.

Jak to możliwe, by poszerzenie zwężonego naczynia nie było superskuteczne? Odpowiedź jest prosta. Wielkie złoże miażdżycowe w naczyniach wynajdowane za pomocą badań tomograficznych czy innych metod obrazowania od dawna uważano za sprawców zawałów serca, a tymczasem dziś wiadomo, że zazwyczaj wcale nimi nie są. Zawał może natomiast wywołać ich usuwanie. Dzieje się tak dlatego, że chirurgiczne rozbijanie blaszki miażdżycowej wyrzuca do strumienia krwi mnóstwo okruszków. Mogą one zatkać drobne naczynie krwionośne i spowodować zawał serca lub udar mózgu. (*Newsweek Polska*)

\*\*\*

**Powyższe z prasy, teraz z życia wzięte.**

**P**an Wiktor miał blisko 86 lat, spory „pakiet” poważnych schorzeń oraz niebywałą jak na jego wiek i stan zdrowia energię. Znał swoje dolegliwości i na pytanie: jak się czujesz, odpowiadał: w normie.

Pewnego sobotniego poranka po porannej toalecie i śniadaniu poczuł jakieś dziwne pieczenie w klatce piersiowej, którego dotąd nie miewał.

Zgodnie ze zdrowym rozsądkiem przyjął nitroglicerynę, którą miał „na wszelki wypadek” i położył się. Pieczenie zelżało, ale nie ustąpiło, zatem uznał za stosowne zawiadomić o tym fakcie rodzinę.

Najbliżsi przybyli bezzwłocznie i zdecydowali o wezwaniu karetki pogotowia.

Zespół pogotowia wykonał EKG i wobec niemożności rozstrzygnięcia na jego podstawie przyczyny dolegliwości pana Wiktora, zabrano go na SOR małego miejscowego szpitala. Była godzina 10.45.

Po niespełna 20 minutach personel SOR-u już działał. Powtórzono EKG, pobrano krew na badania laboratoryjne, w tym troponinę. Ta w pierwszym badaniu wypadła śladowo dodatnio, ale w kolejnym była już wyższa.

Chociaż dolegliwości pacjenta były cały czas niewielkie, stan ogólny stabilny, a EKG nie wykazywało żadnej dynamiki zmian, młody lekarz dyżurny SOR-u telefonicznie skonsultował przypadek pana Wiktora z kardiologiem wielkiego szpitala w nieodległym Poznaniu. W wyniku tej konsultacji pan Wiktor został przewieziony transportem sanitarnym do wspomnianego szpitala i o godz. 16.18 stał się pacjentem tamtejszego oddziału kardiologicznego z wstępnym rozpoznaniem NSTEMI (zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST).

**Teoretycznie miał szczęście. Bardzo teoretycznie**

*Według najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI, ang. non ST-segment elevation myocardial infarction) u pacjentów w podeszłym wieku strategia inwazyjna rewaskularyzacji powinna być rozważana po dokładnej ocenie potencjalnego ryzyka i korzyści, szacowanej długości życia, chorób współistniejących, jakości życia, zespołu kruchości (frailty) i preferencji pacjenta. Podczas prezentacji autor podkreślił znaczenie zespołu kruchości, chorób współistniejących i stanu funkcjonalnego starszych pacjentów. (Doniesienia Kardiologiczne 2015).*

A jak w opisywanym przypadku przebiegło owo „dokładne rozważenie potencjalnego ryzyka i korzyści”?

Pacjentowi z rozpoznaniem wstępnym NSTEMI i tak obciążonego schorzeniami współistniejącymi – czego miano świa-

domość – nie wykonano EKG, uznając te wykonane przez SOR przed kilkoma godzinami za wystarczające, choć ich opis nie bardzo przystawał do zapisu. Naturalnie zaniechano echokardiografii, nie podłączono kardiomonitora, a w wykonanych badaniach laboratoryjnych nie oznaczono nawet poziomu cukru (bo po cóż cukrzykowi na trzech dawkach insuliny i metforminie takowy oznaczać) i wysuszonego jak wiór (od śniadania nie miał kropli wody w ustach) ok. godz. 19.00 przewieziono do pracowni hemodynamicznej celem wykonania procedury 36.070.

Przedtem jednak przezornie zadbano o uzyskanie zgody na ową procedurę, w której treści jak kpina pobrzmiwał wytłuszczony poniżej fragment:

*Po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzony o jego możliwych powikłaniach w trakcie zabiegu oraz po nim, z niebezpieczeństwem ciężkiego kalectwa oraz zagrożenia życia, wyrażam zgodę na proponowany zabieg... Zostałem poinformowany, że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. (Z formularza zgody na wykonanie zabiegu)*

Pełna treść cytowanego wyżej dokumentu została odczytana panu Wiktorowi i jego podpis uzyskany przez obecnego przy nim członka rodziny, zaś żadna „rozmowa wyjaśniająca” naturalnie nie miała miejsca.

Zabieg się udał, gorzej z pacjentem. Wpadł w obrzęk płuc, stan ogólny zaczął się gwałtownie pogarszać, a kiedy dołączyło się splątanie, podjęto decyzję o wprowadzeniu go w stan śpiączki farmakologicznej i przekazano na OIOM.

Ponieważ stan przez kilka kolejnych dni nadal ulegał pogorszeniu i nie rokował przeżycia podjęto decyzję o... odeślaniu pana Wiktora do owego małego szpitala powiatowego, z którego przybył.

W przeddzień owego transportu o godzinie 22.30 dyżurny anestezjolog zapisał: *Chory w stanie ciężkim, płytko sedowany wlewem morfiny, nie wybudza się. Ciśnienie stabilizowane wlewem lewonoru.*

Dotychczas myślałem, że pacjentów w takim stanie transportuje się tylko w razie alarmu bombowego. Jak się okazało byłem w błędzie, gdyż nazajutrz o 9.17 pacjent był gotów do transportu!

Pan Wiktor zmarł po kilku dniach, nie odzyskując w pełni przytomności nawet na chwilę.

Mniej więcej 2 tygodnie po uroczystościach pogrzebowych poznański szpital telefonicznie zażądał wyjaśnień, dlaczego pan Wiktor nie stawiał się na kolejnej angioplastyce, którą przecież przy wypisie mu zalecono, a termin wyznaczono...

\*\*\*

*O 40% obniżono inwazyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych, a o ponad 60% – angioplastykę wieńcową z implantacją jednego stentu DES. Do tej pory było to 12 740 zł, a według projektu – 4690 złotych. (RFM24)*

Może teraz jakiś inny starszy człowiek będzie miał szansę na baczniejsze rozważenie faktycznych za i przeciw zastosowania dotąd tak opłacalnej dla placówki medycznej i nie zawsze nieopłacalnej dla niego procedury 36.070.

Kolegom zaś – starającym się „właściwie zarządzać kontraktem” – dedykuję poniższą modlitwę:

*Dobry Boże rozpoczynam kolejny dzień pracy. Tobie oddaję siebie i tych, do któ-*

*rych Ty mnie posyłasz. Ty jesteś pierwszym Lekarzem.*

*Pomóż mi jak najlepiej wypełnić misję lekarza.*

*Daj mi pokorę wobec chorego i jego dolegliwości, abym pychą i zbytnią pewnością siebie nie zranił jego uczuć. Uchron mnie przed błędną, szkodliwą decyzją. Naucz mnie słuchać tego, co pacjent ma mi do powiedzenia.*

*Uwolnij mnie od pośpiechu. Daj, abym pamiętał o tym, że ja lekarz jestem dla chorego.*

*Nie dopuść, aby pragnienie zysku, sława, zaszczyty czy inne korzyści kierowały moim postępowaniem. Niech dobro chorego będzie na pierwszym miejscu. Ty, Panie, przeszedłeś przez ziemię, wszystkim dobrze czyniąc i uzdrawiając chorych. Chcę Ciebie naśladować.*

*Udziel mi łagodności, cierpliwości oraz życzliwości wobec chorych i współpracowników.*

*Powiedziałeś: „Cokolwiek uczyniliście jednemu z braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili”. Dziękuję Ci za to, że obdarzyłeś mnie tak wielkim zaufaniem.*

*Zrobię wszystko, żeby Cię nie zawieść. Amen.*

Zaś niewierzącym przypominam niniejszy fragment Kodeksu etyki lekarskiej:

*Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti supra lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. (art. 2 ust. 2).*

IRENEUSZ KIZER

PS. Opisana historia pana Wiktora jest oparta na autentycznej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu autora.