

Dlaczego zamiast leczyć – odcinamy kończyny



Polska krainą amputacji

W Polsce wykonuje się ponad 15 tys. amputacji rocznie – aż ośmiokrotnie więcej niż w Hiszpanii, a ich liczba rośnie z roku na rok. Jesteśmy w czołówce krajów UE pod względem amputacji kończyn z powodu chorób miażdżycowych. Polacy prowadzą niezdrowy tryb życia, rząd niewiele robi, by leczyć. To nie są statystyki, to tragiczny stan naszej świadomości społecznej i brak perspektywicznego myślenia oraz działania rządzących.

W naszym kraju wykonuje się 389 amputacji rocznie na milion mieszkańców, w Danii 320, we Włoszech 130, w Wielkiej Brytanii 119, w Hiszpanii 50, a w pozostałych krajach UE od 100 do 150. Przy czym w innych krajach ich liczba zmniejsza się co roku, w Polsce zaś wzrasta. Z jakiego powodu współczynnik amputacji jest taki wysoki, czy to tylko wina pacjentów, czy też ułomnego systemu?

Miażdżyca

– W przeliczeniu na milion mieszkańców jesteśmy na końcu państw UE – mówi dr hab. n. med. Wacław Kucz-

mik, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. – Nie ma innego kraju w Europie, w którym liczba amputacji wzrasta. Wynika to z wielorakich zaniedbań zarówno jeśli chodzi o styl życia obywateli, jak i system kontraktowania lekarzy. Słabym punktem są także lekarze rodzinni, nie zawsze potrafiący szybko wychwycić zmiany miażdżycowe u pacjentów. Okazuje się, że wina jest po obu stronach. Nie chodzi jednak o to, by szukać winnego; należy szukać rozwiązań.

Mogłoby się wydawać, że w czasie ogromnego rozwoju nauki wzrasta zarówno świadomość społeczna, jak i rozsądek odpowiedzialnych za system. Niestety, czasami zim-

na kalkulacja i szukanie oszczędności biorą górę. Nie jest więc mitem, że w Polsce bardziej opłaca się uciąć nogi, stopy i palce niż leczyć pacjentów, by do amputacji dochodziło jak najrzadziej. Zdrowy rozsądek podpowiada, że pacjenci po amputacji stają się bardziej uciążliwi i kosztowni dla systemu. W grupie tej notuje się również wysoki współczynnik śmiertelności, ponieważ ludzie ci doświadczają wykluczenia społecznego, zamykają się w domach, są prawie niezauważalni. Ponadto z chwilą amputacji nie kończy się choroba. Kalkulacja wydaje się brutalna, ale prosta – po co leczyć, skoro śmiertelność pacjentów powoduje, że problem „sam znika”.

Po stronie pacjenta

Ludzie w Polsce nie żyją zdrowo – uprawiamy mało sportu, mamy złe nawyki żywieniowe, nie przyjęła się też moda na niepalenie. Do tego, choć coraz rzadziej, nadużywamy alkoholu, który w dużych ilościach zamyka tętnice. Badania wykazują, że wzrostu zachorowań na choroby miażdżycowe w ciągu najbliższych 20 lat nie da się powstrzymać.

Jesteśmy w impasie, ale to nie znaczy, że musimy się poddać. Musimy robić wszystko, by zwiększyć świadomość społeczną, prowadzić szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, a przede wszystkim szukać rozwiązań finansowych, bo co z tego, że stworzymy możliwości, skoro ludzi nie będzie stać na leczenie.

Po stronie płatnika

– *W rozmowach z NFZ odbijamy się od ściany, bo słyszymy, że w systemie nie ma pieniędzy. Nikt nie proponuje, jak ten problem rozwiązać. W niewielkim stopniu pomocne są założenia Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego Polcard. Powinna zmniejszyć się także wycena zabiegu amputacji i wtedy dołożenie zaoszczędzonych w ten sposób pieniędzy do kontraktów naczyniowych byłoby pewnym rozwiązaniem, bo wzrosłaby liczba leczonych. Bez dofinansowania wskaźniki, niestety, się nie zmniejszą* – komentuje dr Kuczmik.

Dostępność leczenia ambulatoryjnego jest ograniczona kontraktami, tzw. chory planowy z chromaniem przestankowym musi czekać na wizytę u specjalisty od kilku miesięcy nawet do roku. Przez ten czas choroba postępuje i pacjent trafi do szpitala ze zmianami, które nadają się już tylko do amputacji. Pozbawienie go kawałka kończyny czy nawet całej jest zabiegiem chirurgicznie prostym, szybkim i – jak już wiemy – mniej kosztownym niż leczenie, a przez to opłacalnym. I tu jest ten okrutny paradoks, bo pacjent z zachowaną nogą jest mniej uciążliwy, ale na jego rehabilitację i przystosowanie społeczne potrzebne są ogromne fundusze. Ale tutaj „z pomocą” systemowi przychodzi wysoka umieralność, o czym już wspominaliśmy.

Czy warto więc zapobiegać, starać się odkłamywać mity, uświadamiać i edukować – zdecydowanie tak, bo

„ W Polsce liczba amputacji jest znacznie większa niż w zachodniej Europie. Na dodatek tam ta liczba spada, a u nas rośnie ”

co prawda poprawy możemy się spodziewać za kilkadziesiąt lat, ale na pewno jest szansa na uratowanie wielu chorych i nadzieja na zdrowsze pokolenia w przyszłości. Gdy programy edukacyjne i akcje społeczne zmieniają się w działania systematyczne i cykliczne, to możemy zakładać, że przynajmniej znacznie zmniejszy się współczynnik, nie tyle zachorowań i amputacji, ile śmiertelności wśród pacjentów. Zwłaszcza tych, którzy uciekają w samotność, ulegają depresjom i wykluczeniu społecznemu. Taka zmiana, rozpoczęta właśnie wśród chorych i zagrożonych, przyczyni się do zweryfikowania myślenia w sferach decyzyjnych i może nie będzie to od razu rewolucja, ale na pewno początek długiej drogi, która w przyszłości może się zakończyć sukcesem.

„ Pozbawienie chorego kawałka kończyny czy nawet całej jest zabiegiem chirurgicznie prostym, szybkim i mniej kosztownym niż leczenie, a przez to opłacalnym ”

Wiele zależy od lekarzy, którzy powinni pokazywać problem – choćby z pozycji edukatorów – w sposób równie drastyczny, jak system stara się go przykryć.

– *Zapobieganie jest niezbędne i tylko w ten sposób można pomóc ludziom. W medycynie funkcjonuje zasada, że lepiej zapobiegać niż leczyć, a jeśli już, to lepiej starać się leczyć niż zajmować się chorym po amputacji. Chcemy to uświadomić społeczeństwu m.in. w programie „Ocal nogę”, promując i sugerując działania, bo świadomość społeczna jest czynnikiem bardzo ważnym* – przekonuje prezes PTChN.

Ocal nogę

Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej jest inicjatorem i organizatorem ogólnopolskiej akcji „Ocal



„ Żyjemy w XXI wieku i nie możemy tłumaczyć, że średniowieczny sposób zatrzymania postępu choroby poprzez ucinanie zagrożonych i zarażonych narządów to jedyna skuteczna metoda ratowania życia „

nogę”. Akcja rozpoczęła się 14 grudnia 2013 r. tzw. białą sobotą w poradniach naczyniowych. Był to dzień bezpłatnych konsultacji dla pacjentów z problemami naczyniowymi.

Akcja jest odpowiedzią „na rosnący lawinowo problem dostępności pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu chorób naczyń i niskiej świadomości na temat niedokrwienia kończyn dolnych i jego konsekwencji” – piszą organizatorzy akcji. „Co godzinę ktoś traci nogę” – brzmi hasło akcji poświęconej problemowi chorób niedokrwienych kończyn. Hasło towarzyszy symbol graficzny – człowiek, który zamiast jednej nogi ma klepsydrę. Można to tłumaczyć na dwa sposoby. Po pierwsze – czas. Z roku na rok problem narasta i pora temu przeciwdziałać. Po drugie – klepsydra swoim kształtem odnosi się do utrudniającego dopływ krwi zwężenia tętnic. Motyw ten pojawia się także na billboardach, które zawisły w najważniejszych punktach Warszawy. „Chcemy dotrzeć do jak największej grupy ludzi. Naszym celem jest uświadomienie społeczeństwu, że choroby niedokrwienne – wcześniej zdiagnozowane i właściwie leczone – nie muszą kończyć się amputacją. (...) Do najważniejszych osób zajmujących się proble-

matyką zdrowotną rozesłaliśmy gadżety – klepsydry, symbole akcji. Trafiły one do urzędników z Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, Federacji Pacjentów Polskich, Komisji Zdrowia (Sejm oraz Senat) czy Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków” – czytamy w informacji o akcji.

Postulaty

Postulaty, które zgłaszają organizatorzy „Ocal nogę”:

- Nagłośnijmy problem, aby każdy wiedział, czym jest niedrożność tętnic, jak ją rozpoznać i leczyć. Potrzebna jest efektywna akcja edukacyjna trafiająca do pacjentów oraz ich rodzin. Potrzebne są konferencje dla specjalistów oraz warsztaty dla lekarzy rodzinnych i pielęgniarek.
- Zmodyfikujmy rozwiązania systemowe, by szpitalom bardziej opłacało się leczyć niż amputować i abyśmy wydawali pieniądze na leczenie, a nie na renty inwalidzkie. Obecnie kontrakty dla poradni i oddziałów chirurgii naczyniowej są zbyt małe, a poszczególne świadczenia zbyt nisko wycenione.
- Dokonajmy przeglądu procedur ratunkowych, aby nikt nie tracił nogi z powodów biurokratycznych.
- Zorganizujmy sieć oddziałów i poradni specjalistycznych, tak by w całej Polsce można było ocalić nogę.
- Postawmy na diagnostykę. Walczmy z przyczynami, a nie tylko ze skutkami. Zbyt wiele amputacji wykonuje się nawet bez wcześniejszego badania tomografią komputerową.
- Koordynujmy działania i postawmy na współpracę. Najlepsze wyniki daje leczenie przy udziale lekarzy wielu specjalności. Twórzmy wielospecjalistyczne poradnie, w których pacjent otrzyma pomoc ze strony różnych specjalistów (m.in. chirurga naczyniowego, radiologa, mikrobiologa, diabetologa).

Żyjemy w XXI wieku i nie możemy tłumaczyć, że średniowieczny sposób zatrzymania postępu choroby poprzez ucinanie zagrożonych i zarażonych narządów to jedyna skuteczna metoda ratowania życia.

Janusz Maciejowski