

Spojrzenie klinicysty

Standardy to nie dogmaty



fot. archiwum 3x

Rozmowa z prof. Tadeuszem Tołłoczka, nestorem polskiej chirurgii, który pełnił funkcje rektora Akademii Medycznej w Warszawie, prezesa International Hospital Federation oraz przewodniczącego Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP.

Po co są standardy?

Celem standardów w medycynie klinicznej jest ujednoczenie rodzajów świadczeń, zagwarantowanie dostępu do określonej jakości świadczenia oraz optymalizacja sposobów i kosztów leczenia. Standardy

określają wskazania, tryb i sposób stosowania procedur lekarskich. Dla lekarzy mogą stanowić punkt odniesienia w ocenie metod i skutków terapii. Płatnikom potrzebne są do wyceny procedur lekarskich, a politykom do oceny stopnia zaspokojenia potrzeb i oczekiwań społecznych. Chorzy jednak nie interesują się tym, czy lekarz zna standardy postępowania i czy ma możliwości ich realizacji, ponieważ są przekonani i oczekują, że zawsze będzie mógł realizować zasadę: tylko to, co najlepsze, jest wystarczająco dobre dla mojego pacjenta. Standard ma jednak gwarantować chorym dostęp do określonej jakości świadczenia. Posługiwanie się pojęciem standardów medycznych jest bardzo popularne wśród urzędników. Krótkie opisy standardów zastępują im w biurokratycznej ocenie działalności medycznej rozległą wiedzę lekarską, zdobywaną przez lata.

Dobry lekarz ściśle trzyma się wytycznych czy od nich odchodzi?

Dobry lekarz potrafi rozróżnić, trafnie ocenić, kiedy postępować zgodnie z wytycznymi, a kiedy trzeba od nich odstąpić. Wytyczne w żadnym wypadku nie są ultimatywnym nakazem. Postępowanie zgodne ze standardami nie gwarantuje terapeutycznego sukcesu i może też nie zahamować postępu choroby. Zdarza się natomiast, że ominięcie lub przekroczenie standardu powoduje poprawę jakości świadczenia i uzyskanie pożądanego wyniku leczniczego.

Czyli postępowanie zgodnie ze standardami może zaszkodzić? Jak to możliwe?

Może zaszkodzić co najmniej poprzez niepowstrzymanie postępu choroby. Pamiętajmy, że standardy nie zwalniają lekarza z obowiązku myślenia i poszukiwania najlepszej decyzji terapeutycznej. Łatwe do nazwania, wyceny i zwykle rutynowego wykonania procedury lekarskie bez problemu można sklasyfikować i nadać im charakter standardu. W praktyce jednak, w wypadku nieraz wielu współistniejących chorób o zmiennym natężeniu objawów, różnej dynamice i poronnym przebiegu, pacjent staje się dla lekarza

„ Postępowanie
lekarskie zgodne
ze standardami
nie jest gwarantem
sukcesu terapeutycznego,
może też nie zahamować
postępu choroby „

medycznym kwizem. Potrzebne jest wówczas działanie dedukcyjne, a nie standard. Dlatego jedyną skuteczną metodą rozwiązania takiej „zagadki” jest myślenie wsparte intuicją. Ponadto należy uwzględnić fakt, że w medycynie jednakowe skutki mogą wywołać różne przyczyny, jednakowe przyczyny zaś – różnorodne skutki. Opracowując standardy, nie mamy też możliwości przewidzenia i zapisania wszystkich interakcji między lekami, które zażywa pacjent na różne schorzenia. W takich wypadkach zawsze istnieje konieczność działań dedukcyjnych i wielokrotnie pojawia się wręcz konieczność odstępstwa od rutynowego, określonego standardami postępowania.

Jakie najważniejsze problemy ujawniają się podczas opracowywania standardów?

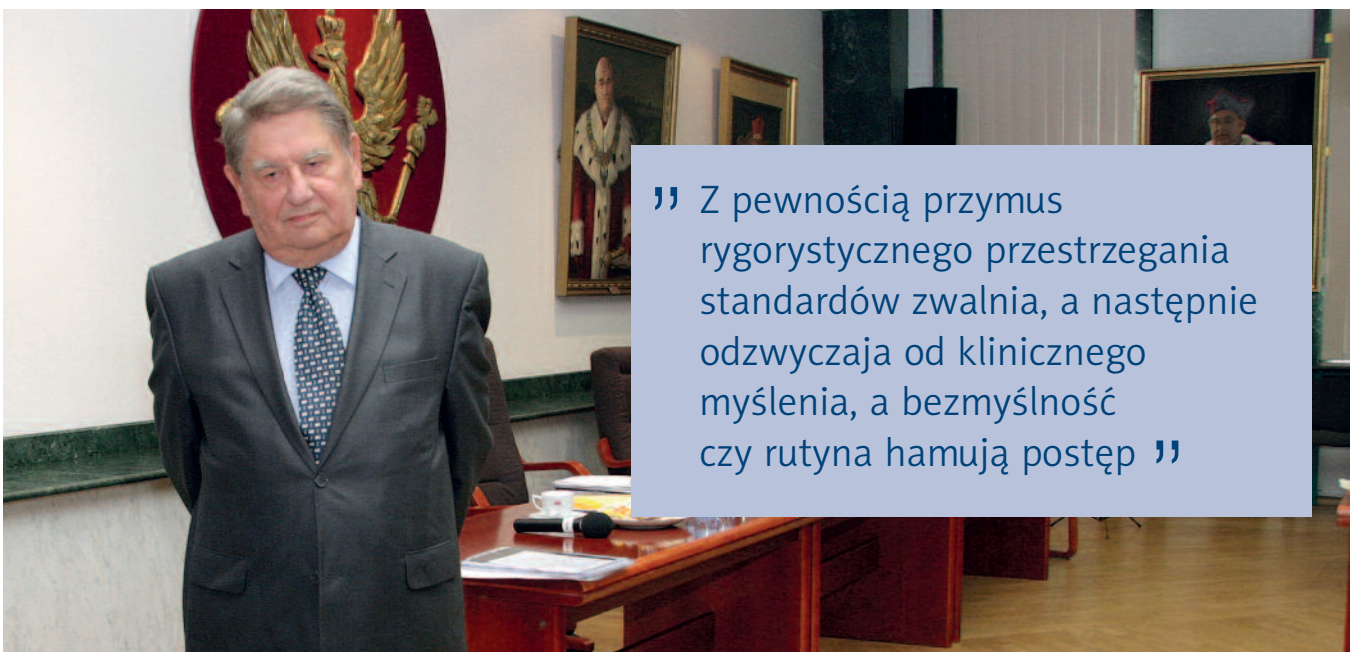
Jest to podstawowe, strategiczne pytanie. Czy standardy procedur klinicznych powinny być kalibrowane, to znaczy dopasowywane do aktualnego „standardu finansowania”, posiadanej infrastruktury, czy też mają odzwierciedlać usługi na najwyższym światowym, ale w praktyce na niedostępnym dla populacji i świadczeniodawcy poziomie? Pytanie to można sformułować bardziej dosadnie: czy standardy mają być realne czy urojone, wirtualne, życzeniowe? Jeśli nie będą realne, staną się formą oszukiwania i chorych, i społeczeństwa.

Nie mogą wyrażać celów czy sloganów, lecz dostępną dla chorego możliwość i jakość leczenia. Standardy procedur medycznych nieuwzględniające standardów potencjału wykonawczego jednostek organizacyjnych mają w najlepszym wypadku wartość sloganu. Standardy nakładają obowiązek ich przestrzegania nie tylko na lekarzy praktyków, ale również na świadczeniodawców i pracowników wszystkich szczebli organizacyjnych ochrony zdrowia. Myślę, że opracowywane w Polsce standardy reprezentują raczej *state of the art* danej dziedziny medycyny i na ogół nie uwzględniają możliwości wykonawczych wszystkich jednostek tere-

stycznego przestrzegania standardów zwalnia, a następnie odzwyczajają od klinicznego myślenia, a bezmyślność czy rutyna hamują postęp. Aktualizacja standardów musi więc być procesem ciągłym.

W takim razie wyrzucmy standardy do kosza. Skoro hamują postęp, nie gwarantują sukcesu terapeutycznego, a w niektórych wypadkach stwarzają zagrożenie dla pacjenta – na cóż nam one?

Nie tyle standardy i wytyczne mogą stwarzać zagrożenie, ale sposób, w jaki się z nich korzysta. Zagroże-



„ Z pewnością przymus rygorystycznego przestrzegania standardów zwalnia, a następnie odzwyczajają od klinicznego myślenia, a bezmyślność czy rutyna hamują postęp ”

nowych, pomimo że je również obowiązują. Standardy bardzo często oddają treść najnowszych podręczników amerykańskich. Praktyczna użyteczność i wartość „standardów pozorowanych” sprowadza się do zrzucania odpowiedzialności ze szczebla menedżerskiego na lekarski.

Kolejny zarzut wobec standardów i wytycznych dotyczy ich aktualności.

Wysuwane jest też zastrzeżenie, że standardy mogą w „naturalny” sposób hamować poprawę jakości świadczeń, bowiem tempo postępu w medycynie jest szybsze niż tempo ich aktualizacji. Ponadto odkrycia naukowe charakteryzuje skokowy, a nie ewolucyjny przebieg. Dlatego padają stwierdzenia, że standardy są zawsze, choć w różnym stopniu, przestarzałe. Może się zdarzyć, że wprowadzone normy obniżą standard usług. Trzeba sobie ponadto uzmysłowić, że odkrycia naukowe bardzo szybko się starzeją. Czas „biologicznego półtrwania” wartości wielu nawet cennych odkryć naukowych i usprawnień praktycznych bywa nieraz bardzo krótki. Z pewnością przymus rygory-

nie wynika ze zbyt formalistycznego i bezmyślnego realizowania wytycznych. Wytyczne i standardy powinny natomiast stanowić cenną wskazówkę dla każdego klinicysty. Odgrywają ważną rolę, gdy chodzi o zagwarantowanie równego dostępu do określonego świadczenia. Pomagają w optymalizacji metod i kosztów leczenia, sprzyjając odrzuceniu metod mniej skutecznych. Wreszcie – zwiększają poczucie bezpieczeństwa, realne poczucie gwarancji bezpiecznego ich stosowania, przy mniejszym prawdopodobieństwie wystąpienia niespodziewanych odczynów ubocznych i powikłań. W tym aspekcie standardy porównuje się ze znakami drogowymi i liniami na asfalcie, które wprawdzie nie gwarantują, ale znamienne zwiększają bezpieczeństwo jazdy.

Duże zainteresowanie budzi współcześnie pojęcie „standardu produktu końcowego”.

Pojęcie to jest chyba najbardziej precyzyjną miarą wartości systemu i „standardu produkcji i usług”. Dlatego, a może nawet zwłaszcza dlatego, stosunkowo rzadko bywa stosowane i cytowane. Wskaźnik ten

bezdyskusyjnie ujawnia bowiem działania pozorowane i manipulowanie sloganami oraz parametrami definiującymi standard. Weryfikuje bezbłędnie wartość i skuteczność wykonywanych czynności oraz wartość zastosowanej technologii. Może ujawniać fakt i skutki pozorowanego finansowania, błędnej organizacji i niewystarczającego wyposażenia. Z tych względów pojęcie „standardu produktu końcowego” również w medycynie bywa zwykle pomijane. Ponadto w medycynie jest wiele istotnych, ale niewymiernych parametrów, które nie podlegają matematycznej zależności między decyzją lekarską a wynikiem końcowym procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Pamiętajmy też, że standardy nie uwzględniają możliwości istnienia poronnych postaci chorób.

O ile środowisko lekarskie ma świadomość, że standardy są wskazówką, o tyle znacznie gorzej jest na przykład w sądach. Tam to działa mechanicznie: zastosował standard – niewinny, nie zastosował – winny. W ocenie dyrektora szpitala, płatnika czy dziennikarza stosowanie się do standardów jest w praktyce jednym z najważniejszych, a często jedynym kryterium oceny lekarza.

It to jest niewłaściwe. Jeśli w wypadku niepowodzenia lub powikłania okaże się, że lekarz nie postąpił zgodnie ze standardem, czyni się go wprost odpowiedzialnym za to niepowodzenie. Z kolei postępowanie zgodne ze standardami w wypadku niepowodzenia terapeutycznego nie zwalnia lekarza ani z konieczności oparcia swego działania na procesie myślowym zgodnym z własnym doświadczeniem i dostępną wiedzą, zmuszającą do odstąpienia od postępowania rutynowego, ani od odpowiedzialności.

To dzieje się na naszych oczach: ślepe stosowanie wytycznych „dla świętego spokoju”, by uniknąć problemów z dyrektorem, płatnikiem, by zyskać argument prawny, w języku prawniczym – twarde dowód.

W czasie wieloletniej pracy podczas operacji nigdy nie zastanawiałem się nad tym, czy w danym momencie jestem w zgodzie lub czy przekraczam jakiś paragraf prawny bądź wytyczne. Zawsze kierowałem się wyłącznie dobrem chorego, a moje postępowanie lekarskie opierałem na wiedzy, myśli i sumieniu. Tak naprawdę jedynym niezmiennym standardem, którym się kierowałem, był ten moralny, nakazujący mi osiągnięcie optymalnego wyniku terapeutycznego. Tylko standardy moralne powinny być trwałe i niezmiennie, a więc odporne na czas i niezależne od zmieniających się pragmatycznych i filozoficznych koncepcji zadań lekarza i całej ochrony zdrowia. Pamiętajmy, że zarówno standard praw pacjenta, jak i standardy moralne muszą być uwzględnione przy opracowywaniu standardów postępowania lekarskiego.

Czyli standard moralny ponad standardem spisany przez fachowców?

Musimy zdawać sobie sprawę, że solidna wiedza fachowa jest integralną częścią standardu moralnego. Za najtragiczniejsze w medycynie klinicznej uznałbym sytuacje, gdy okoliczności i uwarunkowania zmuszają lekarza do zastanawiania się przy przyjęciu ciężko chorego do szpitala, jak ratować siebie. To takie sytuacje doprowadziły do powstania i postępu-

„ Zdarza się, że ominięcie lub przekroczenie standardu powoduje poprawę jakości świadczenia i uzyskanie pożądanego wyniku leczniczego ”

jącego rozwoju „medycyny obronnej” (*defensive medicine*), w wyniku której stratny jest i chory, i płatnik. Ta forma medycyny rozwinęła się w wyniku obrony przed... administratorami, prawnikami, a nawet niewyczuwającymi specyfiki pracy klinicznej sędziami. Życiowe prawo mówi, że im bardziej zagrożony nieuzasadnionymi oskarżeniami będzie jakikolwiek pracownik, a więc i lekarz, tym więcej jego czynności będzie miało charakter asekuracyjny i tym droższe będą jego decyzje. Ponadto lekarz pod presją nieuzasadnionego oskarżenia może ściśle trzymać się instrukcji, stając się w majestacie prawa mniej skutecznym.

Jakie jest pana stanowisko w sprawie standardów w medycynie, a zwłaszcza w chirurgii?

Przed laty na konferencji naukowej w Instytucie Chirurgii Uniwersytetu w Indianapolis (USA) uczestniczyłem w burzliwej dyskusji. Przedstawiono wiele argumentów i koncepcji. Na zakończenie brakowało mi precyzyjnie sformułowanego wniosku w formie instrukcji odnośnie do sposobu leczenia omawianej choroby. Dlatego spytałem: *To w końcu, jaki jest obowiązujący standard postępowania?* Kierownik instytutu odpowiedział: *Nas standardy nie obowiązują, nas obowiązuje myślenie.* Dziś na podstawie własnego doświadczenia życiowego uważam, że im niższy jest merytoryczny standard medycyny i mniejszy powszechny dostęp do nowoczesnych możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, tym większą wartość mają często aktualizowane standardy.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski