



Fot. Archiwum

Dlaczego nie wymyślili algorytmów?

Primum non nocere („po pierwsze nie szkodzić”), jedna z przypisywanych Hipokratesowi fundamentalnych zasad medycyny, w języku autora podobno brzmiała: $\Omega\phi\epsilon\lambda\epsilon\upsilon\eta\ \mu\eta\ \beta\lambda\acute{\alpha}\pi\tau\epsilon\upsilon\eta$, to jest: „pomagać, a przynajmniej nie szkodzić”.

W dzisiejszej praktyce te słowa ojca medycyny często bywają zupełnie zapomniane. Częściej można raczej obserwować tendencję do stosowania zasady: „jeśli coś jest technicznie możliwe, należy to zrobić”. Wbrew pozorom nie dotyczy to tylko medycyny prywatnej, w której rządzi klient i jego pieniądze. To również częsta praktyka w niezasobnej publicznej służbie zdrowia. Pacjenci masowo poddawani są szeroko zakrojonej diagnostyce, która często daje znikomą szansę na ustalenie bardziej precyzyjnego i umożliwiającego lepsze leczenie

intensywnych działań medycznych opieką i pielęgnacją, której one rzeczywiście potrzebują. To zjawisko na tyle powszechne, że można uznać je za regułę – wystarczy zajrzeć do placówek opieki zdrowotnej, by zobaczyć rzesze seniorów poddawanych licznym procedurom medycznym dającym nikłą szansę poprawy ich bytu.

Pomijając aspekty moralne tej sytuacji, nie bez znaczenia dla równowagi systemu ochrony zdrowia są jej skutki finansowe. Niedawno jeden z ekspertów w dziedzinie geriatry ocenił, że niedające korzyści (a niekiedy niebezpieczne) procedury medyczne wykonywane u osób starszych kosztują w Polsce rocznie ponad 10 mld zł. A to przecież tylko część niecelowych wydatków!

Czy jest na to jakiś sposób systemowy? Oczywiście, warto apelować do każdego podejmującego decyzję le-

„Niedające korzyści (a niekiedy niebezpieczne) procedury medyczne wykonywane u osób starszych kosztują w Polsce rocznie ponad 10 mld zł”

rozpoznania, ale także inwazyjnym (w różnym stopniu) terapiom, które w najlepszym wypadku nie zaszkodzą, a perspektywę uratowania życia lub znaczącej poprawy jego jakości trudno w nich w ogóle dostrzec.

Dlaczego tak się dzieje? Jest wiele powodów. Względem czysto ludzkie to trudności komunikacyjne pomiędzy profesjonalistami medycznymi (przede wszystkim lekarzami) i pacjentami, naciski pacjentów i ich rodzin. Względem kulturowe to coraz silniejsze (mylne) przekonanie o niewystępowaniu sytuacji z nieuniknionym niekorzystnym rokowaniem. I wreszcie względy organizacyjne oraz finansowe.

Najdobitniej zjawisko to można wskazać w grupie pacjentów starszych, z wielochorobowością, chorych terminalnie oraz pacjentów z nieuleczalnymi dolegliwościami wieku podeszłego wymagającymi raczej opieki niż terapii. Niejednokrotnie podejmowane są u nich inwazyjne, bolesne lub co najmniej uciążliwe procedury diagnostyczne i terapeutyczne, często obciążone poważnym ryzykiem działań niepożądanych, a dające niewielką szansę poprawy ich sytuacji. Jednocześnie można dostrzec dążenie personelu medycznego i opiekunów tych osób do unikania zastąpienia

karza, aby wśród refleksji odnoszących się do wyboru postępowania (opartego na aktualnej wiedzy medycznej) przypomniał sobie słowa Hipokratesa. Jednak wydaje się, że dzisiejsza medycyna, mimo że nie przestała być sztuką, wymaga coraz mocniejszego oparcia na sprawdzonych algorytmach.

W tym celu warto przypomnieć, że artykuł 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje sposób przygotowania takich rekomendacji. Ich opracowanie dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych dla poszczególnych dziedzin medycyny należy do towarzystw naukowych o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Takie rekomendacje towarzystwo powinno przedstawić ministrowi zdrowia, który po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji może je ogłosić w drodze obwieszczenia w dzienniku urzędowym. Przepis obowiązuje już prawie dwa lata, a dotychczas żadne towarzystwo nie skorzystało z okazji uporządkowania spraw w swojej dziedzinie. Czy znajdą się chętni? ■