

Problemy z wytycznymi postępowania medycznego dla lekarzy

WOJCIECH PŁAZAK

Co to są wytyczne postępowania medycznego?

Liczba wyników badań dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia w medycynie, która codziennie publikowana jest w czasopiśmie medycznych oraz w formie elektronicznej, jest tak duża, że lekarze nie są w stanie zapoznać się nawet z tymi, które dotyczą ich wąskiej specjalności. Główna międzynarodowa baza opublikowanych prac medycznych – PubMed – zawiera obecnie około 30 milionów pozycji, a średnio każdego dnia uzupełniana jest o około 4.000 nowych prac. Lekarz praktyk, przyjmujący codziennie wielu chorych, nie może zatem śledzić zmian dotyczących możliwości zastosowania nowych leków i procedur medycznych, a jego wiedza z okresu studiów szybko staje się nieaktualna.

Pojawienie się wytycznych postępowania medycznego umożliwia szybkie zapoznanie się z aktualnymi sposobami diagnostyki i terapii. Wytyczne uaktualniane są przez międzynarodowe towarzystwa medyczne co kilka lat, a dostępność do nich jest darmowa i łatwa. Dla przykładu, wytyczne postępowania w dziedzinie kardiologii dostępne są na stronie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego: www.escardio.org/guidelines. Obecnie znajduje się tam 38 dokumentów, obejmujących swoją treścią cały obszar kardiologii. W wytycznych, obok krótkiego omówienia poszczególnych chorób, znajdują się zalecenia ułożone według klas I–III, w zależności od przydatności i skuteczności leków i procedur. Ogólnie można powiedzieć, że zalecenia klasy I i klasy IIa powinny zostać przez lekarza zrealizowane, lekarz nie powinien natomiast stosować leków i procedur klasy III. Realizację zaleceń klasy IIb pozostawia się w pełni indywidualnej decyzji.

Wobec łatwej dostępności i przejrzystości wytycznych może wydawać się, że problem wyboru właściwego postępowania lekarskiego jest rozwiązany (a przy okazji mówiąc: że niedaleko już do chwili, gdy lekarz zastąpi maszyną, bo mamy dla niej przygotowany algorytm). Tak jednak nie jest. Popatrzymy nieco głębiej na problemy związane z tworzeniem i wykorzystywaniem wytycznych.

Problemy z tworzeniem wytycznych

Zalecenia opierają się na wynikach dużych, randomizowanych badań klinicznych. Wśród wielu trudności podania zaleceń dotyczących pacjentów z danym schorzeniem jest ekstrapolacja wyników. Badania kliniczne dotyczą bowiem pacjentów młodszych, wyjątkowo powyżej 75 roku życia, bez istotnych chorób współtowarzyszących. Co więcej, firmy farmaceutyczne, sponsorując badanie, starają się maksymalnie rozszerzyć kryteria włączenia, by w razie potwierdzenia skuteczności leku można było zalecić stosowanie go w szerokiej grupie. Dobrym przykładem są wyniki trzech dużych badań dotyczących poprawy rokowania u chorych z niewydolnością serca leczonych tzw. ACEI (inhibitorami enzymu konwertującego angiotensynę). Badanie HOPE z ramiprylem wykazało spadek śmiertelności całkowitej. Badanie EUROPA z perindoprylem nie wykazało istotnego spadku śmiertelności całkowitej ani sercowo-naczyniowej, a jedynie tzw. miękkich punktów końcowych, jak zmniejszenie liczby zawałów serca czy rozwoju niewydolności serca wymagających hospitalizacji. Badanie PEACE z trandolaprylem wykazało, że zastosowanie leku w badanej grupie działa rokowniczo dokładnie tak, jak placebo. Można by zatem sądzić, że ramipryl jest najlepszy, a trandolapryl w ogóle nie działa. Kiedy jednak przyjrzymy się grupie osób leczonych, sytuacja się rozjaśnia: do badania HOPE kwalifikowano ciężiej chorych, którym stosowanie leku mogło realnie pomóc. Natomiast śmiertelność

w grupie placebo badania PEACE wynosiła tyle, ile w ogólnej populacji, dobranej pod względem płci i wieku. Widać, że badanie to nie wykazało nieskuteczności trandolaprylu, ale nieskuteczność leczenia ogólnej populacji.

Istnieje wiele znanych i stosowanych leków, które – jak podejrzewamy – mogą mieć istotne znaczenie także w innych stanach niż pierwotne i podstawowe wskazanie. Przykładem niech będzie witamina D. Stosowana jest głównie w celu prawidłowego ukształtowania i podtrzymania struktury kości. Z małych badań wiadomo jednak, że jej korzystne działanie może być szersze: wpływa na przykład na układ immunologiczny, wykazując działanie przeciwzapalne. Czy możemy zatem spodziewać się dużych badań klinicznych nad zastosowaniem witaminy D w przewlekłych chorobach zapalnych? Zapewne nie, bo żadna z firm nie jest zainteresowana poświęceniem dużej ilości środków finansowych na badanie substancji, na której później nie będzie można zarobić: produkcja witaminy D nie jest objęta patentem, a powszechna i tania.

Wynik badania naukowego jest publikowany zazwyczaj wówczas, gdy jest pozytywny, to znaczy, gdy dowiedziono, że dany lek lub procedura są skuteczne. Wyniki negatywne są często odrzucane przez redakcje czasopism jako potencjalnie mniej chętnie czytane i cytowane. Obliczenia wskazują, że opublikowanie wyniku negatywnego jest dwu- do sześciokrotnie trudniejsze w porównaniu z wynikiem pozytywnym. W szerokich analizach wielu badań (metaanalizach) istnieje zatem trend do zbyt wysokiej oceny skuteczności stosowanej metody: opublikowano bowiem jedynie tę część prac, które wykazały jej skuteczność.

Problemy ze stosowaniem wytycznych w praktyce

Wyobraźmy sobie lekarza, którego odwiedza pacjent z kilkoma chorobami przewlekłymi. To sytuacja powszechna, szczególnie w starszym wieku. Na przykład współistnienie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, cukrzycy i choroby reumatycznej jest bardzo częste. Każda z wytycznych zaleca zastosowanie określonej liczby leków w każdej z chorób. Gdyby zalecić choremu leczenie wszystkimi łącznie, liczba przyjmowanych tabletek dziennie sięgałaby często 20 i więcej. Wiadomo jednak, że zastosowanie więcej niż 5–8 leków łącznie może spowodować nieprzewidywalne interakcje. Słuszną decyzją, ale i odpowiedzialnością lekarza, jest zatem ograniczenie liczby zaleconych leków do koniecznego minimum. To pierwszy i bardzo powszechny przykład sytuacji, w której lekarz działa świadomie i z własnego wyboru wbrew wytycznym.

Standardy postępowania mogą być przyczyną niechęci lekarzy do indywidualizacji leczenia. Chociaż oczywiście jest, że zalecenia są pewnym uogólnieniem i odnoszą się do sytuacji najbardziej typowych i występujących najczęściej, to jednak sugerują lekarzowi podobne postępowanie w każdym przypadku. Co więcej, pojawienie się wytycznych ma istotne konsekwencje prawne. Ocena działania lekarza przez prawników opiera się na jej zgodności z tzw. aktualną wiedzą medyczną. Niejasność tego sformułowania była zawsze problemem podczas procesów sądowych. Wydawać się może, że pojawienie się wytycznych wyposażyło prawników w dość szczegółową informację o tym, jak powinno się diagnozować i leczyć. Nic jednak bardziej mylnego: jasno sformułowane zalecenia pozostają wciąż zaleceniami, a nie zarządzeniami. Zdarza się często, że lekarz na podstawie swojego doświadczenia wie, że u danego pacjenta lepiej jest postąpić inaczej. Jako lekarz zajmujący się od ponad 20 lat pacjentami z licznymi schorzeniami i w stanach bezpośredniego zagrożenia życia wiem, że nierzadko połowa chorych



Wydarzenia

- Muzeum Fotografii w Krakowie
- Narodowe Centrum Nauki

► leczona jest celowo i świadomie z odstępstwem od wytycznych, bowiem w zgodnej ocenie lekarzy odejście od standardów jest dla pacjenta korzystniejsze. O ile zastosowanie leczenia niewynikającego z zaleceń czy zaniechanie procedur zalecanych przez wytyczne nie jest problemem w dużych ośrodkach, szczególnie uniwersyteckich, gdzie pracują twórcy standardów, a decyzje można podejmować wieloosobowo, lekarzowi przyjmującemu chorych samodzielnie trudniej jest odejść od wytycznych. Może zatem być tak, że lekarz trzyma się wytycznych pomimo przekonania opartego na doświadczeniu, że w danej sytuacji postępowanie niezgodne z wytycznymi mogłoby być korzystniejsze.

Wytyczne podają informacje dotyczące możliwości terapeutycznych, w tym zastosowania inwazyjnych zabiegów interwencyjnych. Należy pamiętać, że u osób starszych, z wieloma chorobami współistniejącymi, o ograniczonym kontakcie mentalnym z oto-

czaniem, z wysokim ryzykiem zabiegowym, brakiem możliwości należytej opieki i rehabilitacji pozabiegowej, decydujemy często o odstąpieniu od leczenia inwazyjnego pomimo jego dostępności. Można zaobserwować, że obecność zaleceń dotyczących procedur inwazyjnych sugeruje lekarzom ich zastosowanie, a zatem postępowanie terapeutyczne bardziej agresywne, niż chcieliby zastosować u siebie samych.

Podsumowanie

Pojawienie się wytycznych postępowania medycznego umożliwiło szybkie zapoznanie się z aktualnymi sposobami diagnostyki i terapii. Istotnie poprawiło zatem jakość opieki zdrowotnej. Nie należy jednak zapominać o związanych z wytycznymi problemach – szczególnie wówczas, gdy osoby niebędące lekarzami, bez doświadczenia medycznego, próbują opierać się na nich jako na nośnikach bezwzględnej prawdy.

WOJCIECH PŁAZAK

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński

Jeszcze o prawdzie, naoczności i... retoryce

Wielowątkowa dyskusja dotycząca sensu i funkcjonalności pojęcia (czy „idei”?) prawdy wydaje się wartościowa również i dlatego, że pobudziła nas, z rozmaitych dziedzin i dyscyplin nauk się wywodzących, do zastanowienia się nad tym, czemu właściwie (i komu) składaliśmy przysięgę doktorską, wypowiadając ten jej passus, który do prawdy bezpośrednio się odnosi: „[...] quo magis veritas propagetur et lux eius, qua salus humani generis continetur, clarius effulgeat [...]” Sporo jest metafor w tej części zdania, ale nie osłabiają one mojej, a także bardzo wielu innych, którzy tę formułę wypowiadali, wiary („wiary” właśnie!) w to, że prawdę można jednak określić bez kabotynady, obłudy czy ignorancji jako [...] *salus humani generis* [...], zwłaszcza że prawdą jest bezradność rozumu wobec rzeczywistości, która pod każdym względem przerasta zdolności naszego poznania. Ta prawda zatem leży u podstaw nie tylko każdej teorii poznania, ale przede wszystkim uzasadnia pokorę, która zawsze jest warunkiem poczucia godności podmiotu poznającego i wiarygodności każdego zdania, zaczynającego się – jak średniowieczny *cuiuslibet rei tractatus* – od formuły *videtur quod...* Owo „videtur”, czyli „widać, wydaje się, że...” oddaje bowiem nie tylko uczciwą niepewność podmiotu (nie relatywizującą wszakże wiedzy i opinii o niej!) co do wyników poznania. Podkreśla ona bowiem najpierw (dosłownie) „naoczność” poznania: wszak to *aletheia* właśnie, czyli „oczywistość”, naoczność prawdziwego, wedle dostępnych nam organów, poznania, jest kryterium, które wypowiedianym przez nas sądom nadaje status „wypowiedzi prawdziwej” (*logos althês*). Oddaje ona dlatego „wiedzę” (*episteme / scientia*) o stanie rzeczy, nie zaś „opinię”, „przekonanie” czy „wiarę” (*doxa / opinio / fides*), tej bowiem ostatecznym ukształtowaniem zajmuje się retoryka, czyli „umiejętność” (*technè / ars*) perswazji. Może ona służyć, jak każda umiejętność, do wspierania kłamstwa i szerzenia demagogii, ale to już jest kwestia moralnej odpowiedzialności człowieka, który się takim czy innym narzędziem posługuje. W tym miejscu, jak sądzę, humanistyka, czyli nauka o komunikacji opartej na kodach kulturowych, spotyka się przyjaźnie z szeroko rozumianym „przyrodoznawstwem”, jak można wywnioskować z bardzo wielu wypowiedzi badaczy natury posłu-

gujących się metodami nauk ścisłych, choćby z eseju Carla Friedricha von Weizsäckera zatytułowanego *Prawda* (zob. tegoż, *Jedność przyrody*, Warszawa 1978, s. 395–402). Autor zastanawiał się tam nad ważnym składnikiem arystotelesowskiej definicji prawdy (po łacinie ją znamy jako *adaequatio rei et intellectus*), jakim jest owa *adaequatio*, czyli „odpowiedniość”, i co dla fizyka ona znaczy. Otóż jak tę „odpowiedniość” stwierdzać, mierzyć, weryfikować? Doświadczać? Zmysłowo? Spekulatywnie? Jak opinię o niej formować i wyrażać? To chyba właśnie jest ta kwestia, którą w naszej dyskusji Andrzej Białas oznaczył pojęciem „przybliżenia”. Sądzę przeto, że właśnie obszar owego „przybliżenia” jest dla przyrodoznawstwa i humanistyki miejscem intelektualnej współpracy, której celem może być wszechstronny, wielowarstwowy, dynamiczny i lojalny wobec metodologicznej swoistości poszczególnych dziedzin i dyscyplin nauki opis rzeczywistości. W przekonaniu, że jest on „w przybliżeniu” prawdziwy, humanistyka go bada, kształtuje, werbalizuje opinie na jego temat i wspiera za pomocą umiejętności sztuki perswazji, zwanej retoryką, która służyć powinna „wspieraniu” prawdy, odwołując się do znajomości norm etycznych, systemu kodów kulturowych etc., czyli kultury. Tu pojawia się kwestia odpowiedzialności moralnej za słowo. Chciałbym za Cyncerem i Kwintylianiem z głębokim przekonaniem powtórzyć: niechby każdy, kto się wypowiada w debacie publicznej, był człowiekiem „prawym, w przemawianiu biegłym” – ... *sit ergo ... bonus, dicendi peritus*. Ów bowiem uczciwie nazwie rzeczy po imieniu, nie nazywając np. obłudy „delikatnością” czy kłamstwa „rozumianiem się z prawdą”, gdyż każdy, ten czy inny występek ma ciężar winy moralnej i zła, a jego złowrogiej barwy stylistyka retoryczna rozjaśniać pastelami skutecznie nigdy nie zdoła. W dyskusji na temat relacji pomiędzy wiedzą, opinią i prawdą, na temat jednoznaczności tak oto wypowiadał się również poeta: *Niech prawo zawsze prawo znaczy, a sprawiedliwość – sprawiedliwość*. Poezja bowiem, podobnie jak retoryka – jak ją rozumiem – to sztuka ujawniania i wyostrzenia zarysów prawdy zawartej w opinii na temat rzeczywistości, nie zaś jej rozmywania w imię fałszywie czyli ideologicznie pojmanego pragmatyzmu.

ANDRZEJ BOROWSKI

PRZYSZŁY TYDZIEŃ
W PAU

Konferencje, Sesje, Imprezy...

