



Fot. Iwona Burdzanowska/Agencja Gazeta

Kompleks Pana Boga

Rozmowa z prof. Grzegorzem Wallnerem, konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii ogólnej

Medscape opublikował raport na temat najczęstszych przyczyn skarg sądowych na chirurgów. Wynika z niego, że aż 44 proc. skarg dotyczy nieprawidłowo przeprowadzonych operacji. Jak kwestia błędów chirurgicznych wygląda w Polsce?

W Polsce absolutnie nie ma takich danych. Nikt nie prowadzi ewidencji, jeżeli chodzi o chirurgię ogólną. O skali problemu można pośrednio wnioskować na podstawie zgłoszeń skarg pacjentów, postępowań w sądach lekarskich, komisjach orzecznictwa przy wojewodach oraz rejestru postępowań karnych i cywilnych. Mogę powiedzieć szerzej, że NFZ poniekąd posiada te dane, ale są one gromadzone pod kątem sprawozdawczości i refundacji kosztów leczenia zasadniczego. Nie mając odpowiednich narzędzi, fundusz nie jest w stanie analizować danych pod kątem jakości leczenia chirurgicznego. I dlatego nie wiemy, jaka jest rzeczywista skala problemu błędów popełnianych przez chirurgów w Polsce. Wydaje się jednak, że odsetek błędów na pewno nie jest mniejszy niż w innych krajach. Zwłaszcza w tych, które rygorystycznie przestrzegają standardów jakościowych w chirurgii i prowadzą rejestry. Są one jednocześnie pod kontrolą nie tylko płatnika, lecz także towarzystw naukowych i firm ubezpieczeniowych. Uważam, że jako lekarze akceptujący standardy leczenia, przestrzegający zasad jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów obligatoryjnie powinniśmy monitorować jakość wykonywanych procedur chirurgicznych, a tego niestety w Polsce na razie nie ma. Bezwzględnie egzekwowane powinno być też przestrzeganie zasad leczenia chirurgicznego opartych na dowodach naukowych, tzw. *evidence based surgery*. Tylko taki sposób postępowania chirurgicznego, jako merytorycznie uzasadniony, powinien być akceptowany przez płatnika czy firmy ubezpieczeniowe. Nie do przyjęcia jest niekontrolowana dowolność wykonywania zabiegów, bez przestrzegania przyjętych standardów w chirurgii.

Co może się przyczynić do zmniejszenia liczby błędów?

Tym elementem z pewnością jest akredytacja szpitali, czyli spełnienie norm jakościowych poprzez wdrożenie różnych wymogów formalnych, organizacyjnych, projakościowych, np. wprowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej, karty stanu odżywienia i leczenia żywieniowego, egzekwowanie profilaktyki antybiotykowej, profilaktyki przeciwzakrzepowej, wystandaryzowanych zgód na procedury diagnostyczne i zabiegi chirurgiczne itp. Niestety nie wszystkie szpitale posiadają akredytację Centrum Monitorowania Jakości, a jeszcze mniej przestrzega akredytacyjnych wymogów formalnych. Tymczasem np. zastosowanie tzw. *check lists*, w tym karty opieki okołoperacyjnej, zmusza nas do odnotowania kolejnych czynności i istotnie zmniejsza

„Jeśli ktoś mówi, że nie popełnia błędów i nie ma powikłań, to po prostu kłamie”

ryzyko pominięcia jednej z nich, z której logicznie wynika następna czynność lub procedura. Nie ma jednak możliwości całkowitego wyeliminowania błędów czy powikłań. Zdarzają się one również w jednostkach wysokospecjalistycznych i przy stosowaniu wysoko zaawansowanych technologicznie metod diagnostyczno-terapeutycznych. Można natomiast zmierzać do tego, aby analizować i minimalizować ryzyko błędów. Gdyby przestrzegano zasady, że każdy ordynator chirurgii jest zobowiązany do wykonywania audytów, czyli podsumowania pracy swojej i swoich współpracowników, to wiedziałby on, czy w danym roku ma mniej czy więcej powikłań. Jeśli byłoby ich mniej niż w roku poprzednim, to oznaczałoby, że kierunek działań projakościowych w jednostce jest dobry, ale jeśli liczba byłaby porównywalna, to należałoby się zastanowić nad zmianami i działaniami projakościowymi. Niedopuszczalny natomiast jest trend wzrostu powikłań, zdarzeń niepożądanych, błędów chirurgicznych czy brak świadomości, jaka jest rzeczywista skala zagrożeń w danej jednostce. Powinno to interesować zarówno każdą placówkę, jak i płatnika. Niestety tak się nie dzieje.

Według Amerykanów błędy mogą być różne: diagnostyczne, w dokumentacji medycznej, np. brak zgody chorego na zabieg, ale także błędy chirurgiczne, w efekcie których dochodzi do powikłań stanowiących zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjentów. Z jakim typem błędów mamy najczęściej do czynienia w Polsce? Czy wynikają one z trudnych warunków pracy?

Dla mnie każdy rodzaj błędu jest błędem istotnym. Podobnie jak w innych krajach, w Polsce są popełniane błędy dotyczące i diagnostyki, i prowadzenia dokumentacji, i – co jest najbardziej bolesne – te dotyczące bezpośredniej działalności chirurgicznej, które przekładają się na powikłania, na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, a czasem nawet na utratę życia. O tych tragicznych sytuacjach jest najgłośniejsze. Oczywiście mogą one wynikać z braku wystarczających kompetencji, niezachowania należytej staranności. Można także powiedzieć, że po części ich przyczyną jest niestety niskie uposażenie lekarzy. Średnia płaca chirurga w Polsce jest istotnie niższa niż np. anestezjologa, jest wielokrotnie niższa niż w innych krajach Unii Europejskiej, np. 3–4 razy niższa niż u naszych południowych sąsiadów – Słowaków i Czechów. Chirurg zatrudniony



Fot. Iwona Burdżanowska/Agencja Gazeta

„Chirurg zatrudniony w konkretnym szpitalu często jest zmuszony do poszukiwania paru innych dodatkowych miejsc pracy, aby dorobić. To powoduje przemęczenie, brak koncentracji, wyższe ryzyko popełnienia błędu”

w konkretnym szpitalu często jest zmuszony do poszukiwania paru innych, dodatkowych miejsc pracy, aby „dorobić”. To wpływa na permanentne przekraczanie obowiązujących w Unii Europejskiej norm czasu pracy, przemęczenie chirurga, brak koncentracji, wyższe ryzyko popełnienia błędu. Warto przytoczyć maksymę Hipokratesa, że „lecząc pacjenta, można zarabiać”, ale u nas często dochodzi do odwrócenia powyższej zasady: żeby zarobić, leczymy pacjenta.

Chirurgów, tak jak innych lekarzy, nie mamy zbyt wielu.

W chirurgii sytuacja jest naprawdę poważna. Istnieje realne zagrożenie bezpieczeństwa państwa polskiego w kontekście dostępności czy możliwości świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej. To zagrożenie nabiera szczególnej wagi w przypadku

potencjalnych masowych sytuacji kryzysowych – katastrof, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych. Mimo że mamy kilkaset funkcjonujących oddziałów chirurgii ogólnej, to nie są one w stanie zabezpieczyć potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych z powodów kadrowych. Według danych z Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce zarejestrowanych jest między 8 a 9 tys. chirurgów, tymczasem dane Eurostatu wskazują, że jest nas niecałe 6 tys. Na przełomie 2014 i 2015 r. z inicjatywy Towarzystwa Chirurgów Polskich dokonaliśmy szczegółowej, kompletnej oceny liczby chirurgów, którzy rzeczywiście pracują w szpitalach na oddziałach chirurgicznych. W statystykach uwzględniono rezydentów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, chirurgów z pierwszym stopniem specjalizacji, specjalistów z drugim stopniem, w tym lekarzy chirurgów, którzy przekroczyli wiek emerytalny i nadal aktywnie pracują w oddziałach chirurgii ogólnej. W sumie na wszystkich oddziałach chirurgii w Polsce w 2015 r. pracowało dokładnie jedynie 3829 chirurgów. Tak mała liczba aktywnych zawodowo chirurgów ogólnych pracujących na oddziałach chirurgii nie jest w stanie zabezpieczyć zdrowia i życia pacjentów w sytuacjach kryzysowych. Nie jest też w stanie zabezpieczyć odpowiedniego poziomu świadczeń chirurgicznych, co może mieć wpływ na zwiększone ryzyko błędów chirurgicznych.

Kiedy ryzyko popełnienia błędu przez chirurga jest największe?

Na pewno przy braku odpowiedniego poziomu wiedzy, doświadczenia klinicznego i umiejętności praktycznych. Również zmęczenie fizyczne zwiększa ryzy-

ko błędu, duży wpływ ma organizacja funkcjonowania szpitali. W Polsce z reguły jest tak, że w przypadku budowy nowego szpitala placówka dysponuje również funduszami inwestycyjnymi, które pozwalają na zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej. Jednak czas dobrego zaplecza diagnostycznego i aparaturowego szybko mija. Tymczasem nowoczesny sprzęt i aparatura, narzędzia i materiały chirurgiczne warunkują bezpieczne przeprowadzenie zabiegu. Jeśli ich nie ma, owszem, operujemy, ale czy chodzi o to, aby pracować tak jak 30–50 lat temu? Myślę też, że biurokracja związana z uprawianiem zawodu lekarza, w tym chirurga, zabija entuzjazm. Wypełnienie dokumentacji medycznej, czyli działanie wtórne, mające na celu zabezpieczenie się, staje się ważniejsze niż rzeczywiste leczenie i czas bezpośrednio poświęcony pacjentom. Oczywiście prawidłowe dokumentowanie naszych działań w zakresie diagnostyki i terapii ma kapitalne znaczenie, ale wzorem innych krajów powinny tym się zajmować sekretarki medyczne. Niestety nie jest to jeszcze powszechna praktyka szpitalna, raczej należy to traktować jako wyjątek, a nie standard. Problem jest tym bardziej palący, że większość oddziałów chirurgii boryka się z permanentnymi brakami kadrowymi. Czas pracy chirurga jest tak drogi, że szkoda go na czynności niezwiązane bezpośrednio z opieką nad pacjentem. Jest to szczególnie ważne tam, gdzie na przykładowym 30–40-lóżkowym oddziale powinno być zatrudnionych minimum 5–8 chirurgów w stosunku do liczby łóżek i wykonywanych operacji. Z reguły na kontrakcie pracuje jedynie 2–3 chirurgów i jeszcze ktoś w wieku emerytalnym w niepełnym wymiarze godzin.

Wracając do uposażenia i braków kadrowych – błędy wynikają również z niedofinansowania chirurgii.

Środki przeznaczane na chirurgię w ramach leczenia szpitalnego w Polsce wynoszą zaledwie 800 mln zł. Nawet jeśli założyć, że wg niektórych źródeł nakłady na różne grupy świadczeń związanych z chirurgią sięgają nieco ponad 2 mld zł, to i tak – biorąc pod uwagę około pół miliona operacji rocznie i miliony leczonych pacjentów – są one zdecydowanie za niskie. Ta dysproporcja jest tym bardziej frustrująca, że np. na leczenie stopy cukrzycowej przeznaczona jest 2,5 mld zł, na onkologię – ok. 6 mld zł. Nie da się zabezpieczyć właściwego funkcjonowania chirurgii przy tak niskich nakładach. Uznanie chirurgii za dyscyplinę deficytową i zwiększenie liczby miejsc rezydenckich niestety nie będzie skutkowało bezpośrednią poprawą sytuacji. Współpracując jako konsultant krajowy, widzę, że resort ma pełną świadomość konieczności zmian w tym zakresie.

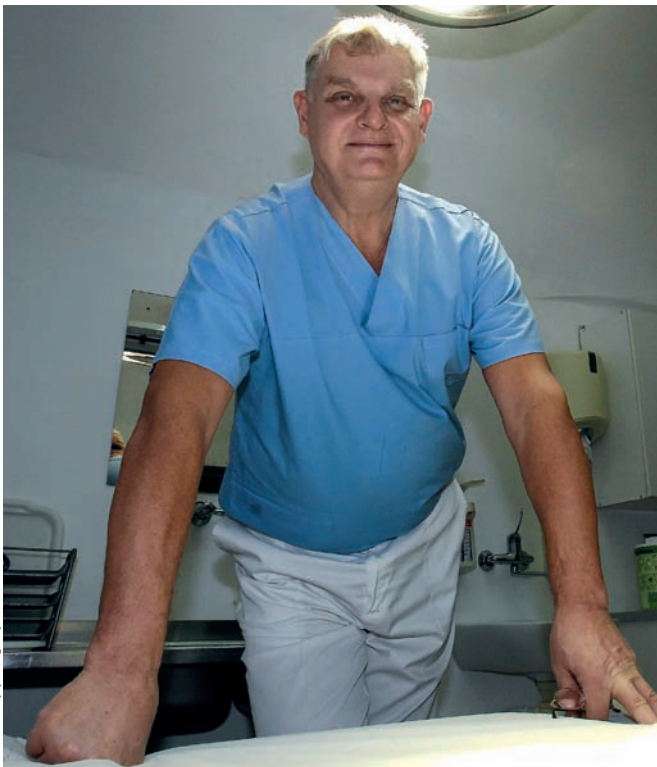
„Warto przytoczyć maksymę Hipokratesa, że lecząc pacjenta, można zarabiać. U nas często dochodzi do odwrócenia tej zasady – żeby zarobić, leczymy pacjenta”

Czy szpitale pomagają w redukowaniu błędów? Amerykanie narzekają, że w zmniejszaniu liczby spraw sądowych – nie bardzo.

Z punktu widzenia czysto ekonomicznego na pewno drogi lekarzy chirurgów i dyrekcji szpitali będą się rozchodziły. W Polsce nie ma pełnoprofilowego oddziału chirurgii, który nie przynosiłby strat. Oczywiście są oddziały, które wybierają sobie procedury dobrze wycenione. Zarządzający szpitalem odpowiedzą, że bezpieczeństwo pacjentów jest ważne, ale w praktyce każdemu dyrektorowi chodzi o to, aby szpital się zbilansował, żeby nie przynosił strat. Niestety chirurgia przynosi ich najwięcej i wcale nie dlatego, że nieprawidłowo leczymy, źle operujemy. Przyczyną jest to, że procedury chirurgiczne są źle oszacowane i zbyt nisko refundowane. Spornych kwestii między chirurgami a zarządzającymi szpitalami jest więcej. Wśród chirurgów są tacy, którzy wykonują mniej lub bardziej zaawansowane procedury operacyjne, są mniej lub bardziej zainteresowani jakością w chirurgii. To bardzo zróżnicowana grupa klinicystów ze szpitali uniwersyteckich, regionalnych, powiatowych, państwowych, prywatnych, gdzie jest większe ryzyko konfliktu interesów.

Jakie jest wyjście z sytuacji?

Sposobem na zapanowanie nad tą różnorodnością byłoby np. systematyczne monitorowanie jakości pracy chirurga. Temu celowi powinno m.in. służyć planowane i oczekiwane wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Szansę na kliniczną analizę wyników leczenia chirurgicznego, również na obiektywne monitorowanie niepowodzeń, w tym błędów chirurgicznych, stworzyłoby utworzenie ogólnopolskiego rejestru działań chirurgicznych. Już w tej chwili władze administracyjne, płatnik, a przede wszystkim poszczególne szpitale czy oddziały chirurgii, analizując dane dotyczące śmiertelności np. po operacjach raka jelita grubego w poszczególnych regionach Polski, mogłyby podejmować działania korygujące niekorzystne wyniki działań chirurgicznych. W niektórych województwach śmiertelność jest istotnie wyższa niż w innych.



Fot. Tomasz Bytych/Agencja Gazeta

„Istnieje realne zagrożenie bezpieczeństwa państwa polskiego w kontekście dostępności czy możliwości świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej”

Gdyby płatnik i resort zdrowia zwracały na to uwagę, to ich reakcja i próba wyjaśnienia przyczyn tej sytuacji powinny być natychmiastowe. Dlaczego pacjent w jednym województwie ma większą szansę przeżycia niż w innym, mimo że obaj byli operowani w takich samych stopniach zaawansowania raka? Może to wynikać m.in. z poziomu referencyjnego szpitala czy oddziału, doświadczenia personelu i ośrodka, specjalizacji itp. Z tym łączy się oczywiście liczba operacji danego typu. W jednym szpitalu wykonywanych jest 150 operacji, w innym 10–20. Siłą rzeczy doświadczenie, specjalizacja i referencyjność będą różne, co zdecydowanie wpłynie na bezpośrednie wyniki leczenia chirurgicznego, powikłania, szanse 5-letniego przeżycia, które są miernikiem jakości leczenia, itp.

Czyli nikt się nie zajmuje wynikami leczenia?

Nie do końca. Są oczywiście w Polsce instytucje, obok NFZ, które zajmują się tym w skali makro. Prowadzą

nawet ewidencje i na podstawie tych danych można już wyciągać wnioski: wiadomo, gdzie są zagrożenia, gdzie hospitalizacje są dłuższe, gdzie są nieplanowane hospitalizacje powtórne, gdzie są przedłużone pobyty, wyższy odsetek zgonów okołoperacyjnych itp. Najpierw te dane należy odnieść do konkretnego ośrodka, ale potem do każdego chirurga, który powinien być weryfikowany w sposób nie tylko ilościowy, lecz przede wszystkim jakościowy. I nie chodzi tu o rozliczanie chirurgów, pociąganie ich do odpowiedzialności, ale o rzetelne działania w celu podniesienia poziomu leczenia. Myślę jednak, że do pełnego, systemowego egzekwowania jakości w chirurgii w Polsce jeszcze nam bardzo daleko.

W USA chirurdzy nie potępiają kolegi, który popełnił błąd i ma nawet sprawę sądową. Jak to wygląda w Polsce? Czy środowisko jest pod tym względem solidarne?

Jeśli ktoś mówi, że nie popełnia błędów i nie ma powikłań, to po prostu kłamie. Wydaje mi się, że środowisko amerykańskie mentalnie rozumie już obowiązek pokazania, udokumentowania błędów i powikłań. W USA jest to traktowane jako przyczynek do poprawy sytuacji, w Polsce natomiast ciągle jako sprawa wstydliva. W USA przyznanie się do błędu stanowi przejaw profesjonalizmu i odpowiedzialności. Po to są rejestry działań niepożądanych. W Polsce niestety tak nie jest, wśród chirurgów dominuje obawa przed konsekwencjami. Samo środowisko czasem świadomie, solidarnie ukrywa błędy, bo boi się odpowiedzialności. Warto pamiętać, że bardzo wiele spraw, które się w Polsce toczy, wynika nie tyle ze świadomości pacjenta, ile z przysługi kolegi ze środowiska lekarskiego. Jeden lekarz komentuje pracę innego lekarza i stawia go w niekorzystnym świetle, a pacjent odbiera to w określony, subiektywny sposób. Zgłaszania, rejestrowania zdarzeń niepożądanych, błędów, zgonów, rzetelnej analizy z intencją identyfikacji przyczyn i działań naprawczych nie ułatwia atmosfera wokół świata medycznego, a w szczególności wokół dyscyplin zabiegowych, w tym chirurgii ogólnej. Jak można obniżyć odsetek powikłań czy zgonów, jak zidentyfikować mechanizmy, zagrożenia, przyczyny błędów, jeśli się nie prowadzi systematycznej ewidencji własnych działań medycznych? Wiele zdarzeń niepożądanych w ogóle nie powinno być też rozpatrywanych w kategoriach błędu medycznego, bo mogą one wynikać ze specyfiki choroby czy obiektywnie mogą być związane ze sposobem leczenia. Oczywiście należy odróżnić od nich błędy wynikające z niedbalstwa, ignorancji czy braku umiejętności. Jest jeszcze coś. Przecenianie własnych umiejętności, kompleks władzy, który dobrze oddaje żartobliwe pytanie: jaka jest różnica między chirurgiem a Panem Bogiem? Taka, że Panu Bogu nie wydaje się, że jest chirurgiem.

Rozmawiała: Marta Koblańska