

## PRZYKŁADY Z PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO

- Rozpoznając u osoby dorosłej nadciśnienie, wdrażamy leczenie niefarmakologiczne i farmakologiczne zmierzające do uzyskania pełnej kontroli ciśnienia (np. RR < 140/90 mm Hg). Pomimo osiągnięcia tego celu, nie możemy jednak pacjentowi dać gwarancji, że nie dostanie udaru mózgu.
- Wysokie ryzyko w skali SCORE wskazuje na konieczność podjęcia działań profilaktycznych. Pełna normalizacja modyfikowalnych czynników ryzyka (tj. redukcja stężenia cholesterolu, normalizacja ciśnienia krwi, zaprzestanie palenia) nie daje jednak całkowitej gwarancji uchronienia pacjenta przed śmiercią z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych 10 lat.
- Niska punktacja w skali Centora pozwala rozpoznać niepacjerkowcową etiologię zapalenia gardła i zrezygnować z leczenia antybiotykiem. Mimo to, w bardzo rzadkich przypadkach, można się wówczas liczyć z epizodem gorączki reumatycznej.

## KONSEKWENCJE PRAWNE NIEUCHRONNEJ NIEPEWNOŚCI

Chcąc uniknąć konsekwencji prawnych wynikających z podejmowania decyzji dotyczących zdrowia i życia pacjenta w warunkach nieuchronnej niepewności, należy włączyć pacjenta w proces decyzyjny. Konceptcja **świadomej zgody pacjenta** oznacza, że to pacjent podejmuje ostateczne decyzje co do ważnych dla niego kwestii. Warunkiem pozwalającym uznać zgodę pacjenta za świadomą jest przedstawienie mu przez lekarza (lub innego profesjonalistę medycznego) wszystkich „za” i „przeciw” danej decyzji w sposób pozwalający mu wyrobić sobie własne, w miarę realne wyobrażenie sytuacji, przy uwzględnieniu inteligencji, wykształcenia, i zakresu percepcji pacjenta.

## NASTĘPSTWA NIEUCHRONNEJ NIEPEWNOŚCI DLA LEKARZA

Nieuchronna niepewność towarzysząca wszystkim decyzjom lekarskim jest naturalnym źródłem frustracji. Lekarz, który zachowuje niezbędny poziom samokrytyki, musi zadawać sobie pytanie: „czy mogłem w tej sytuacji zrobić coś więcej albo lepiej?”. W celu uniknięcia związanego z tym zagrożenia wypaleniem zawodowym warto się posługiwać, w miarę ich dostępności, zaleceniami zgodnymi z *evidence-based medicine*. Wynikające stąd ujednolicenie postępowania pozwala uniknąć nieustannego nieproduktywnego rozpamiętywania każdego indywidualnego przypadku z osobna. W tym miejscu warto także zaznaczyć, że wiedza medyczna ewoluje, stąd błędem jest retrospektywne ocenianie decyzji podjętych przed laty w świetle obecnie dostępnej wiedzy i obowiązujących wytycznych.

## PODSUMOWANIE

Każdej decyzji podejmowanej przez lekarza towarzyszy nieuchronna niepewność. Dla dobra swoich pacjentów, jak również swojego własnego, lekarz powinien mieć tego świadomość. Powinien również potrafić przedstawić pacjentowi sytuację w taki sposób, żeby ostateczna decyzja pacjenta co do zakresu i sposobu leczenia była decyzją świadomą.

## PIŚMIENICTWO

1. Dinant G.J. Undifferentiated illness and uncertainty in diagnosis and management. W: Oxford Textbook of Primary Medical Care. Jones R. (red.). Oxford University Press, New York 2004.

2. Walton M., Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? Med Educ 2014; 48: 17-27.
3. Witenberg E.G. The inevitability of uncertainty. J Am Acad Psychoanal 1978; 6: 275-279.

## 3.2.4.

## ALGORYTMY I WYTYCZNE POSTĘPOWANIA

### Algorithms and guidelines for management

Przemysław Kardas

## WPROWADZENIE

W celu uproszczenia i przyspieszenia procesu decyzyjnego w medycynie, a także zapewnienia jego odpowiedniej jakości, powszechnie tworzone są algorytmy i będące formą ich oficjalnego upowszechnienia, zazwyczaj uwierzytelnioną przez prestiżowe organizacje medyczne, wytyczne postępowania. Opracowanie wytycznych odbywa się obecnie najczęściej zgodnie z regułami EBM (*evidence-based medicine*); medycyna oparta na dowodach naukowych), dzięki czemu ich użytkownik otrzymuje swoistą gwarancję jakości.

Etycznym i prawnym obowiązkiem lekarza jest stosowanie w swojej działalności aktualnej wiedzy medycznej, którą najpełniej kodyfikują właśnie wytyczne kliniczne. Stosowanie wytycznych wiąże się jednak z kilkoma praktycznymi problemami, które zostaną omówione poniżej.

## KTÓRE Z DOSTĘPNYCH WYTYCZNYCH WYBRAĆ I ZASTOSOWAĆ W PRAKTYCE

Wytyczne opracowane przez różne gremia (np. wytyczne polskie, europejskie, amerykańskie, wytyczne towarzystw medycyny rodzinnej czy wytyczne towarzystw specjalistycznych) potrafią się różnić, i to nawet znacznie, w swoich zaleceniach, co może wprowadzać ich użytkownika w konsternację. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy na pierwszy rzut oka wszystkie z nich mają wysoką jakość, gwarantowaną standardami EBM. W tej sytuacji warto kierować się dwoma regułami:

- **Nowsze wytyczne są bardziej aktualne**, a zatem „lepsze”, niż wytyczne starsze. Nowe leki, nowe metody lecznicze czy wreszcie wyniki nowych badań klinicznych powodują, że w niektórych przypadkach wiedza medyczna zmienia się w sposób istotny w ciągu 5–10 lat. Wytyczne opublikowane w 2000 r. nie do końca będą zatem korespondować z wiedzą medyczną *anno Domini* 2015.
- **Wytyczne uwzględniające specyfikę danej populacji powinny być preferowane**. Z oczywistych powodów z reguły w praktyce nie dysponujemy wytycznymi dla danego regionu. W pełni zadowalające są w tej sytuacji wytyczne ogólnopolskie, a przydatne – wytyczne europejskie. Korzystanie z wytycznych amerykańskich lub globalnych należy rozważyć ostrożniej, gdyż zarówno styl życia, jak i potencjał genetyczny ludności Azji czy obu Ameryk mogą istotnie odbiegać od europejskiego, w tym w szczególności od polskiego. Oczywiście, wytyczne międzynarodowe często dostosowywane są, z ewentualnymi modyfikacjami, do warunków polskich przez różne stowarzyszenia naukowe.

Kluczowe cechy wytycznych przydatnych w praktyce lekarza rodzinnego przedstawiono w tabeli 3.2.4.1.

**Tabela 3.2.4.1.** Cechy dobrych wytycznych

Cecha	Znaczenie
stosowne	uwzględniają aktualne dowody naukowe i najlepsze doświadczenie
wykonalne	uwzględniają warunki wykonywania praktyki
globalne	uwzględniają różne aspekty problemu
specyficzne	uwzględniają szczególne sytuacje
elastyczne	pozostawiają przestrzeń na indywidualną decyzję
zrozumiałe	unikają określeń ambiwalentnych
atrakcyjne	prezentują zalecenia w sposób przystępny

### KTÓRYCH WYTYCZNYCH NALEŻY UCZYĆ SIĘ NA PAMIĘĆ

Bardziej rozbudowane wytyczne mają nierzadko postać skomplikowanego drzewa decyzyjnego, które jest trudne do nauczenia się na pamięć. Ich zapamiętanie nie musi być zresztą konieczne – w wybranych przypadkach w zupełności wystarczy, gdy lekarz zapewni sobie do nich dostęp na źródłach zewnętrznych, takich jak wydruk papierowy czy nośniki komputerowe. Dotyczy to jednak tylko tych wytycznych, które swoim zakresem obejmują jednostki chorobowe rzadziej pojawiające się w praktyce lekarza rodzinnego. Jeśli jest to natomiast schorzenie, z którym lekarz styka się codziennie lub niemal codziennie, wskazane jest nauczenie się ich na pamięć. W przypadku lekarza rodzinnego dotyczy to na pewno nadciśnienia, cukrzycy, niewydolności krążenia czy antybiotykoterapii zakażeń dróg oddechowych, a także wielu innych częstych jednostek chorobowych.

### DLACZEGO WYTYCZNE SIĘ OKRESOWO ZMIENIAJĄ

Definicje EBM podkreślają, że jest to sumienne zastosowanie **najlepszej obecnie dostępnej** wiedzy medycznej w podejmowaniu decyzji klinicznych. Należy zaznaczyć, że wiedza ta zmienia się z upływem czasu, przede wszystkim w związku z gromadzeniem nowych doświadczeń. W niektórych przypadkach prowadzi to do całkowitej zmiany zaleceń klinicznych, tak jak stało się to w przypadku β-adrenolityków, pierwotnie przeciwwskazanych, a obecnie – zalecanych w leczeniu niewydolności krążenia. Reguły EBM należy bowiem postrzegać jako metodę lub narzędzie,

za pomocą którego opracowuje się aktualnie dostępne dane, a nie jako raz na zawsze opisany i niezmienny schemat leczenia. Konsekwencją tego faktu jest konieczność okresowego aktualizowania swojej wiedzy, szczególnie w zakresie zagadnień istotnych w praktyce lekarza rodzinnego.

### JAK BARDZO WIARYGODNE SĄ WYTYCZNE

Jak już wspomniano, EBM opiera się na najlepszej obecnie dostępnej wiedzy, co wcale nie oznacza, że jest to wiedza kompletna czy mająca jednolicie wysoką jakość. Dlatego też nawet najlepsze wytyczne składają się często z indywidualnych zaleceń o zróżnicowanej jakości i nie kryją tych ograniczeń, a przeciwnie, jednoznacznie się do nich przyznają (tab. 3.2.4.2). Fakt, że dany fragment wytycznych nie jest konkluzją licznych badań klinicznych z randomizacją nie podważa zatem ich wiarygodności. Stanowi on natomiast odzwierciedlenie tego, że aktualna wiedza medyczna nie ma w tej materii do zaproponowania danych bardziej wiarygodnych.

Należy dodatkowo pamiętać, że zarówno wytyczne kliniczne, jak i cała EBM opierają się na metodach statystycznych. Niepowodzenie leczenia prowadzonego zgodnie z wytycznymi EBM jest zatem nie tylko możliwe, ale w określonym procencie przypadków wręcz spodziewane – dopiero przy objęciu leczeniem odpowiednio licznej grupy pacjentów można liczyć na uzyskanie wyników porównywalnych z opisywanymi przez wytyczne.

### PODSUMOWANIE

Oprócz oczywistych korzyści praktycznych (uwolnienie od uciążliwego roztrząsania każdego przypadku z osobna) oraz medycznych (możliwość zapewnienia pacjentom najbardziej skutecznej terapii), stosowanie przez lekarza wytycznych klinicznych w praktyce niesie za sobą dwie dodatkowe korzyści: etyczną i prawną. Etyczna związana jest z faktem, że pewna liczba niepowodzeń wpisana jest w naturę profesji lekarskiej. Postępowanie zgodnie z aktualnymi wytycznymi pozwoli lekarzowi na poczucie, że niepowodzenie nie wynikało z jego błędu, gdyż na ówczesnym etapie nie był w stanie zaoferować swojemu pacjentowi nic lepszego. Korzyść prawna sprowadza się do tego, że lecząc zgodnie z wytycznymi, tę samą tezę lekarz będzie w stanie obronić w postępowaniu procesowym.

### PIŚMIENNICTWO

1. Barylski M., Górka-Ciebiada M., Ciebiada M. Geriatria oparta na faktach – pytania i odpowiedzi. Podstawowe pojęcia – część I. Geriatria 2011; 5: 231-236.

**Tabela 3.2.4.2.** Oznaczenia klas zaleceń i stopnia wiarygodności danych, stosowanych do opisu zaleceń klinicznych

Klasy zaleceń	
I	sytuacje, dla których istnieją dowody i/lub jest ogólna zgoda, że dana procedura/terapia jest korzystna, pożyteczna i efektywna
II	sytuacje, dla których istnieją ścierające się dowody i/lub rozbieżność opinii co do użyteczności/skuteczności wykonywanej procedury/leczenia
IIa	waga dowodu/opinii jest na korzyść użyteczności/skuteczności
IIb	użyteczność/skuteczność jest słabiej ustalona przez dowód/opinię
III	sytuacje, dla których istnieją dowody i/lub jest ogólna zgoda, że dana procedura/terapia jest niepożyteczna i nieefektywna i w niektórych przypadkach może być szkodliwa
Stopień wiarygodności danych	
A	dane z wieloośrodkowych badań klinicznych z randomizacją lub metaanaliz
B	dane z badań jednośrodkowych z randomizacją lub badań bez randomizacji
C	tylko zgodne opinie ekspertów, przypadki lub standardy opieki

2. Tomasik T., Windak A. Wytyczne postępowania medycznego dla lekarzy rodzinnych – definicja, znaczenie, zasady opracowania. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999; 1: 19-25.
3. Tomasik T., Windak A., Król Z.J., Jacobs M. Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej. *Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2002.
4. Whitty P., Eccles M., Woolf S.H. i wsp. Using and developing clinical guidelines. W: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Jones R. (red.). Oxford University Press, New York 2004.

### 3.2.5.

## SYTUACJE NADZWYCZAJNE

### *Extraordinary situations*

Przemysław Kardas

#### WPROWADZENIE

Sytuacje nadzwyczajne wymagają od lekarza podejmowania decyzji, które nie mają pełnego oparcia w aktualnej wiedzy medycznej. Dotyczy to w szczególności takich warunków, gdzie czynnikiem ograniczającym jest **czas** – sytuacja zmusza lekarza do opuszczenia niektórych elementów procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Inną częścią sytuacją nadzwyczajną jest brak wiarygodnych danych, pozwalających podjąć decyzje dotyczące konkretnego pacjenta, ze względu na charakterystykę tego pacjenta. Lekarz musi wówczas dokonać ekstrapolacji dostępnych danych, wytycznych itp., ponosząc jednak związane z tym ryzyko.

#### CZYNNIK CZASU

Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, gdy podjęcie właściwej decyzji zgodnie z wytycznymi wymaga wykonania badania laboratoryjnego czy obrazowego, a tymczasem, czego wytyczne nie uwzględniają, jest właśnie piątek, godzina 17.30, przed przedłużonym, 5-dniowym weekendem... W tej sytuacji trudno odkładać decyzję aż o tydzień, ale jej podejmowanie bez wykonania badania będzie niezgodne z wytycznymi i obarczone zwiększonym ryzykiem.

#### BRAK DANYCH

Większość badań naukowych, które stanowią potem podstawę przygotowania wytycznych, prowadzonych jest w ściśle wyselekcjonowanych grupach pacjentów. Odpowiednio dobrane kryteria włączenia i wyłączenia pozwalają przeprowadzić badanie na homogennej grupie pacjentów, ograniczając wpływ czynników zewnętrznych na wynik prowadzonej interwencji. Życie nie toleruje jednak takich ograniczeń, w efekcie czego lekarz rodzinny musi podejmować decyzje w przypadku pacjentów, których charakterystyka znacznie odbiega od charakterystyki pacjentów obejmowanych badaniami klinicznymi. Poniżej przedstawiono te kryteria, które są częstą przyczyną zaistnienia takich sytuacji:

- **Wiek** – większość badań prowadzonych jest na osobach dorosłych. W efekcie dla wielu leków i interwencji brakuje danych na temat ich efektywności i bezpieczeństwa stosowania u dzieci. Sięgając po lek na nadciśnienie czy hiperlipamię u dziecka, lekarz nie znajduje zazwyczaj wsparcia w obowiązujących wytycznych ani w zarejestrowanych wskazaniach leku. To ostatnie ma, oprócz wynikającego z tego ryzyka, także swoje konsekwencje finansowe: w świetle obowiązujących przepisów lek taki nie powinien być obecnie refundowany. Drugie ekstremum wieku stwarza nie mniejsze kłopoty. Jeśli nawet lek czy terapia są zarejestrowane i potwierdzona jest ich skuteczność

u dorosłych, to nie jest pewne, w jakim stopniu doświadczenia te można rozciągać na osoby starsze, a zwłaszcza sędziwe – np. po 85. roku życia. Z jednej strony u tych osób znacznie łatwiej dochodzi bowiem do ujawnienia się działań niepożądanych terapii. Z drugiej strony zakwestionować można celowość leczenia, będącego standardem u osób młodszych, jeśli ze względu na zaawansowany wiek pacjent ma niewielkie szanse dożycia momentu, w którym ujawnią się korzyści z prowadzonej terapii.

- **Płeć** – większość leków nie była badana wśród kobiet ciężarnych i karmiących, wobec czego dokumenty rejestracyjne zawierają dość kłopotliwą formułę o ich stosowaniu w tych przypadkach „jedynie wtedy, gdy spodziewane korzyści przekraczają spodziewane ryzyko” (co zresztą skądinąd można uznać za generalną zasadę farmakoterapii). Niestety, ocenę owego „ryzyka” i „korzyści” powierza się lekarzowi, nie definiując, jakimi kryteriami powinien je mierzyć.
- **Choroby towarzyszące** – niezwykle rzadko wytyczne uwzględniają fakt, że sytuacja leczenia tylko jednego schorzenia, a w szczególności schorzenia przewlekłego, u jednego pacjenta należy do rzadkości. O ile jeszcze tak częste choroby, jak np. cukrzyca, uwzględniane są czasami w wytycznych leczenia innych schorzeń, o tyle większość pozostających kombinacji zazwyczaj nie jest brana pod uwagę. Czy chorobę wieńcową można więc leczyć w oderwaniu od astmy, a astmę tak, jakby owej choroby wieńcowej pacjent nie miał? Wobec braku jasnych wytycznych lekarz musi w takich sytuacjach często podejmować decyzje „na wycucie”.
- **Nieprzestrzeganie zaleceń** – pacjenci bardzo często, świadomie i nieświadomie, nie stosują się do otrzymanych zaleceń terapeutycznych. Tymczasem wytyczne kliniczne takiej opcji nie przewidują. Co zrobić w sytuacji, gdy wytyczne zalecają stosowanie leku X, a pacjent, poinformowany o tym, odpowiada „o nie, tego leku to ja nigdy nie wezmę”? Co zrobić, jeśli pacjent deklaruje chęć brania leku, a potem okazuje się, że nie przyjmuje go systematycznie? Czy lekarz powinien podpisać wówczas z pacjentem swoisty protokół rozbieżności („informuję pana, że zgodnie z wytycznymi powinien pan się leczyć lekiem X, a jeśli pan tego nie robi, to już pana strata”), czy też sięgnąć po lek Y, wprawdzie niezgodnie z wytycznymi, ale zgodnie z preferencjami pacjenta?

#### PODSUMOWANIE

Wytyczne zakładają często sytuację idealną: pacjent jest w wieku 18–65 lat, choruje na tylko jedną chorobę, chce się leczyć i wypełnia zalecenia w całości, a lekarz nie jest w kontaktach z nim ograniczony czasem. W realnym życiu sytuacja taka nie zdarza się często. W konsekwencji lekarz rodzinny nierzadko skazany jest na podejmowanie decyzji, które w najlepszym przypadku oparte są na ekstrapolacji dostępnych danych, a w najgorszym – nie mają praktycznie żadnego umocowania w wytycznych. W takiej sytuacji na lekarzu ciąży obowiązek poinformowania pacjenta o stanie faktycznym, oraz – w swoim dobrze pojętym interesie – szczególnie precyzyjnego opisanie sytuacji w prowadzonej dokumentacji, z zaznaczeniem, czy po poinformowaniu decyzja została podjęta razem z pacjentem, czy wbrew niemu i dlaczego.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Elwyn G., Edwards A., Rhydderch M. Shared decision-making in clinical practice. W: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Jones R. (red.). Oxford University Press, New York 2004.