

Rozdział 9

Konsultacje specjalistyczne i rola konsultanta

Prawo pacjenta do poszerzenia konsultacji

Według art. 18 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) (Prawo pacjenta do poszerzenia konsultacji): „Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację”.

Art. 19 nowego KEL stanowi, że: „Na życzenie pacjenta oraz w razie wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych lekarz powinien w miarę możliwości umożliwić pacjentowi konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za opiekę nad pacjentem odpowiada lekarz prowadzący leczenie” [76].

Wola chorego jest najwyższym prawem. Lekarz powinien być mądrym doradcą pacjenta. Stała gotowość innych lekarzy do udzielenia pomocy jest kluczowa. Lekarz leczący powinien pomagać choremu, którego dolegliwości sam nie jest w stanie rozpoznawać lub skutecznie leczyć, aby uzyskać właściwe wsparcie lekarskie. Lekarz powinien zapewniać pacjenta o braku jakiegokolwiek oporu wobec ewentualnej chęci zasięgnięcia drugiej opinii, wspierać go w poszukiwaniu lekarza, który

mógłby pomóc, i również lekarz, do którego zgłosi się inny doktor z prośbą o konsultację – nie odmawiać jej. Zakres konsultacji specjalistycznych zależy od kilku czynników:

- choroba podstawowa pacjenta i choroby współistniejące,
- profil oddziału,
- doświadczenie zespołu, a zwłaszcza lekarza prowadzącego,
- podział pracy w ramach zespołu,
- zróżnicowanie oddziałów w strukturze szpitala,
- specjalizacja i doświadczenie oraz nastawienie kierownika oddziału (w wielu wypadkach to on decyduje, dla kogo zabiegać o konsultacje specjalistyczne),
- poziom referencyjności szpitala,
- inne.

Możliwości poszerzenia diagnostyki w praktyce

Z punktu widzenia interesów chorego, a także ekonomii obsługi byłoby dobrze, gdyby w czasie jednej hospitalizacji została rozstrzygnięta większość jego problemów zdrowotnych. W rzeczywistości jest to prawie niemożliwe, ponieważ:

- szpital nie zatrudnia specjalistów w danej dziedzinie,

- szpital nie dysponuje niezbędną aparaturą diagnostyczną,
- szpital nie ma wolnych łóżek, które pozwalałyby na swobodne nimi dysponowanie,
- szpital (oddział) nie zawarł kontraktu na diagnostykę i leczenie określonych chorób,
- pacjent z różnych powodów nie może mieć wykonanych badań potrzebnych do diagnostyki chorób innych niż podstawowa przyczyna bieżącej hospitalizacji.

Zazwyczaj uwaga lekarzy skupiona jest na głównej przyczynie (chorobie), a reszta problemów jest rozstrzygana w miarę możliwości (patrz wyżej). Oddziały zachowawcze częściej proszą o konsultacje specjalistyczne niż zabiegowe, którym konsultacje specjalistyczne potrzebne są głównie do wykluczenia przeciwwskazań do zabiegu, prowadzenia chorego w okresie okołoperacyjnym lub w razie powikłań. Oddziały zabiegowe o większej liczbie łóżek zatrudniają niekiedy na etacie internistę do pomocy i rozstrzygania problemów, jakie mogą pojawić się doraźnie lub w późniejszym okresie pooperacyjnym, kiedy chory zostanie już przeniesiony z sali pooperacyjnej na oddział (godna polecenia propozycja realizowana od kilkadziesiąt lat w Wojskowym Instytucie Medycznym).

Oddziały zachowawcze mają zróżnicowane zapotrzebowanie na konsultacje specjalistyczne uwarunkowane profilem oddziału. Stosunkowo największe zapotrzebowanie mają oddziały internistyczne, ponieważ wiele chorób łączy się z chorobami innych narządów albo ma powikłania. Wiele starszych oddziałów internistycznych ma już zatrudnionych

tw. węższych specjalistów (np. kardiologa, nefrologa, gastrologa), co znakomicie rozwiązuje problemy, jakie pojawiają się u chorych.

Jeśli ordynatorem oddziału jest starszy wiekiem, doświadczony klinicysta, to zapotrzebowanie na konsultacje innych specjalistów może być niewielkie (jeśli jest to oddział zachowawczy). W licznych oddziałach w Polsce, zwłaszcza w ostatnich latach, w związku z emigracją lekarzy, ordynatorami są lekarze wprawdzie mający specjalizacje, ale o zaledwie kilkuletnim doświadczeniu klinicznym. To często powoduje obsługę chorych tylko w zakresie głównych problemów i tendencję do odsyłania chorych z innymi problemami do opieki ambulatoryjnej po wyjściu ze szpitala.

Tam, gdzie w dużym oddziale pracuje kilku lekarzy ze specjalizacją szczegółową, tworzy się nieraz, z bardzo dobrym efektem, podział opieki nad chorymi zgodny ze specjalizacją (kardiolog, gastrolog, pulmonolog itp.). W każdym przypadku byłoby dobrze, aby o dalszym losie pacjenta z chorobą wykraczającą poza kompetencje lekarza prowadzącego decydował nie on sam (po paru latach pracy, częstokroć rezydent), ale ktoś bardziej doświadczony lub ordynator.

Konsultacje różnych specjalistów z innych oddziałów powinny być realizowane w konkretnym celu. Prośba o konsultację nie może mieć postaci jednego zdania: np. „Proszę o konsultację u pacjenta po resekcji jelita cienkiego”. Szacunek dla konsultanta (który przecież poświęca swój czas, którego zbyt dużo nie ma), jak też dla chorego nakazuje obecność lekarza prowadzącego w czasie konsultacji u konkretnego chorego.

Konsultant może potrzebować szczegółowszej informacji o chorym, celu konsultacji i odpowiedzi na pytanie, co konsultacja może wnieść do dalszego postępowania z chorym. Jeśli lekarz prowadzący nie może być obecny przy konsultacji innego specjalisty (np. uczestniczy w zabiegu chirurgicznym), to powinien te informacje przekazać innemu koledze z zespołu, a ostatecznie pielęgniarce dobrze zorientowanej w problemie zdrowotnym chorego.

Dlaczego ważne jest uzasadnienie konsultacji na piśmie

Wizyta u lekarza może być wynikiem samodzielnej decyzji z powodu dolegliwości, skierowania pacjenta przez innego lekarza pragnącego zasięgnąć bardziej specjalistycznej konsultacji, albo przywiezienia go przez transport sanitarny do szpitala z powodu nagłej choroby. W dwóch ostatnich okolicznościach chory staje u lekarza ze skierowaniem wyjaśniającym fachowym językiem powód skierowania – gotowe rozpoznanie lub podejrzenie konkretnej choroby. W tych przypadkach lekarz kierujący stara się wyjaśnić, czego chory oczekuje w wyniku tego etapu kontaktu.

Jeśli pacjent przybył z własnej inicjatywy na konsultację, przyjmujący go lekarz musi przeprowadzić całą „detektywistyczną” procedurę wyjaśnienia symptomatologii, potencjalnej przyczyny objawów (lub choroby) i zastanowić się nad możliwościami diagnostyki i leczenia w oferowanych warunkach ambulatoryjnych lub poprzez skierowanie do specjalisty albo szpitala. W kra-

jach zachodnich przy skierowaniach chorego do innego specjalisty lub szpitala istnieje mocno utrwalony zwyczaj dość szczegółowego opisu historii choroby pacjenta i jego leczenia ambulatoryjnego wraz ze szczegółami myślenia klinicznego i podejrzewaniem choćby istoty obecnej choroby. W polskich warunkach ten sposób obsługi pacjenta będącego w trybie pozaszpitalnym nie przyjęł się i często skierowanie do specjalisty ogranicza się np. do np.: podejrzenie nadciśnienia tętniczego, guz w jamie brzusznej, obrzęki. Brak dodatkowych informacji o przebytych chorobach, wynikach przeprowadzonych badań lub zażywanych lekach sprawia, że całość diagnostyki musi być prowadzona od początku, ponieważ pacjenci rzadko orientują się w drodze dotychczasowego myślenia lekarskiego.

Opinie o kompetencjach innych lekarzy

Pacjenci, często opisując swoje konsultacje z innymi dotychczasowymi lekarzami, używają słów oceniających ich w niekorzystnym tonie. Dobry doktor nie powinien przyłączać się do takich opinii, ponieważ nie zna okoliczności badania tych pacjentów, a słowa lekarza przytaczane przez chorego mogą nie oddawać rzeczywistości, bo są często zniekształcane lub po prostu wypowiedane językiem laika. Nawet jeśli obecny lekarz zgadza się z negatywną słowną opinią wyrażoną przez pacjenta o innym doktorze, to żaden gest dyskredytujący tego lekarza lub potwierdzający opinię pacjenta nie powinien mieć miejsca. Negatywne opinie pacjenta o innym lekarzu mogą dotyczyć:

braku fachowości, niewłaściwych lub źle wykonanych zabiegów leczniczych, obciążania niewłaściwym leczeniem lub niepotrzebną diagnostyką. Powinny pozostać bez komentarzy z naszej strony, bo krytycznie oceniany lekarz nie może się w tej chwili bronić. Ta odmowa reakcji na zarzuty, jakiej oczekuje pacjent, który o nich mówi powinna być zbyta argumentem, że to nie wnosi nic nowego do koncepcji rozstrzygnięcia problemu zdrowotnego, z jakim choroby przybył obecnie.

Krytyka innych lekarzy, ich sposobów leczenia i diagnostyki nie tylko nie powinna być inicjowana przez lekarza prowadzącego, ale nie powinien on aprobować krytyki przez pacjenta, zwłaszcza nie znając dokładnie stanu i okoliczności dotychczasowego leczenia.

Dobry lekarz powinien być powściągliwy wobec komentarzy pacjentów na temat innych lekarzy jakoby niekompetentnych i wykonujących źle zabiegi chirurgiczne. Chociaż wypada, choćby przez grzeczność wobec pacjenta, zapytać, co było wykonane i z jakiego powodu, to błędem byłoby stwierdzenie: „O Boże, co za okropna blizna!”. Takie słowa mogą natychmiast zrodzić w pacjencie chęć żądania odszkodowania na drodze sądowej. Tymczasem, oprócz chirurga nikt nie wie, jakie trudności miał operujący lekarz, ani nie zna uszkodzenia, które było spowodowane przez chorobę przed operacją. Infekcje, przed operacją czy po niej, są czasem poza kontrolą i mogą powodować olbrzymie blizny. W tej sytuacji krytyka chirurga przez innego lekarza nie powinna mieć miejsca.

W prywatnej praktyce lekarskiej może być nieraz silna pokusa do

„przejęcia” jakiegoś pacjenta od innego lekarza poprzez chęć wykazania się byciem lepszym lekarzem, który jest skuteczniejszy w zakresie diagnostyki lub leczenia. Satisfakcją płynącą z tego powodzenia należy zachować dla siebie. Propozycje przejęcia dalszej opieki nad pacjentem są nie na miejscu poza przypadkami stwierdzenia, że np. właśnie jako hematolog jestem bardziej kompetentny w leczeniu zespołu mielodysplastycznego lub choroby mieloproliferacyjnej niż dotychczasowy lekarz – internista lub specjalista medycyny rodzinnej. Dobre obyczaje nakazywałyby jednak wysłanie listu do dotychczasowego lekarza z przeproszeniem i wyjaśnieniem, dlaczego byłoby dla pacjenta lepiej, gdyby przeszedł do opieki specjalistycznej (niekoniecznie mojej).

Dość często pacjent, który przybył z prośbą o poradę leczniczą, po jej udzieleniu przez obecnego lekarza zwraca się z pytaniem, co ma zrobić wobec tego, że poprzedni lekarz doradzał inne leczenie i czy rzeczywiście musi dalej je stosować. Jest to dość często spotykana sytuacja, z której można „wybrnąć” stosunkowo łatwo, tłumacząc, że zmienił się od tamtej porady obraz choroby albo że w tej chorobie efekt leczniczy można osiągać różnymi metodami. W żadnym przypadku nie można dawać argumentów (nawet tylko gestami) przeciw kolegom, jeśli tylko ich postępowanie nie stanowiło błędu w sztuce lub zagrożenia pogorszeniem choroby. Jeśli pacjent uporczywie wraca w mowie o złych opiniach o dotychczasowym lekarzu, to w końcu trzeba stanowczo przerwać te wywody i zachęcić go do przedstawienia głównego powodu zmuszającego do obecnej wizyty.

W toku wywiadu należy unikać wypowiedzi negatywnie oceniających dotychczasowych kolegów lekarzy i należy zachować taką opinię (gdyby była uzasadniona) wyłącznie dla siebie, gdyż z reguły nie znamy wszystkich uwarunkowań cudzych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Może w nas palić się przekonanie, że ktoś popełnił pomyłkę, jednak stwierdzenie, że postąpilibyśmy inaczej/lepiej, nie powinno zostać wypowiedziane, gdyż może to być iskra uruchamiająca niesłuszne posądzenia i skargi. Lepiej jest zachować spokój i zaproponować pacjentowi własną drogę diagnostyczną lub leczenie bez żadnych komentarzy, które mogłyby rzucić złe światło na dotychczasowego lekarza.

Czasem lekarz może od chorego usłyszeć bardzo szokujące informacje o decyzjach innego lekarza dotyczących diagnostyki lub leczenia. W tej sytuacji sugeruję łagodnie przerwać rozmowę i skierować ją na rzeczywisty powód wizyty. Można to wytłumaczyć faktem braku relacji drugiej strony (kolegi lekarza), która pozwoliłaby zająć pewne stanowisko.

Na psychikę pacjenta bardzo źle oddziałują komentarze lekarzy dotyczące dotychczas stosowanych leków, ich nieadekwatności w danej chorobie, interakcji z innymi lekami lub potencjalnej toksyczności. Bardzo niekorzystne są też werbalne i niewerbalne nadmierne reakcje lub zdziwienia na odchylenia przedmiotowe (rany, uszkodzenia tkanek, blizny – lub wszelkiego rodzaju organomegalie – ale niesamowicie wielka śledziona!), ze stwierdzeniem lekarza w rodzaju: „pierwszy raz w życiu to widzę, kto panu to zrobił, kto tak operuje, przecież to leczy się

zupełnie inaczej”, „ja to cięcie poprowadziłbym w innym miejscu” itp.).

Należy ograniczać własną ekspresję związaną z oceną postępowania dotychczasowych lekarzy przez chorego i skierować wywiad na właściwy tor, tzn. przyczynę zgłoszenia się lekarza. Lekarz udzielający jakiejś porady powinien przedstawić ją w formie zdecydowanej i zachować dla siebie własne wątpliwości skuteczności tego zaproponowanego leczenia. Szczególna troska o precyzyjną artykulację wypowiedzi powinna dotyczyć okoliczności, gdy są alternatywne metody leczenia (farmakologicznego, a zwłaszcza chirurgicznego), ponieważ chory nie ma wiedzy, jaką ma lekarz przy podejmowaniu decyzji.

Rola konsultanta

W większości przypadków lekarz prowadzący sam aranżuje konsultacje innych specjalistów. Nieraz jednak zdarza się, że to sam chory albo jego rodzina nalega na zorganizowanie takiej pomocy. W przypadku chorób zagrażających życiu takie prośby są zrozumiałe i zawsze niezwłocznie realizowane. Natomiast gdy prośba dotyczy choroby jeszcze dokładnie nierozpoznanej, tylko po to, „żeby wszystko, co możliwe wykluczyć”, to w przypadku niezrealizowania jej z reguły należy oczekiwać poważnych skarg i zarzutów. Dlatego też autor zaleca przychylenie się w większości takich sytuacji do realizacji tych konsultacji „na żądanie”, co pozwala choćby na pewien czas mieć spokojną głowę dla rozstrzygnięcia innych problemów.

Nieczęsto, ale jednak, zwłaszcza w szpitalach o statusie nieakademic-

kim, rodzina prosi o dokumentację w celu przedstawienia jej (skonsultowania) przez specjalistę (profesora?) w innym ośrodku. Jeśli prośba ordynatora zrealizowania tej konsultacji drogą telefoniczną spotka się z niechęcią, to z formalnego punktu widzenia nie można odmówić wydania dokumentacji (kserokopii), aczkolwiek wydawanie poważnych opinii przez zewnętrznego konsultanta bez osobistego badania budzi według mnie poważne ryzyko pomyłek (jeśli zamiejscowy konsultant–profesor nie skontaktował się telefonicznie z nami w tej sprawie).

Lekarz przybywający na konsultację na inny oddział powinien być uprzedzony, o jaki problem diagnostyczny lub leczniczy chodzi i co ma wnieść konsultacja. Konsultant powinien być zapoznany z historią choroby pacjenta (wraz z wynikami badań przez lekarza prowadzącego lub jego zastępcę) i dopiero wówczas udać się do chorego. Konsultant nigdy nie powinien pacjentowi ani jego rodzinie przedstawiać swego stanowiska, jeśli nie został o to poproszony przez lekarza prowadzącego. Jeśli sprawa jest oczywista (np. w jaki sposób chory będzie operowany), to oczywiście może udzielić krótkich informacji. Konsultant może zasugerować w niektórych przypadkach konsultację jeszcze innego specjalisty, jeśli sam nie czuje się kompetentny w danej sytuacji klinicznej.

Lekarz prowadzący w poważnych klinicznie przypadkach powinien za wszelką cenę unikać konsultacji lekarza spotkanego na korytarzu lub w bufecie. Konsultacje telefoniczne, aczkolwiek dopuszczalne, też niosą ze sobą pewne ryzyko pomyłek konsultanta, choć mogą dawać poczucie bezpieczeństwa lekarzowi

zabiegającemu o radę. Opinia konsultanta powinna być wpisana do dokumentacji chorego możliwie szybko (w ostateczności podyktowana telefonicznie do zapisania przez lekarza prowadzącego – nieraz z tego korzystam). Bardzo złe wrażenie na chorym i jego rodzinie czyni fakt nieznamości przez lekarza prowadzącego stanowiska konsultującego specjalisty, jeśli konsultacja miała być pilna, a została zrealizowana pod nieobecność lekarza prowadzącego. Jeśli stanowisko konsultanta może być zaskakujące dla lekarza prowadzącego, to tę sprawę konsultant powinien najpierw omówić z tym lekarzem i optymalnie powinno ono być przedstawione wspólnie w taktowny sposób. W sytuacji kiedy rysuje się jakakolwiek różnica opinii między lekarzami, trzeba choremu umożliwić jednoczasowe zadawanie pytań lekarzowi prowadzącemu i konsultantowi.

W sytuacji kiedy konsultant dochodzi do wniosku, że chory jest źle diagnozowany lub leczony przez lekarza prowadzącego, konsultant powinien najpierw porozmawiać z lekarzem prowadzącym i przedstawić swoje stanowisko. Jeśli lekarz prowadzący nie godzi się z tą opinią, to wyjściem jest prośba o opinię innego konsultanta, ale ta sytuacja powinna być przedstawiona choremu i opisana w dokumentacji. W stwierdzeniach dla chorego należy zawsze unikać słów o błędnym stanowisku kogokolwiek.

Tzw. druga opinia

Lekarz pracujący poza szpitalem (spółdzielnia, zespół lekarzy) lub prowadzący swój gabinet, przy wła-

snych wątpliwościach diagnostycznych i potrzebie konsultacji specjalistycznej, czasem miewa rozterki z powodu świadomości poniesienia dodatkowych kosztów przez chorego o skromnych możliwościach finansowych. W tej sytuacji może poprosić kolegę o telefoniczną konsultację albo bezpłatne „rzucenie okiem” na jego pacjenta. Alternatywą jest odesłanie pacjenta do społecznej służby zdrowia z tłumaczeniem, że dalsza diagnostyka będzie wymagała kosztownych badań dodatkowych, a tam nie będzie nimi obciążany.

W warunkach szpitalnych konsultacja specjalistyczna jest częstą metodą rozstrzygania problemów spoza własnych kompetencji lekarza prowadzącego. Mogą to być własne prośby lekarza, ale niejednokrotnie to właśnie chorzy o nie występują. W obecnych warunkach dużego pośpiechu w pracy wielu lekarzy traktuje te prośby z niechęcią. Czasem lekarz odczuwa je jako wyraz braku zaufania do jego kompetencji (zwłaszcza lekarze starsi).

W przypadku poważnych chorób, jeśli we własnym oddziale (klinice) nie ma utytułowanej osoby – może zachodzić potrzeba zasięgnięcia drugiej opinii kogoś, kto jest postrzegany jako autorytet. Czasem zabiega o to sam chory. Konsultacja jest prośbą o radę, a nie o przeniesienie opieki nad chorym. Lekarz prowadzący w każdym przypadku powinien uprzedzić chorego, że jeśli nie zgodzi się z tą drugą opinią, to będzie miał prawo do jej odrzucenia. Mądry lekarz starannie rozważa radę konsultacyjną, ale sam decyduje o sposobie dalszego leczenia – oczywiście nie dotyczy to przypadków chirurgicznej lub innej interwencji,

będących poza kompetencją lekarza prowadzącego.

Konsultacja może być bardzo ważnym elementem postępowania. Pacjent nie może płacić za niepewność diagnostyczną lub terapeutyczną lekarza, który powinien poprosić o tzw. drugą opinię, jeśli takowa jest potrzebna dla dobra pacjenta. Rzadziej, właśnie pacjent prosi o realizację drugiej opinii. To może być bardzo przykre dla lekarza prowadzącego, a zwłaszcza jego przełożonego (ordynatora, kierownika kliniki), ale autor doradza (w celu uchronienia się od dalszych przykrych konsekwencji odmowy) przychylenie się do prośby chorego. Lepiej byłoby, gdyby druga opinia pochodziła od uznanego powszechnie specjalisty z dużym autorytetem. Lekarz prowadzący raczej nie powinien być obecny przy badaniu i konsultowaniu chorego zabiegającego o tę konsultację. Po zakończeniu konsultacji stanowisko może być zaprezentowane choremu wspólnie. Jeśli drugi konsultant prezentuje inne zdanie niż lekarz prowadzący lub jego ordynator, to ta opinia powinna być zaprezentowana możliwie jak najdelikatniej i bez wytykania jakichkolwiek błędów lub poróżniania lekarza prowadzącego i chorego.

Kontakty i związki lekarza z jego pacjentem przenoszonym do innego oddziału (ośrodka) w polskich zasadach etycznych nie mają szczególnego odniesienia (opisu) i powinny uwzględniać ogólne zasady stosunków między lekarzami (wzajemny szacunek). Bardzo wiele zależy od osobistych powiązań, a czasem stopnia sympatii, jakie zaistniały między lekarzem i jego pacjentem. Aczkolwiek dla psychicznego dobrostanu chorego byłoby wskazane utrzymywanie kontaktów z chorym i jego

aktualnym lekarzem prowadzącym (w innym oddziale), to z moich obserwacji wynika, że w naszych warunkach należy to do rzadkości. Te związki powinny być ukierunkowane na zapewnienie choremu standardu dotychczasowej opieki specjalistycznej, jaką miał w pierwotnym oddziale (i dalej jej wymaga). Każdy kontakt byłego lekarza prowadzącego połączony z radami lub sugestiami leczniczymi powinien być skomunikowany z obecnym lekarzem opiekującym się chorym [68].

Kwalifikacja do leczenia chirurgicznego

Każda taka konsultacja powinna być poprzedzona spotkaniem albo choćby telefoniczną informacją o faktach i decyzjach między lekarzem prowadzącym i chirurgiem. Zanim chirurg przybędzie na konsultację, lekarz prowadzący nie powinien się wdrażać w rozważania wobec chorego co do szczegółów zabiegu (o ile stan chorego nie wymaga uwzględnienia jakichś osobliwości, np. kardiologicznych). Rozmowa z chirurgiem po konsultacji powinna uszczegółwić wszystkie okoliczności co do terminu przekazania chorego i przygotowania przedoperacyjnego wymaganego przez chirurga. W toku tej rozmowy chirurg ocenia m.in. stan psychologiczny pacjenta i choroby współistniejące oraz „doświadczenia chirurgiczne”. Kluczową sprawą jest wywiad dotyczący przebytych chorób serca, ewentualnie zatorowości płucnej, chorób nerek, obecności cukrzycy, chorób żył i nadwrażliwości na leki. W szczególnych przypadkach może być potrzebna rozmowa lekarza prowadzącego z anesteziolo-

giem co do obserwacji śród- i pooperacyjnej. O wszystkich ustaleniach pacjenci powinni być w zależności od ciężkości zabiegu poinformowani przez chirurga (i anesteziologa) w obecności lekarza prowadzącego (najlepiej w obecności rodziny). Bez tych etapów chory nie powinien być „z zaskoczenia” wieziony do sali operacyjnej nawet wtedy, gdy w ogóle wiedział, że został przyjęty do szpitala w celu wykonania zabiegu chirurgicznego.

Opieka pooperacyjna zależy od rodzaju i ciężkości zabiegu i organizacji ośrodka szpitalnego. Nieraz jest ona prowadzona przez anesteziologów, a w innych przypadkach przez tzw. intensywistów (lekarzy intensywnej terapii) albo internistów lub kardiologów.

Badania uzupełniające

W przypadku każdego chorego z objawami niewiązującymi się bezpośrednio z podstawową chorobą niezbędne jest rozważenie konieczności badań wyjaśniających (przy mniejszym doświadczeniu klinicznym może to być konsultacja ze starszym lekarzem z tego samego zespołu). Dotyczy to w szczególności badań inwazyjnych albo z potencjalnym ryzykiem powikłań. Monitorowanie badań diagnostycznych wykonywanych z krwi powinno być kierowane rozsądkiem (co określone badanie wniesie do postępowania z chorym) a nie tylko dla zaspokojenia ciekawości, czy wynik już jest w normie albo czy jeszcze trochę przekracza normę. Zwłaszcza dla chorych ze „złymi żyłami” (bez cewnika) taka postawa lekarza jest nieraz dręcząca. Jest ona również demoralizująca dla perso-

nelu laboratoryjnego, który musi wykonać badanie wskaźnika, którego ostatni wynik jest jeszcze nieodebrany z laboratorium (obecnie te wyniki ukazują się często w komputerze tuż po wykonaniu).

Jako lekarz, który dużą część pracy spędził w pracowniach diagnostycznych, zachęcam do starannej refleksji nad tym, komu, jakie badania, jak często i kiedy wykonywać. Liczba i rodzaj wykonywanych badań diagnostycznych w dużym stopniu zależą nie tylko od rodzaju choroby, ale również od doświadczenia lekarza. Im bardziej klinicznie doświadczony lekarz, tym mniej wykonuje badań i w większym stopniu opiera się na wywiadzie i badaniu przedmiotowym (przynajmniej w zakresie chorób wewnętrznych).

Często jednak odgrywa rolę czynnik psychologiczny po stronie lekarza – niektórzy z nich, nie mają pewności w każdej sytuacji i wolą we wszystkim upewnić się, przysparzając pacjentom wielu kłopotów, a laboratorium – kosztochłonnej i niepotrzebnej pracy. Może to dotyczyć również pacjentów w stanie schyłkowym, u których dodatkowe badanie, zwłaszcza inwazyjne lub instrumentalne, może być dokuczliwe, a nawet niebezpieczne. Tu przede wszystkim jest miejsce na radę pochodzącą od starszego, bardziej doświadczonego kolegi lub ordynatora. Liczba wykonywanych badań w wielu przypadkach zależy od nastawienia lekarza prowadzącego. Lepszymi lekarzami są ci nastawieni bardziej terapeutycznie, a nie ci oceniający szczegółowo mechanizmy choroby.