

BOLNICA ZA 21. STOLJEĆE

HOSPITAL FOR 21th CENTURY

Davor Zoričić

Desetak minuta prije ponoći mladu je ženu iz sna trgnula oštra bol u donjem dijelu trbuha. Već je nekoliko dana osjećala lagane bolove kojima nije pridavala veću pozornost. Jačina tegoba koje su je probudile, međutim, nagnale su je da smjesta pozove hitnu pomoć (911). U vrlo kratko vrijeme prevezena je u bolnicu. Laboratorijski nalazi učinjeni u hitnoj službi, te pregled kirurga i ginekologa nedvojbeno su ukazali da se radi o po život opasnom stanju; krvarenju u trbušnoj šupljini zbog rupture izvanmaternične trudnoće. U ranim jutarnjim satima operacijska sala pripremljena je za zahvat. Dežurnom ginekologu bolnice pridružio se obiteljski ginekolog kojega je pozvao suprug pacijentice. Bolesnica je podvrgnuta općoj anesteziji kako bi se neposredno ispod pupka kroz rez dužine desetak milimetara u trbušnu šupljinu uvela Verresova igla, postigao pneumoperitoneum i postavio laparoskop. Zahvaljujući video sustavu masovno intraabdominalno krvarenje i rupturirani jajovod jasno su prikazani na velikom ekranu. Tada se moglo pristupiti evakuaciji krvi i ugrušaka iz trbušne šupljine vakumskom sisaljkom većeg promjera, te odstranjenju jajovoda pri čemu je hemostaza učinjena uporabom bipolarne kauterizacije. Cijeli je zahvat, koji bi neupućenom promatraču mogao izgledati poput kakve video igre, dovršen u nepunih tridesetak minuta. Već naredni dan bolesnica je otpuštena iz bolnice s nekoliko malenih, jedva primjetnih ožiljaka koji više nalikuju ogrebotinama nego govore o ozbiljnom stanju kroz koje je prošla. Nakon nekoliko dana oporavka, pacijentica se vratila svojim uobičajenim aktivnostima.

Opisani događaj jedno je od mojih iskustava koje sam doživio radeći u bolnici Good Samaritan na Long Islandu. Zahvaljujući velikom trudu naših iseljenika okupljenih u klubovima u New Yorku, više je liječnika pulske bolnice boravilo u toj ustanovi da bi se upoznali s najnovijim medicinskim dostignućima. Bila je to dobra prilika za stjecanje novih znanja i iskustava koja umnogome pomažu u liječenju bolesnika. U posljednje vrijeme i u nas problematika zdravstva i teškoće u koje zapadaju bolnice pobuđuje zanimanje javnosti. Vjerujem kako bi iskustva iz bolničke prakse u Sjedinjenim Američkim Državama mogla biti od koristi.

Bolnica Good Samaritan nalazi se u Est Islipu, gradu na Long Islandu koji je od New York City-a udaljen pedesetak kilometara. Riječ je o srednje velikoj bolnici u kojoj radi više od 2000 djelatnika. Većina od 700 liječnika koji rade u bolnici imaju i svoje privatne ambulante koje su smještene diljem Long Islanda. Po strukturi posla koji obavlja ta je ustanova nešto poput pulske Opće bolnice, premda u njoj već nekoliko godina postoji i program izobrazbe studenata, stažista i specijalizanata. Bolnica je u vlasništvu crkve i neprofitna je ustanova. Zgrada bolnice izgrađena je u bloku i ima šest katova. U prizemlju je hitna služba i administracija,

od prvog do četvrtog kada su sobe pacijenata, na petom katu je operacijski trakt i sobe babinjača, a na šestom rađaonica. Odjeli nisu jasno odvojeni kao u nas, već se sobe redom popunjavaju različitom kazuistikom, bez obzira na to radi li se o pretežito internističkoj, kirurškoj, neurološkoj ili kakvoj drugoj patologiji. Ipak, u posebne su odjeljke smještene djeca, babinjače i pacijenti koji zahtijevaju posebnu vrstu skrbi. Komunikacija se odvija pomoću 6 dizala koji besprijekorno funkcioniraju, te vrlo učinkovitim sustavima interne telefonije i dojavnika (bipera). Cijela je zgrada klimatizirana, te opremljena vratima koja se otvaraju pomoću magnetnih kartica (koje imaju svi zaposlenici). Službenicima osiguranja (koji su naoružani!) na raspolaganju je video sustav koji, kamerama postavljenima u hodnicima, dizalima, te na krovu zgrade, daje uvid u zbivanja unutar bolnice i njezinoj neposrednoj blizini. Pušenje je dozvoljeno samo u posebnom odjeljku smještenom ispred ulaza u bolnicu.

Obilježja zdravstvene zaštite u SAD

Bolnice i druge zdravstvene ustanove u SAD pretežno su u privatnom vlasništvu. Liječnici sklapaju ugovore s jednom ili više bolnica koji im omogućuju da, kada je to potrebno, svoje pacijente hospitaliziraju. Zdravstveno osiguranje nije obavezno i solidarno kao u nas, već se odluka o vrsti i kvaliteti zdravstvenog osiguranja (kao uostalom i planiranje mirovine) prepušta pojedincu. Mnoge velike tvrtke i većina državnih ustanova, međutim, kod prijema u radni odnos, osiguravaju svoje zaposlenike. Dobrim se osiguranjem smatra ono koje plaća 80% bolničkih troškova i omogućuje liječenje kod uglednih liječnika i u dobrim bolnicama. Za takvo osiguranje godišnje treba izdvojiti i više od 5000\$, stoga je razumljivo da mnogi Amerikanci imaju tek djelomično ili nikakvo osiguranje. Kada se razbole plaćaju troškove liječenja gotovo u cijelosti. A cijene zdravstvenih usluga vrlo su visoke i za američka mjerila. Tako, na primjer, za porođaj carskim rezom, pri čemu se u bolnici ostaje 4 dana, valja izdvojiti oko 6000\$ za bolničke troškove, te gotovo isto toliko za naknadu porodničaru. Zato je razumljivo da teška bolest jednog od ukućana može katkad prouzročiti financijski slom cijele obitelji i to je nešto čega se ljudi u Americi najviše boje.

Visoke cijene zdravstvenih usluga odraz su obilježja zdravstvene zaštite u SAD. Tamo je medicina, prije svega, unosan posao u kojem se nastoje koristiti najkvalitetniji proizvodi, pa je gotovo sve što se primjenjuje u liječenju i njezi bolesnika za jednokratnu uporabu. S druge strane, bolesnici očekuju vrsnu uslugu i nerijetko tuže liječnike i bolnice ako rezultati liječenja nisu zadovoljavajući. Odstete nezadovoljnim pacijentima mogu iznositi milijune dolara

pa sve bolnice nastoje nabaviti što moderniju opremu. Uz to, veliku pažnju pridaju kontroli kvalitete. Liječnici se obavezno osiguravaju od rizika nepravilnog liječenja, pa se visoka cijena takvih osiguranja (npr. oko 150000\$ godišnje za porodničara) ugrađuje u cijenu usluge. Sve su to razlozi zbog kojih je u SAD zdravstvena zaštita zaista vrhunske kvalitete, no bolesnici je u znatnom broju slučajeva ne mogu platiti. Zbog toga se u posljednje vrijeme nastoji ustrojiti sustav pristupačnog, državnog osiguranja koji bi trebao pomoći većim broju ljudi, posebno starijima i onima s poteškoćama, da dođu do kvalitetnih lijekova. Nadalje, za one koji nemaju novaca, karitativne ustanove organiziraju određene oblike nužne zdravstvene skrbi u javnim ustanovama.

Da bi postali liječnik u SAD nakon srednje škole valja završiti koledž (4 godine), a potom još i medicinski fakultet koji traje 6 godina. Svaka školska godina visokoškolskog obrazovanja košta 30 do 40 tisuća USD, pa studenti nerijetko uzimaju kredite (za koje jamče roditelji hipotekom na imovinu) koje vraćaju godinama nakon što diplomiraju. Specijalizacije traju otprilike kao i u nas, oko 5 godina, a prva godina specijalizacije odgovara onome što u nas nazvamo stažiranjem. Nakon dugotrajnog i vrlo skupog školovanja uspješni liječnici mogu s lakoćom vratiti uloženo, ali i obogatiti se. Godišnja zarada liječnika uvelike ovisi o njegovoj specijalnosti te o kvaliteti zdravstvene skrbi koju je u stanju pružiti. Ona obično iznosi nekoliko stotina tisuća USD premda može biti i znatno veća.

Bolničko liječenje

Veza bolesnika s liječnikom najčešće započinje u liječničkoj privatnoj ordinaciji. Većina se problema nastoji riješiti ambulantno, no ukaže li se potreba za liječenjem u bolnici, pacijent odlazi u ustanovu s kojom njegov liječnik ima ugovor. Drugi je način prijema u bolnicu putem hitne slu-

žbe. I tada bolesnici (ili njihova rodbina) nerijetko odmah obavijeste svoga liječnika koji potom dolazi u bolnicu, te po potrebi obvezuje i druge kolege specijaliste. Boravak u bolnici obično traje vrlo kratko. Rodilje se, na primjer, otpuštaju drugi dan po porođaju, a za većinu se operacija u bolnicu dolazi ujutro i ostaje do predvečer istog dana (tzv. *Same day surgery*). Nakon složenih operacija u bolnici se ostaje svega nekoliko dana zbog visokih troškova bolničkog liječenja (svaki dan valja platiti 500-1000\$!) koje službenici zdravstvenog osiguranja nastoje smanjiti pod svaku cijenu.

Svaki pacijent u bolnici ima nadležnog liječnika - specijalistu (tzv. *attending*) koji je odgovoran za njegovo liječenje i koji se, kada je to potrebno, savjetuje s kolegama drugih specijalnosti. Nema klasične vizite, već svaki liječnik prati svoje pacijente na način na koji misli da je najsvrsishodniji, organizira liječenje, te daje upute o njezi bolesnika nadležnoj medicinskoj sestri. Bolesnici su smješteni u dvokrevetnim, komfornim sobama s kupaonicom, a na raspolaganju im je televizor i telefon. Jedna medicinska sestra neguje obično 4 do 5 bolesnika. U sustavu liječenja i njege bolesnika nema tzv. zajedničke odgovornosti, već se svaki postupak pažljivo bilježi u medicinskoj dokumentaciji uz ime nadležne osobe kako bi se u slučaju propusta mogla utvrditi individualna odgovornost. Stoga liječnici, medicinske sestre i drugo osoblje pridaju izuzetnu pažnju medicinskoj evidenciji i točnom i kvalitetnom obavljanju onih poslova za koje su zaduženi, a improvizacija gotovo da i nema jer nitko si takvo što ne može priuštiti.

Po izlasku iz bolnice pacijentu se ispostavlja račun za obavljene usluge. Bolničkom računu pridružuju se i računi liječnika koji su angažirani za vrijeme hospitalizacije. Na njima su do u detalje naznačeni svi postupci i primijenjeni materijali koji se za vrijeme boravka unose u bolnički računalni sustav.



Operacijski trakt i rađaonice

Operacijski trakt ima 12 sala koje su smještene kružno oko prostora intenzivne njege. Operacijske sale dijele kirurzi, ginekolozi, urolozi, otorinci i okulisti. U svakoj su sali najmanje dvije instrumentarke, no ponekad ih je, ako se radi o složenijem zahvatu, i četiri. U rukovanju sa složenim uređajima pomaže im tehničko osoblje koje je stalno prisutno u salama. Podjela poslova je do u tančine razrađena tako da svatko zna za koji je zadatak nadležan, i s kime se valja savjetovati u pojedinim situacijama. Nitko ne žuri i malo je uzbuđenja, a svakodnevno se obave deseci dugotrajnih i složenih operacija.

Većina operacija nastoji se obaviti minimalno invazivnim kirurškim metodama i pomoću endoskopske opreme. Takve operacije čini gotovo dvije trećine ginekološkog programa pri čemu je laparoskopski asistirana vaginalna histerektomija uzela primat klasičnoj, abdominalnoj histerektomiji. Oporavak nakon operacija takvog tipa obično je vrlo brz što smanjuje troškove liječenja i omogućava lakši povratak svakodnevnom životu. Pri tome nije zanemariv ni estetski učinak, jer iza endoskopskih zahvata nema velikih ožiljaka.

U Good Samaritan bolnici godišnje se rodi oko 3000 novorođenčadi. Udio carskih rezova izuzetno je visok i iznosi oko 30%. Rezultat je to širokih indikacija za tu operaciju, ali i učestale prakse tužbi zbog nepovoljnog ishoda porođaja koje su nagnale opstetričare da primjenjuju carski rez u većini rizičnih situacija. Porođaj gotovo uvijek vodi liječnik koji je pratio trudnoću. Svaka je rađaonica prostrana soba s foteljama za sestru i supruga, televizijom, velikim ogledalom, telefonom, a roditelji je na raspolaganju i komforna kupaonica. Uz svaku je pacijenticu jedna primalja koja je nadležna pozvati liječnika kad god je to potrebno. Gotovo je uvijek porođaju nazočan i suprug. Zatreba li učiniti carski rez, on se obavlja u posebnoj operacijskoj sali smještenoj u neposrednoj blizini rađaonica. Nakon porođaja majka i dijete ostaju u bolnici najčešće dva dana, a u slučaju carskoga reza četiri.

Gdje su sličnosti, a gdje razlike?

Bolnica Good Samaritan bi se, prema mišljenju voditelja edukacijskog programa, dr. Palla Mandale, u klasifikacijskom sustavu od 1 do 10 trebala svrstati u ocjenu 8 do 9. U svakom slučaju radi se o vrlo dobroj bolnici koja nastoji pratiti suvremene medicinske trendove u SAD. Budući da je to neprofitna ustanova, sva se ostvarena dobit ulaže u osuvremenjivanje opreme i razvoj, te se može pretpostaviti da će ova ustanova uspješno napredovati. Američke bolnice koje ne posluju uspješno zatvaraju se kao i svako drugo neisplativo poduzeće, što u našoj zemlji, na sreću, nije slučaj.

Nije lako usporediti Opću bolnicu u Puli i Good Samaritan Hospital, prije svega jer su zdravstveni sustavi u našoj zemlji i u SAD-u potpuno različiti. Više je razloga zbog kojih način rada u zdravstvenim ustanovama i rješenja na koje tamo nailazimo ne možemo u cijelosti primijeniti u našim uvjetima. Mentalitet ljudi u Americi temelji se na privatnoj

inicijativi i odgovornosti pojedinca. To je zemlja doseljenika i njihovih potomaka i ti su ljudi od malena naviknuli sami odlučivati o kvaliteti i opsegu zdravstvene zaštite te se vrlo racionalno postavljaju kada je riječ o liječenju i lijekovima. Zdravstveno je osiguranje česta tema razgovora u toj zemlji i znatno je važnija od priče o automobilima, kućama i mnogim drugim stvarima jer, kao što sam već spomenuo, trošak liječenja u Americi opterećuje bolesnike i njihove obitelji u znatno većoj mjeri nego u nas. S druge strane, u Hrvatskoj je kao i u većini evropskih zemalja, zdravstveno osiguranje obavezno, a od države se očekuje da osnuje i održava zdravstveni sustav kako bi liječenje za sve korisnike bilo lako dostupno, kvalitetno i uglavnom besplatno. Na žalost, danas je jasno da i u najbogatijim zemljama takvo što nije moguće. U SAD-u nadalje, liječnici i njihovi bolesnici veliku pozornost pridaju cijeni lijekova i procedura, te primjenjuju one metode koje uz najmanje troškova daju najbolje rezultate. Premda su i u nas što se toga tiče u posljednje vrijeme učinjeni znatni pomaci, još uvijek se tzv. *cost-benefit* relacijama u dijagnostici i liječenju ne pridaje dovoljno pozornosti. Tako na primjer u Good Samaritan Hospital gotovo da nije moguća hospitalizacija samo radi dijagnostičkih procedura ili iz socijalnih razloga, što je u našim bolnicama relativno čest slučaj. Amerikanci si takvo što jednostavno ne mogu priuštiti, iako za zdravstvenu zaštitu izdvajaju neuporedivo više mi.

Ipak, želio bih naglasiti da su temeljni medicinski postulati kojima se liječe bolesnici u našoj bolnici gotovo jednaki onima s kojima sam se susreo u Good Samaritan bolnici. Veće su razlike prisutne u onim dijelovima u kojima prevladava tehnologija. Zaostatak u tom području dao bi se, nakon nabavke odgovarajuće opreme, relativno lako nadoknaditi. Međutim, sve ostalo, poglavito njega pacijenata, uvjeti smještaja bolesnika, njihova prehrana i logistika bolnice izgledaju mi za sada teško dostižni. Za takvo zdravstveno mjerilo nužna su znatno veća sredstva koja se izdvajaju za bolnice, ali i bitno racionalniji pristup novcu dostupnom za zdravstvenu zaštitu koji je uvijek ograničen. Od Amerikanaca se može naučiti da novac uložen u zdravstveni sustav nije samo potrošnja i nužno zlo, već jedno od najisplativijih ulaganja. Stoga su u njih bolnice najbolje opremljene i najljepše zgrade što u nas, na žalost, nije slučaj.

Na kraju bih ovom prigodom želio zahvaliti našim ljudima u New Yorku, okupljenima u klubovima istarskih iseljenika, koji su idejni začetnici i organizatori boravaka liječnika pulske bolnice u Good Samaritan Hospital te za njihov veliki trud koji su uložili da bi se takvo što ostvarilo. Mario Jelčić, Lidia Bastianich, Bruno Višković i mnogi drugi uz veliku su pomoć dr. Palla Mandale ostvarili program izobrazbe liječnika u toj bolnici i na taj način uvelike pomogli da se neke kockice američkoga zdravstvenog mozaika ugrade i u njihov zavičaj.

Adresa za dopisivanje: mr.sc. Davor Zoričić, dr.med., Djelatnost za ginekologiju i porodništvo Opće bolnice Pula, Zagrebačka 34, 52100 Pula